

Ievads

Šis ir devītais 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 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 izvērtējam reģistra datus par pacientiem, kuri cieš no psihiskās uzvedības traucējumiem alkohola lietošanas dēļ, izvērtējam tālruņa līnijas izmantošanu, lai motivētu iedzīvotājus smēķēšanas atmešanai. Apskatām naloksona (opioīdu receptoru blokators) izsniegšanas programmu izveidi un attīstību dažādās Eiropas valstīs, kā arī alkohola lietošanas rezultātā izraisītās aknu slimības.

SATURS

- **Pacientu ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem alkohola lietošanas dēļ ārstēšanas izvērtējuma datu analīze**
- **Smēķēšanas atmešana ar tālruņa palīdzību: no teorijas līdz praksei**
- **Naloksona izsniegšanas programmu izveide un attīstība Eiropā**
- **Alkohola izraisītas aknu slimības**

PACIENTU AR PSIHISKIEM UN UZVEDĪBAS TRAUCĒJUMIEM ALKOHOLA LIETOŠANAS DĒĻ ĀRSTĒŠANAS IZVĒRTĒJUMA DATU ANALĪZE

Ar 2012. gada 18. decembra grozījumiem Nr.890 Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumos Nr.746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”¹ tika izmainīta **Narkoloģiskā pacienta reģistrācijas karte**² (turpmāk – Karte), pilnveidojot tajā iesniedzamās informācijas saturu, tādējādi uzlabojot datu kvalitāti situācijas apzināšanai un veselības aprūpes pakalpojumu plānošanai. Tika izveidots arī Kartes pielikums **Ārstniecības rezultāta izvērtējums narkoloģiskajam pacientam**³ (turpmāk – Izvērtējuma karte).

Atbilstoši jaunajam normatīvo aktu prasībām būtiski ir izmainījusies datu apkopošanas metodika Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā par narkoloģiskajiem pacientiem (turpmāk – Reģistrs) un sākot ar 2013. gada 1. janvāri Reģistrā tiek reģistrētas gan ambulatorās, gan stacionārās (bez ambulatorā ārsta nosūtījuma) **ārstēšanas epizodes**⁴.

Reģistra dati tiek papildināti un aktualizēti, pamatojoties uz ārstniecības iestāžu sniegto informāciju. Aizpildot Karti un Izvērtējuma karti, ārstniecības iestādes informāciju Reģistram sniedz tiešsaistē Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra vienotās informācijas sistēmā „PREDA” (turpmāk tekstā – sistēma „PREDA”). Sistēmas „PREDA” pārzinis un turētājs ir Slimību profilakses un kontroles centrs (turpmāk tekstā – SPKC).

Reģistra datu izmantošanas mērķis ir apkopot un sniegt salīdzināmu un ticamu informāciju par narkoloģiskajiem pacientiem, par viņu atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumiem, saņemtajiem ārstniecības pakalpojumiem un palīdzēt novērtēt ārstēšanas rezultātu, analizēt problēmu apjomu, tendences. Reģistra dati sniedz informāciju politikas plānotājiem veselības aprūpes pakalpojumu plānošanā un efektivitātes izvērtēšanā.

Informāciju Reģistram sniedz⁵ par katru pacientu, kuram ir **noteikta diagnoze ar kodiem F10 – F19** (psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu lietošanas dēļ); **F63.0** (parādumu un dziņu traucējumi) saskaņā SSK-10⁶, un kuram ir uzsākta ārstēšanas epizode.

Informāciju par pacientiem un saņemto ārstēšanu Reģistram sniedz (neatkarīgi no ārstniecības iestādes īpašuma formas un pakļautības):

- sertificētie narkologi, kuri nodarbojas ar narkoloģisko pacientu ambulatoro ārstēšanu,
- ārstniecības personas (narkologi vai citu specialitāšu ārsti), kuras sniedz narkoloģisku palīdzību stacionāros (bez nosūtījuma).

Narkoloģiskā pacienta ārstēšana ir aktivitāšu kopums, kas tieši mērķēta uz psihoaktīvu vielu

lietojošo individu (pacientu) kuras mērķis ir uzlabot pacienta, medicīnisko, psiholoģisko vai sociālo stāvokli. Ārstēšanu var veikt jebkura ārstniecības iestāde, kas nodrošina narkoloģisko palīdzību pacientiem ar atkarības izraisošu vielu lietošanas izraisītām veselības problēmām.

Ambulatorais narkologs, kurš sastādījis ārstēšanas plānu, epizodes laikā ziņā par pacientu Reģistram var sniegt vairākas reizes: uzsākot ārstēšanu, ārstēšanas procesā, kā arī ārstēšanas epizodes beigās.

Ārstēšanas epizodes laikā narkologs apkopo (stacionāru epikrīzes, ambulatoro speciālistu izrakstu dati) informāciju par pacienta saņemtajiem ambulatorajiem, stacionārajiem ārstniecības un/vai rehabilitācijas pakalpojumiem saskaņā ar ārstēšanas plānu (ar nosūtījumu) un sniedz šo informāciju Reģistram, aktualizējot attiecīgos punktus Reģistra kartē.

Ja pacients ārstējas stacionārā akūti (bez nosūtījuma), informāciju Reģistram sniedz stacionāra ārstējošais ārsts (narkologs vai citas specialitātes ārsts), noslēdzot ārstniecības epizodi.

Ja pacients ārstēties ambulatori, informāciju par pacientu Reģistram sniedz ambulatorais narkologs, kurš sastādījis ārstēšanas plānu.

Lai pilnveidotu narkoloģisko pacientu ārstēšanas pakalpojumu izvērtēšanu, nepieciešams aizpildīt Izvērtējuma karti ambulatori ārstētiem pacientiem gadījumos, kad, noslēdzot ārstēšanas epizodi, ārstēšanas plāns ir īstenots (izņemot gadījumus, kad epizodes ilgums ir īsāks par vienu mēnesi).

Lai izvērtētu pacientu ārstniecības rezultātus, tika analizēti Reģistra dati par ambulatori 2013. un 2014. gados ārstētiem pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem alkohola lietošanas dēļ.

Reģistra Karšu atlases kritēriji:

1. 2013. un 2014. gadā uzsāktās ārstēšanas epizodes, kurām, epizodi noslēdzot, ārsts ir veicis ārstēšanas izvērtējumu;
2. epizodes noslēgšanas datums ir līdz 2015. gada 1.oktobrim;
3. pamatdiagnoze SSK-10 F10.0-9 (psihiski un uzvedības traucējumi alkohola lietošanas dēļ);
4. sniegts vismaz viens ambulatorās palīdzības veids.

Analizējot Izvērtējuma kartes pēc iepriekš izvirzītajiem atlases kritērijiem, analīzei derīgi bija dati par 447 ārstēšanas epizodēm 443 pacientiem (321 vīriešiem un 122 sievietēm). Kopumā tie ir aptuveni 40% no visām ārstēšanas epizodēm, kuras noslēgtas ar iemeslu, ka plāns ir īstenots un kurām būtu bijis nepieciešams

GLOBĀLAIS TABAKAS ATLAS

Publicēts Globālais Pieaugušo Tabakas Pētījuma (Global Adult Tobacco Survey) Atlāss, kurā apkopota statistika par 22 valstīm, kurās veikts GATS pētījums. Atlāsa ziņojumā iekļauta tabakas lietošanas, pasīvās smēķēšanas izplatības, smēķēšanas atmešanas statistika, kā arī informācija par tabakas izstrādājumu reklāmas, sponsorēšanas aizliegumiem un nodokļu politiku. Atlāss ir informācijas avots politikas lēmējiem, sabiedrības veselības profesionāļiem, pētniekiem un medijiem. Tajā valstīs tiek mudinātas izmantot GATS pētījumā izmantotos jautājumus nacionālajās aptaujās, lai iegūtu standartizētus un starptautiski salīdzināmus datus.

Atlāss pieejams elektroniski: <http://gatsatlas.org/>

U.Mārtiņšone

ZIŅOJUMS PAR GLOBĀLO TABAKAS EPIDĒMIJU

Publicēts piektais PVO ziņojums par valstu progresu tabakas kontroles aktivitāšu ieviešanā. Desmitgades laikā kopš Vispārējās Tabakas uzraudzības konvencijas ratificēšanas, novērojams stabils progress globālajā tabakas kontroles politikas ieviešanā. Neskatoties uz to, ka akcīzes nodokļa paaugstināšana tabakas izstrādājumiem par vairāk nekā 75% no tirdzniecības cenas ir viens no visefektīvākajiem tabakas kontroles instrumentiem, tikai dažas valstis palielinājušas nodokli efektīvā līmenī. 2014. gadā 11 PVO dalībvalstis paaugstināja nodokļus tabakas izstrādājumiem vairāk par 75% no cigarešu paciņas tirdzniecības cenas. Kopš 2012. gada, lielākais progress tabakas kontrolē veikts brīdinājošo attēlu un uzrakstu izvietošanā uz tabakas izstrādājumu iepakojumiem, kā arī reklāmas aizliegšanā un nodokļu politikas pielietošanā. Tabakas izstrādājumu reklāmas ierobežojumi masu medijos ir visbiežāk izmantotais tabakas kontroles instruments PVO dalībvalstu vidū. Ziņojums pieejams elektroniski: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/

U.Mārtiņšone

aizpildīt Izvērtējuma karti.

Epizodi uzsākot, alkohols pēdējo 30 dienu laikā lietots 63,8% (n=285) gadījumos (63,2% vīrieši un 65,3% sievietes), nebija lietots – 23,9% (n=107) gadījumos, savukārt 12,3% (n=55) gadījumos nav informācijas par alkohola lietošanu (1.tabula).

jas par alkohola lietošanu, epizodi noslēdzot. (2.tabula).

Absolūtā alkohola patēriņš

Uzsākot ārstēšanas epizodi, svarīgi ir noteikt pacienta alkohola lietošanas paradumus un patērētā alkohola daudzumu, tāpēc ir pieņemts patērētā alkohola daudzumu izteikt alkohola devās.

Latvijā 1 alkohola deva ir definēta kā 12 grami absolūtā alkohola. Ņemot vērā, ka lietoto alkoholisko dzērienu klāsts ir ļoti daudzveidīgs un atšķirīgs pēc alkohola koncentrācijas, lai atvieglotu narkologu darbu, ir izstrādāts informatīvs materiāls alkohola devu un absolūtā alkohola satura noteikšanai al-

1.tabula. Alkohola lietošana, ārstēšanas epizodi uzsākot

| Lietošana, epizodi uzsākot | Vīrieši | | Sievietes | | Kopā | |
|----------------------------|---------|------|-----------|------|--------|------|
| | skaits | % | skaits | % | skaits | % |
| Ir lietojis | 204 | 63,2 | 81 | 65,3 | 285 | 63,8 |
| Nav lietojis | 90 | 27,9 | 17 | 13,7 | 107 | 23,9 |
| Nav zināms | 29 | 8,9 | 26 | 21,0 | 55 | 12,3 |
| Kopā | 323 | 100 | 124 | 100 | 447 | 100 |

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

Tālākai datu analīzei tika izmantoti tikai to ārstēšanas epizožu dati, kad pacientam uzsākot ārstēšanu, bija lietots alkohols.

Atbilstoši Kartes 27.-29.punktam un Izvērtējuma kartes 8.punktam, tika veikta alkohola lietošanas analīze pēc sekojošiem parametriem: **Ir lietojis alkoholu pēdējo 30 dienu laikā** – ir kaut viens ieraksts (izņemot 0) vienā no Kartes 27.-29.punkta laukiem:

- “visbiežāk lietotā alkoholiskā dzēriena veids”,
- “vidējais alkohola devu skaits dienā”,
- “alkohola lietošanas dienu skaits”.

Analizējot Izvērtējuma kartes datus, konstatēts, ka no 285 epizodēm, kad uzsākot ārstēšanas epizodi, alkohols bija lietots, ārstēšanās epizodi noslēdzot, alkoholu nebija lietojuši 234 pacienti jeb 82,1% (n=234/285).

3,85% (n=11/285) gadījumu pacienti uz alkohola lietošanu norāda gan, uzsākot epizodi, gan noslēdzot (visos gadījumos lietotais absolūtā (100% alkohols) alkohola daudzums konkrētai personai bija nemainīgs, piemēram, mazāk par

koholiskos dzērienos.

Atbilstoši SPKC izstrādātajā informatīvajā materiālā rekomendētajam⁷, lai nenodarītu kaitējumu veselībai, tiek ieteikts:

- alkoholu nelietot nemaz vai atteikties no alkohola lietošanas vismaz divas dienas nedēļā;
- sievietēm nelietot alkoholu vairāk par 1-1,3 devām dienā (12-16 gramus absolūtā alkohola) un nedēļā nelietot vairāk par 8 devām;
- vīriešiem nelietot alkoholu vairāk par 2 devām dienā (24 gramus absolūtā alkohola) un vairāk par 13 devām nedēļā.

Tajos gadījumos, kad alkohols lietots, epizodi uzsākot, informācija par lietoto devu skaitu ir zināma 96,5% (n=275/285) gadījumos.

No visiem alkohola lietošanas gadījumiem, uzsākot ārstēšanas epizodi, absolūtā alkohola lietošana dienā vidēji 60 grami un vairāk (n=245/285) bijusi 86,0% gadījumu. Vidēji no 60 līdz 120gramiem absolūtā alkohola lietots

34,7% (n=99/285), savukārt vairāk nekā 120 grami absolūtā alkohola lietots 51,2% gadījumu (n=146/285). Salīdzinoši maz, vien 10,5% gadījumos alkohola lietošana ir bijusi, izdzerot mazāk par 60 gramiem absolūtā alkohola (<5 devas) (3.tabula).

2.tabula. Alkohola lietošana ārstēšanas epizodi uzsākot un noslēdzot

| Epizodi uzsākot | Epizodi noslēdzot | | | Kopā |
|-----------------|-------------------|--------------|------------|------|
| | ir lietojis | nav lietojis | nav zināms | |
| Ir lietojis | 11 | 234 | 40 | 285 |

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

60 gramiem – trīs gadījumos, no 60 līdz 120 gramiem – četros gadījumos un vairāk par 120 gramiem – četros gadījumos). 14%(n=40/285) gadījumu nav informāci-

3. tabula. Vidējais absolūtā alkohola patēriņš dienā pacientiem, kuri alkoholu lietoja, ārstēšanas epizodi uzsākot un noslēdzot

| Epizodi uzsākot | Pacienti | Epizodi noslēdzot | | | |
|-----------------|----------|-------------------|------|--------|-------------------------|
| | | <60 | >120 | 60-120 | nav lietojis nav zināms |
| <60 gramiem | 30 | 3 | | 19 | 8 |
| 60-120 gramiem | 99 | | | 70 | 25 |
| >120 gramiem | 146 | 4 | 4 | 137 | 5 |
| nav zināms | 10 | | | 8 | 2 |
| Kopā | 285 | 3 | 4 | 234 | 40 |

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

Mazāk par 60 gramiem absolūtais alkohols dienā lietots 30 gadījumos, uzsākot ārstēšanas epizodi. No tiem, noslēdzot epizodi, trīs gadījumos alkohols lietots tādā pašā līmenī kā uzsākot, 19 gadījumos (63,3%) alkohols netika lietots, savukārt astoņos gadījumos, noslēdzot epizodi, nav informācijas par lietotā absolūta alkohola daudzumu.

Vairākumā gadījumu (n=23), šāds daudzums alkohola pēdējo 30 dienu laikā lietots līdz piecām dienām ieskaitot (lielākā daļa pacienti (n=12) alkoholu lietojuši vienu dienu), līdz 10 dienām ieskaitot – trīs pacienti, vairāk nekā 10 dienas – trīs pacienti. Maksimālais dienu skaits (21 diena), kad dienā lietots šāds daudzums alkohola katru dienu, bijis vienam pacientam. Dienu skaita mediāna šādam izdzertā absolūta alkohola daudzumam – 2 dienas.

No 60 līdz 120 gramiem absolūta alkohola dienā lietots, ārstēšanas epizodi uzsākot 99 gadījumos. No tiem, noslēdzot epizodi, četros gadījumos alkohols bija lietots tādā pašā līmenī, 70 gadījumos (70,7%) alkohols nebija lietots, savukārt noslēdzot epizodi, informācija par alkohola devu skaitu nav zināma 25 gadi-

šāds daudzums alkohola pēdējo 30 dienu laikā līdz piecām dienām ieskaitot lietots 19 gadījumos, līdz 10 dienām ieskaitot – 55 gadījumos, vairāk nekā 10 dienas – 71 gadījumā (visu mēnesi (30 dienas) alkohols lietots 17 gadījumos). Dienu skaita mediāna šādam izdzertā absolūta alkohola daudzumam – 10 dienas.

Alkoholisko dzērienu veids

Visos gadījumos, kad alkohols tika lietots, uzsākot ārstēšanās epizodi, ir norādīta informācija par visbiežāk lietoto alkohola veidu Kartes 27.punktā.

