

Narkotikų žalos mažinimo programos Lietuvoje

1997 m. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) Europos biuras kartu su Europos Taryba parengė Centrinės ir Rytų Europos politikams ir specialistams skirtas rekomendacijas „ŽIV infekcijos tarp narkotikų vartotojų principai“. Jose numatyti 5 darbo su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais principai:

1. Užmegzti ir išlaikyti sveikatos priežiūros įstaigų bendravimą su švirkščiamųjų narkotikų vartotojais, mažinti rizikingą jų elgesį.
2. Padaryti narkotikų vartotojams prieinamas sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugas.
3. Teikti mobiliąsias paslaugas narkotikų vartotojams.
4. Sudaryti galimybę gauti sterilių švirkščiamųjų ir dezinfekuojamųjų priemonių.
5. Padaryti pakaitinį (palaikomąjį) gydymą (metadonu, buprenorfinu ir kt.) prieinamą švirkščiamųjų opiatų vartotojams ir integruoti šį gydymą į esamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas.

Šie Pasaulio sveikatos organizacijos nurodyti 5 principai apibrėžia narkotikų žalos mažinimo programos esmę, t.y. teikti sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ir tiems narkotikų vartotojams, kurie šiuo metu nepatenka į gydymo programas, negali arba nenori visiškai nutraukti narkotikų vartojimo. Kitaip šios programos vadinamos žemo slenksčio programomis, t.y. nereikalaujančiomis iš programos paslaugų naudotojų kaip būtinos sąlygos – susilaikyti nuo narkotikų. Daugelis šių programų nereikalauja asmens registravimosi ir teikia paslaugas narkotikų vartotojų susibūrimo vietose.

Žalos mažinimo tikslai

Lietuvos ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje terminas „žalos mažinimo priemonės“ apibrėžtas kaip „priemonės, kurios mažina neigiamus ekonominius, socialinius ir medicininius su narkotikų vartojimu susijusius padarinius (švirkštų keitimas, pakaitinis gydymas, aprūpinimas prezervatyvais ir kt.)“.

Pagrindinės žalos mažinimo priemonės, taikomos absočiuoju daugumoje Europos Sąjungos šalių, yra šios:

- Švirkštų ir adatų keitimo programos; jos užtikrina prieinamumą prie sterilių švirkštimosi įrankių.
- Pakaitinis (palaikomasis) gydymas opiatų agonistais; vartojami medikamentai (paprastai metadonas arba buprenorfinas) nuo nelegalių opiatų, tokių kaip heroinas ar morfinas, priklausomų pacientų būklei stabilizuoti. Pakaitinis gydymas neleidžia pacientams patirti abstinencijos sindromo, slopina potraukį gatvėje platinamiems opiatams, blokuoja gatvėje platinamų opiatų sukiamą euforiją. Vartojami pagal gydytojų nurodymus jie nesukelia apsvaigimo ir yra geriami, o ne švirkščiami.
- Konsultavimas ir švietimas apie ŽIV ir kitų infekcinių ligų profilaktiką, sveikesnį elgesį. Asmeninis konsultavimas ir spausdinta šviečiamoji medžiaga gali padėti narkotikų vartotojams suprasti savo pačių elgesį ir išmokyti juos sumažinti rizikingą elgesį vartojant narkotikus ir turint lytinius santykius.

- Siuntimai gydytis, gauti medicinos ir socialinę pagalbą. Paprastai narkotikų vartotojai nesikreipia dėl sveikatos priežiūros paslaugų, nes bijo teisinių nuobaudų arba yra atskirti nuo įprastinės visuomenės. Žalos mažinimo programos narkotikų vartotojus skatina ieškoti tinkamos pagalbos, o sveikatos priežiūros darbuotojus – teikti tokią pagalbą ir visapusišką priežiūrą nediskriminuojant ir neteisiant narkotikų vartotojų.
- Teisinių sankcijų, susijusių su asmeniniu narkotikų vartojimu, peržiūrėjimas. Kadangi priklausomi nuo narkotikų asmenys dėl ligos pobūdžio yra priversti nuolat vartoti narkotikus, manoma, kad netikslinga juos vien bausti, o reikėtų ieškoti pagalbos ir gydymo alternatyvų.

Narkotikų žalos mažinimo programos nėra alternatyvios kitoms priklausomybės nuo narkotikų gydymo priemonėms – abstinencijos gydymui, gydymui be vaistų, psichosocialinei rehabilitacijai. Narkotikų žalos mažinimo programų tikslai: vykdyti infekcinių ligų, plintančių per adatas ir švirkštus (ŽIV/AIDS, hepatitų B ir C), mirčių nuo perdozavimo ir kitų sveikatos sutrikimų profilaktiką tarp tų narkotikus vartojančių asmenų, kurie nepatenka į tradicines gydymo programas arba jose neišsilaiko, taip pat informuoti narkotikus vartojančius asmenis apie prieinamas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas ir skatinti jomis naudotis.

