

Sisukord

I SISSEJUHATUS	3
II DIAGNOSTIKA JA SEISUNDI HINDAMINE	5
2.1. Hindamise eesmärgid	5
2.2. Uimasti kuritarvitamise diagnoosimine	6
2.2.1. Uimasti tarvitamise anamnees	6
2.2.2. Objektiivne uurimine	8
2.2.3. Spetsiaalsed uuringud	10
2.2.4. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon (RHK-10)	11
III RAVI PÕHIMÕTTED JA ORGANISATSIOON.....	13
3.1. Ravi eesmärk ja ravikokkulepe.....	13
3.2. Ravi põhimõtted ja sellega seotud vastutus	15
3.3. Sõltuvusravi organisatsioon.....	17
IV UIMASTISÕLTUVUSE JA VÕÕRUTUSSEISUNDITE RAVI.....	18
4.1. Opiaadid	18
4.1.1. Võõrutusseisundi ravi opioidretseptorite agonistidega	19
4.1.2. Võõrutusseisundi ravi mitteopiaatsete ravimitega	21
4.1.3. Võõrutusseisundi sümptomaatiline ravi	22
4.2. Stimulaatorid	22
4.3. Bensodiasepiinid	23
V FARMAKOTERAAPIA RELAPSI ENNETAMISEL	24
5.1. Põhimõtted.....	24
5.2. Farmakoterapia kasutamine toetusravis	24
VI OPIAATSÕLTUVATE HAIGETE ASENDUSRAVI	25
6.1. Asendusravi põhimõtted	25
6.2. Asendusravi määramise näidustused ja piirangud	26
VII RELAPSI ENNETAMISE MITTEFARMAKOLOOGILISED MEETODID	27
7.1. Muutuste mudel.....	28
7.2. Kognitiiv-käitumisteraapia	29
7.3. Grupiteraapia	30
7.4. Pereteraapia	30
7.5. Eneseabirühmad.....	30
VIII REHABILITATSIOON, PÄEVAKESKUS JA RAVIKOMMUUN	31
8.1. Rehabilitatsioon päevakeskuses.....	31
8.2. Rehabilitatsioon ravikommunis	32
8.3. Rehabilitatsiooni tulemuslikkus.....	33
IX KOOSTÖÖ TEISTE SPETSIALISTIDEGA	33
9.1. Juhtumitöö	34
9.2. Võrgustik töö	34
X OHUTUSNÕUDED JA PERSONALI TURVALISUS RAVIASUTUSES	35
10.1. Personali turvanõuded	35

10.2. Patsiendi ohutuse tagamine.....	36
10.3. Juhtnõõrid HIV-nakkuse, B- ja C-hepatiidi viirusnakkuse vältimiseks tööl.....	36
XI MÜRGISTUSTE VÄLTIMATU ABI	37
11.1. Sissejuhatus	37
11.2. Opiaatide üledoosi ravi.....	37
11.3. Teistest narkootilistest ainetest põhjustatud üledooside ravi.....	38
11.4. Intoksikatsioonipsühhooside ravi	39
XII RASEDUS JA NARKOMAANIA	39
12.1. Uimastite toime lootele ja imikule.....	39
12.2. Uimastisõltlase raseduse juhtimine ja ravi	40
12.3. Vastsündinu tervisehäired ja nende ravi.....	40
XIII NOORED JA UIMASTID	41
13.1. Seadusandlus.....	41
13.2. Hea ravipraktika põhimõtted	42
XIV ÕIGUSKAITSESÜSTEEM.....	44
14.1. Politsei	44
14.2. Kriminaalhooldussüsteem.....	45
14.3. Vangla	46
XV LISAD	46
Lisa 1. Kognitiiv-käitumisteraapia uimastisõltuvuse ravis.....	46
Lisa 2. Grupiteraapia uimastisõltuvuse ravis	51
Lisa 3. Narkomaanide võõrutus- ja asendusravi andmise ulatus arstiabi erinevatel etappidel.....	54
Lisa 4. Joobeseisundi tuvastamise ja joobeastme määramise ning joobeastme määramise otsuse vaidlustamise kord.....	55

Ravijuhise koostamist on toetanud *alkoholismi ja narkomaania ennetamise riiklik programm* ning Euroopa Nõukogu Pompidou Grupp. Ravijuhis on mõeldud kõigile spetsialistidele, kes puutuvad kokku uimastisõltlaste ravi ja rehabilitatsiooniga.

Juhise koostamisel on peamiseks eeskujuks ja lähtematerjaliks olnud Suurbritannia uimastite kuritarvitamise ja narkomaania kliinilise ravi juhised (*Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management*. Department of Health. The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Northern Ireland). Ravijuhised on soovitusliku iseloomuga konsensusdokument.

I SISSEJUHATUS

Uimastisõltuvatel haigetel on teiste patsientidega samasugused õigused tervishoiuteenustele. Kõik arstid on kohustatud tagama neile abi nii üldiste kui uimastitest tingitud tervisehäirete korral, hoolimata sellest, kas patsient on valmis uimastitest loobuma või mitte. Samas pole arst kohustatud mitte kellegi survele tegema rohkem, kui tema ametipositsioon ja ettevalmistus eeldavad.

Levik

Narkomaania ja narkokuritegevus on Eestis uus nähtus. Opioidide, amfetamiini, kannabinooidide ning rahustite ja uinutite kuritarvitamist on esinenud suuremal või väiksemal määral kogu XX sajandi vältel, kuid kunagi varem ei ole see olnud nii ulatuslik kui praegu.

Uuringu "Eesti 1998" andmeil on 6,3% täiskasvanud elanikkonnast narkootikume proovinud või tarvitanud ja 0,1% tarvitab neid uuringu ajal. Võrreldes 1994. aastaga oli kasv vastavalt neli ja viis korda. Ligi viiendikul 18-24 aastastest noortest on narkootikumi tarvitamise kogemus.

Uuringute "Õpilane '95" ja "Õpilane '99" andmetel kasvas küsitatud 15-16.a. õpilaste hulgas mingit illegaalset uimastit proovinute osakaal nelja aastaga kaks korda. (vastavalt 8% ja 16%). Enim on suurenenud noorte osa, kes on proovinud amfetamiini (0,4% ja 6,8%) või kannabist (7,2% ja 12,7%). Kõige rohkem on narkootikumide tarvitajaid mitteeesti noormeeste seas (29% küsitletutest).

Haigestumus ja suremus

Uimastite kuritarvitamisega kaasneb tavalisest suurem suremus. Heroiinisõltlaste pikaajalisel jälgimisel Suurbritannias on leitud, et nende suremus on kogu rahvastikuga võrreldes peaaegu kaksteist korda suurem. Nende inimeste suremus, kes tarvitavad süstitavaid uimasteid, on teiste uimastisõltlastega võrreldes kaksikümne kaks korda suurem. Eestis ei ole narkootikumide tarvitamisega seotud surmade kohta täpset ülevaadet, kuid paari viimase aasta jooksul on väljakutsed heroini üledoseerimise tõttu muutunud Tallinna kiirabile igapäevaseks.

Psühhoaktiivsete ainete (alkoholi, tubaka, ravimite ja narkootikumide) kuritarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravitud haigete arv 100 000 elaniku kohta on viimasel 7 aastal suurenenud 675,2-lt (1994.a.) 1002,1-ni (2000.a.). Narkootikumide tarvitamisest tingitud häirete tõttu ravitud haigete arv kasvab kiiremini kui alkoholiprobleemidega haigete arv. 1994. aastal oli ühe narkomaani kohta ravil 40 alkoholiprobleemidega haiget, 1998. aastal oli see suhe 1:8 ja 2000. aastal 1:3.

Tervishoiuasutustes registreeritud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete (narkootikumide) kasutamisest tingitud psüühika- ja käitumishäiretega haigete arv 100 000 elaniku kohta oli 2000. aastal ligi 2 korda suurem kui 1999. aastal. 2000. aastal viibis narkootikumide kasutamisest tingitud psüühikahäirete tõttu ambulatoorsel vastuvõtul või

statsionaarsel ravil 3770 isikut. Võrreldes eelmise aastaga kasvas 2000. aastal eriti opioidide (heroiini) kasutamise tõttu ravile pöördumine.

Psühhoaktiivsete ainete (v.a.. alkohol ja tubakas) tarvitamisest tingitud psüühika- ja käitumishäirete tõttu ravil viibinud isikute arv 100 000 elaniku kohta (raviasutuste andmed)

Aasta	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Isikud	16,4	24,5	51,6	72,6	82,2	152,7	275,3

Narkomaania ravi 2000. aasta andmekogu põhjal võib öelda, et ravile pöördujatest moodustavad valdava osa mehed (82%). Ravile pöördujate keskmine vanus oli 22 aastat ja kõige rohkem oli pöördujate seas 18-aastasi patsiente.

Narkootikumide tarvitamist on alustanud vanuses kuni 19 aastat 57% ja vanuses 20-24 aastat 19% ravile pöördujatest. Suurem osa – 82% ravile pöördujast on vene rahvusest, eestlasi on 11%. Põhiuimastiks on kõige sagedamini opioidid - 89% (sealhulgas herooin - 70%), teisel kohal on stimulaatorid - 7% (sealhulgas amfetamiin jt. amfetamiini-tüüpi uimastid -6%, ecstasy - 0,1%, kokaiin - 0,4%), kolmandal kohal kannabinoidid - 4% (marihuaana, hašiš).

Uued suunad uimastipoliitikas

Eesti on ühinenud ÜRO konventsioonide ja kõigi peamiste rahvusvaheliste lepetega, mis määratlevad uimastipoliitika põhijooned, kehtestavad rahvusvahelised nõuded narkootiliste ja psühhotroopsete ainete valmistamise, kaubanduse ja meditsiinis kasutamise korraldamiseks, nende ainete ebaseadusliku kasutamise vältimiseks ning narkosalakaubanduse vastu võitlemiseks.

Eesti seadusandlus järgib nende konventsioonide ja lepete nõudeid.

5. juunil 1996. a. võttis Riigikogu vastu ÜRO 1961. a. ühtse narkootiliste ainete konventsiooniga ja 1971. a. ja psühhotroopsete ainete konventsiooniga ühinemise seaduse (RT II 1996, 19-22, 84).

1. novembril 1997. a. jõustunud narkootiliste ja psühhotroopsete ainete seaduse (RT I 1997, 52, 834) sõnastuses **narkomaania on psüühiline või füüsiline sõltuvus, mis on tekkinud narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel ning narkomaan on isik, kellel narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tagajärjel esineb psüühiline või füüsiline sõltuvus nendest ainetest.** Seaduse § 11. lõige 1 sätestab, et narkomaaniat ravitakse isiku vaba tahte alusel psühhiaatrilise abi seaduses (RT I 1997, 16, 260) ettenähtud korras.

Vabariigi Valitsus kiitis 1997. aastal heaks Sotsiaalministeeriumi poolt välja töötatud uimastipoliitika põhimõtted ning alkoholismi ja narkomaania ennetamise programmi aastateks 1997 - 2007.

1998. aastal New-Yorgis toimunud ÜRO Peaassamblee eriistungjärgul vastu võetud poliitilises deklaratsioonis rõhutatakse kõikehõlmava ja tasakaalustatud uimastipoliitika tähtsust, mis käsitleb võrdväärset narkootiliste ja psühhotroopsete ainete ebaseadusliku leviku takistamist ja narko- salakaubitsemise vastu võitlust ning uimastite kuritarvitamise ennetamist, narkomaanide ravi ja taastusabi.

WHO Euroopa piirkonna “Tervis kõigile” raampoliitika dokumendis “TERVIS 21” on üheks sihiks alkoholist, uimastitest ja tubakast tingitud kahju vähendamine. Eesmärkideks on seatud illegaalsete psühhoaktiivsete ainete tarbimise ja nende kasutamisest põhjustatud suremuse vähenemine. Eesmärkide saavutamiseks soovitatakse kompleksset uimastipoliitikat – uimastite leviku ranget kontrollimist, nõudluse vähendamist, uimastite tarvitamisest narkomaanide tervisele tekkiva kahju vähendamist ning adekvaatseid ravimeetmeid.

Uimastipoliitika uue suunana on Euroopas järjest laiemalt levimas nn. kahju vähendamise (*harm reduction*) programmid, mille eesmärgiks on narkootikumide kuritarvitamisega kaasnevate õiguserikkumiste ja nakkushaiguste leviku ennetamine. Keelatud ainete kuritarvitamise peatamine või vähendamine ei ole nendes programmides ainus eesmärk. Kõige olulisemaks peetakse kontakti saamist ja hoidmist narkomaanidega, neile terviseabi ning sotsiaalabi osutamist. Käesolev juhend ei käsitle kahju vähendamise programmide üksikasju.

Tõendusmaterjalil põhinev abi narkomaanile

Narkomaania ravi on kasutusel väga mitmesuguseid ravivõtteid ja programme, mis sageli põhinevad traditsioonidel ja uskumustel. Ravi efektiivsus võib nendes programmides erineda väga suurel määral. Kasutades nüüdisaegseid tõendusmaterjalil põhinevaid ravi ja rehabilitatsiooni meetodeid, on töös enamiku patsientidega aja jooksul võimalik saavutada häid tulemusi.

Sõltuvusest vabanemisel on oluline sotsiaalse toimetuleku kindlustatus koos sõprade, perekonna ja teiste lähedaste inimeste toetusega. Arvamus, et motivatsiooni suurendamiseks on uimastisõltlasel vaja “põhjas ära käia”, uuringutes kinnitust ei leia.

II DIAGNOSTIKA JA SEISUNDI HINDAMINE

Sõltuvusprobleemidega isikule abi andmise eelduseks on seisundi õige hindamine. See oskus on vajalik kõikidele ravis osalevatele spetsialistidele, et tagada abi järjepidevus ja infovahetus eri tasanditel.

2.1. Hindamise eesmärgid

1. Vältimatut abi vajava ägeda seisundi kindlakstegemine.
2. Uimastite kuritarvitamise tuvastamine (anamnees, läbivaatus, uriinianalüüs).
3. Sõltuvuse raskusastme määramine.
4. Uimastite kuritarvitamisest tingitud tüsistuste kindlakstegemine ja riskikäitumise hindamine.
5. Muude meditsiiniliste, sotsiaalsete ja terviseiga seotud probleemide kindlakstegemine (nt. hepatiit, HIV-nakkus).
6. Patsiendi motiveerituse hindamine ja tema ravile pöördumise põhjuse ja ootuste väljaselgitamine.
7. Otsuse tegemine: milline on hetkel arstiabi või muu (sotsiaal-) abi vajadus - haiglaravi, eriarsti konsultatsioon, rehabilitatsiooniasutus jne.
8. Narkomaania ravi andmekogu kaardi täitmine ja andmekogule saatmine.