Analizējot Kartes datus, tika konstatēts, ka visbiežāk lietoti stiprie alkoholiskie dzērieni – 47,4%. Alus lietots 28,7% (no tiem 16,1% stiprinātais alus (ar stiprumu virs 5,5%)). 15,4% gadījumu viena veida alkoholu izšķirt nav bijis iespējams – vienlīdz daudz lietoti vairāki alkohola veidi (1.attēls).

Lai atklātu pārmērīgu alkohola lietošanu un palīdzētu primārās veselības aprūpes ārstiem, tai skaitā arī narkologiem identificēt pacientus, kuru alkohola lietošanas paradumi apdraud veselību un nodara tai kaitējumu, Pasaules Ve-

vai pārtraukt alkohola lietošanu un izvairīties no alkohola lietošanas kaitīgajām sekām.

Tradicionāli alkohola lietošanas skrīninga instrumentus izmanto, lai atklātu alkohola atkarību un pēc tam nozīmētu specializētu ārstēšanu. Tomēr skrīnings ļauj noteikt arī riska faktorus, tādus kā riskanta dzeršana un kaitīga alkohola lietošana. Lietojot AUDIT viegli var izvēlēties ieviešanas veidu, atkarībā no riska pakāpes.

AUDIT rezultātu vērtēšana un interpretācija

AUDIT ir viegli novērtēt. Katram jautājumam ir doti atbilstoši varianti, un katrai atbildei atbilst punktu skaits no 0 līdz 4. Punkti ir jāsummē, un punktu summa ir kopējais rezultāts.

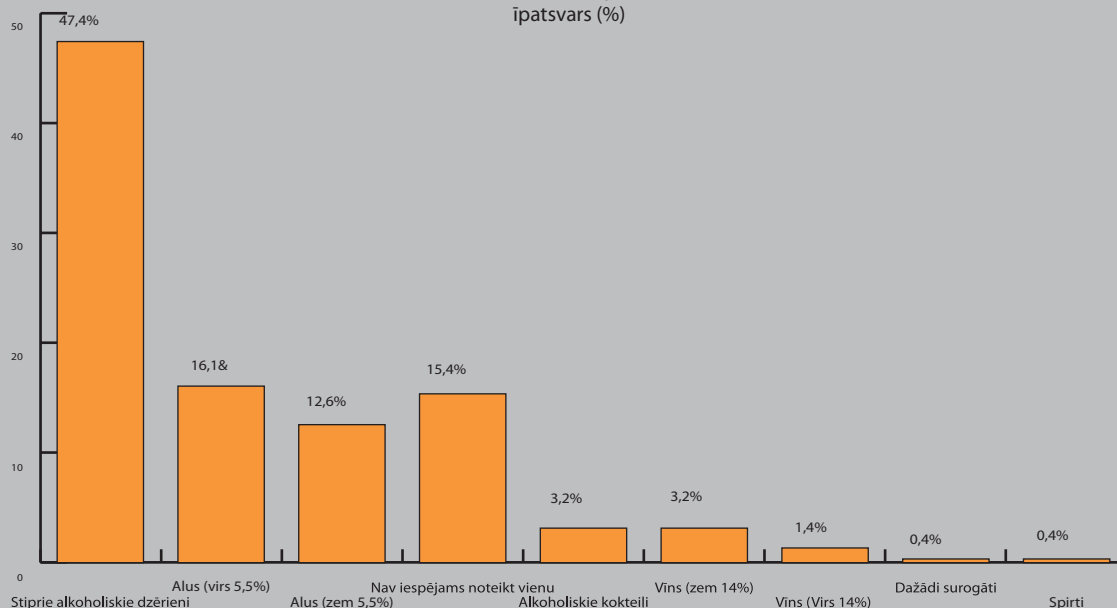
Ja kopējais punktu skaits ir 8 un vairāk, to ieteicams uzskatīt par zīmi, ka alkohols tiek lietots riskantā un kaitīgā veidā vai arī ir jau iestājusies alkohola atkarība.

Alkohola lietošanu pēc AUDIT testa iedala četros riska līmeņos.

Pirmais riska līmenis atbilst zema riska alkohola lietošanai, AUDIT testa punkti no 0 līdz 7.

Otrais riska līmenis apzīmē riskantu alkohola

1.attēls. Biežāk lietoto alkoholisko dzērienu īpatsvars atbilstoši dzēriena veidiem, īpatsvars (%)



Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

jums. Absolūtais alkohols no 60 līdz 120 gramiem dienā pēdējo 30 dienu laikā, līdz piecām dienām ieskaitot, lietots 39 gadījumos, līdz 10 dienām ieskaitot – 28 gadījumos, vairāk nekā 10 dienas – 32 gadījumos, bet visu mēnesi (30 dienas) šāds daudzums alkohola katru dienu lietots sešos gadījumos. Dienu skaita mediāna šādam izdzertā absolūta alkohola daudzumam – 7 dienas.

Vairāk par 120 gramiem absolūtais alkohols epizodi uzsākot lietots 146 gadījumos. No tiem, noslēdzot epizodi, četros gadījumos alkohols tika lietots tādā pašā līmenī, 137 gadījumos (93,8%) alkohols netika lietots, savukārt informācija par lietoto devu skaitu, epizodi noslēdzot, nav zināma piecos gadījumos.

selības organizācijas speciālisti 1989. gadā izveidoja AUDIT[®] testu (Alcohol Use Disorders Identification Test) - alkohola lietošanas traucējumu identifikācijas tests.

AUDIT kā vienkārša skrīninga metode dod iespēju ieviešanas, lai palīdzētu personām, kas alkoholu lieto riskantā vai kaitīgā veidā, samazināt

4. tabula. AUDIT testa izvērtējums pacientiem uzsākot ārstēšanas epizodi un noslēdzot ārstēšanas epizodi

| AUDIT pirms ārstēšanas | Skaits | AUDIT pēc ārstēšanas | | | | Nav zināms |
|------------------------|--------|----------------------|------|-------|------|------------|
| | | 0-7 | 8-15 | 16-19 | >=20 | |
| 0-7 | 42 | 31 | 1 | | 10 | |
| 8-15 | 48 | 19 | 17 | | 12 | |
| 16-19 | 45 | 11 | 21 | 6 | 7 | |
| >=20 | 118 | 29 | 59 | 13 | 9 | |
| Nav zināms | 32 | 8 | 5 | 1 | 18 | |
| Kopā | 285 | 98 | 103 | 20 | 9 | |

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

lietošanu, kas pārsniedz zema riska rekomendācijas, un parasti atbilst AUDIT vērtējumam 8-15 punktu robežās.

20 punkti), savukārt 8 gadījumos AUDIT testa punktu skaits Izvērtējuma kartē netika norādīts. Vērtējot ārstēšanās epizodes ilgumu pacientiem,

atturēties no alkohola lietošanas ir palīdzējusi tikai ārsta konsultācija. 33 gadījumos pacientiem ārsta konsultācijas, kas motivētu pacientus

5. tabula. Ārstēšanās epizodes ilgums

| Alkohola lietošanas salīdzinājums | | Ārstēšanās epizodes ilgums | | | | | Kopā |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------|-----------------|-------------|---------|------|
| Pirms ārstēšanās uzsākšanas | Pēc ārstēšanās pabeigšanas | līdz 3 mēn. | 3-6 mēn. | 6 mēn. - 1 gads | 1g. -2 gadi | >2 gadi | |
| Ir lietojis | Nav lietojis | 5 | 17 | 163 | 44 | 5 | 234 |
| Ir lietojis | Ir lietojis tādā pašā līmenī | 1 | 3 | 5 | 2 | | 11 |
| Ir lietojis | Nav zināms | 2 | 3 | 10 | 25 | | 40 |
| Kopā | | 8 | 23 | 178 | 71 | 5 | 285 |

Avots: Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrs, SPKC, 2015

Trešais riska līmenis atbilst AUDIT vērtējumam 16 līdz 19 punktu robežās un ir kaitīga alkohola lietošana.

AUDIT vērtējums 20 punkti un vairāk atbilst ceturtajam riska līmenim un, iespējams, ir attīstījusies alkohola atkarība.

Veicot AUDIT testu, ārstēšanās epizodi uzsākot un noslēdzot, konstatēts, ka:

-42 gadījumos, uzsākot ārstēšanās epizodi, AUDIT tests pacientiem uzrādīja zemu alkohola lietošanas risku (AUDIT tests 0-7 punkti), bet, ārstēšanās epizodi noslēdzot, 31 gadījumā alkohols bija lietots tādā pašā līmenī, kā uzsākot, ārstēšanu. Pēc ārstēšanās epizodes noslēgšanas vienā gadījumā alkohols tika lietots riskantā līmenī (AUDIT testā iegūti 8-15 punkti), savukārt 10 gadījumos AUDIT testa punktu skaits Izvērtējuma kartē netika norādīts;

-48 gadījumos, uzsākot ārstēšanās epizodi, AUDIT tests pacientiem uzrādīja riskantu alkohola lietošanu (8-15 punkti), bet, ārstēšanās epizodi noslēdzot, 19 gadījumos alkohols lietots zema riska līmenī (AUDIT tests 0-7 punkti), 17 gadījumos - tādā pašā (riskantā) līmenī (AUDIT tests 8-15), savukārt 12 gadījumos AUDIT testa punktu skaits Izvērtējuma kartē netika norādīts.

-45 gadījumos, uzsākot ārstēšanās epizodi, AUDIT tests pacientiem uzrādīja kaitīgu alkohola lietošanu (AUDIT tests 16-19 punkti), bet, ārstēšanās epizodi noslēdzot, 11 gadījumos alkohols tika lietots zema riska līmenī (AUDIT tests 0-7 punkti), 21 gadījumā - riskantā līmenī, (AUDIT tests 8-15), bet 6 sešos gadījumos alkoholu lietoja tādā pat (kaitīgā) līmenī kā ārstēšanās epizodi uzsākot (AUDIT tests 16-19 punkti), savukārt 7 gadījumos AUDIT testa punktu skaits Izvērtējuma kartē netika norādīts.

-118 gadījumos, uzsākot ārstēšanās epizodi, AUDIT tests atbilda alkohola atkarībai (AUDIT tests \geq 20 punktiem), bet, ārstēšanās epizodi noslēdzot, 29 gadījumos alkohola lietošana bija zema riska līmenī (AUDIT tests 0-7 punkti), 59 gadījumos - riskantā līmenī (AUDIT tests 8-15) un 13 gadījumos kaitīgā līmenī (AUDIT tests 16-19 punkti), bet 9 gadījumos alkoholu lietoja tādā pat līmenī, kā ārstēšanās epizodi uzsākot, kas atbilda alkohola atkarībai (AUDIT tests \geq

kuri, uzsākot ārstēšanās epizodi, bija lietojuši alkoholu, ārstēšanās epizodes ilguma diapazons bija no 30 līdz 902 dienām.

Analizējot Izvērtējuma kartes datus, konstatēts, ka 82% gadījumu (n=234), noslēdzot ārstēšanās epizodi, pacienti bija pārtraukuši alkohola lietošanu.

ASV, lai iegūtu datus par alkohola atkarības ārstēšanas efektivitāti, 2001. gadā veica septiņu pētījumu analīzi un konstatēja, ka gadu pēc ārstēšanas, vienam no četriem pacientiem bija abstinence, bet viens no desmit pacientiem alkoholu lietoja mērenās devās. Pacienti, kas ārstēšanās rezultātā alkoholu nelietoja trīs dienas no četrām dienām, samazināja kopējo alkohola patēriņu vidēji par 87%, bet ar alkoholu lietošanu saistītās problēmas pacientiem samazinājās par 60%¹. Pētījumā 1 secināts, ka 26% pacientu ārstēšanu varēja uzskatīt par veiksmīgu 12 mēnešus pēc ārstēšanas noslēguma.

Viennozīmīgi izvērtēt ārstēšanas efektivitāti Latvijā nav iespējams, jo padziļinātai analīzei bija derīgas tikai aptuveni 40% Kartes, kā arī vēl nav zināmi dati cik sekmīga bijusi terapija ilgtermiņā - vai pēc kāda laika Reģistrā neparādās jaunas ārstēšanas epizode, piemēram, stacionārā ārstēta intoksikācija.

No 234 gadījumiem, kad pacienti bija pārtraukuši alkohola lietošanu, 163 gadījumos (70%) pacienti saņēma terapiju no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam. Savukārt, piecos gadījumos (2%) alkohola lietošana tika pārtraukta, ārstēšanās epizodei ilgstoši līdz trīs mēnešiem, 17 gadījumos (7%) alkohola lietošanu pacienti bija pārtraukuši pēc trīs līdz sešu mēnešu ārstēšanās, bet 44 gadījumos (19%) pēc viena līdz divu gadu ārstēšanās.

Analizējot ārstēšanās ilgumu un izmantotās ārstēšanas metodes, 234 gadījumos pacientiem, kuri bija pārtraukuši alkohola lietošanu, konstatēts, ka 100 pacientiem jeb 42,7% ir bijusi veiksmīgi izmantota recidīva novēršanas metode, izmantojot sensibilizējošus medikamentus un psihoterapiju, no kuriem 91 gadījumā ārstēšanās ilgums ir bijis no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam.

71 gadījumā (30,3%) gadījumos pacientiem

atturēties no alkohola lietošanas, bija nepieciešamas sešu mēnešu līdz viena gada garumā, bet 28 gadījumos - no viena līdz divu gadu garumā. Iespējams, ka šajos gadījumos, kad, pacienti, kuri alkoholu nelietoja tikai pēc ārsta konsultācijas saņemšanas, bija vairāk motivēti atturēties no alkohola lietošanas. Ir iespējams, ka šajā pacientu grupā ietilpst galvenokārt pacienti, kuri alkohola reibumā, vadot transportlīdzekli, ir zaudējuši vadītāja apliecību un vēlas to atjaunot, kā arī pacienti, kuriem bāriņtiesai vai kādai citai juridiskai institūcijai jāpierāda, ka viņi vairs nelieto alkoholu, un ir stabila remisija.

Kombinēta ārstēšana - Minesotas 12 soļu programma (psihoterapijas metode) un konsultācija tika veiksmīgi izmantota 10 pacientu (4,3%) ārstēšanā, kas ilga sešus mēnešus līdz gadam, kā rezultātā pacienti pārtrauca alkohola lietošanu.

Atbilstoši 234 narkoloģisko pacientu ārstēšanas rezultātu izvērtējumam, var secināt, ka vislabākie ārstēšanas rezultāti tika iegūti, izmantojot recidīva novēršanas ārstēšanas metodi no sešiem mēnešiem līdz vienam gadam.

Veiktie pētījumi⁹ pierāda alkohola ārstēšanas izmaksu efektivitāti un pozitīvo ietekmi uz valsts budžetu, jo aprēķināts, ka Lielbritānijā ieguldot ārstēšanā 1 sterliņu mārciņu (£), par £ 5 iegūt ietaupījumu sociālajā budžetā.

Secinājumi

1.No visām pārbaudītajām Kartēm, kuru gadījumā būtu bijis nepieciešams aizpildīt arī Izvērtējuma karti, padziļinātai analīzei derīgas bija tikai aptuveni 40% Kartes. Pārējos gadījumos Izvērtējuma kartes nebija aizpildītas vai arī bija aizpildītas neprecīzi. Tāpēc nepieciešams atkārtoti vērst ārstniecības personu uzmanību ievērot metodiskos norādījumus par informācijas sniegšanu Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistram par narkoloģiskajiem pacientiem.

2.Analizējot narkoloģiskā pacienta ārstniecības rezultātu izvērtējumu 285 pacientiem, kuri, uzsākot ārstēšanās epizodi, lietoja alkoholu, konstatēts, ka 234 gadījumos jeb 82% noslēdzot ārstēšanās epizodi, bija pārtraukuši alkohola lietošanu. Ņemot vērā, ka nebija aizpildītas visas Izvērtējuma kartes, nevar viennozīmīgi uzskatīt, ka ārstēšanas rezultāti (82% nelieto alkoholu) ir

objektīvi, jo pasaules pieredze¹ rāda, ka veiksmīga ārstēšana ir apmēram vienai trešdaļai pacientu.

3. Baltoties tikai uz 2013. gadā un 2014. gadā Kartē un Izvērtējuma kartē atspoguļotajiem datiem nav iespējams izdarīt secinājumus par pacientiem izmantoto narkoloģiskās ārstniecības tehnoloģiju un metožu efektivitāti, jo nepieciešams izvērtēt ilgtermiņā.