Žalos mažinimo reglamentavimas ir praktika Lietuvoje

Orientuodamasi į Vakarų Europos ir JAV politikos pagrindus ir patirtį Lietuvoje, plėtodama įvairių rūšių sveikatos priežiūros ir reabilitacijos paslaugas, 1995 m. gegužės 15 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija reglamentavo pakaitinį gydymą metadonu. Jis pradėtas trijuose priklausomybės ligų centruose – Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje. Įgyvendinant praktikoje pakaitinį gydymą, vadovaujamosi sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gruodžio 22 d. įsakymu. Jame įvardijami šioms programoms keliami tikslai – geriau organizuoti ŽIV/AIDS ir kitų infekcinių ligų prevenciją, pritraukti vartojančius narkotikus asmenis gydytis, gerinti sergančiųjų priklausomybės ligomis sveikatos būklę ir socialinę adaptaciją. Pakaitinis gydymas neatmeta ir paciento visiško susilaikymo nuo psichoaktyvių medžiagų (įskaitant ir nuo pakaitinių vaistų) kaip vieno iš labiausiai siekiamo galutinio gydymo tikslo.

2001 m. spalio 4 d. socialinės apsaugos ir darbo ministro bei sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 129/518 patvirtinta „Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcija“. Joje pabrėžta, kad gydymo ir reabilitacijos paslaugų tinklas turi apimti ir pakaitinio gydymo metadonu programas, šalia kurių būtų teikiamos kitos medicininės, psichologinės ir socialinės paslaugos.

2002 m. gegužės 3 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinti Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartai, kurie, be kitų trumpalaikių ir tęstinių sveikatos priežiūros paslaugų, reglamentuoja ir pakaitinį gydymą metadonu. Šiuose standartuose numatyta ne tik skirti medikamentus, bet ir ištirti dėl ŽIV/AIDS ir kitų infekcinių ligų bei teikti minimalią socialinę ir psichologinę pagalbą.

Vadovaujantis šiais pagrindiniais teisės aktais, 2005 m. pradžioje Lietuvoje pakaitinis gydymas metadonu buvo taikomas Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Panevėžio priklausomybės ligų centruose, Druskininkų miesto ir septyniose Vilniaus m. poliklinikose – iš viso 12 įstaigų. Vienu metu buvo gydoma apie 450 asmenų.

Nuo 1997 m. Lietuvoje įgyvendinamos programos, pagal kurias švirkščiamuosius narkotikus vartojantys asmenys gali gauti anonimines konsultacijas ir pasikeisti adatas ir švirkštus. Pirmasis anoniminio konsultavimo kabinetas, kuriame galima pasikeisti adatas ir švirkštus, atidarytas 1997 m. Klaipėdos priklausomybės ligų centre, o 1998 m. Lietuvos AIDS centro socialinių ligų kabinetas „Demetra“ Vilniuje.

Analogiškos paslaugos teikiamos Alytuje, Druskininkuose, Mažeikiuose, Šiauliuose ir Visagine, t.y. miestuose, kur švirkščiamųjų narkotikų vartojimas buvo ženklus. Nuo 2001 m. Vilniuje veikia ŽIV/AIDS prevencijos tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų mobili programa – „Mėlynasis autobusiukas“; šia programa Vilniuje 2004 m. naudojosi apie 2700 švirkščiamųjų narkotikų vartotojų.

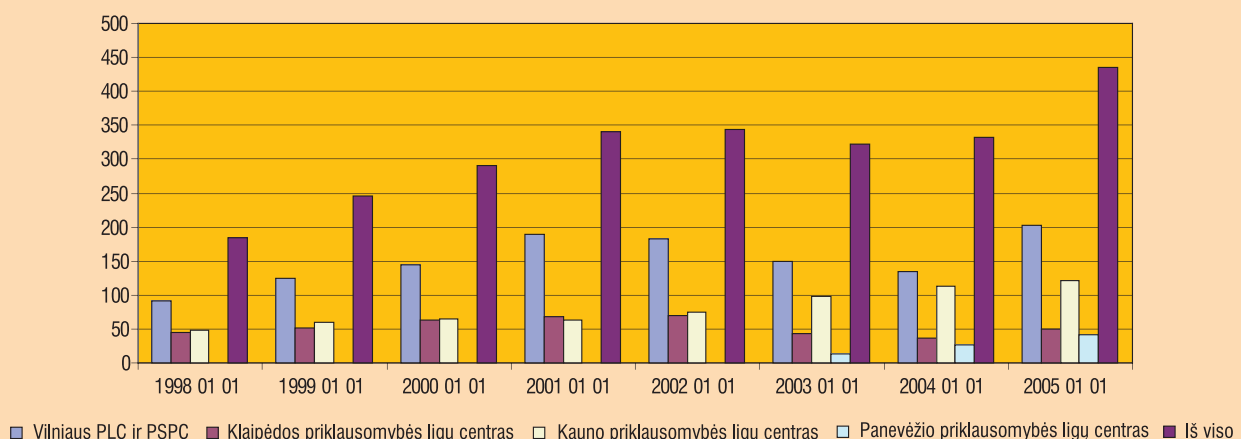
Lietuvos miestuose išdalytų švirkštų ir adatų skaičius 2003–2004 m.