Patsiendid pöörduvad või neid suunatakse ravile erinevatel põhjustel. Mõnedel juhtudel on ravile pöördumine ajendatud eelseisvast kohtuprotsessist või muust kõrvalisest survest. Pöördumise põhjuseks võib olla mõni muu tervisehäire ja patsient ei pruugi uimastite kuritarvitamisest juttu teha. Kui arst näitab üles empaatiat ja loobub taunivatest hinnangutest, on patsiendil kergem nendest küsimustest rääkida.

Enamasti on täielikuks hindamiseks vajalik rohkem kui üks konsultatsioon.

Kui meditsiiniline hindamine on lõpetatud, tuleks läbi viia hindamine sotsiaalsest aspektist lähtudes ning määrata psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni või abi vajadus.

Hoolimata sellest, millist uimastit patsient kuritarvitab, kehtivad hindamisel samad põhimõtted.

Esimesel konsultatsioonil oleks kasulik kokku leppida järgmine kohtumine ja varuda diagnostiliseks intervjuuks ja läbivaatuse tegemiseks piisavalt aega. Soovitav on kutsuda koos patsiendiga vastuvõtule tema lähedasi. Neilt tuleks koguda võimalikult palju informatsiooni patsiendi probleemide kohta. Uimastite kuritarvitamisega kaasnevatest ohtudest teavitamisel on arstil täita oluline roll.

2.2. Uimasti kuritarvitamise diagnoosimine

2.2.1. Uimasti tarvitamise anamnees

Eemärgiks on võimalikult üksikasjalikult välja selgitada varasem ja praegune uimastitarbimine. Tähelepanu tuleks pöörata järgmistele küsimustele:

Pöördumise põhjus

- uimasti kasutamisega seotud võõrutusseisund
- muu psüühika- või kehaline häire (kriisiseisund)
- patsiendi kannatus on katkenud või pole uimastite hankimine senisest allikast enam võimalik
- patsient soovib saada abi ja on motiveeritud oma käitumist muutma
- hiljutine tervisehäire või uimasti tarbimisega seotud mure
- patsiendi käitumine põhjustab muret teistele inimestele (vanematele, sõpradele)

- ähvardav kohtuprotsess/vanglakaristus
- kriminaalhooldaja või sotsiaaltöötaja soovitus
- soov saada nõu ja informatsiooni tarvitava uimasti toime kohta
- suunamine mõne teise arsti poolt
- rasedus
- muud põhjused

Varasem ja praegune (viimasel kuul) uimastitarbimine

- millises vanuses algas sõltuvust põhjustavate ainete, sealhulgas alkoholi ja tubaka tarbimine
- milliseid aineid patsient tarvitab ja millises koguses (ainete segatarbimine, sealhulgas alkoholi kuritarvitamine)
- aine tarvitamise või kuritarvitamise sagedus ja manustamise viisid
- üledoseerimise kogemused
- aine tarvitamisele järgnevad ebatüüpilised reaktsioonid
- uimasti mittesaamisel tekkivad sümptomid
- võõrutusnähud ja kas nendega kaasneb korduv uimastitarbimine
- kulutused uimastile või alkoholile

Uimasti manustamine süstimise teel ning risk haigestuda HIV-infektsiooni ja hepatiiti

- teadlikkus HIV-nakkusesse ja B- ning C-hepatiiti nakatumise teedest
- praegune süstitava uimasti tarbimine ja põhjus, miks patsient hakkas süstima
- steriilsete nõelte ja süstalde kättesaadavus
- harjumus kasutatud süstlaid ja nõelu laenata
- kas patsient teab, kuidas ohutult süstida
- kuidas patsient süstlaid ja nõelu desinfitseerib
- kuhu patsient viskab tarvitatud süstlad
- kondoomi kasutamine
- kas patsient on proovinud või mõelnud proovida teisi uimasti manustamise viise

Üldmeditsiiniline anamnees

- uimastite kuritarvitamise tüsistused – abstsess, tromboos, viirushaigused, rindkereelundite talitlusehäired
- nakatumine B- ja C-hepatiiti, kui see on teada
- HIV-nakkuse olemasolu, kui see on teada
- nakkushaigused sh. tuberkuloos ja suguhaigused
- menstruatsioonihäired
- operatsioonid, traumad, peavigastused

Psühhiaatriline anamnees

- kas on olnud või on ambulatoorsel või statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil
- kas on esinenud tahtlikku uimasti üledoseerimist

- kas on esinenud ärevushäireid, depressiooni või psühhootilisi episoode või kas on kunagi määratud raviks psühhotroopseid preparaate või analgeetikume

Õigusrikkumiste anamnees

- praegused või varasemad kontaktid õiguskaitseasutustega, sealhulgas kriminaalhooldussüsteemiga
- varasem vanglakaristus
- praegused õigusrikkumised
- esitatud süüdistused

Sotsiaalne anamnees

- üldine sotsiaalne toimetulek
- perekondlik olukord ja laste olemasolu
- kas elukaaslane, abikaasa või keegi pereliikmetest kuritarvitab alkoholi või uimasteid
- töökoha olemasolu
- eluaseme olemasolu
- materiaalne olukord, võlgade olemasolu
- uimastite kuritarvitamise mõju sotsiaalsele toimetulekule

Varasemad kontaktid spetsialiseeritud raviasutustega või sotsiaalsüsteemiga

- varasemad katsed uimastitarbimisest loobuda
- kontaktid arstide, sotsiaal- ja sotsiaalhooldussüsteemiga
- varasem rehabilitatsioon, selle kestus ja uimastite kuritarvitamise jätkamise põhjus

2.2.2. Objektiivne uurimine

Motivatsiooni hindamine

Kas uimastite kuritarvitaja on valmis uimastitest loobuma ja oma eluviisi muutma? Siin tuleb kasuks realistlik lähenemine ja oskus julgustada patsienti seadma endale esialgset, vahepealset ja lõplikku eesmärki. Arstlikus ja muus sõltlast abistavas tegevuses ei saa lähtuda üldisest negatiivsest sotsiaalsest hoiakust uimastite kasutamise ja kasutajate suhtes. Kui patsient kohtab arsti või raviasutuse tõrjuvat suhtumist, ei aita see tal midagi muuta. Tuleks teha kõik, et patsienti motiveerida ravi ja uimastitest loobumisele.

Üldise tervisliku seisundi hindamine

Arstlik läbivaatus aitab selgitada uimastitarvitaja tervislikku seisundit, anda kinnitust uimastite kuritarvitamise kohta (nõelatorgete jäljed, naha-abstsessid, intoksikatsioon- või võõrutusnähud), ja teha kindlaks tüsistuste olemasolu.

Teatud haiguste levimus on uimastite kuritarvitajate hulgas tavalisest suurem. Selliste haiguste hulka kuuluvad viirushepatiit, bakteriaalne endokardiit, HIV-nakkus, tuberkuloos, septitseemia, pneumoonia, süvaveenide tromboos, kopsuarteri trombemboolia, abstsessid ja kaaries.

Kõige suurem on infektsiooni risk süstitavate uimastite kuritarvitamise korral, eriti kui süstlad on puudulikult desinfitseeritud või neid antakse edasi ühelt inimeselt teisele. Hügieeninõuete puudulikust järgmisest ja saastunud süstalde kasutamisest võivad tekkida kohalikud või süsteemsed infektsioonid, halvast süstimistehnikast aga veeni või arteri tromboos. Mõned inimesed süstivad uimasteid naha alla või lihasesse, kuid levinuim on intravenoosne manustamine, millega kaasneb üledoseerimise oht.

Uimastite kuritarvitamise tüsistused

A) Uimastiga seotud	kõrvaltoimed (kõhukinnisus, hallutsinatsioonid jne.) üledoseerimine (hingamishäired, teadvusehäired) võõrutusnähud (ärrituvus, krampid, valud, psüühikahäired)
B) Manustamisviisiga seotud	astma (suitsetamise tagajärjel) abstsessid, tselluliit (süstimise tagajärjel)
C) Süstalde ja nõelte edasiandmisega seotud	B- ja C-hepatiit, HIV-nakkus ja teised verega edasi kanduvad nakkused
D) Üldised	aneemia, vaegtoitumus, kaaries ja dentiini erosioon

Psüühilise seisundi hindamine

Uimastite kuritarvitamisega kaasuvad alati muutused psüühikas uimasti tarvitamise ajal või võõrutusseisundis alates ärevusest kuni psühhoosi, teadvusehäirete või ka dementsuseni. Sageli esinevad psüühikahäired ka võõrutusseisundi järgselt abstinentsiperioodil, mil aine tarbimisest on loobutud.

Uimasti kuritarvitamisega võivad kaasned muud psüühikahäired (nt. isiksuse- ja meeleoluhäired ja psühhoosid), mis võivad suurendada suitsiidi ja ennastkahjustava käitumise ohtu.

Psüühilise seisundi hindamisel tuleb silmas pidada järgmisi aspekte:

- **Teadvuse seisund ja üldine käitumine** – teadvuse selgus, orienteeritus ümbruses, sõnalise kontakti võime, pidurdatus või motoorne rahutus, krampid.
- **Psühhoosi sümptomid:** luul, meelepetted (nt. hallutsinogeenide, stimulaatorite intoksikatsioon).
- **Meeleolu:** depressioon (nt. võõrutusseisund stimulaatoritest) või eufooria/maania (nt. intoksikatsioon kokaiinist või amfetamiinist), sedatiivse toimega ainete kuritarvitamisel võivad võõrutusseisundis tekkida ärevuse sümptomid ja depressioon.
- **Mälu ning intellekt:** kognitiivse funktsiooni halvenemine kuni dementsuseni.
- **Isiksuse muutus**

Sotsiaalse ja peresituatsiooni hindamine

Hindamisel tuleks tähelepanu pöörata üldistele sotsiaalsete ja perekondlike kohustuste täimisele ning elukoha ja üldiste olmetingimuste stabiilsusele. Arvukate sotsiaalsete probleemide olemasolul on vajalik luua kontakt kohaliku tugisüsteemiga. Tuleks hinnata ka seda, kas patsient vajab institutsionaalset või ambulatoorset ravi ja sotsiaalhooldussüsteemi teenuseid.

2.2.3. Spetsiaalsed uuringud

Laboratoorsed uuringud

Sõltuvalt patsiendi seisundist, tarvitavast uimastist ja selle manustamise viisist on kohane läbi viia spetsiaalsed laboratoorsed uuringud:

- kliiniline vere ja uriini analüüs
- maksa funktsiooni näitajad
- B-hepatiidi markerid
- C-hepatiidi markerid
- HIV-viiruse vastased antikehad

Iga analüüs tehakse patsiendi teadval nõusolekul.

Uimastisisalduse määramine uriinis

Täiendavalt anamneesile ja kehalisele läbivaatusele on uimasti kasutamist võimalik kinnitada uriinianalüüsiga, mis annab kõige usutavamad tulemused. Siiski sõltuvalt uurimismeetodist tuleb tulemusi hinnata koos kliinilise leiuga, kuna on võimalikud nii valepositiivsed kui valenegatiivsed analüüsitulemused. Analüüse tuleks teha enne ravi alustamist ning selleks on vajalik patsiendi nõusolek nagu ka ravi käigus teostavate kontrolluuringute läbi viimiseks.

Uriinianalüüs võimaldab selgitada, milliseid uimasteid patsient tarvitab. Laboriuuring on kvalitatiivne, poolkvantitatiivne või kvantitatiivne, kui soovitakse spetsiaalselt määrata uriiniga erituvat uimasti kogust.

Analüüsiks tuleb uriin võtta kohapeal. Tavaliselt piisab 5 – 10 milliliitrist uriinist. Proov tuleb võtta tingimustes, mis aitavad välistada selle saastumise või ümbervahetamise. Saadaval on ekspresdiagnoosikomid, mis võimaldavad kvalitatiivselt määrata sagedamini kasutatavaid uimasteid. Eriti hästi sobivad need testid kiireks hindamiseks olukorras, kui patsient vajab vältimatut abi.

Kui uriinianalüüsi tulemus ei lange anamnestiliste andmetega kokku, tuleks enne otsuse langetamist analüüsi korrata, kuna võib olla tegemist labori või mõne muu veaga. Kui uriinianalüüs on negatiivne ja võõrutusnähte ei esine, pole tõenäoliselt tegemist füüsilise sõltuvusega ja sellest lähtuvalt tuleks patsienti ka hinnata.

Immuunanalüüs on kasutusel juhtudel, kui on tarvis analüüsida lühikese aja jooksul palju proove. Enamus saadaval olevad kiirtestribad ja kitid põhinevad immuunanalüüsi meetodil ja neid kasutatakse skriininguks.

Radioimmuunanalüüs (RIA), ensüümimmuunanalüüs (EIA, EMIT), fluorestsents polarisatsiooni immuunanalüüs (FPIA) ja lateks aglutinatsiooni inhibeerimisemeetod nõuavad suhteliselt kallist aparatuuri.

Õhukesekihiline kromatograafia vajab suhteliselt odavamat aparatuuri ja seda meetodit soovitatakse kinnitavaks analüüsiks immuunanalüüsi skriiningu tulemusele. Meetod on töömahukas, nõuab laborandilt vilumust ja võib mõnikord olla ebatäpne.

Gaaskromatograafia ja vedelikkromatograafia on väga tundlik meetod ja kasutatakse positiivsete skriiningtestide kinnitamiseks. Aparatuur on kallis ja eeldab eriväljaõppega laborandi olemasolu.

Gaaskromatograafia/mass-spekromeetria on kõige tundlikum ja kõige spetsiifilisem meetod narkootikumide määramiseks bioloogilistes vedelikes. Eeldab suuri kulutusi aparatuurile ja materjalile ning personali erikoolitust. Kasutatakse riiklikes referentslaboratooriumides.

Aeg, mille jooksul uimastit (metaboliiti) on võimalik uriinis määrata

Aine nimetus	Ligikaudne ajavahemik laboratoorseks diagnostikaks
amfetamiin	48 tundi
metamfetamiin	48 tundi
barbituraadid lühitoimelised keskmise toimeajaga pikatoimelised	24 tundi 48 – 72 tundi 7 päeva või kauem
bensodiasepiinid ultralühitoimelised (poolväärtusaeg 2 tundi), nt. midasolaam lühitoimelised (poolväärtusaeg 2 – 6 tundi), nt. triasolaam keskmise toimeajaga (poolväärtusaeg 6 – 24 tundi), nt. temasepaam/kloordiasepoksiid pikatoimelised (poolväärtusaeg 24 tundi), nt. diasepaam/nitrasepaam	3 päeva (terapeutiline annus) 12 tundi 24 tundi 40 – 80 tundi 7 päeva
kokaiini metaboliidid	2 – 3 päeva
metadoon (säilitusannuses)	7 – 9 päeva
kodeiin/morfiin/propoksüfeen (heroiini metaboliit on morfiin)	48 tundi
kannabinoidid (marihuaana) ühekordne tarvitamine mõõdukas tarvitamine (4 korda nädalas) sage tarvitamine (iga päev) pikaajaline ja pidev tarvitamine	3 päeva 4 päeva 10 päeva 21 – 27 päeva
metakvaloon	7 päeva
fentsükliidiin	8 päeva

2.2.4. Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon (RHK-10)

Äge intoksikatsioon (F1x.0) on mööduv seisund, mis järgneb alkoholi või muu psühhoaktiivse aine manustamisele ja avaldub häiritud või muutunud somaatilistes, psühholoogilistes või käitumuslikes funktsioonides ja reaktsioonides. Intoksikatsiooni

intensiivsus on kooskõlas annusega väheneb aja jooksul ning nähud kaovad mõne aja pärast, kui aine manustamist ei jätkata.