L.Šulca
D.Vanaga
S.Zelmene

SMĒĶĒŠANAS ATMEŠANA AR TĀLRUŅA PALĪDZĪBU: NO TEORIJAS LĪDZ PRAKSEI

Tabakas epidēmija šobrīd pasaulē nogalina teju sešus miljonus iedzīvotāju ik gadu. No šī skaita ap 600 000 ir pasīvās smēķēšanas izraisīti nesmēķētāju nāves gadījumi¹, bet vairāk nekā pieci miljoni nāves gadījumi ir radušies tieši tabakas patēriņa (gan smēķējamās, gan nesmēķējamās) rezultātā².

Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) prognozes šajā sakarā ir nemainīgas – nepanākot būtisku rīcību epidēmijas apkarošanā piecpadsmit gadu laikā tiks apdraudētas vairāk nekā astoņu miljonu iedzīvotāju dzīvības ik gadu.

Lai valstīm sniegtu atbalstu cīņā ar tabakas epidēmiju 2003. gadā PVO pieņēma pirmo starptautisko tabakas kontroles rīcības plānu – „Vispārējā Konvencija par tabakas uzraudzību” (turpmāk – Konvencija). Šobrīd vairāk nekā 170 valstis minēto dokumentu ir ratificējušas, tādejādi sasniedzot 87% pasaules populācijas.

Konvencijas 14. pants skaidri nosaka nepieciešamību nodrošināt tabakas atkarības ārstēšanu valstu iedzīvotājiem, efektīvi popularizējot tabakas lietošanas atmešanu un to pieejamības nodrošināšanu nacionālo tabakas kontroles programmu un veselības aprūpes sistēmu ietvarā. PVO rekomendācijas pamatā izvirzītas trīs tabakas atkarības ārstēšanas prioritātes: atmešanas intervencu nodrošināšana primārajā veselības aprūpē, viegli pieejamas un bezmaksas atmešanas tālruņa līnijas nodrošināšana un pieejamība bezmaksas vai lētai farmakoloģiskajai terapijai. Šo trīs ārstēšanas aktivitāšu ieviešana tiek rekomendēta pamatojoties uz pierādījumiem par to efektivitāti: tās ir praktiski ieviešamas un tām piemīt lielāka varbūtība pozitīvi ietekmēt atmetēju skaitu un atmešanas mēģinājumu skaitu populācijā, pie nosacījuma, ka valstis paralēli veic arī citu Konvencijā rekomendēto politikas iniciatīvu ieviešanu ar mērķi mudināt cilvēkus atmet tabakas lietošanu.

Kā liecina PVO dati, šobrīd vairāk nekā 85% pasaules populācijas nav pieejama visaptveroša tabakas atkarības ārstēšana. Tālrūņa līnijas nodrošināšana smēķēšanas atmešanai ir efektīvs rīks, lai iedzīvotājiem nodrošinātu uz pierādījumiem balstītu ārstniecības pakalpojumu arī apstākļos, kad citu atmešanas pakalpojumu pieejamība ir ierobežota.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN SKAIDROJUMI

1. <http://likumi.lv/doc.php?id=181288>
2. Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumi Nr.746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 2.pielikums
3. Ministru kabineta 2008. gada 15. septembra noteikumi Nr.746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” 3.pielikums
4. Pēc SPKC metodiskajiem norādījumiem ārstēšanas epizode ir vairāku ārstēšanas aktivitāšu kopums. Tā sākas ar pirmo pacienta un ārstniecības personas tiešu kontaktu un beidzas, noslēdzot ārstēšanas plānu. Ārstēšanas epizodes ilgums atkarīgs no ārstēšanas plāna. Par pamatu ārstēšanas epizodes uzsākšanai nevar būt signāla saņemšana par alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu medicīniskās

pārbaudes rezultātiem vai stacionāra epikrīzes saņemšana.

5. http://www.spkc.gov.lv/file_download/2305/Metodiskie+nor%C4%81d%C4%ABjumi_NARK.pdf
6. Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija. Desmitā redakcija
7. http://www.spkc.gov.lv/file_download/2168/Skaiti_devas_Apuse.pdf
8. http://www.spkc.gov.lv/file_download/2169/Skaiti_devas_Bpuse.pdf
8. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/do-you-drink-too-much-test-your-own-alcohol-consumption-with-the-audit-test>
9. Duncan Raistrick, Nick Heather and Christine Godfrey. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems (2006).

Tālrūņa līnijas būtiska priekšrocība pār citiem ārstniecības pakalpojuma veidiem ir tās ātrā ieviešana pie salīdzinoši zemām izmaksām. Kā zināms, tabakas atkarības ārstēšana ir viena no izmaksu efektīvākajām profilaktiskajām intervencēm veselības aprūpē, kas samazina gan izmaksas veselības aprūpei, kas rodas atkarības seku ārstēšanas rezultātā, gan uzlabo iedzīvotāju produktivitāti³.

Darbības pamats un ierobežojumi

Smēķēšanas atmešanas tālrūnis ir pakalpojums, kas nodrošina dažādu smēķēšanas atmešanas veicinošo aktivitāšu kopumu ar tālrūņa sakaru palīdzību. Pie biežāk izmantotajām aktivitātēm pieder:

- sākotnēja skrīninga un informācijas ievākšana par zvanītāja smēķēšanas paradumiem un pieredzi;
- īsas intervences veikšana;
- pašpalīdzības materiālu nosūtīšana;
- zvanītāju novirzīšana uz citiem pakalpojumiem smēķēšanas atmešanas veicināšanai;
- padziļinātu konsultāciju sniegšana zvanītājiem, sniedzot praktisku informāciju par smēķēšanas atmešanu, motivēšanu un atbalsta sniegšanu.

Mūsdienās, attīstoties dažādām komunikācijas tehnoloģijām, atmešanas tālrūņu darbība tiek arvien biežāk papildināta ar tiešsaistes risinājumiem interneta vidē, kas ietvert sociālo tīklu izmantošanu, interaktīvas nodarbības, kā arī e-pastu un mobilo SMS ziņu izmantošanu.

Tālrūņa līniju pirmsākumi meklējami 80. gados Eiropā un Amerikas Savienotajās Valstīs, kur tās tika izveidotas, lai pārvarētu izaicinājumus, kas radās iedzīvotāju tabakas atkarības ārstēšanā:

- smēķēšanas atmešanas atbalsta grupas bija efektīvas, taču smēķētāju skaits, kuri tās apmeklēja, bija neliels;
- daudzu smēķēšanas atmešanas pakalpojumu izmaksas nesedza ne veselības aprūpe, ne apdrošinātāju programmas;
- individuālās konsultācijas pie speciālista bija efektīvas, taču grūti bija motivēt smēķētājus sākotnēji vērsties pie speciālista.

Pēdējo 25 gadu laikā tikuši veikti vairāki plaši

pētījumi, lai apzinātu šādu tālrūņu iedarbības efektivitāti. Pārskatā, kurš publicēts 2006. gadā tika konstatēts, ka zvanītājiem, kuri saņēma konsultāciju smēķēšanas atmešanā bija par 40% lielāka varbūtība, ka veiksmīgi izdosies atmet smēķēšanu, salīdzinot ar smēķētājiem, kuri saņēma mazāku atbalstu smēķēšanas atmešanā⁴. Citā līdzīgā darbības efektivitātes izvērtējumā norādīta vēl lielāka pozitīva ietekme uz smēķēšanas atmešanu - pat viena padziļinātas konsultācijas sniegšana palielina atmešanas varbūtību.

Neskatoties uz daudzām priekšrocībām, ko sniedz tālrūņa līnija smēķēšanas atmešanai, tā nav panaceja. Lai gan mūsdienās telefonu sakaru pieejamība šķiet pašsaprotama, ne visiem iedzīvotājiem tas nozīmē neierobežotu pieejamību pašam pakalpojumam. Nebūt ne visās valstīs, kurās šāds pakalpojums tiek nodrošināts, tas ir bez maksas. Apgrūtinājumu var radīt arī dažādas kultūras un zināšanu barjeras, kas liedz smēķētājiem izmantot pakalpojumu. Daļai cilvēku konsultāciju saņemšana caur tālrūni var šķist pārāk nepersonāls un nepieņemams palīdzības saņemšanas veids. Arī sabiedrībā pastāvošās negatīvās asociācijas, ko izraisījušas dažādas telemarketinga (dažādu pakalpojumu piedāvāšana zvanot uz iedzīvotāju telefoniem) aktivitātes var būt traucējošs faktors pakalpojuma pilnvērtīgas izmantošanas nodrošināšanai. Vienlaicīgi novērots, ka attīstītās valstīs saskaras ar problēmu, kad jaunās paaudzes mobilajos tālrūņos instalētās zvanu pārlūka programmas samazina iespēju sasniegt zvanītāju (uz svešiem numuriem tālrūnis netiek pacelts), gadījumos, kad pakalpojuma nodrošināšanā ietilpst arī atzvanīšana klientam un atgriezeniskas saiknes uzturēšana ilgākā laika periodā.

Kavējošs faktors var būt zināšanu un sapratnes trūkums. Bieži vien veselības aprūpē strādājošie speciālisti nav informēti vai izturas skeptiski pret šāda veida pakalpojuma izmantošanu un tā rekomendēšanu pacientiem ar tabakas atkarības problēmām. Praksē tas nozīmē, ka nepilnvērtīgi vai pilnībā netiek izmantoti veselības aprūpes sistēmā pieejamie resursi, lai veicinātu tālrūņa pakalpojuma izmantošanas popularizēšanu smēķētāju vidū.

Barjeru stereotipu pārvarēšana var būt laik-

ietilpīgs un darbietilpīgs process, kas neņes ātrus rezultātus, jo īpaši ierobežotu finanšu resursu gadījumā.

Pieredze pasaulē

Kā jau iepriekš minēts, šobrīd vairāk nekā 85% pasaules iedzīvotājiem nav pieejama visaptveroša tabakas atkarības ārstēšana. Lai gan 53 PVO dalībvalstīs ir ziņojušas par vismaz vienas bezmaksas smēķēšanas atmešanas tālruņa līnijas darbību, līdz 2009. gadam informācija par valstu pieredzi tālruņa līniju darbībā netika ievākta. Šobrīd zināms, ka no 53 valstīm, kurās nodrošināts bezmaksas telefonisks pakalpojums iedzīvotājiem smēķēšanas atmešanai, 32 atradās valstīs ar augstu iedzīvotāju ienākumu līmeni, 17 valstīs ar vidēji augstu iedzīvotāju ienākumu līmeni, bet četrās ar zemu iedzīvotāju ienākumu līmeni. Visās valstīs tālrunis nodrošinājis konsultāciju un informācijas sniegšanu cilvēkiem, kuri vēlas atstāt smēķēšanu, to ģimenes locekļiem, draugiem un veselības aprūpes darbiniekiem, kuri vēlas palīdzēt saviem pacientiem smēķēšanas atmešanā.⁵

61% aptaujāto tālruņa līniju ziņojušas par proaktīvā un reaktīvā pakalpojuma sniegšanas modeļa izmantošanu darbā ar klientu konsultēšanu. Proaktīvs modelis paredz ne tikai zvanu pieņemšanu, bet arī atgriezeniskās saiknes nodrošināšanu, kad konsultants zvina klientam, lai sekotu līdzi atmešanas gaitai un sniegtu nepieciešamo palīdzību ikvienā atmešanas fāzes posmā. Savukārt izmantojot reaktīvo modeli, tiek nodrošināta tieša telefoniska konsultācija

attiecīgi veidoja izmaksas no 0.50 dolāriem līdz 433 dolāriem rēķinot uz vienu personu, kas pārtrauc tabakas lietošanu. Pēc PVO datiem secināms, ka tālruņa līnijas smēķēšanas atmešanai lielākoties tiek nodrošinātas bagātākajās valstīs, nodrošinot kombinētu proaktīvu un reaktīvu zvanu sistēmu. Valstīs ar vidēju vai zemu iedzīvotāju ienākumu līmeni lielākoties izmanto tikai reaktīvo pakalpojuma sniegšanas modeli.⁵

Tālruņa darbības izveidošana

Smēķēšanas atmešanas tālruņa pakalpojuma izveidošana un uzturēšana reti kad ir lineārs process. Valsts politika un finansējuma nepastāvīgums var gan strauji radīt, gan strauji samazināt tālruņa izveidošanas un sekmīgas darbības uzturēšanas iespējas. Taču brīdī, kad šāda iespēja ir panākta, būtiskākais solis ikvienas līnijas izveidošanā un uzturēšanā ir tās mērķa apzināšana. Atkarībā no individuālajiem apstākļiem, iemesli tālruņa līnijas izveidošanai vai tās darbības paplašināšanai var būt atšķirīgi. No tiem ir atkarīga gan piedāvāto pakalpojumu specifika, gan pakalpojuma popularizēšanā izmantojamās stratēģijas.⁶ Pastāv trīs mērķu grupas, kas nosaka pakalpojuma darbību:

Praksē ikviens tālruņa uzturētājs saskārās ar virkni jautājumu, kuru definēšana nosaka ne tikai pakalpojuma darbības principu, bet arī ietekmē tā efektivitāti. Pie tipiskiem jautājumiem pieder:

•Konsultēšanās protokoli jeb kā izlemt, ko darīt

Protokols ir rīcības shēma, kurai jānosaka, kas notiek brīdī, kad zvanītājs sazvina tālruņa līnijas konsultantu. Konsultāciju protokoli ir vadlīnijas, kas strukturizētā veidā attēlo, kas notiks katrā konsultanta un zvanītāja savstarpējā komunikācijas reizē. Protokols paredz noteikt dažādas konsultēšanas elementus, sākot no tā, kā tiek uzsākta saruna paceļot tālruni, beidzot ar

izmantošana un izteiktāks valdošais uzskats, ka sniegtais pakalpojums darbojas atbilstoši zvanītāja vēlmēm un vajadzībām.⁵

•Darbspēks, plānošana, un personāla apmācīšana

Ir tālruņa līnijas, kuras uzturēšanas izmaksu mazināšanas nolūkā piesaista brīvprātīgos darbiniekus vai studentus. Tas gan pastiprina nepieciešamību pēc kvalitātes kontroles, lai nodrošinātu, ka netiktu mazināta sniegtā pakalpojuma kvalitāte. Personāla apmācīšanas saturs un ilgums darbam tālruņa līnijā ir atkarīgs gan no konsultanta darba pienākumiem, izglītības, gan no sniegtā pakalpojuma mērķa un uzdevumiem. Pie apmācības standartiem ietilpst tādu jautājumu apgūšana, kas skar:

- tabakas izstrādājumu lietošanas psiholoģiskos, epidemioloģiskos un bioloģiskos jautājumus;
- vispārējos konsultāciju sniegšanas principus;
- efektīvas konsultāciju tehnikas motivācijas un uzvedības izmaiņai;
- atmešanas stratēģiju apgūšana;
- veselības jautājumu apgūšana saistībā ar tabakas lietošanu un atmešanu;
- zināšanu iegūšana par medikamentozu terapiju u.c. jautājumi.

Būtisks solis nacionālas smēķēšanas atmešanas tālruņa līnijas izveidošanas procesā ir finansējuma avota identificēšana un piesaistīšana, lai nodrošinātu tālruņa līnijas darbību tam paredzētajā veidā un apjomā. Pieredze valstu vidū finansējuma piesaistīšanai ir atšķirīga, taču visas agrāk vai vēlāk saskaras ar finansējuma nepietiekamību vai nepieejamību. Lielākajā daļā valsts finansējums tiek nodrošināts vai nu pilnībā no valsts budžeta līdzekļiem vai ar dalītu valstu/nevalstisko organizāciju budžetu līdzekļu palīdzību.⁵

Tā kā pastāvīga valsts budžetu līdzekļu novirzīšana tālruņa līniju nodrošināšanai ne vienmēr ir iespējama, trūkstošu finanšu resursu vai/un politiska atbalsta trūkuma rezultātā, pieaug valstu pieredze sabiedriskā un privātā sektora sadarbības modeļa attīstīšanā. Šobrīd vairākās valstīs pakalpojums tiek nodrošināts ar privātā sektora līdzfinansējuma palīdzību, paredzot, ka konsultāciju sniegšana tiek saistīta ar zvanītāju novirzīšanu uz veselības aprūpes sistēmā jau pieejamajiem smēķēšanas atmešanas pakalpojumiem.⁵

Izmaksas, ko rada pakalpojuma nodrošināšana un tā izmantošana lielā mērā nosaka piedāvātā pakalpojuma apjomu. Tikai retajai tālruņa līnijai ir pietiekams finansējums, lai nodrošinātu plaša spektra pakalpojumu klāstu, tādēļ skaidra darbības mērķa noteikšana ir būtiska, lai saprastu, kas ir prioritārais un minimāli nodrošināmais pakalpojumu kopums.⁵

Darbs ar smēķētāju

Darbs ar zvanītāja konsultēšanu ir jebkuras smēķēšanas atmešanas tālruņa līnijas darbības pamats. Lai gan pastāv būtiskas atšķirības gan pieņemto zvanu skaitā, gan laikā, kas tiek tērēts individuālo zvanu apkalpošanā, kvalitatīvas palīdzības sniegšana ikvienam zvanītājam ir dar-

| Liela teritoriālā aptvere pie minimālās pakalpojuma sniegšanas | Augsta efektivitāte (atmešanas gadījumi) ar zemāku teritoriālo aptveri | Liela teritoriālā aptvere un augsta efektivitāte |
|--|--|---|
| Šādu mērķi izvirza, ja iedzīvotājiem ir pieejami minimāli smēķēšanas atmešanas pakalpojumi, atmetēju īpatsvars valstī ir zems, bet finansiālie resursi ierobežoti. | Šo mērķi nosaka gadījumos, kad tālruņa līniju izmanto kā rekomendējošu pakalpojumu pacientiem, kas saņem profesionālu pakalpojumu medicīnas iestādēs, bet tālruni izmanto kā papildus resursu. | Šis mērķis ir iespējams pie ievērojama finansiālo resursu nodrošināšanas gan pašam pakalpojuma, gan pakalpojuma reklāmas aktivitātēm. |

zvanītājam. Vairumā gadījumu šo pakalpojumu nodrošinātāji ir valsts institūcijas un nevalstiskās organizācijas, bet tikai deviņās valstīs pakalpojums ticis nodrošināts ar privātā sektora finansējuma palīdzību.⁵

Pēc PVO datiem vidējais pakalpojuma darba laiks ir vairāk nekā 48 stundas nedēļas laikā, ar lielu variāciju diapazonu valstu vidū (no 10 darba stundām līdz 168 stundām nedēļā). Aptuveni 70% no tālruniem darbojas ar ziņu atstāšanas-atzvanišanas sistēmu vai ar zvanu reģistrēšanu un atzvanišanu, ja tie saņemti ārpus tālruņa darba laika. Ikgadējais budžets tālruņa darbības nodrošināšanai svārstījies no 680 ASV dolāriem līdz 1.19 miljoniem ASV dolāru, kas

jautājumiem, kas skar zvanu ierakstīšanu un informācijas sniegšanas saturu.