Miestas	2003 m.		2004 m.	
	Švirkštai/papildomos adatos		Švirkštai/papildomos adatos	
	Išdalyta	Surinkta	Išdalyta	Surinkta
Alytus	29770	n.d.	36371	n.d.
Biržai	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Druskininkai	4300	n.d.	1200	n.d.
Klaipėda	102 551	98 266	69 029	70418
Mažeikiai	1774/867	n.d.	5032/2171	5280/5652
Šiauliai	262	n.d.	870	n.d.
Vilnius (LAC)	20 971/22 247	28 539/30 149	27 428/28 709	33 570/35 437
Vilnius (VPLC)	144 376/88 168	n.d.	109 010/131 934	232 656
IŠ VISO	304 004/111 282		248 940/162 814	

Šaltinis: Narkotikų kontrolės departamentas.
Pastaba: n.d. – nėra duomenų.

Šiuo metu dauguma žalos mažinimo programų finansuojamos savivaldybių lėšomis. Tačiau dauguma savivaldybių neturi tokių programų, todėl lieka grėsmė plisti ŽIV per adatas ir švirkštus tarp rizikos grupės asmenų. Vyriausybės 2003 m. spalio 14 d. patvirtinta Valstybinė ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programa kaip vieną iš prioritetų numato ŽIV profilaktikos priemones tarp

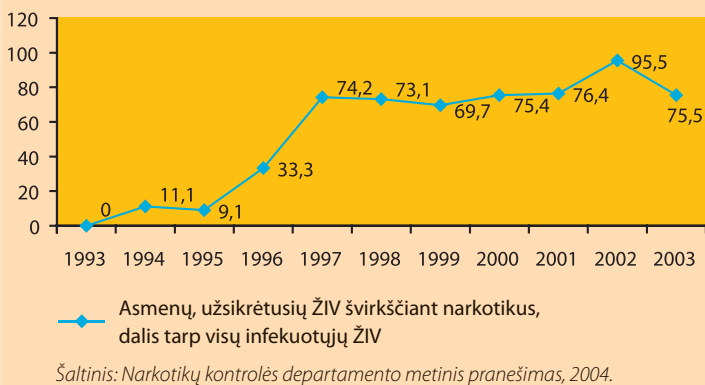
Pacientų, 1998–2005 m. dalyvavusių pakaitinio gydymo metadonu programose, skaičius



Šaltinis: Narkotikų kontrolės departamento metinis pranešimas, 2005.

didelės rizikos grupių, ypač tarp švirksčiamųjų narkotikų vartotojų. Programa numato pasiekti, kad „80 procentų asmenų, vartojančių intraveninius narkotikus, ateinančių į žalos mažinimo kabinetus, turėtų tikrintis anonimiškai ir konsultuotis“ ir kad „85 procentai asmenų, vartojančių intraveninius narkotikus, turėtų nenaudoti panaudotų švirksčių“. Tuo būdu, įgyvendinant šią programą, pritraukus į žalos mažinimo programas kuo daugiau švirksčiamųjų narkotikų vartotojų ir mažinant jų rizikingą elgesį, ženkliai sumažėtų rizika plisti ŽIV/AIDS infekcijai.

Asmenų, užsikrėtusių ŽIV švirksčiant narkotikus, dalis tarp visų infekuotųjų ŽIV Lietuvoje 1993–2003 m.



Lietuvos Respublikos Seimas 2004 m. balandžio 8 d. patvirtino Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programą. Valstybės politika sveikatos apsaugos srityje numato, kad „visi narkomanija sergantys asmenys gautų reikiamą psichologinę, medicinos pagalbą, būtų vykdoma su narkomanija susijusių infekcinių ligų plitimo prevencija, plėtojamas žemo slenksčio priemonių taikymas“.