Kuritarvitamine (F1x.1) on tervist kahjustav aine tarbimise viis. Kahjustus võib olla somaatiline (nt. hepatiit, mis on tingitud ainete enesele manustamisest süstetena) või psüühiline.

Sõltuvus (F1x.2) on somaatiliste, käitumuslike ja kognitiivsete avalduste kompleks (sündroom), mille korral aine või ainete tarvitamine saavutab patsiendi käitumises prioriteedi käitumisavalduste suhtes, mis on kunagi olnud suurema väärtusega. Sõltuvussündroomi olulisim iseloomujoon on vastupandamatu tung tarbida psühhoaktiivset ainet.

Diagnostilised juhised

Sõltuvust võib kindlalt diagnoosida juhul, kui mingil ajahetkel eelneva aasta jooksul on esinenud kolm või enam järgmist sümptomit:

- (a) tugev tung või sundmõte tarvitada ainet;
- (b) võimetus kontrollida tarvitamisel käitumist, tarvitamise kestust ja aine hulka;
- (c) aine tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel tekkiv võõrutusseisund (vt. F1x.3 ja F1x.4), mille tõestuseks on ainele iseloomulik võõrutussündroom; või aine tarvitamine, et leevendada või ära hoida võõrutussümptomaatikat;
- (d) tolerantsuse teke, mis väljendub selles, et aine esialgse toime saavutamiseks tuleb tarvitava aine annust tõsta. Ilmekas on näide alkohol- ja opiaatsõltuvatest isikutest, kes tarvitavad selliseid ööpäevaannuseid, mis on piisavad mittetolerantsete tarvitajate invaliidistamiseks või surmamiseks;
- (e) vaba aja veetmise teiste võimaluste ja huvide progresseeruv taandumine aine tarvitamise ees, suurenenud on ajahulk, mis kulub aine hankimisele, tarvitamisele ja toimest toibumisele;
- (f) aine tarvitamise jätkamine vaatamata ilmsetele kahjustavatele tagajärgedele, nagu maksakahjustus massiivse joomise tagajärjel, intensiivsele aine tarvitamise perioodile järgneva depressiivsed episoodid, kognitiivsete funktsioonide häirumine. Tavaliselt ei ole kerge selgitada, millisel määral on isik teadlik kahjustuse iseloomust või ulatusest.

Sõltuvussündroomi tähtsaimaks omaduseks on psühhoaktiivse aine tarvitamine või tung ainet tarvitada. Aine tarvitamisvajaduse subjektiivne teadvustamine ilmneb eelkõige seoses püüdlustega lõpetada või kontrollida aine tarvitamist. See diagnostiline tähelepanek välistab näiteks kirurgilised patsiendid, kellele on valu vaigistamiseks ordineeritud opiaate ning kellel võivad avalduda opiaatide võõrutusnähud, kuid kellel sellele vaatamata ei teki tungi aine tarvitamist jätkata.

Võõrutussündroom (F1x.3) on mitmesuguse raskusastmega psüühiliste ja somaatiliste sümptomite kogum, mis tekib aine absoluutsel või suhtelisel ärajätmisel juhul, kui ainet on tarvitatud regulaarselt ja tavaliselt kaua ja/või suurtes annustes. Võõrutusseisundi kujunemine ja kulg on ajaliselt piiratud ja sõltub vahetult enne abstinentsi tarvitatud aine tüübist ja kogusest. Võõrutusseisund võib olla tüsistunud krampidega (F1x.31), deliiriumiga (F1x.40) või deliiriumiga koos krampidega (F1x.41).

Psühhoosiline häire (F1x.5) psüühikahäire, mis tekib tavaliselt aine tarvitamise ajal või vahetult selle järel ning millele on iseloomulikud elavad hallutsinatsioonid (tüüpiliselt kuulmishallutsinatsioonid, kuid sageli enamas kui ühes meeleorganis), luulumõtted (sageli paranoilised), psühhomotoorsed häired (rahutus või stuupor), patoloogiline afekt, mis võib ulatuda intensiivsest hirmust ekstaasini. Teadvus on üldiselt selge, kuid kohati võib olla kergelt hägunenud ja sellega ei kaasne rasket segasusseisundit.

Amnestilise sündroomi (F1x.6) korral on juhtiv krooniline lühimälu häire, samuti võib olla häiritud kaugmälu, kusjuures vahetu mälu on säilinud. Tavaliselt on häiritud ajataju ja sündmuste õige järjekorra meenutamine, samuti võime omandada uut informatsiooni. Võib, aga ei pruugi esineda konfabulatsioone.

Residuaalne või hiline psüühikahäire (F1x.7) on psüühikahäire, mille korral alkoholist või muudest psühhoaktiivsetest ainetest tingitud kognitiivsed, afektiivsed, isiksuse või käitumise muutused esinevad pärast perioodi, mille vältel saaks eeldada otsest psühhoaktiivse aine toimet. Eristatakse mälupeet (F1x.70), isiksus- või käitumishäiret (F1x.71), residuaalset afektiivset häiret (F1x.72), dementsust (F1x.73), muud püsivad kognitiivse funktsiooni kahjustus (F1x.74) ja hilise tekkega psühhoosi (F1x.75).

III RAVI PÕHIMÕTTED JA ORGANISATSIOON

3.1. Ravi eesmärk ja ravikokkulepe

Ravi põhieesmärk ja ravi plaan

Ravi põhieesmärgiks tuleks seada narkootikumide tarvitamisest loobumine. Põhieesmärgi saavutamiseks on vajalik seada rida alameesmärke, mis aitavad ravi planeerida ning toetavad patsiendi valmisolekut osaleda raviprotsessis.

Raviplaani võib tinglikult jagada kolme põhiossa:

1. võõrutussündroomi ravi (detoksifikatsioon) – seab eesmärgiks tarvitatava narkootilise aine manustamise kohese või järkjärgulise lõpetamise ning ägedate võõrutusnähtude leevendamise või vältimise. Toimub statsionaaris või ambulatoorselt.
2. Püsivate psüühikamuutuste ja käitumise korrigeerimine ning võimalike somaatiliste häirete ravimine – seab eesmärgiks farmakoteraapia kõrval psühho- ja sotsioterapeutiliste meetoditega patsiendi motivatsiooni tugevdamise ning

riskisituatsioonides toimetulekuoskuste parandamise. Toimub ambulatoorselt või institutsionaalselt (näiteks ravikommunis).

3. Etapiline sotsiaalne rehabiliteerimine, relapsi ennetamine – seab eesmärgiks remissiooni kinnistamise, elamis-, õppimis- ja töötamiskoha probleemide lahendamise. Toimub ambulatoorselt.

Ravi võimalikud alameesmärgid

- aidata patsiendil tervist säilitada, kuni etapiline ravi ja psühhosotsiaalne toetus võimaldavad tal uimastitest vabaneda;
- stabiliseerida patsiendi seisundit võõrutusnähtude leevendamise või vajaliku asendusravi abil;
- vähendada uimastite tarvitamise episoodide kestust;
- vähendada riski uimastite kuritarvitamise relapsiks tulevikus;
- vähendada illegaalsete uimastite ja arsti poolt mitte määratud ainete tarbimist;
- vähendada uimastitarbimisega seonduvat riski haigestuda HIV-nakkusesse, B- ja C-hepatiiti ning teistesse vere ja süstaldega edasikanduvatesse haigustesse;
- vähendada uimastite hankimiseks vajaliku raha saamisega seonduvat kriminaalset tegevust;
- soodustada patsiendi toimetulekut isikliku ja pereelu ning sotsiaalsete probleemidega.

Ravikokkulepe

Raviplaan tuleks teha koos patsiendiga, vastavalt tema ravivajadustele ning arvestades tema oma soovidega. Patsient peaks jõudma arusaamisele, et kavandatud eesmärkide täitmine sõltub põhiliselt temast endast. Oleks hea, kui eesmärkide saavutamiseks on seatud tähtajad ning patsiendi edusammud eesmärgi poole liikumisel on mõõdetavad. Hea raviplaan peaks sisaldama pingutuse korral jõukohaseid eesmärke, ebareaalsete eesmärkide seadmisel võib juhtuda, et patsient katkestab ravi. Soovitav on kohe algul ja enne raviprotsessi iga uue etapi algust teha patsiendiga kirjalik ravikokkulepe. Kokkuleppes fikseeritakse ravi läbiviimise tingimused ning see on abiks nii patsiendile kui arstile võimalike probleemide lahendamisel.

Ravikokkuleppes on kirjas, millistel tingimustel võidakse ravi katkestada.

Ravimeeskond

Tulemused on paremad, kui ravi on multiprofessionaalne ja kompleksne. Patsiendi raviprotsessis peaks psühhiaatri supervisiooni all olema tegevad mitme eriala asjatundjad – psühholoog, meditsiiniõde, sotsiaaltöötaja. Oluline on kontakt perearstiga. HIV-positiivse patsiendi ravi peaks teostama koostöös infektionistiga.

Tugiisik

Ambulatoorse ravi korral on tähtis saada keegi patsiendi lähedane sõltuvusprobleemideta inimene tugiisikuks. See isik on patsiendile toeks oma elu uutemoodi korraldamisel ja

ravikokkuleppe täitmisel. Tugiisiku tähelepanekutest on palju kasu ka arstil ja teistel ravimeeskonna liikmetel.

3.2. Ravi põhimõtted ja sellega seotud vastutus

Ravi määrava arsti minimaalsed kohustused

1. Kõikide arstide kohuseks on tagada patsiendile abi nii üldiste kui uimastite kuritarvitamisega seotud häirete korral, hoolimata sellest, kas patsient on valmis uimastitest loobuma või mitte.
2. Ravi alul tuleb läbi viia patsiendi seisundi täielik hindamine ja püstitada ravi eesmärk, leida tugiisik, allkirjastada ravikokkulepe.
3. Ravi eest vastutab arst, kes retseptidele/ordinatsioonidele alla kirjutab. Vastutust ei ole võimalik kellelegi teisele delegeerida. Ravi määrava vastutab selle eest, et patsient saaks õige ravimi annuse, et oleks tagatud ravimi sihipärane kasutamine, vältimaks selle sattumist illegaalsele turule.
4. Võõrutusravi ja säilitusravi asenduspreparaatidega (näiteks metadoon) tohib määrata ainult psühhiaater. Asenduspreparaatidega tehtavat võõrutusravi ja säilitusravi tuleb alustada statsionaarses raviasutuses. Asenduspreparaadi manustamine peab toimuma meditsiinitöötaja kontrolli all.
5. Ambulatoorse ravi korral peab arst hoolitsema, et raviskeemist kinnipidamine oleks patsiendi poolt garanteeritud. Korraga kirjutatakse patsiendile mitte rohkem kui ühe nädala ravimid.
6. Määratud ravi tuleb täpselt dokumenteerida.

Medikamentoosse ravi määramise otsustamine

Katkestusravis ning võõrutusseisundi ravis on juhtiv roll psühhofarmakoteraapial ja sümptomaatilisel medikamentoosel ravil. Detoksifikatsioonist on vähe kasu, kui sellele ei järgne käitumise korrigeerimine ning motivatsiooni tugevdamine psühho- ja sotsio-terapeutiliste meetoditega, millega ennetatakse relapse ja astutakse samme patsiendi rehabiliteerimiseks. Raviprotsessi selles faasis on farmakoteraapia roll tagasihoidlikum.

Enne ravi alustamist peab arstil selge olema ravi eesmärk. Selleks võib olla:

1. võõrutusnähtude ennetamine ja leevendamine
2. uimastitarbimise ja eluviisi stabiliseerimine; illegaalsete uimastite tarvitamise ja sellega seotud ebaterve käitumise peatamine;
3. muutuse esilekutsumine uimasti tarvitamises ja patsiendi riskikäitumises;
4. kontakti säilitamine ja koostöösuhte kindlustamine patsiendiga.

Bensodiasepiinide ja barbituraatide kuritarvitamise katkestus- ja võõrutusravis on vajalik aine doosi astmeline langetamine (soovitav on määrata ka karbamasepiini).

Sõltuvuse korral stimulaatoritest või kannabinoididest tuleb aine tarvitamine lõpetada koheselt ning võõrutussündroomi farmakoteraapia on sümptomaatiline (vajadusel bensodiasepiinid, antidepressandid, psühhoosi korral neuroleptikumid).

Opioidsõltuvuse võõrutussündroomi võib ravida sümptomaatiliste vahenditega, kuid levinum on doosi järk-järguline langetamine asenduspreparaatidega (metadoon, buprenorfiin). Detoksifikatsioonile järgneva relapsi ennetamise faasis on psühho- ja sotsioteeraapia kõrval kasutusel opioidantagonist naltreksoon.

Kui lühiaegses (kuni 3 kuud) ja keskmise kestvusega (kuni 6 kuud) ambulatoorses võõrutusravis kasutatakse asenduspreparaate, peab arst kindlaks tegema:

1. millist muutust oma uimastitarbimises patsient soovib;
2. millises osas patsient tahab oma eluviisi muuta;
3. mil viisil aitab ravi eeltoodud eesmärged saavutada.

Pikaajalise (6 kuud ja kauem) asenduspreparaatidega tehtava ambulatoorse võõrutusravi või tähtajatu asendusravi määramist tuleks kaaluda vaid juhtudel, kui on täidetud kõik alljärgnevad tingimused:

1. tegemist on vähemalt 5 aastat väldanud raskekujulise opioidsõltuvusega;
2. vanus vähemalt 20 aastat ja vähemalt 3 korral on ebaõnnestunud katsetatud ravida alla 6 kuu kestvate meetoditega;
3. arst on veendunud patsiendi koostöövalmiduses ja soovis ravirežiimist kinni pidada ning patsient on motiveeritud loobuma illegaalsest uimastitarbimisest ja ta on valmis käima ravimit võtmas iga päev;
4. perekonna või tugiisiku olemasolu, sotsiaalse rehabilitatsiooniprogrammi olemasolu, ei esine uimastite segatarbimist, alkoholsõltuvust, kaasuvaid raskemaid psüühikahäireid.

Kui opioide süstiv narkomaan on HIV-positiivne, siis see on näidustus pikaajaliseks asendusraviks.

Ebaõnnestunud ravi katkestamine

Otsus ebaõnnestunud ravi katkestada peaks lähtuma patsiendiga varem kokkulepitud raviplaanist. Kui uimastite kuritarvitajast patsient ei suuda raviskeemist kinni pidada, jätkab narkootikumide tarvitamist ja ei pinguta seatud eesmärkide saavutamiseks, võib arst kaaluda ravi lõpetamist.