•Pakalpojuma kvalitāte jeb kā nodrošināt, ka tiek panākts tas, ko vēlamies

Labā protokola izstrādāšana ir tikai sākums. Tā ieviešana funkcionējošas tālruņa līnijas darbā nepieciešama virkne papildus soļu. Būtisks šī procesa posms ir plāns kvalitātes kontroles noteikšanai.⁵

•Darba laiks, telpas, tehnoloģiskie risinājumi

Lielākā daļa tālruņa līniju nestrādā 24 stundas diennaktī, septiņas dienas nedēļā, jo tikai retajam smēķētājam ir nepieciešama konsultācija trijos naktī. Neskatoties uz to, jo ilgāku laiku pakalpojums ir pieejams, jo parocīgāka ir tā

bības prioritāte.

Šobrīd teorija nesniedz lielu skaidrību par tiem elementiem, kas nosaka veiksmes formulu darbā ar zvanītāju. Tikai atsevišķi pētījumi ir salīdzinājuši dažādās konsultāciju metodes, sniedzot nepārliecinošus rezultātus. Tas lielā mērā nozīmē, ka veiksmes formula ir atkarīga no individuālas pieejas izmantošanas ikvienam zvanītājam, būtiski pastiprinot konsultanta prasmju, iemaņu un pašmotivācijas nozīmīgumu darbā ar klientiem.

Īpaši izteikti šī nozīme ir darbā ar atsevišķām iedzīvotāju grupām. Lai gan pieredze liecina, ka konsultēšanas pamatelementu izmantošana darbojas uz vairākumu smēķētāju neatkarīgi no viņu vecuma, dzimuma vai ekonomiskā statusa, pastāv atsevišķas iedzīvotāju grupas un faktori, kuriem ir jāpielāgo konsultēšanas saturs un veids:

-sievietes. Kā liecina pētījumi, sievietēm ir gan grūtāk atstāt smēķēšanu, gan grūtāk saglabāt atturību pēc atmešanas. Tas skaidrojams ar biopsiholoģiskiem faktoriem, kā, piemēram, bailēm pieņemt svarā, socializēšanās nozīmīguma, identitātes problēmām un depresijas.^{7,8}

-grūtnieces. Tā kā smēķēšanas atmešana grūtniecības laikā ir akūta nepieciešamība, konsultāciju pamatā ir uzstājīgāka zvanītājas motivēšana uz tūlītēju rīcību. Lielākā daļa grūtnieču atsāk smēķēšanu pēc bērna piedzimšanas, tādēļ jānostiprina ir ne tikai sievietes pārliecība par smēķēšanas pārtraukšanu, bet arī jāmudina vēlme pilnībā to atstāt, rūpējoties gan par savu, gan līdzcilvēku veselību;

-seniori. Bieži tiek maldīgi uzskatīts, ka gados vecāki cilvēki nevēlās atstāt smēķēšanu vai tas viņiem neizdodas. Pētījumi apliecina, ka senioriem ir gan interese par šāda pakalpojuma izmantošanu, gan izdodas tikpat labi atstāt kā pārējai populācijai daļai.

- iedzīvotāji ar garīgās veselības un atkarību izraisīto vielu lietošanas traucējumiem. Smēķēšanas izplatība iedzīvotāju daļā, kas cieš no garīgās veselības traucējumiem un dažādiem atkarības izraisīto vielu radītiem traucējumiem parasti ir

izplatītāka nekā pārējā populācijas daļā, savukārt atstāt ir grūtāk.

Nacionālā pieredze

Šobrīd Latvijas iedzīvotājiem ir pieejams viens tālrunis smēķēšanas atmešanai – Konsultatīvais tālrunis smēķēšanas jautājumos, kas tika izveidots 2015. gadā un kura darbību nodrošina Slimību profilakses un kontroles centrs. Šis numurs vairākumam smēķētāju visticamāk nav svešs, ja vien viņi patērē Latvijas tirgum ražotās cigaretes un ir gadījies nopirkt paciņu uz kuras ir norāde: „67037333 Izvēlies brīvību, mēs jums palīdzēsim. Lūdz palīdzību, lai atstētu smēķēšanu”. Savukārt sākot ar 2016. gada 20. Maiju tiek uzsākta tādu smēķēšanai paredzētu tabakas izstrādājumu iepakojuumu ražošana, kas satur kombinēto brīdinājumu: „Lūdz palīdzību! 67037333; www.spkc.gov.lv”

Kopš 2015. gada janvāra, zvanot uz tālruni numuru 67037333, iedzīvotājiem pieejamas psihologa konsultācijas smēķēšanas atmešanā katru darba dienu laikā no 9:00 līdz 19:00. Pakalpojums nav bezmaksas, maksa par zvanu ir atkarīga no zvanītāja izmantotā tālruna operatora noteiktā tarifu plāna, veicot zvanus uz Lattelekom tīkla tālrunu numuriem. Papildus maksa par pakalpojuma izmantošanu no zvanītāja netiek iekasēta.

2016. gadā apritējis gads kopš pakalpojums ir pieejams un ir iespējams izdarīt pirmos secinājumus.

Kā minēts iepriekš, smēķēšanas atmešanas tālruna līnijas ieviešana nav lineārs process, nereti nākas saskarties ar apstākļiem, kas var radīt šķēršļus vai apgrūtināt tā darbības virzību.

Tālruna līnijas darbības uzsākšana Latvijā zināmā mērā bija neordināra situācija.

Vēsturiski tālruna numurs 67037333 savu darbību uzsāka 2000. gadā Rīgas Atkarības Profilakses Centra (RAPC) paspārnē, kad tas iedzīvotājiem bija pazīstams kā „Uzticības tālrunis”. Pirmās izmaiņas tālruna darbībā nesa krīzes laiks, kad RAPC tika likvidēts un tālruna funkciju pārņēma Rīgas Domes Labklājības departaments, tālrunim mainot gan darba laiku, gan specifiku un

atvēlētos resursus. Turpmākos sešus gadus tālrunis „Atkarības jautājumos” darbojās, lai palīdzētu cilvēkiem ar atkarības problēmām. Jaunas izmaiņas nesa 2015. gads, kad tika aizsākts darbs ar smēķēšanas atmešanas pakalpojuma nodrošināšanu individuālas tālruna līnijas darbības ietvarā. Jau pirmajos tās darbības mēnešos, tālruna numura „bagātā” vēsture radīja izaicinājumu – zvanīja ne tikai iedzīvotāji, kas vēlējas atstāt smēķēšanu, bet arī tie, kurus interesēja jautājumi un konsultāciju saņemšana par citām atkarības problēmām, par ārstniecības pakalpojumu saņemšanu, krīzes situācijām un citiem jautājumiem. Neskatoties uz to, ka šobrīd zvanu skaits par smēķēšanas atmešanu saistītiem jautājumiem gada laikā ir dubultojies, Latvijas iedzīvotāji tikai pakāpeniski sākuši izmantot tālruni ne tikai kā resursu informācijas iegūšanai, bet arī kā uzticamu atbalstu smēķēšanas atmešanas procesā.

U.Martiņšone

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

- Oberg M et al (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377:139-146.
- WHO (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization.
- Fellows JL et al (2007). Cost effectiveness of the Oregon quitline “free patch initiative.” *Tobacco Control*, 16(Suppl. 1):i47–i52.
- Stead LF, Perera R, Lancaster T (2006). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 (Article No. CD002850). doi: 10.1002/14651858.
- WHO (2011). Developing and improving national toll-free tobacco quit line services : a World Health Organization manual. Geneva, World Health Organization.
- Ossip-Klein DJ, McIntosh SM (2003). Quitlines in North America: evidence base and applications. *American Journal of the Medical Sciences*, 326:201–205.
- WHO (2007). Lifting the evidence: gender and global tobacco. Geneva, World Health Organization
- WHO (2010b). Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva, World Health Organization

NALOKSONA IZSNIĒGŠANAS PROGRAMMU IZVEIDE UN ATTĪSTĪBA EIROPĀ

Naloksona atklāšana un izmantošana neatliekamās palīdzības nodalēs

Naloksons, opioīdu - receptoru blokators, kas neitralizē opioīdu iedarbību, tika atklāts 20. gadsimta sešdesmito gadu sākumā un 1970. gadā tika atļauta tā lietošana intravenozi, intramuskulāri un subkutāni. Naloksons sākotnēji tika izplatīts ar preču zīmi Narcan, kas arī šobrīd tiek izmantots kā nepatentēts (ģenēriskais) receptu medikaments. Lai naloksons ātrāk iedarbotos, tika ieteikts to lietot intravenozi, kas kļuva par standartu klīniskajā praksē un tika izmantots gandrīz divdesmit gadus.

Slimnīcu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļās ikdienā injicēja naloksonu intravenozi trīs gadījumos: 1) lai novērstu

opioīdu pārdozēšanas izraisītu elpošanas un centrālās nervu sistēmas nomākšanu, 2) lai novērstu medicīnā izmantotu opioīdu izraisītas ārstēšanas blaknes (piemēram, pēc vispārējās anestēzijas) un 3) kā diagnosticējošu līdzekli (opioīdu lietošanas konstatēšana, t.i., naloksonu var izmantot, lai konstatētu neatļautu opioīdu lietošanu, jo tas paātrina abstinences simptomu parādīšanos). 20. gadsimta deviņdesmitajos gados nolūka novērst pārdozēšanas izraisītas nāves gadījumus, neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu sniedzēji ASV apmācīja savus darbiniekus, kā rīkoties, ja pastāv aizdomas par opioīdu pārdozēšanu, tostarp izmantot naloksonu intramuskulāri kopā ar mākslīgās elpināšanas masku.

AIDS epidēmijas iespaidā ārsti kļuva arvien

piesardzīgāki, apzinoties riskus, ko rada šļircu adatu radītie dūrieni. Tā rezultātā palielinājās interese par naloksona izmantošanu bez injekcijām kā drošāku alternatīvu augsta riska opioīdu lietotājiem. Loimer et al. (1994)¹ uzsāka pētīt intranazālu naloksona ievadīšanu, šī metode joprojām tiek pētīta. Paralēli tika uzsākts Vankūveras neatliekamās palīdzības pētījums, kuru veica Wanger et al. (1998)² un kurā tika salīdzināts laiks, kad dzīvībā bīstamā situācija tiek novērsta (laiks no medīķu komandas ierašanās brīža līdz elpošanas nomākšanas novēršanai) intravenozas un subkutānas injekcijas gadījumā. Pētījumā tika atklāts, ka subkutānas injekcijas gadījumā absorbcija notiek lēnāk, jo aizkavējumu rada vēnas atrašana cilvēkiem, kas pārdozējuši opioīdus, tādējādi klīniskā efektivitāte abos

gadījumos ir vienāda. Ievadot preparātu intramuskulāri, tika konstatēts, ka opioīdu pārdozējušās personas sāk adekvāti elpot vidēji 5 minūšu laikā pēc naloksona ievadīšanas. Turklāt subkutāna (vai intramuskulāra) injekcija ļāva pacientam pakāpeniskāk atlabt pēc pārdozēšanas salīdzinājumā ar gadījumiem, kad injekcija tika veikta intravenozi.³

Naloksona injicēšanas veida maiņa klīniskajā praksē no intravenozas uz subkutānu un intramuskulāru un arvien pieaugoša izpratne, ka vairumam pārdozēšanas gadījumu ir aculiecinieki, ļāva veidoties naloksona izsniegšanas programmām, kas deva iespēju aculieciniekiem bez medicīniskas izglītības ievadīt ārkārtas naloksona devu, lai glābtu dzīvību opioīdu pārdozētājam.

Naloksona lietošana mājās: sākotnējais ierosinājums un pirmās iniciatīvas

Salīdzinājumā ar vairāk kā 40 gadus ilgo naloksona lietošanu medicīnas aprūpē, doma par pretvielas izsniegšanu opioīdu lietotājiem un viņu ģimenes locekļiem (naloksona lietošanai ārkārtas gadījumos mājās) ir relatīvi jauna.

Šī iespēja sākotnēji tika izvirzīta apspriešanai Trešajā starptautiskajā kaitējuma samazināšanas konferencē 1992. gada martā kā nejaus piemērs iespējai samazināt kaitējumu, kas netiek pienācīgi novērtēta. Pirmā nopietnā apspriešana par iespēju izsniegt naloksonu ārkārtas gadījumiem lietošanai mājās notika 1996. gadā BMJ rakstā⁴, tajā tika rūpīgāk izpētīta iespēja izsniegt naloksonu lietošanai mājās apstākļos. Tāpat kā citi kaitējumu mazinoši pasākumi, naloksons tika prezentēts kā iespēja nodrošināt lietotājiem tiešu piekļuvi vislabākajam palīdzības veidam.

Pirmkārt, rakstā tika pētīti vairāki iespējamie pielietojumi, piemēram, izsniegt preparātu lietošanai mājās personām, kuras pakļautas ļoti lielam pārdozēšanas riskam, tostarp pacientiem pēc detoksikācijas kursa un bijušajiem narkomāniem, kas tiek atbrīvoti no ieslodzījuma vietām.

Otrkārt, tika atzīmēta vajadzība izvērtēt plašāku personu loku – ne tikai personas, kas jāārstē atkarības dēļ, tostarp aktīvi narkomāni, kas retāk iesaistās ārstēšanas pasākumos (piemēram, šļirču apmaiņas programmu dalībnieki), un lietotāji, kas vispār neizmanto ārstēšanas pakalpojumus.

Treškārt, tika atkāta esošā naloksona produktu nepiemērotība, kā arī medicīniska un juridiska rakstura problēmas saistībā ar trešo pušu, piemēram, draugu un vecāku, apmācību, kā izmantot naloksonu ārkārtas situācijās.

Pirmo reizi naloksons tika izsniegts lietošanai mājās Čikāgā (Kuka grāfistē), kad 1996. gada rudenī to uzsāka Čikāgas Ārstniecības alianse, kaitējumu mazināšanas programmas ietvaros. 2001. gadā to izveidoja par oficiālu programmu ar standartizētu apmācību.

Kas ir jāapmāca par naloksona lietošanu mājās?

Pamatojoties uz to, ka pārdozēšanas gadījumiem ir liecinieki, tika identificētas trīs mērķa grupas apmācībai par naloksona lietošanu mājās: narkotiku lietotāji, aprūpētāji (cilvēki, kas kontaktējas ar narkotiku lietotājiem, tostarp

citi narkotiku lietotāji un ģimenes locekļi) un aģentūru darbinieki, kuri kontaktējas ar lietotājiem.