Žalos mažinimo programų kokybės ir efektyvumo gerinimas

Viena iš prielaidų praėjusio dešimtmečio pabaigoje įgyvendinti žalos mažinimo programas Lietuvoje buvo tai, kad buvo sukurtas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas – parengtas personalas ir funkcionavo priklausomybės ligų centrai, Lietuvos AIDS centras. Pakaitinis gydymas Lietuvoje iki šiol daugiausia įgyvendinamas panaudojant esamą sveikatos priežiūros įstaigų (priklausomybės ligų ir psichikos sveikatos centrų) infrastruktūrą ir personalą. Pakaitinis gydymas teikiamas tik esamose sveikatos priežiūros įstaigose, o adatų ir švirksčių programos, konsultavimas, siuntimas į sveikatos priežiūros įstaigas – kartais ir kito pobūdžio įstaigose, tarp jų ir nevyriausybinėse organizacijose. Viena iš galimybių įgyvendinti pakaitinio gydymo programas yra ambulatorinis gydymo pobūdis. Toks gydymas santykinai yra ekonomiškasis, kartu leidžia nuolat sekti paciento būklę ir keisti jo elgesį. Išlaidos medikamentams nėra labai didelės – medikamentų kaina vienam žmogui per metus siekia vidutiniškai 690 Lt.

2004 m. vykdant Pasaulio sveikatos organizacijos multicentrinį tyrimą „Priklausomybės nuo opiatų pakaitinis gydymas ir ŽIV/AIDS“, PSO pavedimu nepriklausomi ekspertai vertino pakaitinio gydymo metadonu teikiamas paslaugas Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybės ligų centruose. Tyrimo išvadose nurodyti ir esamų gydymo programų trūkumai. Pakaitinio gydymo programų kokybė būtų aukštesnė, jeigu gydymas būtų individualizuojamas, centrai turėtų daugiau patalpų psichosocialiniam ir reabilitaciniam darbui, būtų įgyvendintas nuolatinis darbuotojų kvalifikacijos kėlimas, būtų geriau finansuojamos programos, gyventojai būtų geriau informuoti apie teikiamas paslaugas. Iki šiol Lietuvoje nepakankamai dėmesio buvo skiriama įvairių priklausomybės nuo narkotikų gydymo ir reabilitacijos programų efektyvumo ir sąnaudų analizei.

Šiuo metu pakaitinį gydymą metadonu reglamentuoja nemažai Sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktų. Atsižvelgiant naujiems pakeičiamiesiems medikamentams (buprenorfinui – Lietuvoje registruotas 2002 m.) ir šį gydymą darant labiau prieinamą gyventojams įvairiuose šalies miestuose, integruojant į visą gydymo ir reabilitacijos sistemą, iškyla poreikis peržiūrėti ir parengti detalesnį pakaitinio gydymo taikymo protokolą ir reikalavimus pakaitinio gydymo programoms, geriau reglamentuoti ŽIV/AIDS prevencijos bei socialinių ir psichologinių paslaugų teikimą, įgyvendinti gydymo ir reabilitacijos efektyvumo vertinimo sistemą.

Pakaitinis gydymas metadonu vyksta licencijuotose asmenų sveikatos priežiūros įstaigose. Tuo tarpu reikalavimai žalos mažinimo kabinetų veiklai nėra nustatyti. Žalos mažinimo veiklą vykdo valstybinės sveikatos priežiūros įstaigos ir nevyriausybinės organizacijos. Žemo slenksčio paslaugų teikimas dar nėra pakankamai teisiškai reglamentuotas. Valstybinėje ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės 2003–2008 m. programoje numatyta šias problemas išspręsti.

Išskyrus pakaitinį gydymą, kitų žalos mažinimo programų vertinimas nėra atliktas, trūksta duomenų ir apie visų kitų narkotikų vartotojams gyvybiškai svarbių sveikatos bei socialinių paslaugų kokybę.

Šaltiniai

- Principles for preventing HIV infection among drug users. Regional Office for Europe of the World Health Organization. – 1998.
- Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. balandžio 8 d. nutarimas Nr. IX-2110 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 58-2041).
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. spalio 14 d. nutarimas Nr. 1273 „Dėl Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 98-4399).
- Sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. 702 „Dėl Substitucinės terapijos taikymo sergantiesiems priklausomybe nuo opioidų tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 13-326).
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. spalio 4 d. įsakymu Nr. 129/518 patvirtinta „Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcija“ (Žin., 2001, Nr. 88-3106).
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. 204 „Dėl Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824).
- Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (ENNSC) 2004 m. metinė ataskaita: Narkotikų problema Europos Sąjungoje ir Norvegijoje; <http://annualreport.emcdda.eu.int/lt/home-lt.html>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual reports 2003–2004. www.emcdda.eu.int