Võib-olla osutub võimalikuks püstitada kokkuleppel patsiendiga uus eesmärk ning leppida antud ravietapil tagasihoidlikumate ravitulemustega. Teine võimalus on tõdeda, et püstitatud eesmärkideni pole jõutud ja ravisuhe on lõppenud. Sõltuvuse ravi on vabatahtlik.

Vaatamata ravi katkestamisele peaks arst jätma patsiendile võimaluse pöörduda teatud aja möödudes uuesti ravile.

Kui perearsti poolt suunatud patsient katkestas ravi või on spetsialisti poolt määratud ravi edukalt lõpetanud, tuleks sellest teavitada ka perearsti.

3.3. Sõltuvusravi organisatsioon

Sõltuvusravi organisatsioon põhineb olemasolevatel tervishoiu- ja sotsiaalabi asutustel, ja uutel struktuuridel mida luuakse sõltuvusprobleemide lahendamiseks. Kõikidel olemasolevatel ravitasanditel peab olema valmidus sõltuvusravi probleemidega tegelemiseks. Sõltuvusprobleemidega isikute abistamisel on keskne roll sotsiaalabi süsteemil; vastutus on eeskätt kohaliku omavalitsuse tasandil. Üha suurem roll on mitteriiklikel vabatahtlikel struktuuridel. Ei ole võimalik luua ühte ainuõiget mudelit; kindlasti peaksid erilise tähelepanu all olema suuremad linnad ja kriisipiirkonnad.

Lühidalt võiks erinevate osapoolte roll sõltuvusprobleemidega isikute ravi ja rehabilitatsiooni korraldamisel olla järgmine:

Psühhiaatrilise abi süsteem:

1. Ambulatoorne psühhiaatriline abi: konsultatiivne abi, detoksifikatsioon, ravi ja rehabilitatsiooni nõustamine, side sõltuvushaigete toetusvõrgustikuga.
2. Üldhaigla psühhiaatriateenistus (vähemalt 60000 elanikku teeninduspiirkonnas, Saaremaa): konsultatiivne abi, detoksifikatsioon, ravi ja rehabilitatsiooni nõustamine, side sõltuvushaigete toetusvõrgustikuga.
3. Keskhaigla psühhiaatriateenistus: konsultatiivne abi, detoksifikatsioon, asendusravi määramine ja läbiviimise kontroll.
4. Regionaalhaigla psühhiaatriateenistus: lisaks keskhaigla tasandi psühhiaatriateenistuse rollile ka keerulisemate juhtude diagnostika ja ravi (kaasuvad rasked psüühikahäired, näiteks skisofreenia).
5. Erihaigla tegevusloaga psühhiaatria erialal: konsultatiivne abi, detoksifikatsioon, ravi ja rehabilitatsiooni nõustamine, side sõltuvushaigete toetusvõrgustikuga; sõltuvusravi programmid psühhiaatrilise pikaaravisüsteemi patsientidele.
6. Vangla psühhiaatriateenistus: nõustamine, sõltuvusravi programmid, narkovabade üksuste nõustamine.

Muu tervishoiusüsteem:

1. Perearstid: üldarstiabi sõltuvusprobleemidega isikutele, nõustamine, motiveerimine raviks ja suunamine eriravile.
2. Kiirabi: vältimatu abi eluohtlike seisundite korral.
3. Keskhaigla valveteenistus: vältimatu abi eluohtlike seisundite korral.

Sotsiaalabisüsteem:

1. Sõltuvushaigete sotsiaalne rehabilitatsioon ja toetusvõrgustik: nõustamis- ja päevakeskustest ravikommunideni. Korraldatakse riigi ja kohalike omavalitsuste poolt; oluline on koostöö ja infovahetus mitteriiklike organisatsioonidega.
2. Riiklik erihooldusüsteem: hooldekodud sõltuvusprobleemidega hoolealustele (osakonnad).

Muud organisatsioonid:

1. Kriisiabi telefonid

2. AN ja AA-tüüpi ühendused
3. Kriiskeskused
4. AIDS-i tugikeskused
5. Pereliikmete eneseabisüsteem jne.

IV UIMASTISÕLTUVUSE JA VÕÖRUTUSSEISUNDITE RAVI

Võõrutusseisunite ravis on kasutusel väga erinevaid meetodeid ja skeeme. Mõningatel juhtudel kasutatakse vaid psühholoogilist abi või taastusravi ja füüsilise meditsiini protseduure.

Käesolevas peatükis antakse ülevaade uimastitest põhjustatud võõrutusseisundite enamlevinud medikamentoosset ravist. Uimastid, mida on kasutatud pikema perioodi vältel ja suurtes kogustes põhjustavad manustamise lõpetamisel võõrutusnähte. Need häired võivad olla nii psüühilised kui ka füüsilised. Võõrutusnähtude iseloom ja intensiivsus sõltuvad tarvitatavast uimastist, tarvitamise kestvusest, kogustest, indiviidi psüühilisest ja füüsilisest seisundist. Parimaid tulemusi on andnud siiski medikamentoosse ja psühhosotsiaalse ravi kombineerimine. Uimastisõltuvusest vabanemine on pikaajaline protsess ja pärast võõrutusnähtude kupeerimist on vajalik jätkata toetusravi tagasilanguse vältimiseks.

Raviplaani koostamisele ja ravimi valikule peab eelnema patsiendi igakülgne tervisliku seisundi hindamine, uimasti kasutamise kestvuse ja sõltuvuse raskusastme kindlakstegemine, sotsiaalse situatsiooni väljaselgitamine. Eelneva informatsiooni põhjal saab määrata antud isikule sobiva ravikuuri. Kergematel juhtudel võib uimastisõltuv isik end võõrutada ka ilma meditsiinilise abita (nn. "külm kalkun"), mis aga eeldab head motivatsiooni ja turvalist keskkonda. Alati tuleb ravitaktika valik teha koostöös patsiendiga ja oma soovitusi põhjendada.

4.1. Opiaadid

Opiaadid on tugevatoimelise psühhoaktiivse toimega uimastid, mis võivad tekitada kiirelt raskekujulise sõltuvuse (neuroadaptatsiooni) koos sellega kaasnevate tõsiste meditsiiniliste ja sotsiaalsete tagajärgedega. Selle rühma enamlevinud aine on heroiin. Vähem on levinud opiaatvaluvaigistite (metadon, morfiin jt.) kuritarvitamine. Opiaadid põhjustavad spetsiifilise raskekujulise võõrutusseisundi, mida iseloomustavad psüühilised ja füüsilised sümptomid. Võõrutusnähud võivad avalduda juba 10-12 tunni möödudes pärast aine manustamise lõpetamist. Vaevuste haripunkt on 2-3 päeval ja ägedamad nähud taanduvad paari nädalaga. Lühema poolväärtusajaga aine (heroiin) tarvitajatel ilmnevad vaevused kiiremini ja mööduvad ka lühema ajaga. Pikema poolväärtusajaga metadooni puhul aga avalduvad võõrutusnähud aeglasemalt, kuid püsivad kauem.

Opiaatidest põhjustatud võõrutusseisundi peamised sümptomid on järgmised:

Füüsilised: lihas-liigesvalud, pisaratevool, haigutamine, kuuma või külmatunne, isutus, kõhuvalu, iiveldus, kõhulahtisus, värinad, lihastõmbused, südamepekslemine, vererõhu kõikumised, nõrkus, koordinatsioonihäired, laienenud pupillid.

Psüühilised: ärevus, rahutus, depressiivne meeleolu, düsfooria, agressiivsus, unehäired, üldine düskomfort, püsiv tung aine järgi.

4.1.1. Võõrutusseisundi ravi opioidretseptorite agonistidega

Metadoon

Võõrutusravis metadooni alanevate doosidega võib kasutada lühi- ja pikaajalisi skeeme (2 nädalast kuni 6 kuuni). Lühiajalisi võõrutuskuure metadooniga tuleks läbi viia statsionaari tingimustes, kuna annuse kiire langetamise korral kaasnevad paratamatult tavaliselt mõõdukad ärajätunähud. Pikaajalise ravikuuri valimisel oleks samuti soovitatav alustada ravi haiglas ja jätkata ambulatoorselt. Raviskeemi valikul tuleks lähtuda haiguse iseloomust ja patsiendi sotsiaalsetest oludest. Ambulatoorne ravi metadooniga on lubatav alates 18. eluaastast. Alla 18.aastaste võõrutuskuurid tuleb läbi viia haiglas.

Valikravimiks on **metadooni mikstuur 1 mg/ml** (Eestis registreeritud).

- Ravimi toime on pikaajaline (24-48 tundi), mis muudab ravimi manustamise ja doseerimise lihtsamaks.
- Kontroll ravimi tarvitamise korrast kinnipidamise üle on lihtsam.
- Ravimi talumatust esineb harva.
- Intravenoosne manustamine on vähetõenäoline.
- Kliiniline efektiivsus on uuringutega tõestatud.

Võõrutusseisundi ravi ja asendusravi organisatsioonilised põhimõtted opiaate sisaldavate ravimite kasutamise korral on sätestatud kehtestatud sotsiaalministeeriumi määrusega (vt. ravijuhise lisa).

Metadooni annuse tiitrimine ja annuse alandamise skeemid

Algannus

Metadooni algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti doose, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel isiku tolerantsust. Arvestada tuleb ka metadooni sisalduse poolväärtusaega vereplasmas ja muude psühhoaktiivsete ainete tarvitamist. Algannus peab tagama enam-vähem rahuldava kehalise ja psüühilise komfordi tunde. Õige annuse tiitrimine aitab vältida ka üledoseerimise ohtu. Metadooni kumuleeriv toksiline toime võib põhjustada surma. Praktikas on esinenud surmajuhtumeid juba 40 mg korral. Esimene annus peaks jääma 10 -30 mg piiresse. 4 tunni möödudes tuleb hinnata seisundit (võõrutusnähte) ja vajadusel anda täiendav annus ravimit.

- Kergete sümptomide ilmnemisel ei ole vaja annust tõsta.
- Mõõdukate nähtude ilmnemisel lisada 5-10 mg.
- Raskete sümptomide ilmnemisel lisada 20-30 mg.

Metadooni kui kestva toimega ravimi puhul tuleb arvestada kumulatsiooni võimalusega. Annuse langetamise tempo peaks olema individuaalne ja tuleks otsustada koostöös patsiendiga.

Järgnevalt mõned soovitatavad raviskeemid:

Kiire detoksifikatsioon metadooni manustamisega kestab kaks nädalat kuni üks kuu. Seda varianti on soovitatav kasutada hea motivatsiooniga ja mitte väga kõrge tolerantsusega patsientidel. Patsienti tuleb hoiatada ka paratamatult kaasnevate võõrutusnähtude eest. Kahenädalase ravikuuri näidis: 25 mg – 2 päeva, 20 mg - 2 päeva, 15 mg - 2 päeva, 10 mg – 3 päeva, 5 mg - 4 päeva

Aeglasema detoksifikatsiooni skeemid (1 – 6 kuud).

Pärast patsiendi seisundi stabiliseerimist (1 nädala jooksul) alustatakse metadooni annuse vähendamist 5 mg iga nädala või kahe nädala järel. Alates 15 mg soovitatav aeglustada annus vähendamist (2,5 mg kaupa).

Arvestades patsiendi seisundit võib ravi käigus esialgset doosi langetamise tempot korrigeerida kiirenemise või aeglustamise suunas.

Konversioonitabel

Aine	Annus	Metadooni ekvivalent
Tänavaheroiin	1 gramm (puhtusaste kõikuv)	50-80 mg
Farmatseutiline heroiin	10 mg tablett 30 mg ampull	20 mg 60 mg
Morfiin	10 mg ampull	10 mg
Dihüdrokodeiin	30 mg tablett	3 mg
Petidiin	50 mg ampull 50 mg tablett	5 mg 5 mg
Buprenorfiin	2 mg sublingvaalne tablett 8 mg sublingvaalne tablett	kuni 10 mg ligikaudu 30 mg
Kodeiinfosfaat	30 mg tablett	2 mg

Buprenorfiin

Buprenorfiin on mitmetes riikides kasutusel võõrutusseisundite ravis ja ka pikaajalisel asendusravil. Preparaat ei ole Eestis registreeritud. Ravim seondub ajus opioidretseptoritele ja toime kestab vähemalt 24 tundi. On leitud, et tal on metadooni ja ka naltreksooni omadusi. Vähendab võõrutusnähte ja ka himu opiaatide järele.

Sublingvaalne tablett manustatakse üks kord päevas (2 mg ja 8 mg tabletid). Uuringud näitavad, et 8 mg annust võib võrdsustada umbes 30 mg metadooniga. Tema kasutamine on ka turvalisem, kuna ei põhjusta hingamise paralüüsi. Suuremates doosides on buprenorfiinil ka kerge euforiseeriv toime. Kuna preparaat on vees lahustuv ja süstitav, käibel illegaalsel turul, siis tuleb tema määramisel kasutusele võtta vajalikud turvameetmed.

Preparaati võib manustada juba 4 tundi pärast viimast heroini doosi. Algannus ,2-4 mg päevas, tõsta stabiliseerimistasemele ja sellele järgneb aeglane langetamine.

Levatsetüülmetadool/LAAM/

Tema toimeaeg on oluliselt pikem kui metadoonil. Manustatakse üks kord nädalas suu kaudu. Kestvama toime tõttu on LAAMi kasutatud peamiselt pikaajalises asendusravis. Liiga kaua püsiva toime ja toksilisuse tõttu on LAAM võõrutusraviks sobimatu. Preparaat ei ole Eestis registreeritud.

4.1.2. Võõrutusseisundi ravi mitteopiaatsete ravimitega

Klonidiin/lofeksidiin

Preparaat vähendab närvisüsteemi noradrenergiliste protsesside aktiivsust pärssides alfa-2 alatüüpi autoreseptoreid. Sellega leevendab ta opiaatvõõrutusseisundi mõningaid sümptomeid. Kuna preparaat tekitab hüpotensiooni, siis tuleb regulaarselt mõõta vererõhku ja vajadusel ravi katkestada. Lofeksidiinil on klonidiiniga võrreldes hüpotensiivne toime väiksem.

Raviskeem lofeksidiiniga (1 tablett 200 mikrogrammi):

Alustatakse 200 mikrogrammi 2 korda päevas. Võõrutusnähtude ilmnemisel tõstetakse annust 200-400 mikrogrammi päevas. Maksimaalne annus on 2,4 mg. Seisundi stabiliseerudes langetatakse annust 4-5 päeva vältel. Sobib patsientidele, kellel on lühike narkootikumide tarvitamise anamnees ja madalad doosid.

Karbamasepiin

Ravimit on praktikas kasutatud küllaltki efektiivse vahendina opioidvõõrutusseisundi leevendamiseks. Esimestel päevadel toimub patsiendi seisundi stabiliseerimine, millele järgneb annuse langetamine nädala jooksul. Võõrutusravi karbamasepiiniga vajab tavaliselt täiendavate sümptomaatiliste vahendite kasutamist. Võib kombineerida ka klonidiiniga.