Cilvēki, kas lieto narkotikas: Opioīdu lietotāji un it īpaši tie, kas injicē narkotiskās vielas, ir primārā mērķa grupa naloksona izsniegšanai lietošanai mājās divu iemeslu dēļ – viņi potenciāli var pārdozēt (50-70% risks dzīves laikā), kā arī varētu būt tās personas, kas būs līdzās pārdozētājam⁵. Līdz ar to tika identificētas šādas lietotāju grupas, kas varētu būt saistītas ar pārdozēšanas risku: 1) cilvēki, kas lieto opioīdus, 2) heroīna lietotāji pēc ieslodzījuma vietas atstāšanas, 3) bijušie opioīdu lietotāji pēc tam, kad dodas prom no detoksikācijas/rehabilitācijas programmām un 4) cilvēki, kas uzsākuši ārstēšanos metadona farmakoterapijas programmās.

Aprūpētāji (ģimenes locekļi un citas narkotiku lietotājiem tuvas personas): 20. gadsimta deviņdesmito gadu beigās veiktā pētījumā⁶ konstatēja, ka vairums opioīdu pārdozēšanas notiek mājās citu cilvēku – narkotiku lietotāju, ģimenes locekļu vai partneru – klātbūtnē. Tādējādi narkotiku lietotājiem tuvas personas tika identificētas kā otra mērķa grupa. Saskaņā ar aptauju datiem Anglijā⁷ – gandrīz 90% aprūpētāju vēlējas piedalīties mācībās par rīcību pārdozēšanas gadījumā un tikpat daudz aprūpētāju vēlējas iemācīties injicēt naloksonu.

Aģentūru darbinieki (tie, kas strādā ar narkotiku lietotājiem): Trešā mērķa grupa ir apmācīti veselības aprūpes profesionāļi ārstēšanas centros, kā arī citi profesionāļi, kas strādā ar riska grupas personām (piemēram, darbinieki bezpajumtnieku patversmēs, šļirču apmaiņas programmas un ielu darbinieki) un pirmās palīdzības sniedzēji, piemēram, neatliekamā medicīniskā palīdzības darbinieki, ugunsdzēsēji, policisti.

Vai naloksons lietošanai mājās ir drošs?

Pakalpojumu sniedzēji, kā arī daži preparāta lietotāji izteikuši bažas par naloksona izsniegšanas tehnoloģijas drošību publiskajā telpā. Īpaši neskaidra ir situācija par to, vai naloksona pieejamība mājās varētu veicināt heroīna lietošanu un vai naloksona iedarbības ilgums (puse no iedarbības efekta 1-1.5 stundas) būtu pietiekams, lai novērstu to, ka pārdozēšanas upuri vēlreiz nonāk pārdozēšanas stāvoklī (tā sauktajā atkārtotajā toksikoze). Tāpat pastāv arī bažas, ka pārdozēšanas upuris pēc naloksona iedarbības var injicēt vēl vienu heroīna devu, lai novērstu abstinences sindromus, provocējot vēl lielāku pārdozēšanas iespējamību laikā, kad naloksons vairs neiedarbosies.

Pētījumi narkotiku lietotāju vidū, kas veikti 20. gadsimta deviņdesmito gadu beigās⁸ secināja, ka naloksons, kas izsniegts lietošanai mājās, nerada lielāku risku heroīna patēriņam, tāpat netika apstiprinātas ziņas par pārdozēšanas upuriem, kas būtu injicējuši heroīnu atkārtoti pēc pārdozēšanas novēršanas.⁹

Pirmie pilotprojekti nodrošināja pirmos datus par mājas lietošanai paredzētā naloksona drošību. Pirmajā publicētajā Eiropas pilotprojektā par naloksonu lietošanai mājās, kas

tika veikts Berlīnē un Džērsijā, pētnieki ziņoja par 34 gadījumiem, kad citi narkomāni izglābuši pārdozēšanas upurus Berlīnē, un viņi uzskata, ka naloksona injicēšana ir bijusi nepiemērota tikai vienā gadījumā (kokaina pārdozēšana). Visi pārdozēšanas upuri veiksmīgi atdzīvināti. Netika novērota ne paaugstināta heroīna lietošana, ne citas blaknes (izņemot abstinences simptomus). Piecos pārdozēšanas upuru atdzīvināšanas gadījumos Džērsijā netika novērots neviens negatīvs gadījums¹⁰.

Pirmā ASV naloksona programma Čikāgā ziņoja par 319 atdzīvināšanas gadījumiem laikā no 2001. gada līdz 2006. gadam¹¹. Negatīvas sekas bija viens nāves gadījums un divi gadījumi, kad pacienti izjuta ļoti izteiktas blaknes, taču to iemesls visticamāk bija vairāku narkotisku vielu lietošana.

Tāpat jaunākā daņu pētījumā, kur tika pētīti 3 245 naloksona injicēšanas gadījumi, nāve no atkārtotas intoksikācijas iestājās tikai trīs gadījumos (0.09 %), taču visi pārējie 3 242 pārdozēšanas upuri izdzīvoja¹².

Līdz ar to jāsecina, ka empīriskie atklājumi par lietošanai mājās izsniegto naloksona programmu drošību ir pozitīvi, un ziņu par negatīvu ietekmi ir ļoti maz, neskaitot abstinences sindromus un nemieru, ko piedzīvo atdzīvinātie pārdozēšanas upuri.

Lietošanai mājās izsniegtā naloksona programmas Eiropā

Naloksona lietošanas juridiskie aspekti Eiropas Savienībā

2014. gadā Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA) konsultējās ar 28 ES dalībvalstu ekspertiem (atbildes sniedza 24 valstis), lai novērtētu naloksona pieejamību ES¹³. Konsultāciju rezultāti norādīja, ka naloksons ir pieejams kā vispārējs recepšu medikaments 13 valstīs, bet kā klīniskā ārstu izrakstāms preparāts noteiktās vietās (piemēram, slimnīcās) - 11 valstīs. Neviens no 24 pētījuma dalībvalstīm neziņoja, ka naloksons būtu bezrecepšu medikaments. Viena valsts norādīja, ka naloksons nav oficiāli reģistrēts un ka tā importēšana ir atsevišķi jāpieprasa ārkārtas gadījumiem.

15 valstīs naloksona lietošana ir atļauta slimnīcās vai neatliekamās palīdzības dienestos, savukārt 17 valstīs to var izrakstīt jebkurš ārsts. Naloksons ir standarta neatliekamās medicīniskās palīdzības aprīkojumā 16 valstīs un 14 valstīs apstiprināja, ka neatliekamās medicīniskās palīdzības personāls ir apmācīts injicēt naloksonu.

Jautāti par potenciālajiem šķēršļiem saistībā ar naloksona pieejamību (t.i., naloksonu lietošanai mājās), divu valstu pārstāvji norādīja, ka opioīdu pārdozēšanas gadījumu skaits viņu valstī ir pārāk zems, lai uzsāktu naloksona izsniegšanu lietošanai mājās. Vairums respondentu pieminēja iespējamās juridiskās problēmas, piemēram, septiņās valstīs naloksona glabāšana vai lietošana bez atļaujas varētu tikt uzskatīta par kriminālpārkāpumu. Vismaz piecās valstīs pirmās palīdzības sniedzējus teorētiski varētu saukt pie atbildības par pārdozēšanas upura nāvi vai viņam nodarītu kaitējumu, turpretim vienas

valsts pārstāvis uzskatīja, ka ārstus varētu saukt pie atbildības par naloksona izrakstīšanu.

Tomēr aptaujātie eksperti minēja arī likumus vairākās Eiropas valstīs, kas aizsargā pirmās palīdzības sniedzējus, piemēram:

Vācijā pirmās palīdzības sniedzējus aizsargā Civillikums, kurš uzliek pienākumu vispirms glābt tās personas, kurām draud lielākais kaitējums. Ja kādai personai draud briesmas, aculieciniekam ir pienākums sniegt palīdzību. Faktiski palīdzības nesniegšana uzskatāma par Vācijas Kriminālkodeksa 323.c panta pārkāpumu: "Persona, kas nesniedz palīdzību nelaiemes gadījumos vai neizbēgama apdraudējuma vai briesmu gadījumos, lai gan tā [palīdzība] ir nepieciešama un iespējama noteiktajos apstākļos, [un ir] it īpaši iespējama bez ievērojamām briesmām pašai personai un netraucē citu svarīgu pienākumu izpildi, tiks sodīta ar cietumsodu līdz vienam gadam vai naudas sodu."

Nīderlandē likums nerada "šķēršļus" trešajām personām izrakstīt zāles ārkārtas situācijās, ja zāles (piemēram, naloksons) ir nepieciešamas.

Luksemburgā kopš 1985. gada pienākums sniegt palīdzību ir iestrādāts nacionālajā kriminālkodeksā (1879. gada Code Pénal 410-1. pants). Turklāt nacionālie narkotisko vielu legalizācijas normatīvie akti (pirmo reizi pieņemti 1973. gadā) tika grozīti 2001. gadā, lai veicinātu kaitējuma mazināšanas pasākumus. Par narkotisko vielu pārdozēšanu šī likuma 7. un 8.c pantā noteikts, ka narkotisko vielu lietotāju, kas ir aculiecinieks ārkārtas situācijai un nekavējoties meklē profesionālu palīdzību citam narkotiku lietotājam, kuram tā vajadzīga (t.i. pārdozēšanas upurim), nevar sodīt par narkotisko vielu glabāšanu. Ja pārdozēšanas aculiecinieks ir izdarījis ar narkotiskajām vielām saistītu pārkāpumu, viņam vai viņai var samazināt sodu par šādu pārkāpumu (EMCDDA, 2012).

Apvienotajā Karalistē parenterālas (injicējamas) zāles injicēt drīkst tikai pats pacients vai "kvalificēta ārstniecības persona vai persona, kas rīkojas saskaņā ar kvalificētas ārstniecības personas norādījumiem" (1968. gada Medicīnas likuma 1968 s.58(2)(b) pants). Taču 2005. gadā naloksons tika iekļauts Medicīnas likuma 7. pielikumā, kas ļauj jebkuram sabiedrības loceklim injicēt naloksonu ārkārtas situācijās nolūkā glābt dzīvību, novietojot naloksonu vienlīdzīgā statusā ar adrenalīnu un citiem medikamentiem, kurus izmanto neatliekamajā palīdzībā. Lai gan naloksons ir tikai recepšu medikaments, 2011. gadā ir izdotas vadlīnijas, kas ļauj pakalpojumu sniedzējiem, kas ir kontaktā ar augsta riska narkotisko vielu lietotājiem, glabāt naloksona krājumus situācijām, kad vajadzīga neatliekama palīdzība.

Latvijā naloksons ir recepšu medikaments, bet aptiekās to nav iespējams iegādāties. Tas ir pieejams Neatliekās medicīniskās palīdzības (NMP) dienestam, kā arī stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās. Saskaņā ar 2009.

gada 20. janvāra MK noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 15. punktu Neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamo medikamentu nosaukumus un daudzumu ārstniecības iestādē nosaka iestādes vadītājs atbilstoši ārstniecības iestādes vispārējai noslodzei un esošajam un plānotajam neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas gadījumu skaitam. Ārstniecības iestādes vadītājs apstiprina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamā medikamentu minimuma sarakstu (ārstniecības iestādē un tās struktūrvienībās), nosakot medikamentu uzglabāšanas, izlietošanas un uzskaites kārtību, kā arī norādot par medikamentu minimuma krājuma papildināšanu atbildīgo amatpersonu.

NMP dienestā ir izstrādāts informatīvs materiāls ārstniecības personām par Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu ekipējumā esošo medikamentu lietošanu, kurā

Saskaņā ar 2006. gada aprēķiniem, Dānijā ir apmēram 13 000 intravenozu narkotiku lietotāju. 20. gadsimta deviņdesmitajos gados un 21. gadsimta pirmajā dekādē Dānijā konstatēti 250-275 narkotiku lietošanas izraisīti nāves gadījumi gadā, vairums šo gadījumu saistīti ar metadona un heroīna lietošanu.

Tā kā ar opioīdu pārdozēšanu saistītu nāves gadījumu skaits ir ļoti augsts, Dānijas Veselības ministrija 2012. gadā nolēma no 2013. gada marta ieviest naloksona izsniegšanas programmu lietošanai mājās, pamatojoties uz galvaspilsētā veiktā pilotprojekta pozitīvajiem rezultātiem¹⁴.

Opioīdu lietotāji un potenciālie aculiecinieki, piemēram, ģimenes locekļi, draugi un sociālo pakalpojumu sniedzēju darbinieki, ir tiesīgi piedalīties Dānijas naloksona programmās, kas izsniedz naloksonu lietošanai mājās un kas iekļautas lielākos kaitējuma mazināšanas pasākumos. Valdības finansētais projekts sākotnēji tiek īstenots Dānijas pašvaldībās

1. tabula. NMP dienesta izpildītie izsaukumi pie pacientiem ar noteiktām diagnozēm T40, F19.2, F19.3, F19.4, F19.5 (SSK-10)

| | 2014.gads | 2015.gads |
|---|-----------|-----------|
| Izpildītie izsaukumi pie pacientiem ar SSK-10 klasifikatora diagnozēm T40, F19.2, F19.3, F19.4, F19.5 | 2 934 | 2 690 |
| t.sk. izpildīto izsaukumu skaits, kuros tika lietots medikaments Naloxon | 1 111 | 1 353 |

Avots: Neatliekamās palīdzības dienests, 2016

ir iekļauti ieteikumi medikamenta Naloxon lietošanā. Respektīvi, pēc brigādes galvenā ārsta norādījuma naloksonu lieto respiratoras depresijas gadījumos (samazināta spēja ieelpot un izelpot, rādītājs nav augstāks par 12 ieelpām minūtē, kas nespēj nodrošināt pilnīgu ventilāciju un perfūziju plaušās).

Stacionāro ārstniecības iestāžu uzņemšanas nodaļās naloksons izmantots retāk. Skaskaņā ar SPKC datiem no Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuriem bijušas traumas, ievainojumi un saindēšanās, gadījumi, kad kā viena no veiktajām ārstēšanas metodēm ir norādīta antidota (konkrēti naloksona) pielietošana stacionārā ārstētiem pacientiem ar saindēšanos (SSK-10 T36.0-T65.9), 2014. gadā bija 29 gadījumos, 2013. gadā- 35 gadījumos, bet 2012. gadā- 36 gadījumos.

Mājas lietošanai paredzēta naloksona programmas Eiropas valstīs

Šobrīd programmas, kuru ietvaros naloksonu izsniedz lietošanai mājās, darbojas septiņās Eiropas valstīs: Dānijā, Igaunijā, Vācijā, Itālijā, Norvēģijā, Spānijā un Apvienotajā Karalistē. Programmas pēc to formas ir ļoti atšķirīgas: dažas ir nelieli pilotprojekti uz noteiktu laiku, turpretim Skotijā un Velsā nesen uzsāktas programmas visas valsts mērogā.

Dānija

(Kopenhāgena, Aarhus, Odense un Glostrupa), kuru ielās redzami opioīdu lietotāji, taču ir arī plānots paplašināt programmu un ieviest to citās pašvaldībās, ja iesākto programmu rezultātu novērtējums, kas notiks 2015. gada vidū, būs pozitīvs. Kopenhāgenas pašvaldība centralizēti veic apmācību, datu apkopošanu un projekta koordinēšanu.

Kad programmas dalībnieki ir apmeklējuši mācību kursu par pārdozēšanas novēršanu un kontroli, viņi saņem naloksona komplektu, kurā ir šļirce ar nazālu izsmidzinātāju, kurā iepildīti 2-mg/2 ml naloksona, kā arī trīs dokumentus: sertifikātu par mācību kursa beigšanu, kartīti ar instrukciju, kā rīkoties pārdozēšanas gadījumā, un datu kartīti (kas jāaizpilda un jāatdod personālam Kopenhāgenā pēc pārdozēšanas gadījuma). Programmas dalībnieki tiek instruēti, ka 2-mg/2 ml doza ir paredzēta piecām reizēm pa 0.4 mg: pirmās trīs devas ir ievadāmas intranazāli un, ja tas nedod vēlamo rezultātu, ceturtā un piektā doza ir jāinjicē intramuskulāri.

Kopš 2014. gada oktobra 100 cilvēki ir apmācīti par treneriem un 121 narkotiku lietotājs ir apmācīts, kā izvairīties no pārdozēšanas, un saņēmis naloksonu lietošanai mājās. Ir saņemti dati par septiņiem gadījumiem par naloksona izmantošanu pārdozēšanas upuriem. Taču tā kā novērtējums netiek kontrolēts, nav skaidrs vai paralēli notiekošais ar narkotikām saistīto nāves gadījumu skaita samazinājums Dānijā,

GLOBĀLAIS TABAKAS SMĒĶĒŠANAS TENDENČU ZIŅOJUMS 2000-2025. GADAM

Tabaka ir vienīgā legāli iegūstamā viela pasaulē, kas nogalina daudzus tās lietotājus, to lietojot atbilstoši ražotāja norādēm. Pēc PVO aprēķiniem, tabakas izstrādājumu lietošana ik gadu izraisa aptuveni 6 milj. cilvēku nāves gadījumus. Globālajā tabakas smēķēšanas tendenču ziņojumā iekļautas prognozes un aprēķini par izmaiņām smēķēšanas izplatības rādītājos nākotnē PVO dalībvalstīs, ja saglabāsies šobrīd realizētās aktivitātes tabakas kontroles politikas ietvarā valstu vidū. Ziņojumā sniegtas prognozes par tendencēm četriem rādītājiem: pašreizēja un ikdienas tabakas smēķēšana, pašreizēja un ikdienas cigarešu smēķēšana sievietēm un vīriešiem 2000., 2005., 2010., 2015., 2020. un 2025. gadam. PVO aplēses liecina, ka tabakas izstrādājumu smēķēšanas izplatība pasaulē 2025. gadā būs 18.9%, kas ir par 3.5% mazāk nekā 2010. gadā aprēķinātā izplatība.