Karbamasepiini manustamise üks võimalikest skeemidest

Ravipäev	Hommik	Lõuna	Õhtu	Hilisõhtu
1. päev	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg
2. päev	200 mg	200 mg	200 mg	200 mg
3. päev	100 mg	200 mg	200 mg	200 mg
4. päev	100 mg	100 mg	200 mg	200 mg
5. päev	100 mg	100 mg	100 mg	200 mg
6. päev	100 mg	100 mg	100 mg	100 mg
7. päev		100 mg	100 mg	100 mg
8. päev			100 mg	100 mg
9. päev			0	100 mg
10. päev			0	100 mg

Naltreksoon

Opioidretseptorite antagonist naltreksoon on kasutusel opiaatsõltlastel peamiselt toetusravis blokeeriva vahendina. Preparaat blokeerib opioidretseptorid kuni 72 tunniks, mistõttu on teda võimalik manustada 3 korda nädalas. Raviga võib alustada vaid alles nädal pärast detoksifikatsiooni.

Samas kasutatakse naltreksooni ka ülikiire detoksifikatsiooni läbiviimisel. Ravimiga tõrjutakse heroiin retseptoritelt. Kuna meetodiga kaasnevad eriti intensiivsed võõrutusnähtud, siis on vajalik samal ajal alustada intensiivse anesteesia ja sedatatsiooniga. Meetodi kasutamine eeldab intensiivravi tingimuste olemasolu (kunstliku hingamise võimalus, organismi eluliste funktsioonide monitooring).

4.1.3. Võõrutusseisundi sümptomaatiline ravi

Opiaatsõltuvuse kergemate vormide korral võib võõrutussümptomite leevendamiseks piirduda erinevate ravimite kombineerimisega:

Valude vastu mittesteroidsed põletikuvastased preparaadid (ibuprofeen) või nõrgemad opiaatsed valuvaigistid (tramadool, ketobemidoon, kodeiini sisaldavad ravimid).

Iivelduse ja oksendamise korral metoklopramiid.

Kõhulahtisuse vastu loperamiid.

Rahutuse, ärevuse ja unetuse vastu neuroleptikumid (tioridasiin, melperoon, kloorprotikseen), sedatiivse toimekomponendiga antidepressandid ja lühiajaliselt ka bensodiasepiinid. Bensodiasepiine kasutada vaid lühiajaliselt ja kontrollitult, kuna tekitavad kiiresti ravimsõltuvuse.

Kui võõrutusseisundi ravi tehakse ambulatoorselt, siis tuleb psühhofarmakonide väljakirjutamise korral jälgida ohutuse nõudeid. Vajalik on, et tugiisik kontrollib ravimite võtmist ja raviettekirjutustest kinnipidamist. Patsienti ja tugiisikut tuleb informeerida ja hoiatada uimastite salajase tarvitamise jätkamise eest, narkootikumide ning arsti poolt määratud ravimite koostoime ohtudest.

Opioidvõõrutusseisundi ravis on edukalt kasutatud ka akupunktuuri, on olemas spetsiaalne metodika võõrutusnähtude leevendamiseks.

Võõrutusravi ajal mõjub soodsalt ka kerge füüsiline tegevus (võimlemine) ja mitmesugused taastusravi ja füüsilise meditsiini protseduurid (veeprotseduurid, saun jt.).

4.2. Stimulaatorid

Ergutitest (kokaiin, amfetamiin, ecstasy, metkatinoon/efedroon jt.) põhjustatud võõrutusseisundeid ravitakse sümptomaatiliste vahenditega. Asendusravi ei ole kokaiinist või amfetamiinist põhjustatud sõltuvusest võõrutamisel vajalik. Stimulaatorite ärajätmisest tingitud võõrutusseisundis on esiplaanil psüühilised häired: depressioon, emotsionaalne labiilsus, uimasus, asteenia, unehäired. Mõnedel patsientidel aga esineb

võõrutusperioodil ka küllaltki häirivaid somaatilist laadi kaebusi (spasmid, krambid, treemor, valud, südamevaevused).

Antidepressantide kasutamine on näidustatud depressiooninähtude korral. Kasutatakse serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid (tsitalopraam, fluoksetiin, paroksetiin jt.) või ka teisi antidepressante. Uimastisõitlastele ravimannuse määramisel tuleb arvestada suurenenud tolerantsusega psühhofarmakonide suhtes.

Häid tulemusi on kokaiinisõltuvuse korral andnud ka nõelravi ning teised taastusravi ja füüsilise meditsiini meetodid ja füüsiline aktiivsus. Kõige efektiivsemaks on uuringute järgi siiski osutunud psühhosotsiaalne toetusravi võõrutuskuuri ajal.

4.3. Bensodiasepiinid

Bensodiasepiinide kuritarvitamine on laialt levinud. Mõnedel isikutel kujuneb bensodiasepiinide kasutamisel küllaltki kiirelt välja tugev sõltuvus. Eriti ohustatud on alkoholi ja teiste uimastite kuritarvitajad. Sageli on sõltuvuse tekke põhjuseks patsientide kontrollimatu eneseravimine või ka meedikute poolt kergekäeline ravimi ordineerimine.

Eriti ohustatud bensodiasepiinsõltuvuse tekkeks on opiaatsõitlased, kes kasutavad neid põhiuimasti toime potentsierimiseks või siis võõrutusvaevade omakäeliseks leevendamiseks.

Bensodiasepiinide tarvitamise järsk katkestamine võib põhjustada tõsiseid võõrutusnähte: ärevus, ebakindlustunne, hirmutunne, keskendumishäired, higistamine, unetus, nõrkus, valud, iiveldus, südamekloppimine, treemor jne. Raskematel juhtudel ka krambid ja psühhootilised elamused.

Võõrutusnähtude ravis on bensodiasepiine asendusravimitena soovitatav kasutada suhteliselt lühiajaliselt. Eelistada tuleks pika poolväärtusajaga bensodiasepiine.

- Ravi alustamisel tuleb leida madalaim annus, mis hoiab ära võõrutusnähud (stabiliseerimine).
- Soovitatav on päevane ravimikogus jagada mitmeks üksikannuseks.
- Soovitatav on annust vähendada 10-25% kahe nädala kohta.
- Kui ilmnevad võõrutusnähud, hoitakse ravimi annus stabiilsena kuni nende sümptomite taandumiseni.
- Une -ja meeleoluhäirete leevendamiseks võib määrata antidepressante, neuroleptikume ja ka üldtoniseerivaid vahendeid.
- Võõrutusravi ajal on eriti oluline meditsiinipersonali ja lähedaste psühholoogiline toetus.

5 mg diasepaamile vastavad teiste bensodiasepiinide annused:

Kloordiasepoksiid	15 mg	Loprasolaam	0,5 mg
Lorasepaam	0,5 mg	Oksasepaam	10 mg
Temasepaam	10 mg	Nitrasepaam	5 mg

V FARMAKOTERAAPIA RELAPSI ENNETAMISEL

5.1. Põhimõtted

Pärast võõrutusravi edukat läbimist on ravitulemuste kinnistamiseks oluline pikaajaline toetusravi koos rehabilitatsiooniprogrammi organiseerimisega. Ilma adekvaatse toetusravita on ravi ebaõnnestumise tõenäosus suur. Toetusravis on sageli vajalik ka pikaajalise farmakoteraapia kasutamine, kuid positiivsete tulemuste saavutamiseks sõltuvusravi selles etapis tuleb peaarõhk panna psühhosotsiaalsetele meetoditele. Seega peaksid raviprotsessis osalema erinevate valdkondade spetsialistid meeskonnana. Peale selle tuleb periooditi hinnata patsiendi seisundit, mis eeldab regulaarset suhtlemist arsti ja patsiendi vahel ning vajadusel ka objektiivse informatsiooni saamist teistelt raviprotsessis osalejatelt. Uimastisõltlase toetusravi organiseerimisel tuleks arvesse võtta järgmisi olulisi aspekte:

- Primaarsete ja sekundaarsete psüühika- ja käitumishäirete korrigeerimine.
- Neuroloogiliste ja muude somaatiliste tüsistuste ravi.
- Sotsiaalsete ja psühholoogiliste probleemide leevendamine.
- Vastupanu tõstmine stressisituatsioonidele.
- Motivaatsiooni hoidmine.
- Uimastiiha ravimine.
- Spetsiifiline farmakoteraapia relapsi ennetamiseks.

5.2. Farmakoteraapia kasutamine toetusravis

Pärast detoksifikatsiooni läbiviimist püsivad uimastisõltlastel sageli pikema perioodi vältel ärevus, depressiivne meeleolu, düsfooria, unehäired, astenia, üldine düskomfort, mis on tihti ka relapsi põhjustajaks. Uuringutega on tõestatud, et uimastitarvitajatel on sageli juba enne sõltuvuse tekkimist esinenud psüühika- ja käitumishäired. Seetõttu on toetusravis otstarbekas pikemaajaline psühhofarmakoteraapia. Kuna meeleoluhäired on enamasti juhtivaks häireks, siis on antidepressantide kasutamine näidustatud. Toetusravis võib kasutada tritsüklilisi ja tetraüklilisi antidepressante ning ka serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid (SSRI). Ärevuse ja unehäirete raviks võib kasutada ka toetusravis neuroleptikume või neid kombineerida antidepressantidega. Bensodiasepiinide ja barbituraatide kasutamist toetusravis tuleks vältida, kuna põhjustavad kergesti sõltuvuse. Toetusravi esimestel kuudel tuleks väljastada korraga võimalikult väiksem ravimite kogus, et vältida üledoseerimisi ja suitsiidkatseid. Ravikuuri alustamisel on vajalik informeerida patsienti ja tema tugiisikut ravimi toimest ja võimalikest ohtudest (koostoime uimastitega).

Uimastite kuritarvitamise tagajärjel tekkinud neuroloogiliste ja muude tüsistuste korral tuleb konsulteerida vastava eriala spetsialistidega ja vajadusel läbi viia vajalik ravikuur. Nii on näiteks *Sudafedi* /pseuodofedriin/ koduse töötlemise produkti süstijatel tekkiva vase ainevahetuse häiretest tingitud ajukahjustuse ravi praktikas kasutatud penitsillamiini.

Profülaktilistest preparaatidest on kasutusel opiaatide antagonist naltreksoon. Nimetatud suu kaudu manustatav ravim blokeerib uimasti euforiseeriva toime. Ravi tuleb alustada pärast detoksifikatsiooni edukat läbimist erialaspetsialisti regulaarse kontrolli all. Patsienti ja tema tugiisikut tuleb hoiatada võimalike ohtude eest väärkasutamise korral. Heroiini tarvitamine naltreksoonravi ajal võib põhjustada ohtlikke tervisehäireid.

Soovitused blokeeriva naltreksoonravi läbiviimiseks:

- Preparaat blokeerib opioidretseptorid 72 tunniks.
- Ravi võib alustada 7 päeva pärast viimast heroini annust (metadooni puhul 10 päeva).
- Ravi on näidustatud hea motivatsiooniga patsientidele ja toetava sotsiaalse keskkonna olemasolul.
- Patsiente tuleb hoiatada opiaatide tarvitamise ohtude eest ravi ajal ja eriti retseptorite blokaadi ületamise katsete eest (soovitav võtta patsiendilt allkiri informeerimise kohta).
- Enne ravi alustamist on vajalik ohutuse mõttes teha naloksooni provokatsioonitest: süstida patsiendile naha alla 0,4 mg- 1mg naloksooni ja jälgida tund aega tema seisundit. Võõrutusnähtude ilmnemisel ei tohi naltreksoonravi alustada.
- Ravikuuri alustada 25 mg esimestel päevadel ja kõrvalnähtude puudumisel jätkata 50 mg päevas ühekordse annusena.
- Pikema ravikuuri korral võib kasutada ka kolme manustamist nädalas (esmaspäeval 100mg, kolmapäeval 100 mg ja reedel 150 mg).
- Paralleelselt tuleks rakendada toetavat psühhoteraapiat.

VI OPIAATSÕLTUVATE HAIGETE ASENDUSRAVI

Pikaajalise asendusravi (tavaliselt metadoonasendusravi) eesmärgiks on vähendada illegaalse uimasti tarvitamist, uimastite süstimist, ohtlikke nakkushaiguste levikut, eluohtlikke intoksikatsioone, suremust, uimastisõltlaste kriminaalset käitumist ühiskonnas ja ühtlasi alandada narkomaaniast põhjustatud kulutusi ühiskonnas.

6.1. Asendusravi põhimõtted

Pikaajalist asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega võivad teostada ainult psühhiaatria eriala tegevusluba omavad raviasutused (vt. ravijuhise lisa 3). Asendusravi korraldamine vajab üleriigilist ühtset õiguslikku regulatsiooni, raviasutuste koordineeritud tegevust, riiklikku stabiilset finantseerimist, kvalifitseeritud personali, mitmete institutsioonide koostööd (sotsiaalabi, politsei jt.).

Asendusravi organiseerimisel on vajalik jälgida järgmisi põhitõdesid:

- Adekvaatse asendusdoosi tiitrimine peab toimuma psühhiaatri vahetu kontrolli all esimestel kuudel.

- Ravimit annab raviasutuse meditsiinitöötaja iga päev kindlatel kellaaegadel raviasutuse selleks kohandatud ruumis. Patsient võtab ravimi sisse meditsiinitöötaja kontrolli all. Ravimit antakse kaasa vaid põhjendatud erandjuhul pikka aega raviettekirjutustele allunud ja psüühiliselt heas seisundis olevatele patsientidele.
- Ravi käigus peab olema tagatud regulaarne toksikoloogiline kontroll põhiuimasti ja teiste psühhoaktiivsete ainete tarvitamise jätkamise kindlakstegemiseks. Ravi algfaasis peab kontroll olema sagedane (3 esimest kuud laboratoorne testimine üks kord nädalas).
- Asendusravimite sattumine illegaalsele turule peab olema välistatud.
- Asendusravi ilma psühhosotsiaalse toetuseta jääb väheefektiivseks.
- Madalate asendusdooside taotlemine ei ole praktikas osutunud efektiivseks. Paremad tulemused on saadud metadooni 60-120 mg dooside kasutamisel.
- Iga kuu möödudes tuleb patsiendi psüühilist, somaatilist ja sotsiaalset seisundit komplekselt hinnata.

6.2. Asendusravi määramise näidustused ja piirangud

Asendusravi määramise näidustused:

- Raskekujuline ravile allumatu opiaatsõltuvus.
- Tõestatud opiaatsõltuvuse anamnees vähemalt 5 aastat.
- Korduvad ebaõnnestunud statsionaarsed võõrutusravi kuurid.
- Opiaatsõltuvus ja kaasuvad muud kroonilised psüühikahäired.
- Raskekujuline opiaatsõltuvus ja HIV positiivsus.
- Retsidiivne asotsiaalne käitumine (korduvad kriminaalkaristused).
- Patsient nõustub täitma ravikokkuleppes seatud tingimusi.

Asendusravi määramise piirangud:

- Vanus alla 20 eluaasta (välja arvatud HIV positiivsed).
- Polünarkomaania, kaasuv alkoholism.
- Raviasutuse nõuete eiramine.
- Asotsiaalne eluviis (puudub elukoht, elamisluba jm).
- Patsient on viimase 6 kuu jooksul omavoliliselt katkestanud asendusravi.

Asendusravi katkestamise kriteeriumid:

- Ravi ajal 2 positiivset toksikoloogilist testi uimastitele jooksval kuul.
- Ebaregulaarne raviasutuses käimine, 5 puudumist jooksval kuul.
- Korduv põhjuseeta puudumine raviprogrammi üritustest.
- Pikem paus (5 päeva) ravimi võtmisel olenemata põhjusest. Olukord eeldab uut seisundi hindamist ja annuse tiitrimist.
- Agressiivne käitumine ja ravilepingu nõuete eiramine raviasutuses.
- Ravimitalumatus.

- Üleminek annuse järk-järgulisele vähendamisele detoksifikatsiooni eesmärgil.

Mõned ravimid ja ained, mille koostoime metadooniga on kliiniliselt oluline

Ravim/aine	Koostoime efekt	Toime mehhanism
Alkohol	Suureneb sedatiivne toime ja hingamise depressioon	Täiendav KNS pärssiv toime
Barbituraadid	Langetavad metadooni taset ja suurendab sedatiivset toimet	Stimuleerivad ensüüme, mis kiirendavad metabolismi
Bensodiasepiinid	Suurendavad sedatiivset toimet	KNS pidurdav toime
Buprenorfiin	Suurendab sedatiivset toimet ja hingamise depressiooni	Opioidretseptorite osaline agonist
Karbamasepiin	Langetab metadooni nivood	Stimuleerib maksa ensüüme ja kiirendab metabolismi
Tsimetidiin	Võib tõsta metadooni taset	Inhibeerib maksa ensüüme ja langetab metabolismi
Sedatiivsed anti-histamiinikumid	On suurtes doosides psühhoose tekitanud	Lisanduv psühhoaktiivne toime
Tritsükliilised antidepressandid	Suurendab doosist sõltuvalt sedatiivset toimet	Täiendav KNS pidurdav toime
Erütromütsiin	Teoreetiliselt peaks tõstma metadooni taset	Aeglustab metadooni metabolismi
Fluoksetiin Fluvoksamiin	Tõstavad metadooni sisaldust plasmas	Aeglustavad metadooni metabolismi
MAO inhibiitorid	KNS erutus, krampid deliirium, hüpotensioon	Ebaselge. Vältida kasutamist, kui võimalik
Naltreksoon Naloksoon	Blokeerivad metadooni toime	Opiatide antagonistid
Askorbiinhape	Langetab metadooni sisaldust plasmas	Suurendab metadooni eritust uriiniga
Naatrium bikarbonaat	Tõstab metadooni taset plasmas	Vähendab metadooni eritumist uriiniga
Tsopikloon	Suurendab sedatiivset toimet	Täiendav KNS pärssiv toime
Neuroleptikumid	Annusest sõltuvalt suurendavad sedatiivset toimet	Täiendav KNS pärssiv toime
Teised opiaadid	Suurendavad sedatiivset ja hingamist pärssivat toimet	Täiendav KNS pärssiv toime, agonistid

VII RELAPSI ENNETAMISE MITTEFARMAKOLOOGILISED MEETODID

Ravi ja taastusravi eesmärgiks on aidata inimesel muuta mõtte- ja eluviisi, et ta suudaks loobuda uimastitest ka siis, kui need on kergesti kättesaadavad

7.1. Muutuste mudel

Raviprotsessi juhtimisel tuleb silmas pidada patsiendi varasemat uimastite kuritarvitamist. Teadlikkus uimastite kuritarvitamise erinevatest staadiumitest aitab klinitsistil õigeid otsuseid teha. Näiteks ootab noor alles uimasteid kuritarvitama hakanud inimene elult ja narkootikumidest midagi muud kui inimene, kes on tarvitanud süstitavaid uimasteid juba üle 20 aasta.

Vanuse suurenedes üldine uimastitarbimine väheneb ja sageneb uimastitest loobumine. Sotsiaalne surve sunnib täiskasvanuid jätkuvast uimastitarbimisest loobuma. Need inimesed, kes survele vaatamata jätkavad uimastite kuritarvitamist suurtes kogustes, satuvad ühiskonnas marginaalsesse olukorda. See loob motivatsiooni ravi alustamiseks ka paljudele aastaid uimasteid kuritarvitanud isikutele. Praktika on näidanud, et opiaatsõltuvuse korral on ainekst loobumine tunduvalt harvem, võrreldes teiste ainete tarvitajatega.

Muutuste mudeli rakendamine uimastite kuritarvitamise ravis

Muutuste mudeli on sõnastanud Prochaska ja DiClemente. See teooria on aluseks *motiveeriva intervjuu* tehnikale. Seda tehnikat saab kasutada uimastite kuritarvitajate hindamisel ja ravis. Motivatsioon on ravi edukuse eeltingimus. Muutuste mudel on klinitsistile abiks patsiendi motivatsiooni tugevdamisel.

Muutuste mudeli kohaselt osalevad uimastite kuritarvitajad muutusele orienteeritud raviprotsessis ainult siis, kui nad on läbinud teatud staadiumid.

- **Kaalutlemiseelne staadium.** Tegemist on staadiumiga, milles uimastite kuritarvitaja ei ole oma probleemist teadlik, õigustab uimastite kasutamist ega mõtle tõsiselt käitumise muutmisele. Teised inimesed saavad aru, et probleem on olemas ja muutus vajalik.
Kaalutlemiseelne staadium võib kesta aastaid. Motiveeriva intervjuu tehnikat kasutades ja patsiendile võimalikke ohtusid selgitades võivad spetsialistid aidata tal edasi liikuda kaalutlemise staadiumi.
- **Kaalutlemise staadium.** Selles etapis inimene teadvustab probleemi olemasolu ja muutuse vajalikkust. Ta hakkab kaaluma uimastite tarvitamise eeliseid ja puudusi. Oma käitumisse suhtub ta mõnevõrra ambivalentselt. Ka selles staadiumis vajab inimene toetust otsustele ja tegudele (detoksifikatsioon, regulaarne raviasutuse külastamine) jõudmiseks. Saavutatud edu säilitamiseks on vajalik patsiendi korrapärane innustamine tehtud sammude kinnistamise eesmärgil, milleks võib kuluda kuid või aastaid.
- **Otsustamise staadium.** Selles staadiumis inimene jõuab otsusele oma käitumist muuta. Selles staadiumis tehakse plaan uimastitarvitamisest loobumiseks ja mõnikord esimesed sammud muutumiseks.
- **Tegutsemise staadium.** Periood, mil inimene võtab midagi ette. Ta valib strateegia, kuidas muutust ellu viia ja püüab seda teoks teha. Tavaliselt püütakse kas ise oma käitumist muuta või ühinetakse mõne raviprogrammiga.

- **Säilitamise staadium.** Selle staadiumi ülesandeks on juba saavutatud edusammude säilitamine, vältimaks tagasipöördumist endise soovimatu käitumise juurde. Kui see ei õnnestu, võib tekkida tagasilangus.

Tagasilangus (relaps)

Inimene hakkab uuesti uimasteid tarvitama, st. pöördub tagasi kaalutlemiseelsesse või kaalutlemise staadiumi. Tagasilangusesse ei tule suhtuda kui läbikukkumisse, vaid kui õpetlikku kogemusse, mis aitab kaasa õnnestumisele järgmisel korral.

Igas staadiumis võib tekkida tagasilangus, mil patsient pöördub tagasi eelmiste staadiumide juurde. Tagasilangus on pigem reegel kui erand. Sagedaseks tagasilanguse põhjuseks on ravil viibimise järgne tagasipöördumine ebasoodsasse keskkonda.

Muutuste mudel võimaldab selgitada uimasti kuritarvitaja hoiakuid ning hinnata ravi efektiivsust. Ravi peab sobima konkreetse staadiumi ja inimese individuaalsete vajadustega. Näiteks puudub kliiniline näidustus asendusravi või detoksifikatsioonravi pakkumiseks uimastite kuritarvitajale, kes on kaalutlemiseelses staadiumis. Klinitisiti ülesanne on pigem innustada patsienti oma probleemi üle järele mõtlema. Igas staadiumis on kohased erinevad psühhoterapeutilised ravivõtted.

Kaalutlemiseelses staadiumis tuleks kasutada motiveerivat intervjuud ja erinevatest allikatest pärit informatsiooni probleemi olemuse ja tagajärgede kohta.

Kaalutlemise staadiumis tuleb inimene üle aidata ambivalentsusest, sobivaks meetodiks on motiveeriv intervjuu ning poolt ja vastu analüüs.

Otsustamise staadiumis on oluline eesmärkide sõnastamine ja tegevuste planeerimine.

Tegutsemise staadiumis on olulised mitmesugused käitumuslikud ja kognitiivsed tehnikad, eriti stiimulikontroll, oma tegevuste jälgimine ja planeerimine, uute käitumisviiside harjutamine, positiivsete käitumiste kinnitamine. Eriti tähtis selles staadiumis on toetus ja tagasiside.

Säilitamise staadiumis kasutatakse kõiki tagasilanguse ennetamise meetodeid, eriti olulised on sõltuvusveendumuste vaidlustamine ja kontrolliveendumuste kujundamine. Vaja on tegelda tühikuga, mis patsiendi ellu pärast uimastitarvitamisest loobumist jääb. Kasulikud on eluprobleemidega toimetulekut soodustavad tehnikad.

7.2. Kognitiiv-käitumisteraapia

Relapsi vältimiseks on psühhoteraapiate hulgast sagedamini kasutatav kognitiiv-käitumisteraapia. Enamus selle teraapia meetodeid on ühtlasi relapsi ennetamise strateegiad. Täpsem meetodite kirjeldus on toodud ravijuhiste lisa 1. Relapsi ärahoidmisel võib eristada kolme osa:

- Patsiente õpetatakse kõigepealt kõrge tarvitamisriskiga olukordi ära tundma. Uurima peab nii väliseid (isikud-kohad-asjad) kui sisemisi (mõtted ja kujutlused) riskiolukordi. Esialgu on arukas vältida vältida ja kasutada stiimulikontrolli ning kõrvalejuhtimise strateegiaid.

- Seejärel kujundatakse oskusi riskiolukordade ettenägemiseks ja nendega toimetulekuks. Siin on oluline negatiivsete emotsioonidega toimetulekuviiside õppimine, aga ka sotsiaalsed oskused, näiteks uimastite tarvitamisest keeldumise harjutamine. Koos oskuste omandamisega tuleb kasutada astmelist eksponeerimist vallandavatele stiimulitele. Põhiliseks relapsi ennetamisel on lubavate sõltuvususkumuste kognitiivne vaidlustamine. Abivahendina on kasulikud toimetulekukaardid.
- Kolmas aste on põhjalik elustiili muutus. Tavaliselt on vaja aidata ümber kujundada suhete süsteemi, suurendada meeldivate uimastivabade tegevuste hulka ja õpetada üldisi probleemilahendamisoskusi. Mõnikord tähendab uimastitest loobumine inimese jaoks sügavamat identitsuse muutust.

7.3. Grupiteraapia

Sõltuvushäirete puhul on grupiteraapias (vt. ravijuhise lisa 2) oluline kindel struktuur ja selge eesmärkide püstitus. Grupiteraapias on mõjumehhanisme, mida individuaalteraapias ei saa kasutada. Grupp pakub rohkem sotsiaalset toetust, seal on võimalik õppida teiste kogemustest ja saada vahetut tagasisidet iseenda kohta. Sarnase probleemiga inimestega on end kergem samastada ja neilt saadav info on mõjukam, arvestades ka sõltuvusega seotud spetsiifilisi probleeme terapeutilises suhtes. Relapsi ennetamisel on oluline võimalus riskisituatsioone läbi mängida ja sotsiaalseid oskusi harjutada. Grupiteraapia on valikmeetod pikaagsetes raviprogrammides. Grupiteraapia aluseks võivad olla erinevad psühhoteraapia koolkonnad (psühhodünaamiline, humanistlik, kognitiiv-käitumuslik, psühhodraama).

7.4. Pereteraapia

Uimastisõltuvuse ravi on tavapäraselt lineaarselt suunatud narkootikumiprobleemiga üksikisikule. Pereteraapia keskseks objektiks on kogu perekond, võrgustikku võivad kuuluda lisaks leibkonnale ka sõbrad, töökaaslased ja teised probleemi pühendatud isikud. Pereteraapia teooriat on tugevasti mõjutanud süsteemiteooria: probleemne ei ole üksik inimene, vaid kogu perest ja ümbritsevast moodustuv tervik. Teraapia on suunatud pere vastasmõjulisele ringikujulisele tervikule eesmärgiga, et pere leiab ise vajaliku süsteemimuutuse, mis toob kaasa uimastite tarvitamise lõpetamise.

7.5. Eneseabirühmad

Eneseabirühmad, nagu näiteks anonüümsed narkomaanid (AN), aitavad uimastisõltlasel uimastite kuritarvitamisest loobuda ja relapsi vältida. Eneseabirühmade töö algataja ja läbiviija ei ole sõltuvushäireid raviv professionaal vaid endine uimastitarvitaja. Arsti ülesandeks on patsiendile jagada informatsiooni olemasolevate võimaluste kohta.

VIII REHABILITATSIOON, PÄEVAKESKUS JA RAVIKOMMUUN

Narkootikumisõltuvuse ravi ja rehabilitatsiooni lõpp-eesmärgina tuleb alati püüelda sinnapoole, et patsient saaks elada ilma narkootikumideta, kusjuures see võimalus peaks olema tõenäoline vähemalt pooltel narkomaanidel. Rehabilitatsiooni alustatakse pärast seda, kui sõltlane ei kasuta enam narkootikume. Narkomaanide rehabilitatsioon on kõige efektiivsem spetsiaalsetes päevakeskustes ja ravikommunides. Need sõltuvushaigete ravi- ja rehabilitatsioonisüsteemi struktuuriüksused ei ole Eestis veel piisavalt arenenud ning käesolev peatükk on kirjutatud Lääne-Euroopa praktikast (allikad vt. lisa 2) lähtudes.

8.1. Rehabilitatsioon päevakeskuses

Erinevalt ravikommunist on päevakeskuse kliendil säilinud vaba positiivne side ühiskonnaga. Tavaliselt elab ta oma perekonnaga ja ei ole veel muutunud ühiskonna heidikuks.

Selleks, et narkomaani ravi päevakeskuses oleks edukas, on vaja sellesse protsessi hõlmata ka narkomaani perekonnaliikmed ja vähemalt üks tema vanematest.