Ziņojums pieejams elektroniski: <http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>

U.Mārtiņšone

ZIŅOJUMS PAR KAITĪGU ALKOHOLA LIETOŠANU: EKONOMIKA UN SABIEDRĪBAS VESELĪBAS POLITIKA

Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija (ESAO) publicējusi ziņojumu par alkohola lietošanas izplatību un paradumiem organizācijas dalībvalstīs. Pēc ziņojuma datiem, vidējais alkohola patēriņš ESAO valstīs ir 9.1 litri absolūtā alkohola uz vienu iedzīvotāju, kas pēdējo 20 gadu laikā ir samazinājums par 2.5%. Atbilstoši veiktajiem aprēķiniem, teju 11% no kopējā alkohola patēriņa ir neregistrētais alkohols, kas paaugstina kopējo alkohola patēriņu valstu vidū līdz 10.3 litriem absolūtā alkohola uz vienu iedzīvotāju. Kaitīgs alkohola patēriņš (vairāk nekā 140 gramus absolūtā alkohola lietošana sievietēm un 210 gramu lietošana vīriešiem nedēļas laikā) ir palielinājies daudzās valstīs, jo īpaši sieviešu vidū. Alkohola lietošanas paradumi dalībvalstīs liecina, ka alkoholu patērē vairāk izglītoti iedzīvotāji ar augstāku sociāl-ekonomisko statusu, savukārt kaitīgi alkohola lietošanas paradumi ir raksturīgāki vīriešiem ar zemu izglītības līmeni un sociālekonomisko stāvokli un sievietēm ar augstu izglītības līmeni un sociālekonomisku stāvokli. Ar sīkāku situācijas analīzi iespējams iepazīties ziņojumā: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en

U.Mārtiņšone

kas vērojams kopš tā laika, bet bija jau sācies pirms projekta uzsākšanas, tiešām atspoguļo naloksona programmas efektivitāti.

Projekta koordinētāji norāda, ka ar naloksona izsniegšanu lietošanai mājās saistās liels administratīvais slogs medikamenta statusa dēļ, kas nosaka, ka tas ir tikai recepšu medikaments.

Igaunija

Igaunijā ir visaugstākais nāves gadījumu skaits pieaugušu cilvēku vidū (vecumā no 15 līdz 64 gadiem) ES - 111 nāves gadījumu skaits uz vienu miljonu iedzīvotājiem 2013. gadā, un vairums narkotisko vielu izraisīto nāves gadījumu skaits ir saistīts ar fentanila - ļoti iedarbīga sintētiskā opioīda - lietošanu.

2013. gada septembrī Nacionālais veselības veicināšanas institūts (NIHD) uzsāka programmu, kuras ietvaros tika izsniegts naloksons lietošanai mājās. Programma darbojas Harju un Austrumviru rajonos, kur ir vislielākā intravenozu narkotiku lietotāju skaits. Personas, kas pakļautas opioīdu pārdozēšanas riskam, tostarp pacienti, kas iesaistīti opioīdu aizvietošanas programmās, kā arī viņu ģimenes locekļi ir tiesīgi piedalīties programmā. Turklāt opioīdu aizvietošanas programmu īstenotāji un ielu darbinieki, kas strādā kaitējuma mazināšanas programmās, arī ir tiesīgi piedalīties. Visiem programmas dalībniekiem ir jābūt vismaz 16 gadus veciem, kas ir jāpierāda, uzrādot personu apliecināšanu dokumentu.

Programmas dalībnieki tiek instruēti, kā izvairīties no pārdozēšanas, kā injicēt naloksonu un novērst infekcijas slimību izplatīšanos, kā arī saņemt naloksona komplektu lietošanai mājās, ja viņi nokārto testu, kurā tiek pārbaudītas viņu zināšanas par narkotisko vielu pārdozēšanu. Tāpat kā Skotijas naloksona programmā pacientu saraksti tiek automātiski ģenerēti (tā vietā, lai izrakstītu receptes katram atsevišķi) un naloksona komplektu izsniegšana tiek reģistrēta atbilstīgi nacionālajai likumdošanai. Naloksona komplektos, kas paredzēti lietošanai mājās, ir Prenoxad injekcija un informatīvs materiāls. Tā kā iepriekš uzpildītas šļirces Igaunijā nav licencētas, Prenoxad komplekti tiek importēti no Apvienotās Karalistes saskaņā ar īpašu Igaunijas Zāļu valsts aģentūras atļauju. Igaunijas naloksona programmu pilnībā finansē valsts, un pakalpojums tiek sniegts sadarbībā ar vietējiem veselības aprūpes un kaitējuma mazināšanas pakalpojumu nodrošinātājiem. No 2014. gada oktobra ir izsniegti 552 naloksona komplekti lietošanai mājās, tā rezultātā atkārtoti ir izrakstīti 72 komplekti un 71 pārdozēšanas upuris ir izglābts.

Vācija

1999. gada tika uzsākts pilotprojekts, kura ietvaros mobilo šļirču apmaiņas programmu (Fixpunkt) klientiem tika izsniegts mājās lietošanai paredzētais noloksons. 16 mēnešu laikā tika izsniegti 124 mājās lietošanai paredzētā naloksona komplekti un ir saņemti dati, ka 22 narkotisko vielu lietotāji ir snieguši palīdzību ar naloksonu kopumā 29 pārdozēšanas upuriem, viņi visi tika atdzīvīnāti. Projekts tika turpināts

līdz 2002. gada decembrim, bet pēc projekta beigām nebija iespējams nodrošināt finansējumu, lai programmu turpinātu. Neskatoties uz to, Fixpunkt turpina izsniegt mājās lietošanai paredzēto naloksonu mazākā apjomā.

Īrija

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu skaits Īrijā ir palielinājies no 105 gadījumiem 2003. gadā līdz 181 gadījumam 2012. gadā. Lielākā daļa 2012.gadā reģistrēto nāves gadījumu bija saistīti ar opioīdiem un toksikoloģijas rezultāti atklāja, ka upuri biežāk bija lietojuši metadonu nekā heroīnu. 2014. gadā Īrijas Veselības ministrija paziņoja, ka dienests finansēs mājās lietošanai paredzēta naloksona pilotprojektu, kura dalībnieku skaits sākotnēji būs 600 opioīdu lietotāji. Opioīdu lietotājiem, kas vēlas piedalīties projektā, ir jāpemeklē video mācību kursi un pēc tiem jāaizpilda zināšanu pārbaudes anketa. Ja projekta dalībnieki spēj demonstrēt pietiekamu izpratni par opioīdu pārdozēšanas pazīmēm un riska faktoriem, naloksona ievadīšanu un palīdzību pārdozēšanas gadījumā (neatliekamās palīdzība izsaukšana, stabilā sānu poza un pamata prasmes dzīvības saglabāšanai), viņiem tiek izsniegta recepte naloksona lietošanai mājās. Projekts tika uzsākts 2015. gada maijā.

Itālija

Jaunākās aplēses par augsta riska opioīdu lietotājiem Itālijā liecina, ka 2013. gadā Itālijā bija aptuveni 168 000 problemātisku opioīdu lietotāju. Tajā pašā gadā Itālija ziņoja par 344 narkotiku tieši izraisītiem nāves gadījumiem - viszemākais skaits kopš 1999. gada. 196 narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem bija pieejami toksikoloģijas rezultāti, kas liecināja, ka 146 gadījumos nāvi bija izraisījuši opioīdu lietošana. Itālija ir vienīgā valsts, kur naloksons ir pieejams bez receptēm. Itālijas farmaceiti drīkst izsniegt naloksonu bez receptes, taču naloksonu nedrīkst izvietot plauktos pieejamās vietās, kur klienti paši to varētu paņemt, un klientiem naloksons ir jāsaņem tieši no farmaceita.

Norvēģija

Norvēģija ir to valstu vidū, kur narkotiku izraisīto nāves gadījumu skaits ir viens no augstākajiem Eiropā - 70 pārdozēšanas izraisīti nāves gadījumi uz miljonu pieaugušu iedzīvotāju 2013. gadā. Norvēģijā apmēram 8 400 cilvēku injicē narkotiskās vielas. 2012. gadā tika reģistrēti 246 narkotiku izraisīti nāves gadījumi, toksikoloģijas rezultāti, kas pieejami gandrīz visiem narkotiku izraisītiem nāves gadījumiem, apliecināja, ka tikuši izmantoti 192 opioīdi ar vai bez citu narkotiku piejaukuma.

2014. gada aprīlī Norvēģijas Veselības ministrija uzsāka nacionāla mēroga pārdozēšanas novēršanas kampaņu. Kampaņas ietvaros tika īstenota 5 gadus ilga pārdozēšanas novēršanas stratēģija, tostarp arī mājās lietošanai paredzēta naloksona izplatīšana.

Norvēģijas naloksona pilotprojekts, kas oficiāli tika uzsākts 2014. gada jūnija beigās, ietver mājās lietošanai paredzēta naloksona programmas ieviešanu valsts divās lielākajās pilsētās

(Bergenā un Oslo) divu gadu laikā. Projekta mērķauditorija ir narkotiku lietotāji, lietotāju ģimenes un draugi, policisti un ārstniecības iestāžu personāls. Mācību sesijas beigās, kas notiek apmēram 10 minūtes, dalībnieki saņem 2-mg/2 ml šļirci, kas papildīta ar naloksonu un kurai ir nazālais adapteris. Atšķirībā no Dānijas pilotprojekta Norvēģijas naloksona komplektā nav adatas naloksona injicēšanai, ir iespējama tikai intranazāla ievadīšana. Tā kā netiek nodrošinātas adatas, nav nepieciešama arī individuāla recepte. Lai izplatītu naloksonu neapstiprinātai intranazālai lietošanai, Norvēģijas pilotprojektam bija jāsaņem īpaša atļauja no Norvēģijas narkotisko vielu regulatora pirms pilotprojekta uzsākšanas.

No 2014. gada oktobra ir izsniegti 456 naloksona komplekti lietošanai mājās, tostarp 12 komplekti policistiem un 11 komplekti - ģimenes locekļiem. 76 personas ir pieprasījušas atkārtotu naloksona devu.

Apvienotā Karaliste un monarhijas pārvaldībā esošas valstis

Apvienotajā Karalistē naloksona izplatīšana pirmo reizi tika uzsākta 2001. gadā, kad Londonas dienvidos esoša atkarīgo aprūpes centrā sāka izrakstīt naloksonu lietošanai mājās metadona un detoksikācijas pacientiem. 2005. gadā naloksona juridiskais statuss tika nomainīts - to drīkstēja izmantot pirmās palīdzības sniedzēji, kas nav profesionāli (tostarp citi narkotiku lietotāji, ģimenes locekļi, patversmju darbinieki): naloksons tika iekļauts Medicīnas likuma 7. pielikumā, kas ļauj jebkuram sabiedrības loceklim injicēt naloksonu ārkārtas situācijās nolūkā glābt dzīvību, novietojot naloksonu vienlīdzīgā statusā ar adrenalīnu un citiem medikamentiem, kurus izmanto neatliekamajā palīdzībā.

Labās prakses piemēri: Skotija

Skotijā 2007. gadā tika uzsākti trīs vietēja mēroga naloksona pilotprojekti (Glāzgovā, Lanarkā un Invernesā). 2011. gadā Lordu advokāts izdeva vadlīnijas, kas ļauj izsniegt naloksonu bez receptēm, kad vajadzīga neatliekama palīdzība. Pie tam vadlīnijas atļāva glābt naloksonu telpās, kas nav paredzētas medicīniskai aprūpei. Vadlīnijas veicināja Skotijas Nacionālās naloksona programmas (SNNP) ieviešanu 2011. gadā. Programma ietver mājās lietošanai paredzēta naloksona izplatīšanu sabiedrībā, kā arī ieslodzījuma vietās (pēc ieslodzīto

atbrīvošanas). Sabiedriskās organizācijas, kas nodrošina attiecīgus pakalpojumus, var izsniegt lietošanai mājās paredzētu naloksonu personām, kas pakļautas opioīdu pārdozēšanas riskam, viņu ģimenes locekļiem un citiem narkomāniem (ar reģistrētu riskam pakļautās personas piekrišanu) un aģentūras personālam. Skotijas valdība finansē programmu centralizēti, un visiem pakalpojuma sniedzējiem tiek atmaksāti līdzekļi par izdalītajiem naloksona komplektiem. 12 mēnešu periodā SNNP izsniedza kopumā 6 472 naloksona komplektus, 5 395 (83 %) no tiem tika izsniegti palīdzības sniedzējiem, kas nav profesionāļi, bet 1 077 (17 %) - ieslodzītajiem viņu atbrīvošanas brīdī.

Secinājumi

Šobrīd Eiropā darbojas vairākas naloksona izplatīšanas programmas, kas pamatā darbojas pilotprojektu ietvaros. Programmu daudzveidība norāda uz nepieciešamību pielāgot katru atsevišķu programmu atbilstīgi pieejamajiem resursiem, vietējai situācijai un regulējumam. Tomēr ir vairākas kopīgas iezīmes, kas atvieglo pakalpojuma ieviešanu un ilgtspēju:

- Valdības atbalsts veicina projekta ieviešanu juridiski un finansiāli.
- Vietējās policijas atbalsta iegūšana ir būtiska veiksmīgai programmas ieviešanai, jo tā mazina lietotāju bailes izsaukt neatliekamo palīdzību.
- Naloksona izsniegšanas iekļaušana standarta aprūpē esošās veselības aprūpes iestādēs veicina projekta ilgtspēju.
- Lietotāju grupu iesaistīšana atvieglo ielu darbinieku programmas un veicina projekta pieņemšanu.
- Ģimenes locekļi un citi aprūpētāji var kļūt par programmas virzītājiem, mācoties palīdzēt ar naloksonu un nodrošinot plašāku tā pieejamību narkotiku lietotājiem.
- Neatliekamās palīdzības sniedzēji, piemēram, neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi, ugunsdzēsēji un policija ir nozīmīgs darbaspēks, kas ir jāapmāca un var kļūt par ietekmīgiem programmas virzītājiem.
- Labo praksi var veicināt, izstrādājot likumdošanas paraugus un protokolus.
- Tikai viena naloksona produkta vai ražotāja izmantošana var radīt finansiālu risku.

I.Pūgule

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. Loimer, N., Hofmann, P. and Chaudhry, H. R. (1994), 'Nasal administration of naloxone is as effective as the intravenous route in opiate addicts', *International Journal of the Addictions* 29, pp. 819-827
2. Wanger, K., Brough, L., Macmillan, I., Goulding, J., MacPhail, I. and Christenson, J. M. (1998), 'Intravenous vs subcutaneous naloxone for out-of-hospital management of presumed opioid overdose', *Academic Emergency Medicine* 5, pp. 293-299.
3. UNODC and WHO (2013), Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality (<http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>)
4. Strang, J., Darke, S., Hall, W., Farrell, M. and Ali, R. (1996), 'Heroin overdose: the case for take-home naloxone', *BMJ* 312(7044), p. 1435.
5. Strang, J. (1992), 'Harm reduction: defining the concept, exploring the boundaries, and identifying operational possibilities', paper presented at the Third International Harm Reduction Conference, Melbourne.
6. McGregor, C., Darke, S., Ali, R. and Christie, P. (1998), 'Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions', *Addiction* 93(5), pp. 701-711.
7. Strang, J., Manning, V., Mayet, S., Titherington, E., Offor, L., Semmler, C. and Williams, A. (2008), 'Family carers and the prevention of heroin overdose deaths: unmet training need and overlooked intervention opportunity of resuscitation training and supply of naloxone', *Drugs: Education, Prevention, and Policy* 15, pp. 211-218
8. Strang, J., Powis, B., Best, D., Vingoe, L., Griffiths, P., Taylor, C. et al. (1999), 'Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability', *Addiction* 94, pp. 199-204
9. I Vilke, G. M., Buchanan, J., Dunford, J. V. and Chan, T. C. (1999), 'Are heroin overdose deaths related to patient release after prehospital treatment with naloxone?', *Prehospital Emergency Care* 3, pp. 183-186
10. Dettmer, K., Saunders, B. and Strang, J. (2001), 'Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes', *BMJ* 322(7291), pp. 895-896.
11. Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. and Carlberg-Racich, S. (2006), 'Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a programme to reduce heroin overdose deaths', *Journal of Addictive Diseases* 25, pp. 89-96.
12. Rudolph, S. S., Jehu, G., Nielsen, S. L., Nielsen, K., Siersma, V. and Rasmussen, L. S. (2011), 'Prehospital treatment of opioid overdose in Copenhagen: Is it safe to discharge on-scene?', *Resuscitation* 82, pp. 1414-1418.
13. Hughes, B. (2014), Distribution and use of naloxone: legal issues (available at <http://www.emcdda.europa.eu/events/2014/meetings/naloxone>).
14. Saelan, H. (2014), The Danish naloxone scheme (available at <http://www.emcdda.europa.eu/events/2014/meetings/naloxone>).