Pärast seda, kui klient on loobunud narkootikumide kuritarvitamisest ja avaldanud soovi tulla taastusravile päevakeskusesse, korraldatakse sissejuhatav intervjuu, milles osalevad mitte ainult päevakeskuse personal, vaid ka teised keskuse kliendid. Uuel kliendil palutakse öelda, kas ja miks ta soovib abi. See on raske katsumus nende klientide jaoks, kellel on tavaliselt raskusi abi palumisega, mis on ka üks narkootikumide kuritarvitamise põhjusi - teiste inimeste mitteusaldamine. Peale sissejuhatava intervjuu edukat läbimist võetakse klient päevakeskusesse. Talle määratakse tugiisikuks üks isik päevakeskuse klientide hulgast, kes on talle esimeste ravikuude jooksul nn. vanemaks vennaks või õeks. Mõne esimese nädala jooksul saadab klienti teel koju ja kodust päevakeskusesse mõni keskuse pikaajaline klient.

Igapäevane ravi on jagatud grupitegevustesse, milleks võivad olla hommikused nõupidamised, koolitus raviprogrammi eesmärkide ja meetmete kohta ja klientide endi poolt läbiviidavad esitlused eri teemadel. Ühiselt tegeletakse spordiga, loova tegevusega ja arendatakse ühistegevust.

Juhul, kui üks või teine klient on käitunud negatiivselt, arutatakse seda juhtumit rühmades. Selline rühmatöö on ravi oluline osa. Lisaks sellele võib neid küsimusi arutada kas mees- või naisrühmades või rühmades, kus vanemate kolleegide juhtimisel räägitakse minevikust, olevikust ja tulevikust.

Klientide kohuseks on hoida päevakeskus korras ja valmistada endale ise süüa. Nad töötavad meeskondades, mida juhib üks nende hulgast valitud klient. Päevakodu personal määrab kindlaks klientide positsiooni päevakodu hierarhias. Üks klient valitakse koordinaatoriks, kes vastutab ülesannete jagamise ja nende täitmise kontrollimise eest. Personalil on õigus paigutada kliente ümber teistele vastutusalaadele. Sellisel moel õpivad kliendid võtma endale vastutust ja hoolitsema teiste inimeste eest.

Rehabilitatsiooniprogrammi oluliseks osaks on õppimis- ja tööoskuste omandamise võimalused. Programmi lõppetapis võivad kliendid töötada vabatahtlikena või õppida väljaspool programmi õppeasutuses.

Üks rühmaõhtu nädalas toimub koos kliendi lähedastega. Vanemad võivad osaleda rühmatöös koos oma ravil viibivate poegade või tütardega või üksinda. Lisaks sellele võib korraldada rühmatööd, kus teatud perekonna ees seisvaid probleeme aitavad arutada teiste perekondade liikmed.

Päevakeskuses on võimalik ravida umbes 20 klienti. Personal koosneb tavaliselt osalise tööajaga psühholoogist ja/või psühhiaatrist, sotsiaaltöötajast, osalise tööajaga õpetajast ja rühmajuhetidest (nendeks võivad olla ka näiteks kunagised narkomaanid, kes on läbinud eduka võõrutusprogrammi). Ühtlasi võib personali hulka kuuluda ka osalise tööajaga loominguline terapeut.

Päevakeskuse üks raviprogramm kestab umbes 1,5 aastat. Ravi edukalt läbi klientide auks korraldatakse lõputseremoonia.

8.2. Rehabilitatsioon ravikommuunis

Spetsiaalses ravikommuunis on tagatud ööpäevaringne narkootikumivaba keskkond. Kui tegemist on narkomaaniga, kellel puudub alaline elukoht ja kes on olnud seotud kriminaalse tegevusega, on ravi ravikommuunis esmanäidustatud.

Juhul kui seadusandlus seda võimaldab võiks ravikommuuni suunata ka neid narkomaane, kellele on määratud vanglakaristus ja kes eelistavad sellele ravikommuunis antavat ravi.

Ravikommuuni rehabilitatsiooniprogramm on jaotatud etappideks. Sissejuhatavas etapis valmistatakse patsiendid ravikommuunis viibimiseks ette kas ambulatoorses või statsionaarses võõrutusraviasutuses. Nii nagu ka päevakeskuses, viiakse narkomaaniga alguses läbi sissejuhatav intervjuu, milles osalevad ka mõned personaliliikmed ja teised ravikommuuni elanikud. Uue le elanikule määratakse personali hulgast tugiisik, kes aitab tal sissejuhatavas etapis hakkama saada.

Igapäevane tegevus ravikommuunis toimub osakondades, mida juhivad ravikommuuni elanike hulgast valitud isikud.

Ravikommuuni elanikku, kes on valitud tegutsema koordinaatorina, aitavad assistendid. Nad aitavad kooskõlastada tegevust ja säilitada distsipliini. Töötatakse välja spetsiaalsed rutiinid eesmärgiga ennetada destruktivset käitumist. Meetmeks võib olla näiteks suuline noomimine. Sellise noomimise viivad läbi kolm teist ravikommuuni elanikku, kusjuures reegleid rikkunud ei lubata etteheidetele vastata.

Konfliktid lahendatakse emotsionaalsel pinnal gruppides. Ravikommuuni elanikke õpetatakse mitte koguma negatiivseid emotsioone, vaid elama neid välja näiteks karjumise teel. Selline töö gruppides kestab tavaliselt 1,5 tundi. Ravikommuuni elanikud jagatakse grupitööks kuni 10 liikmega rühmadesse, kuhu võivad iga kord kuuluda eri inimesed. Selle eesmärgiks on võimaldada ravikommuuni elanikel harjuda elama teistega, nende emotsioonide ja käitumisega. Mõnikord võib teatud teemal peetava rühmatöö jaoks eraldada ka kauem aega.

Ravikommuuni elanik viibib sellises keskkonnas tavaliselt ühe aasta. See aeg jaguneb kolmeks etapiks, milles esimeses harjutatakse elanikku ravikommuuni rutiiniga, teises õpetatakse teda mõistma narkootikumisõltuvuse põhjuseid ja kolmandas valmistatakse teda ette edasiseks toimetulekuks.

Õppimine ja tööoskuste omandamine moodustab programmi teisest poolest olulise osa. Peale üheaastast viibimist ravikommuunis viiakse ravikommuuni elanik üle re-integratsiooniprogrammi, mille puhul talle antakse omaette elamiskoht. Sellisel isikul lubatakse tarbida alkoholi ainult juhul, kui tal ei ole alkoholiga olnud varem probleeme. Teda õpetatakse käima pidudel ja teistel üritustel ilma narkootikumide abita. Ravikommuuni elanikud saavad osaleda õppeprogrammis ja alustada tööpraktikaga. Raviprogrammi lõpus korraldatakse residendi auks lõpupidu.

Nii ravikommuunides kui ka päevakeskustes luuakse ka vanemate rühmad ning erirühmad nendele ravikommuunide elanikele, kellel on oma partneriga püsisuhe.

Ravikommuunide ja päevakeskuste personal on oma kvalifikatsiooni poolest analoogne. Seejuures ei ole vajalik meditsiiniõdede olemasolu personali hulgas.

Väga kasulik on, kui personali seas on ka endisi narkomaane, kes on läbinud samasuguse ravi ja kes saavad näidata oma eeskujuga teistele elanikele, et narkomaania on ravitav. Kuna ravikommuuni tööd majandavad ravikommuuni elanikud ise, siis on seal toimuv ravi suhteliselt odav.

Ravikommuuni elanikud on ise vaheldumisi öövalves ning eraldi ööpersonal ei ole vajalik. Üks personali liige võib olla valves väljakutsetega öösel ja nädalalõppudel. Oluline on, et personali arv ei oleks liiga suur, sest vastasel juhul ei saa ravikommuuni elanikud aru, et nad peavad ennast ise aitama. Nad vastutavad oma majapidamise korrashoiu ja rehabilitatsiooni läbiviimise eest. Ühes ravikommuunis võiks olla 20 kuni 60 elanikku.

8.3. Rehabilitatsiooni tulemuslikkus

Rehabilitatsiooniprogrammid on osutunud edukaks poolte patsientide jaoks, kes nendes on osalenud. Seejuures on tulemused olnud seda paremad, mida kauem on rehabilitatsioon kestnud. Kogu raviprogrammi algusest lõpuni läbinud patsientidest vabaneb narkosõltuvusest ligi 90%.

Rehabilitatsiooni edukust suurendab veelgi see, kui endist narkomaani toetavad selles tema vanemad, sest sellega väheneb klientide arv, kes ei suuda jääda ravile kuni selle lõppemiseni.

Rehabilitatsioon ei ole odav. Samas on selge, et kui jätame narkomaanid kas tänaval või vanglas oma probleemidega üksi, maksaks see ühiskonnale kokkuvõttes veel rohkem. Rääkimata positiivsest panusest, mida võivad ühiskonnale anda narkootikumidest edukalt võõrutatud inimesed.

IX KOOSTÖÖ TEISTE SPETSIALISTIDEGA

Narkootiliste ja teiste sõltuvust tekitavate ainete tarvitamisega seonduvate probleemide lahendamisel on integratiivne lähenemine eeldatavalt efektiivsem, kui üksikspetsialisti või professionaali tegelemine juhtumiga. Alljärgnevalt on selgitatud olulisemaid punkte jõudmaks integratiivse lähenemiseni:

Esmane kohtumine

Kontakt probleemi kandva inimesega algab esmase kohtumisega. Pöördumine võib toimuda väga erinevate spetsialistide (psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja, narkopoliitseinik, lastekaitsetöötaja jt) poole. Esma ne kontakt võib toimuda uimastiprobleemiga isiku enda algatusel või teiste initsiatiivil. Spetsialist aitab pöördumine korral probleemi ja ka abi eesmärki sõnastada. Eesmärgi sõnastamine patsiendi enda poolt paneb aluse aktiivsele ravisuhtele. Võimalik on olukord, kus häiritud enesetunde tõttu on raske probleemi ja eesmärki sõnastada. Sellisel puhul toimub see niipea, kui enesetunne seda võimaldab (näiteks detoksifikatsiooni järgselt).

9.1. Juhtumitöö

Uimastiprobleemiga tegelemine kujutab endast juhtumitööd. Ka sama aine kuritarvitamisel võib iga konkreetne juhtum ja plaanitav lähenemine olla küllalt erinev. Erinevused võivad tuleneda kasutatavast ainest ja annusest, grupikäitumisest, toetusrühmade või toetava inimese olemasolust, stressifaktoritest, pöörduja isiksusest ja intellektist ning muudest teguritest. Juhtumitöö puhul kujuneb keskseks figuuriks juhtumi korraldaja.

Juhtumikorraldaja

Juhtumikorraldajaks võib saada iga spetsialist, kelle poole pöörduakse. Hästiorganiseeritud töökorralduse puhul on juhtumikorraldaja saanud spetsiaalse ettevalmistus. Raviasutuses võib selleks olla vajaliku täiendkoolituse läbinud meditsiiniõde. Juhtumikorraldaja jääb valdama informatsiooni selle juhtumi kohta ja ta organiseerib tööd selle juhtumiga. Juhtumiga töötamise üheks efektiivseks viisiks on võrgustikutöö.

9.2. Võrgustikutöö

Põhiprintsiibiks on koostöö erinevate spetsialistide ja oluliste isikute vahel abistamiseks uimastisõltuvat patsienti. Võrgustikutöö ulatus sõltub patsiendist, probleemi tõsidusest ja võimalusest spetsialiste kaasa haarata (ressursist). Keeruliste juhtumite puhul on võrgustikutöö hädavajalik.

Võrgustikukoosolek

Kavandatava töö planeerimisel on üheks oluliseks töövormiks võrgustikukoosolek. Võrgustikukoosoleku võrdväärset osalejat on narkoprobleemiga inimene, psühhiaater, sotsiaaltöötaja, keegi omastest või pöörduja sõber. Võimalik on kutsuda võrgustikukoosolekus osalema peale nimetatute teisi juhtumiga seotud olulisi inimesi.

Ühe juhtumi puhul võib erinevatele võrgustikukoosolekutele kaasa haarata erinevaid inimesi.

Võrgustikukoosoleku ülesanded

Võrgustikukoosoleku esimeseks ülesandeks võivad olla:

- probleemi selgitamine või täpsustamine
- eesmärgi/ülesande püstitamine
- ravi- ja rehabilitatsiooni plaani koostamine.

Hilisemateks ülesanneteks saaksid olla

- tegevuse tulemuslikkuse hindamine
- ülesannete muutmine
- kokkuvõtte tegemine.

Tegevusplaani koostamine

Võrgustikutöö alguses tehakse raviplaani ja rehabilitatsiooniplaani. Raviplaani kuulub ka psühhoteeraapia planeerimine. Rehabilitatsiooniplaaniga on otstarbekas hakata tegelema juba koos raviplaani koostamisega. Kindlasti on vajalik individuaalne rehabilitatsiooniplaan nagu individuaalne raviplaangi.

Põhiprintsiibid integratiivsel lähenemisel:

- patsiendi individuaalsetele vajadustele orienteeritud lähenemisviis
- juba esmasel kokkusaamisel on vajalik käsitleda nii patsiendi psüühilist seisundit kui ka sotsiaalset ja perekondlikku olukorda
- oluline on võrgustikukoosoleku varane läbiviimine, kus on vajalik ka patsiendi osalemine
- juhtumikorraldaja määramisega patsiendile saavutatakse ravi- ja rehabilitatsioonimeetmete järjepidevus
- multidistsiplinaarsus, s.t. haaratakse kaasa erinevaid spetsialiste
- varajane ravi- ning rehabilitatsiooniplaani koostamine ja varane ravi ning rehabilitatsiooni alustamine
- paindlikkus, valmidus igal hetkel ravi muuta
- patsiendi aktiivne kaasamine raviprotsessi
- kogu ravi- ja rehabilitatsiooniprotsessi psühhoterapeutiline orienteeritus.

X OHUTUSNÕUDED JA PERSONALI TURVALISUS RAVIASUTUSES

Ravimite ja retseptide hoidmine peab kindlustama nende kaitstuse varguste eest. Vajalikud on väljatöötatud tegevusstsenariumid potentsiaalselt ohtlike olukordade puhuks. Personalil peab olema kohese abikutsumise võimalus. Statsionaarse osakonna töökord peab võimaldama võõrutusseisundis haige kaitstuse haiglaväliste mõjude eest ning takistama igati uimastite tarvitamist osakonnas.

10.1. Personali turvanõuded

Narkosõitlaste ravimine ja nendega suhtlemine omab teatud spetsiifikat, mis on tingitud neil esinevatest isiksuse ja käitumishäiretest. Sageli ei ole ravile pöördumise põhjuseks siiras soov end ravida, vaid muud motiivid. Uimastitarvitajad võivad pöörduda raviasutusse ilmses joobes või võõrutusvaevades ja sageli ebaadekvaatsete soovidega. Narkomaani käitumine võib osutada ootamatuks ja agressiivseks nii joobes kui ka võõrutusseisundis. Opiatsõitlaste puhul tuleb eriti ettevaatlik olla raske võõrutuseisundi korral, kui tema pöördumise eesmärgiks on vaid kiire ravimi saamine ja oma soovide ultimatiivne esitamine.