ALKOHOLA IZRAISĪTAS AKNU SLIMĪBAS

Alkohola lietošana ir cēlonis vairāk nekā 200 slimībām un traumām. Pēc PVO aprēķiniem 2012. gadā pasaulē 3,3 miljoni cilvēku nāves jeb 5,9% no visiem nāves gadījumiem bija saistītas ar alkohola lietošanu¹.

Pārmērīga alkohola lietošana izraisa ne tikai aknu bojājumu, bet arī veicina ļaundabīgu audzēju attīstību, izraisa ceļu satiksmes negadījumus, traumas un veicina noziedzīgu rīcību, pašnāvības un sociālas problēmas.

Aknas ir no cilvēka svarīgākajiem iekšējiem orgāniem, kas organismā nodrošina olbaltumu, ogļhidrātu un tauku metabolismu.

Alkohola aknu bojājums ir daudzfaktoru slimība, tās attīstību nosaka ne tikai pārmērīgs alkohola patēriņš, bet arī dzimums, ģenētiskā predispozīcija un citas aknu slimības. Alkohola aknu bojājuma gadījumā klīniskā aina var būt ļoti dažāda - no bezsimptomu formas līdz akūtai aknu mazspējai.

Alkohola aknu slimību attīstībā būtiska nozīme ir etanola metabolītiem, kā arī alkohola izraisītā iekaisuma produktiem. Etanola oksidācijas procesā veidojas metabolīti, kas savienojas ar olbaltumvielām un izraisa iekaisuma reakciju, fibrozes un cirozes veidošanos².

Aknās darbojas fermenti, kuri sašķeļ alkoholu, lai varētu to izvadīt no organisma. Uzņemot vairāk alkohola, nekā aknas spēj pārstrādāt, organismā uzkrājas toksiski vielmaiņas produkti. Regulāri lietojot alkoholiskos

dzērienus, dažādu bioķīmisku reakciju rezultātā tiek veicināta tauku izgulsnēšanās aknās. Izgulsnējoties tauku pilieniem, aknu šūniņas palielinās, bet, ja cilvēks turpina lietot alkoholu, tad veidojas iekaisums, kas ar laiku noved pie saistaudu veidošanās aknās. Vispirms rodas t.s. fibrotiskie audi, kas vēl var pārveidoties atpakaļ par normāliem aknu audiem, bet pēc tam izveidojas saistaudi, un tā jau ir ciroze - aknu šūniņas ir iznīcinātas³.

Sievietes ir vairāk uzņēmīgas pret alkohola hepatotoksisko ietekmi, jo sievietēm ātrāk attīstās alkohola aknu slimības nekā vīriešiem, ar vienādu ikdienas alkohola patēriņu⁴.

Pierādīts, ka sievietes, pat lietojot alkoholu mazākās devās, kā vīrieši, ir pakļautas augstākam riskam saslimt ar alkohola izraisītām aknu slimībām nekā vīrieši⁵.

Daži pētījumi liecina, ka ne tikai patērētā alkohola daudzums, bet arī alkohola lietošanas biežums paaugstina aknu slimību attīstības risku⁶. Alkohola aknu ciroze attīstās pēc vismaz desmit gadus alkohola lietošanas⁷.

Konstatēts, ka 2010. gadā 47,9% no cirozes nāves gadījumu visā pasaulē bija saistītas ar alkohola lietošanu⁸.

Latvijā 2014. gadā viens 15 gadus vecs un vecāks iedzīvotājs patērēja 10,6 litrus reģistrētā absolūtā alkohola un 1 iedzīvotājs - 9 litrus absolūtā alkohola. Pēdējos piecus gadus alkohola patēriņš ir stabils, bet ar nelielu palielināšanās tendenci katru gadu. Pēdējos 6 gadus viens 15 gadus vecs un vecāks Latvijas iedzīvotājs visvairāk absolūto alkoholu patērē, lietojot alu.

Pēc PVO aprēķiniem Latvija ar 10,2 litriem ieņem 15. vietu absolūtā alkohola patēriņā uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju ES 28 valstu vidū⁹.

Atbilstoši SSK-10 alkohola izraisītas aknu slimības ir:

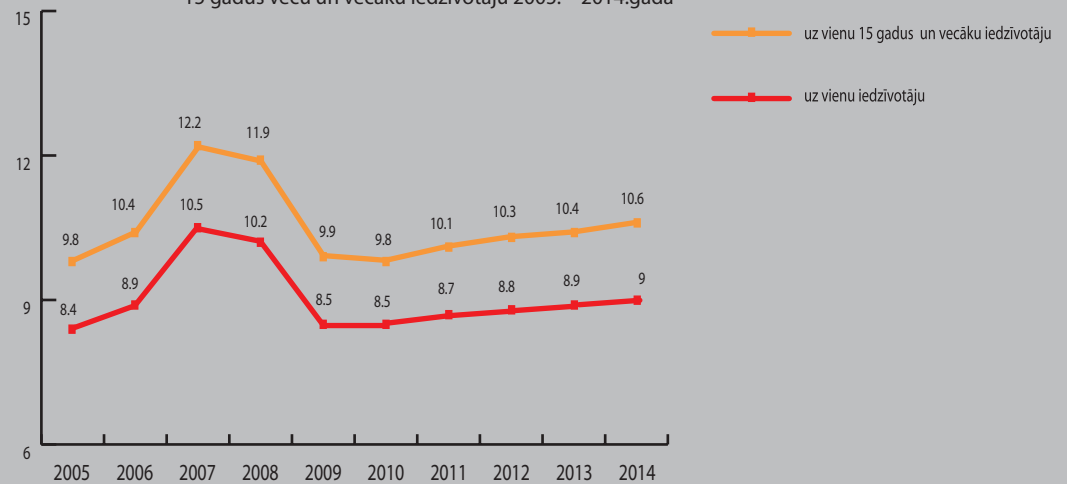
K70.0 Alkohola taukainā aknu deģenerācija

K70.1 Alkohola hepatīts

K70.2 Alkohola aknu fibroze un skleroze

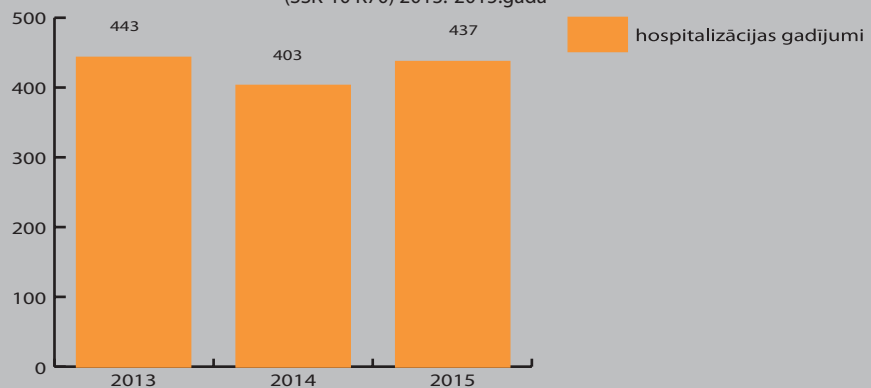
K70.3 Alkohola aknu ciroze

1. attēls. Reģistrētā absolūtā alkohola patēriņš litros uz vienu iedzīvotāju un uz vienu 15 gadus vecu un vecāku iedzīvotāju 2005. – 2014.gadā

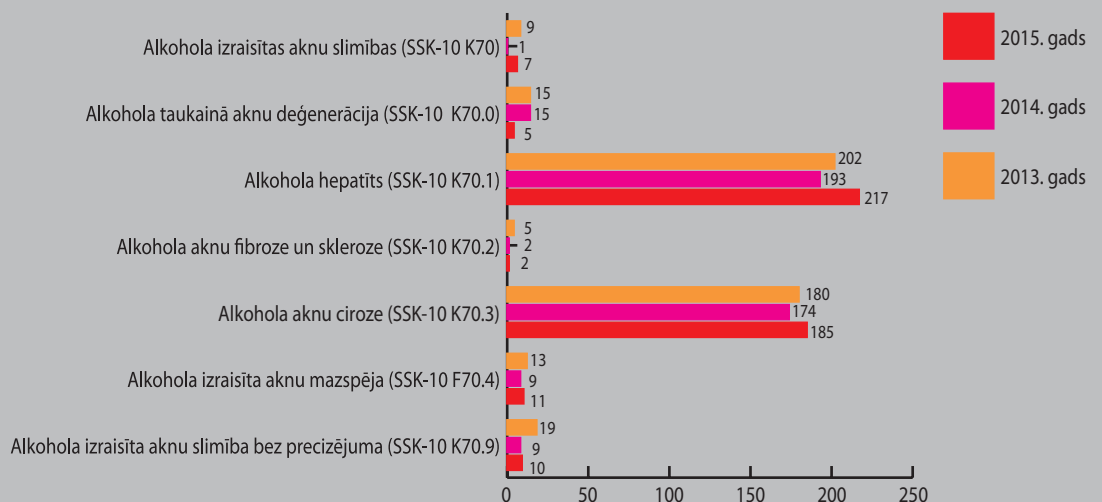


Avots: Slimību profilakses un kontroles centrs, 2015

2. attēls. Visos ar NVD līgumattiecībās esošos stacionāros hospitalizāciju gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) ar alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70) 2013.-2015.gadā



3. attēls. Alkohola izraisīto aknu slimību hospitalizāciju gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) pēc slimību diagnožu veidiem 2013.-2015.gadā



Avots: Nacionālā veselības dienesta Vadības informācijas sistēmas dati, 2016

K70.4 Alkohola izraisīta aknu mazspēja

K70.9 Alkohola izraisīta aknu slimība bez precizējuma.

Atbilstoši Nacionālā veselības dienesta (turpmāk tekstā - NVD) Informācijas sistēmas datiem 2015. gadā bija 437 hospitalizācijas

gadījumi ar alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70). Hospitalizāciju gadījumu skaits ar alkohola izraisītām aknu slimībām pēdējo trīs gadu laikā ir mainīgs, bez izteiktām svārstībām.

Atbilstoši NVD Informācijas sistēmas datiem, pēdējo trīs gadu laikā lielākais hospitalizācijas gadījumu skaits ar alkohola izraisītām aknu slimībām bija ar alkohola hepatītu (SSK-10 K70.1) un alkohola aknu cirozi (SSK-10 K70.3).

Pēdējo trīs gadu laikā hospitalizācijas gadījumu īpatsvars ar alkohola hepatītu (SSK-10 K70.3) katru gadu palielinās, no 46% 2013. gadā līdz 50% 2015. gadā no visiem hospitalizācijas gadījumiem ar alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70).

Hospitalizācijas gadījumu skaits ar alkohola aknu cirozi (SSK-10 K70.3) pēdējos trīs gadus ir samērā stabils, bez izteiktām svārstībām. Hospitalizācijas gadījumu skaits (217) ar alkohola aknu cirozi veido otru (pēc alkohola hepatīta) lielāko īpatsvaru no visiem ar alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70) saistītiem hospitalizācijas gadījumiem. 2015. gadā bija 185 hospitalizācijas gadījumi ar alkohola aknu cirozi (SSK-10 K70.3) jeb 42% no visiem ar alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70) saistītiem hospitalizācijas gadījumiem.

Hospitalizācijas gadījumu skaits ar pārējām (alkohola taukainā aknu deģenerācija –SSK-10 K70.0, alkohola aknu fibroze un skleroze – SSK10 70.2, alkohola izraisīta aknu mazspēja – SSK-10 K70.4, alkohola izraisīta aknu slimība bez precizējuma – SSK 10 K70.9) alkohola izraisītajām aknu slimībām nav augsts.

Ir pierādīts, ka aknu slimību risks pieaug, ja absolūtā alkohola lietošana pārsniedz 20-30 g dienā sievietēm un 40-60 g dienā vīriešiem, taču pēdējā laika ziņojumi rāda, ka mirstība aknu cirozes dēļ palielinās, ja tiek lietots 12-24 g absolūtā alkohola dienā (dažādu autoru datus atšķiras). Tomēr aknu ciroze ir tikai aptuveni 10% alkohola lietotāju¹⁰.

Pētījumos ir konstatēts, ka 14 Rietumeiropas valstīs, pieaugot alkohola patēriņam uz vienu iedzīvotāju par 1 litru, par 14% palielinās vīriešu mirstība ar aknu cirozi, bet sievietes mirstība ar aknu cirozi palielinās par 8%¹¹.

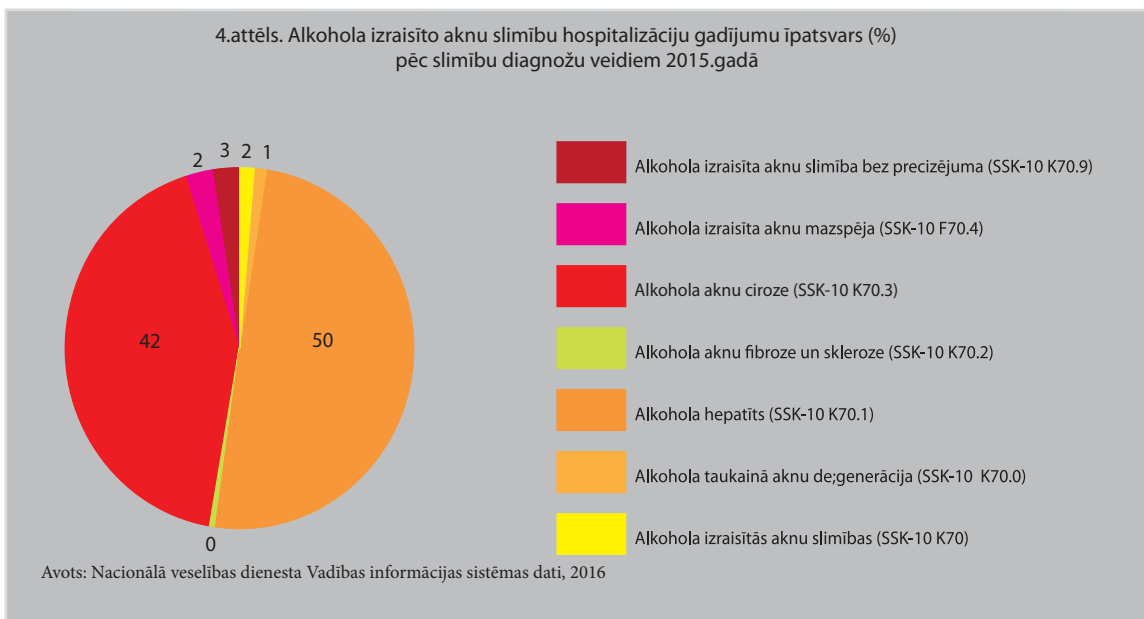
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) publikācijā uzsvērts, ka tieši stiprā alkohola lietošana izraisa augstāku gan kopēju mirstību, gan mirstību no aknu cirozes. Atbilstoši National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism datiem aptuveni 20-15% cilvēkiem ar alkohola atkarību attīstās aknu ciroze¹².

Daudzi pētījumi liecina, ka alkohola lietošanas daudzums, biežums un ilgums vistiešāk ietekmē alkohola aknu cirozes veidošanos un mirstību¹³.

Mirstība no alkohola izraisītām aknu slimībām

sieviešu 2011. gadā līdz 5,4 nāves gadījumiem uz 100 000 sieviešu 2015. gadā.

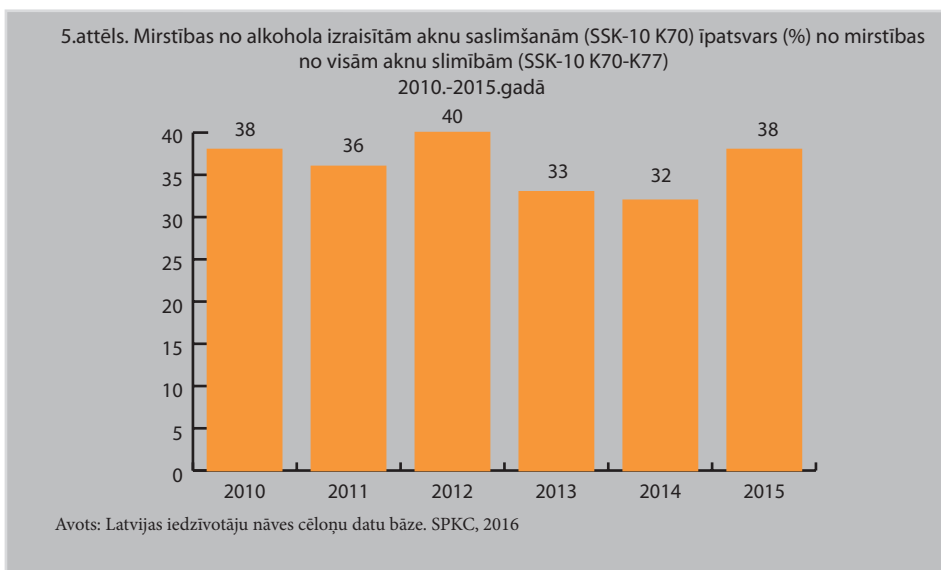
Augstākie mirstības rādītāji no alkohola izraisītām aknu slimībām 2015. gadā bija vecuma grupā no 40-59 gadiem gan vīriešiem



Latvijā 2015. gadā bija 38% no visiem nāves gadījumiem no aknu slimībām.

2015. gadā no alkohola izraisītām aknu

(23,8 nāves gadījumi uz 100 000 vīriešu), gan sievietēm (12,4 nāves gadījumi uz 100 000 sieviešu).



slimībām (alkohola taukainā aknu deģenerācija, alkohola hepatīts, alkohola aknu fibroze un skleroze, alkohola izraisīta aknu mazspēja, alkohola izraisīta aknu slimība bez precizējuma) miruši 159 cilvēki jeb 8,0 mirušie uz 100 000 iedzīvotāju.

2015. gadā, salīdzinot ar iepriekšējiem četriem gadiem, ir palielinājusies mirstība no alkohola izraisītām aknu slimībām gan sievietes, gan vīriešu vidū. Vīriešu vidū šis rādītājs ir palielinājies no 7,3 nāves gadījumiem uz 100 000 vīriešu 2011. gadā līdz 8,0 nāves gadījumiem uz 100 000 vīriešu 2015. gadā, sievietes vidū attiecīgi no 4,0 nāves gadījumiem uz 100 000

No visām alkohola izraisītām aknu slimībām Latvijā 2015. gadā visaugstākā mirstība – 115 cilvēki jeb 5,8 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju bija no alkohola aknu cirozes. Mirstība no alkohola cirozes veido 63% no mirstības no visām alkohola izraisītām aknu slimībām.

2015. gadā vīriešu mirstība (73 vīrieši jeb 8,0 nāves gadījumi uz 100 000 vīriešu) no alkohola aknu cirozes ievērojami pārsniedz sievietes mirstību (42 sievietes jeb 3,9 nāves gadījumi 100 000 uz sievietes).

Augstākie mirstības rādītāji no alkohola aknu cirozes gan sievietēm (27 sievietes jeb 9,2 nāves

gadījums uz 100 000 sieviešu), gan vīriešiem (45 vīrieši jeb 17 nāves gadījumi uz 100 000 vīriešu) 2015. gadā bija 40 – 59 gadu vecuma grupā.

Mirstības rādītāji no pārējām alkohola izraisītām

un samērā stabila, bet 2015. gadā šis rādītājs palielinājies līdz 1,2 nāves gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju.

Atbilstoši PVO DMDB (European Detailed

PVO standartizētiem mirstības rādītājiem no alkohola aknu slimībām 2012. gadā Latvijā bija 7,2 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju jeb 0,74% no visiem nāves gadījumiem,

1. tabula. Mirstība no alkohola izraisītām aknu slimībām (SSK-10 K70) absolūtos skaitļos un uz 100 000 iedzīvotāju 2010.-2015.gadā

| | Absolūtos skaitļos | | | | | | Uz 100 000 iedzīvotāju | | | | | |
|--|--------------------|------|------|------|------|------|------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Mirušie kopā (SSK-10 kods K70), tajā skaitā: | 175 | 150 | 158 | 136 | 134 | 159 | 8,3 | 7,3 | 7,8 | 6,8 | 6,7 | 8,0 |
| Alkohola taukainā aknu deģenerācija (SSK-10 kods K70.0) | 8 | 7 | 7 | 4 | 4 | 10 | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,5 |
| Alkohola hepatīts (SSK-10 K70.1) | 13 | 14 | 17 | 17 | 14 | 23 | 0,6 | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,7 | 1,2 |
| Alkohola aknu fibroze un skleroze (SSK-10 K70.2) | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 |
| Alkohola aknu ciroze (SSK-10 kods K70.3) | 145 | 119 | 114 | 106 | 106 | 115 | 6,9 | 5,8 | 5,6 | 5,3 | 5,3 | 5,8 |
| Alkohola izraisīta aknu mazspēja (SSK-10 F70.4) | 4 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0 | 0,1 | 0,1 |
| Alkohola izraisīta aknu slimība bez precizējuma (SSK-10 K70.9) | 5 | 8 | 17 | 9 | 9 | 9 | 0,2 | 0,4 | 0,8 | 0,4 | 0,5 | 0,5 |

Avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC, 2016

2. tabula. Mirstība no alkohola aknu cirozes (SSK-10 K70.3) uz 100 000 iedzīvotāju pa vecuma grupām 2005.-2015.gadā

| | | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015* |
|---------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Mirušie kopā, tajā skaitā | | 1,3 | 2,3 | 4,5 | 3,5 | 6,1 | 6,9 | 5,8 | 5,6 | 5,3 | 5,3 | 5,8 |
| Vīrieši | | Kopā | 1,8 | 2,9 | 7,0 | 5,0 | 9,4 | 11,0 | 8,5 | 8,6 | 7,7 | 8,0 |
| Vecuma grupas | 20-39 | 1,3 | 2,9 | 2,5 | 1,6 | 3,6 | 4,4 | 3,4 | 3,1 | 3,6 | 1,5 | 3,4 |
| | 40-59 | 3,6 | 5,4 | 13,3 | 9,8 | 18,6 | 23,7 | 17,9 | 21,7 | 15,0 | 17,0 | 17,0 |
| | 60-79 | 2,5 | 3,8 | 16,8 | 11,7 | 17,6 | 19,0 | 14,5 | 7,9 | 13,1 | 14,4 | 12,3 |
| | 80+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 16,0 | 0 | 0 | 4,5 | 4,4 | 0 | 0 |
| Sievietes | | Kopā | 0,8 | 1,7 | 2,4 | 2,3 | 3,3 | 3,4 | 3,5 | 3,1 | 3,2 | 3,9 |
| Vecuma grupas | 20-39 | 0 | 0,6 | 0,3 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,8 | 1,4 | 2,2 | 0,8 | 1,9 |
| | 40-59 | 1,9 | 4,7 | 5,9 | 4,4 | 7,0 | 7,4 | 8,2 | 7,3 | 7,3 | 8,1 | 9,2 |
| | 60-79 | 1,5 | 1,1 | 3,0 | 3,8 | 3,8 | 5,0 | 3,5 | 3,1 | 2,7 | 2,7 | 3,9 |
| | 80+ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,4 | 0 |

Avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC, 2016

aknu slimībām nav augsti un ir bez svārstībām. Kopējā mirstība visām alkohola izraisītām aknu saslimšanām (SSK-10 K70) pēdējos desmit gados ir palielinājusies no 3,4 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju 2006. gadā līdz 8,0 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju 2015. gadā.

Mirstība no alkohola hepatīta laika posmā no 2009. gada līdz 2014. gadam bija neliela

(Mortality Database) Eiropas Savienībā augstākā mirstība no alkohola aknu slimībām (SSK-10 K70) 2010. gadā bija Slovēnijā – 23,9 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju jeb 0,88% no visiem nāves gadījumiem. Otrā augstākā vietā bija Ungārija (2013. gadā) ar 22,2 nāves gadījumiem uz 100 000 iedzīvotāju jeb 0,98% no visiem nāves gadījumiem. Pēc

savukārt Igaunijā – 10,3 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju jeb 0,1% no visiem nāves gadījumiem un Lietuvā – 14,5 nāves gadījumi uz 100 000 iedzīvotāju jeb 1,3% no visiem nāves gadījumiem. Zemākie standartizētie mirstības rādītāji no alkohola izraisītām aknu slimībām 2012. gadā bija Bulgārijā – 1,1 nāves gadījums uz 100 000 iedzīvotāju jeb 0,1% no visiem nāves

gadījumumiem.

Mirstība no alkohola aknu cirozes Eiropas valstīs atšķiras pat piecpadsmit reizes. Austrijā, Francijā, Vācijā, Itālijā, Portugālē, Spānijā, Ungārijā un Rumānijā reģistrēta mirstības no alkohola aknu cirozes samazināšanās, savukārt Somijā, Īrijā, un lielākā daļa no Austrumeiropas valstīs, tai skaitā Igaunijā, Lietuvā, Polijā, Krievijā mirstība no alkohola aknu cirozes saglabā stabilu augšupejošu tendenci¹⁴.

Lai veicinātu sabiedrības veselību un mazinātu veselības aprūpes un sociālā budžeta izdevumus alkohola izraisīto aknu slimību sloga dēļ, valstī kā prioritāte ir jāizvirza alkohola kaitējoši pārmērīgas lietošanas samazināšana.

Eiropas Aknu izpētes asociācijas – EASL praktiskās klīniskās vadlīnijās: “Alkohola izraisītu aknu slimību menedžments” uzsvērts, ka visefektīvākā politika, lai samazinātu alkoholisko dzērienu patēriņu, ir samazināt alkohola pieejamību vai nu caur cenu politiku vai arī ierobežojot alkoholisko dzērienu pārdošanas vietas un stundas, kā arī paaugstinot vecumu, no kāda atļauts iegādāties alkoholiskos dzērienus¹⁵.

L.Šulca

IZMANTOTĀ LITERATŪRA

1. World Health Organisation. (2014) Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO.
2. O'Shea RS, Dasarathy S, McCullough AJ, et al. Alcoholic liver disease. *Hepatology* 2010; 51: 307.
3. Durazzo, M., Belci, P., Collo, A., Prandi, V., Pistone, E., Martorana, M., et al. (2014). Gender specific medicine in liver diseases: A point of view. *World Journal of Gastroenterology*, 2127-2135.
4. Loft S, Olesen KL, Dossing M. Increased susceptibility to liver disease in relation to alcohol consumption in women. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 1251-1256.
5. Durazzo, M., Belci, P., Collo, A., Prandi, V., Pistone, E., Martorana, M., et al. (2014). Gender specific medicine in liver diseases: A point of view. *World Journal of Gastroenterology*, 2127-2135.
6. Askgaard, G., Gronbaek, M., Kjaer, M. S., Tjønneland, A., & Tolstrup, J. S. (2015). Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: A prospective cohort study. *Journal of Hepatology*, 1061-1067.
7. National Institute for Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). (2015). Cirrhosis. Retrieved May 11, 2015, <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/liver-disease/cirrhosis/Pages/facts.aspx>
8. Rehm, J., Samokhvalov, A. V., & Shield, K. D. (2013). Global burden of alcoholic liver diseases. *Journal of Hepatology*, 160-168.
9. OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
10. Alcoholic Liver Disease Robert S. O'Shea, Srinivasan Dasarathy, Arthur J. McCullough, and the Practice Guideline Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases and the Practice Parameters Committee

of the American College of Gastroenterology, 2010.

https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/AlcoholicLiverDisease1-2010.pdf

11. Ramstedt M, Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries, (2001), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11228075>

12. Mann, R. E., Smart, R.G., Govoni, R. (2003) The Epidemiology of Alcoholic Liver Disease, 27; 209-19

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-3/209-219.htm>

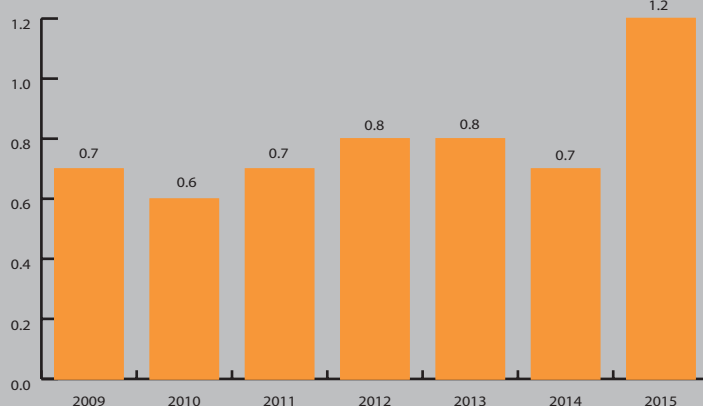
13. Anderson, P. (1995) Alcohol and risk of physical harm.

In: Holder, H.D., and Edwards, G., eds. *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford: Oxford University Press, pp. 82-113

14. Parna K, Rahu K. Dramatic increase in alcoholic liver cirrhosis mortality in Estonia in 1992-2008. *Alcohol Alcohol*, 2010, 548-551.

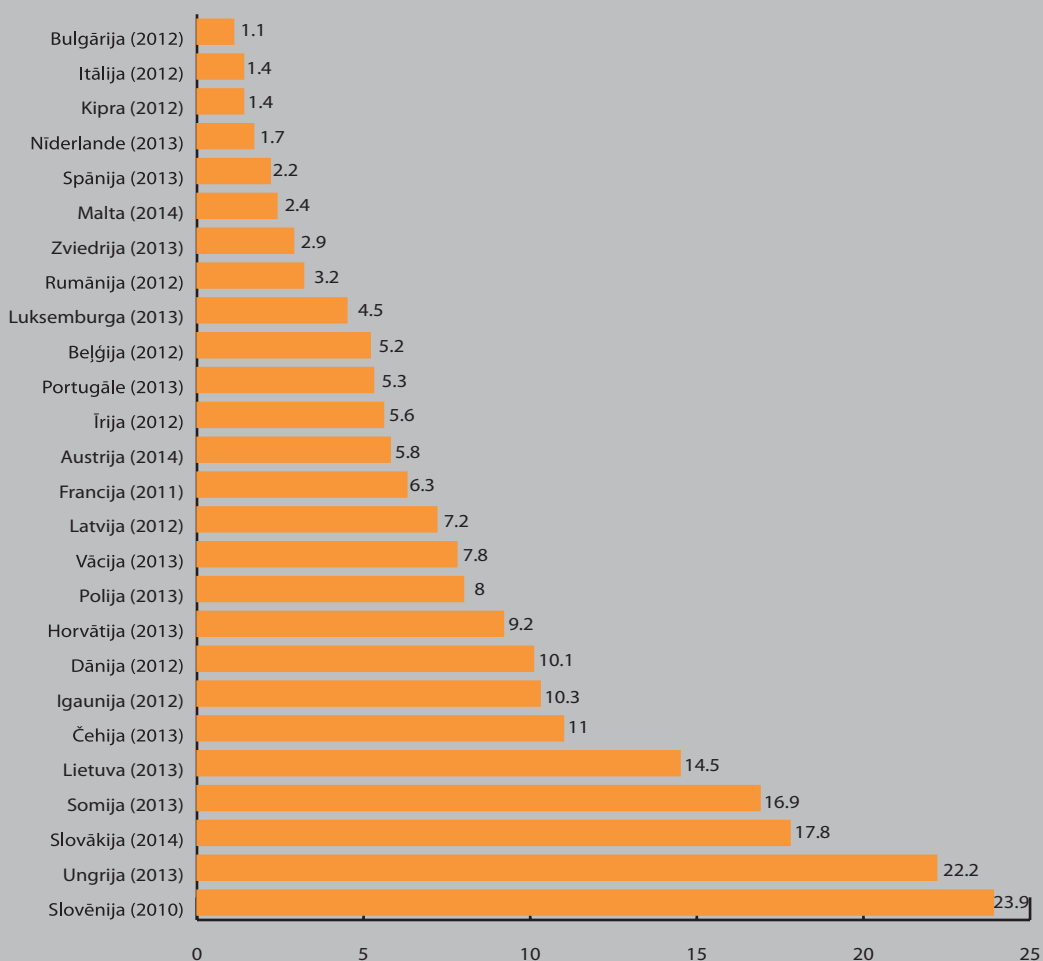
15. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2012, 399-420.

6. attēls. Mirstība no alkohola hepatīta (SSK-10 K70.1) uz 100 000 iedzīvotāju 2009.-2015.gadā



Avots: Latvijas iedzīvotāju nāves cēloņu datu bāze, SPKC, 2016

7. attēls. Standartizētie mirstības rādītāji uz 100 000 iedzīvotāju no alkohola aknu slimībām (SSK-10 K70) Eiropas Savienības valstīs



Avots: Pasaules Veselības organizācijas DMDB (European Detailed Mortality Database)