Üldised käitumisreeglid on järgmised:

- raviasutus ei ole kohustatud teenindama ilmsete joobetunnuste ja agressiivse käitumisega patsienti, välja arvatud juhul, kui ta vajab vältimatut abi
- samuti tuleks keelduda teenindamast patsienti, kes tuleb vastuvõtule koos uimastitarvitamise tunnustega sõpradega
- agressiivsusele kalduva patsiendi konsulteerimise korral tuleks tagada tegevuse avatus ja mitme töötaja juuresolek
- agressiivse käitumisega patsiendiga tuleks säilitada personalil rahulik, kuid resolootne käitumine ja mitte alluda nõudmistele ja ähvardustele
- spetsialiseeritud raviasutusel tuleb tagada turvavahendid ja personali vajalik ettevalmistus taolisteks olukordadeks
- ohtlike olukordade puhul tuleb kutsuda politsei või turvateenistus.

10.2. Patsiendi ohutuse tagamine

Uimastisõitlased võivad võõrutusseisundi perioodil oma kontrollimatu käitumisega olla ka ohtlikud endale. Kontrollimatu uimastitung võib põhjustada spontaanset uimastitarvitamist ravi ajal. Arvestada tuleb ka muude ravimite kontrollimatu tarvitamisega, mis võib lõppeda raskete tagajärgedega. Tuleb arvestada ka võõrutusseisundiga sageli kaasnevat depressiooni ja suitsiidiohtu.

Patsientide turvalisuse tagamiseks on vajalik meeles pidada järgmist:

- võõrutusnähtude ravi ajal tuleb tagada võimalikult range isoleeritus väliskeskkonnast (nn. kinnine osakond, palatiblokk)
- patsiendi külastamine on lubatud vaid eelnevalt ravilepingus kokkulepitud pereliikmetel
- ravimite võtmine peab toimuma range kontrolli all ja võimalus ravimite varastamiseks peab olema välistatud
- tagada tuleb patsientide seisundi ja käitumise hoolikas jälgimine kogu võõrutusravi perioodil.

10.3. Juhtnõõrid HIV-nakkuse, B- ja C-hepatiidi viirusnakkuse vältimiseks tööl

- Kanna alati kindaid, kui arvad, et võid kokku puutuda vere või muu kehavedelikuga. Vaheta kindaid pärast protseduure iga patsiendi järel. Pane kasutatud kindad selleks ette nähtud konteinerisse. Pese/ desinfitseeri kohe käed peale kinnaste ära võtmist.
- Kasuta maski ja silmakaitseid olukorras, kus on tõenäoline vere või muu

- kehavedeliku suur hulk või purskumine abiantja peale.
- Pese käed ja kõik muud nahapinnad kohe rohke sooja veega ja pesemisvahendiga pärast vere või muu kehavedeliku sattumist neile. Desinfitseeri.
- Käsitle süstlanõelu, kanüüle ja muid teravaid instrumente erilise ettevaatusega:
 - kunagi ära püüa kasutatud süstlanõelale seal olnud kaitset tagasi panna, ära tee kasutatud nõela või kanüüliga mingeid muid liigutusi vaid pane see konteinerisse;
 - kõik teravad instrumendid pane kohe peale kasutamist ohutusse taarasse.
- Ehkki sülje kaudu pole tõestatud HIV ja hepatiidi levikut, kasuta elustamisel ainult tööstuslikke taskumaske või professionaalset mask-hingamiskott süsteemi.

XI MÜRGISTUSTE VÄLTIMATU ABI

11.1. Sissejuhatus

Uimastisõltlastel esineb narkomaaniakarjääri jooksul korduvaid eluohtlikke üledoseerimisi. Tavaliselt on tegemist mittetahtliku üledoseerimisega. Samas tuleb arvestada ka suitsiidi eesmärgil tahtliku üledoosi võimalusega. Viimastel aastatel on Eestis pidevalt suurenenud üledoosist tingitud surmajuhtumite arv ja vältimatu abi vajadus. Praktiliselt kõik uimastid võivad liigannusest põhjustada tõsiseid somaatilisi või psüühilisi häireid.

Tavaline intoksikatsioon (narkojoove) ei vaja vältimatut abi (v.a. alaealised).

Vältimatu meditsiiniabi kriteeriumiks on patsiendi elutähtsate organite funktsioonide rasked häired (teadvusehäired, hingamise paralüüs, krampid, kardiovaskulaarse süsteemi häired jt.).

Samuti vajavad vältimatut meditsiiniabi üleannustest vallanduvad psühhootilised seisundid (vajadusel ka tahtevastast hospitaliseerimist psühhiaatria osakonda), kuna psühhootiline isik võib oma käitumisega ohustada teisi või ennast.

Heroiini intravenoosne manustamine on sagedasem ja ohtlikum üledooside põhjus.

Üledooside enamlevinud põhjused:

- illegaalse uimasti tavapärast erinev puhtuseaste
- tolerantsuse langus pärast uimastivaba perioodi (vabanemine arestist, väljakirjutamine raviasutusest jne.)
- põhiaine kombineerimine teiste psühhotroopsete ainetega (alkohol, rahustid jne)
- kogenematus
- tahtlik üledoos suitsiidi eesmärgil
- vägivaldne aine manustamine

11.2. Opiatide üledoosi ravi

Heroiini üledoos on sage surma või invaliidistumise põhjus. Vajalik on kiire meditsiiniline sekkumine ja hospitaliseerimine üldhaigla vastuvõtu- või intensiivraviosakonda.

Tunnused: teadvusehäire, kontakt puudub, hingamise paralüüs, hüpotoonia, bradükardia, lihaskõvumus, ahenenud pupillid, reflekside kadumine, krampid, oksendamine.

Soovitatud on järgmised ravivõtted:

- Tagada hingamisteede avatus, võimalusel intubeerida ja ventileerida 10-12 korda minutis. Aspiratsiooni vältimiseks asetada küljeli asendisse. Kopsuturse korral anda doseeritult hapnikku. Hüpotensiooni raviks vereõhu tõstvaid preparaate (mesatoon, adrenaliin), vereasendajate või füsioloogilise lahuse infusioon. Muud reanimatsiooni ja intensiivravi võtted.
- Koheselt manustada opiaatide antagonistide naloksooni (Naloxon, Narcant). Alustuseks 1- 2 mg süstida veeni (võimaluse puudusel i/m). Kui seisund ei parane, korrata mõne minuti pärast annust. Maksimaalne annus 10 mg. Kuna naloksooni toime on lühiajaline (2 tundi), siis peab patsient jääma jälgimisele 24 tunniks. Vajadusel infusioon naloksooniga (2 mg 500 ml füsioloogilises lahuses). Metadooni mürgistuse korral haiglas jälgimine kuni 3 päeva. Võtta analüüs toksikoloogiliseks uuringuks ja kliiniline vereanalüüs. Patsiendi elutähtsate funktsioonide seisundit peab jälgima esimese nelja tunni vältel iga 5 minuti järel. Naloksooni manustamise järgselt teadvusele tulles võivad patsiendil ilmuda tõsised võõrutusnähud ja ettearvamatu käitumine (agressiivsus, põgenemine). Antidoodi toime puudumisel tuleb arvestada uimastite segatarbimisega ja on vajalik vastavate intensiivravi võtete kasutamine.

Sageli on uimastisõitlastel üledoosid esimeseks kontaktiks meditsiiniautusega ja on võimalik teda informeerida ja motiveerida võõrutusravile asumiseks.

11.3. Teistest narkootilistest ainetest põhjustatud üledooside ravi

Sageli põhjustavad ka amfetamiin, ecstasy, kokaiin ja hallutsinogeenid raskeid ja eluohtlikke mürgistusi, mistõttu patsiendid vajavad vältimatut meditsiiniabi intensiivravi tingimustes.

Sagedamini esinevad raske intoksikatsiooni tunnused: süvenevad teadvusehäired, segasusseisund, krampid, arütmia, hüpertoone kriis, hüpertermia, dehüdratsioon, hingamishäired.

Teiste uimastite üledoseerimise ravis puudub spetsiifiline antidoot, mistõttu tuleb kasutada mürgistuste ravi üldiseid intensiivravi põhimõtteid ja sümptomaatilist ravi vastavalt seisundile.

Tagada patsiendi seisundi pidev jälgimine. Tagada vabad hingamisteed ja vajadusel kunstlik ventileerimine. Kiiremaks detoksikatsiooniks ja hemodünaamika tagamiseks vee ja elektrolüütide infusioon. Ravimid südame rütmihäirete korrigeerimiseks ja vererõhu normaliseerimiseks. Toksikoloogilised ja kliinilised vere ja uriini uuringud

11.4. Intoksikatsioonipsühhooside ravi

Mitmed narkootilised ained võivad põhjustada intoksikatsioonipsühhoose, mis tingivad ebaadekvaatse endale või teistele ohtliku käitumise.

Juhul, kui esiplaanil on psüühikahäired, tuleb patsient hospitaliseerida vältimatu abi korras psühhiaatriastatsionaari. Psühhootilisi seisundeid võivad provotseerida kõik stimuleeriva toimega narkootilised ained, hallutsinogeenid, kannabinoidid, samuti muud arsti ettekirjutuseta erilise psüühilise seisundi saavutamiseks kasutatavad preparaadid (näiteks tareen).

Psühhootilisele seisundile viitavad tunnused : desorienteeritus, rahutus, hirmutunne, hallutsinatsioonid, luulumõtted, derealisatsiooni- ja depersonalisatsioonielamused.

Ravi põhimõtted:

- Rahutu patsiendi isoleerimine patsiendi enda ja teiste ohutuse tagamiseks (vajadusel meditsiiniline fikseerimine).
- Tarvitatud aine väljaselgitamine (objektiivsed andmed, toksikoloogilised uuringud, kliinilised nähud).
- Bensodiasepiinide manustamine (diazepami 10-20 mg). Vajadusel korrata annust. Võib kasutada ka haloperidooli või teisi antipsühhootilisi preparaate.
- Uimasti(te) kiiremaks väljutamiseks organismist diureesi forseerimine füsioloogilise lahuse infusiooniga.
- Vereringe, südamegevuse ja hingamise jälgimine ravi ajal ja vajadusel häirete sümptomaatiline ravi.
- Hüperkineeside ja krampide korral antikonvulsandid. Stimulantide mürgistuse korral vältida karbamasepiini kasutamist.

Intoksikatsioonipsühhoosid kupeeruvad üldjuhul kiiresti. Prolongeeritud psühhootiliste seisundite puhul, mis on vallandunud intoksikatsiooniseisundis, tuleb arvestada muude psüühiliste häirete manifesteerumise võimalusega.

XII RASEDUS JA NARKOMAANIA

Koos narkomaania üldise kiire levikuga on suurenenud ka naiste seas narkootikumide tarbimine. Enamus neist on noored viljakas eas naised. Sagenenud ka tõsisel meditsiinilisi probleeme tekitav narkosõltlaste rasedumine ja hiline pöördumine meditsiiniastutusse. On prognoositav, et lähiaastatel vajadus rasedate narkosõltlaste võõrutusravi järele kasvab. Maailmas omandatud praktika näitab, et hästikorraldatud raviga on tulemused soodsamad järglasele ja ka emale. Ravi korraldamine nõuab mitme eriala spetsialistide ladusat meeskonnatööd. Kaasatud peaks olema naistearstid, pediatrid, ämmaemandad, esmatasandi arstid ja uimastispetsialistid. Probleemi edukaks lahendamiseks peaks olema kaasatud ka sotsiaaltöötajad. Uuringud on näidanud, et uimastisõltlaste laste edasises arengus on määrava tähtsusega elukeskkonna ja kasvatuse kvaliteet mitte arstiabi.

12.1. Uimastite toime lootele ja imikule

Uimastite teratogeenne toime inimese lootele ei ole metodoloogiliste raskuste tõttu senini teaduslikult kinnitust leidnud. Uimastitarbijatel esineb sageli mitme aine segatarbimine ja ebastabiilne eluviis. Amfetamiini, kanepi ja LSD väärarenguid tekitav toime (luude, liigeste, aju anomaaliad) on tõestatud katseloomadel.

Kinnitust on leidnud enamuse uimastite kahjustav toime loote arengule, sünnituse kulule ja imiku seisundile, mis on oma olemuselt mittespetsiifilised:

- imiku alakaalulisus, mida soodustavad mitmed faktorid: uimasti otsene toime lootele, ema sagedased võõrutusseisundid, üledoseerimised, ebastabiilne eluviis, halb toitumine, infektsioonid ja üldine halb tervislik seisund,
- enneaegne sünnitus ja platsenta varane irdumine,
- kõrgem perinataalne suremus, haigestumine ja imikute äkksurm.

Vastsündinu võõrutusseisund võib esineda enamuse uimastite regulaarsetel tarvitajatel. Võõrutussümptomid algavad tavaliselt 24 tundi pärast sünnitust ja võivad kesta nädalaid. Mõningatel juhtudel võivad need aga ilmned 2-3 päeva pärast. Võõrutusnähtude intensiivsus oleneb uimastist, ema uimastite tarvitamise sagedusest ja doosidest, ema üldisest tervislikust seisundist. Vastsündinul esineda võivad häired: kesknärvisüsteemi erutuseseisund, vasomotoorsed häired, metaboolsed, respiratoorsed ja gastrointestinaalsed häired.

12.2. Uimastisõltlase raseduse juhtimine ja ravi

Soovitav on alustada nõustamist ja ravi võimalikult varases staadiumis.

Vältida suuri uimastiannuse kõikumisi ja võõrutusseisundite teket, mis võivad põhjustada loote distressi, enneaegset sünnitust ja loote surma.

Opiatsõltuvuse korral kasutatakse võõrutusravis opioidretseptorite agoniste (metadoon, buprenorfiin) langetades aeglaselt ja astmeliselt ravimi annust. Imiku võõrutusnähtude vältimiseks on soovitatav detoksifikatsioon lõpetada 2 kuud enne sünnitust.

Kui on tõenäoline, et võõrutusravi ei õnnestu edukalt lõpetada enne sünnitust või alustatakse hilja, siis on otstarbekas jätkata ravi asenduspreparaatidega kuni sünnituseni võimalikult madalas annuses (15 mg metadooni ei põhjusta imiku võõrutusnähte). Asendusravi korral on raseda seisund stabiilsem ja imiku seisund parem.

Sõltuvuse korral bensodiasepiinidest ja barbituraatidest on soovitatav samuti rase võimalikult varakult ja kiirelt võõrutada ainest.

Amfetamiini tüüpi ainete ja kokaiini tarvitajatel soovitada koheselt aine tarvitamine katkestada, kuna puudub asendusravi võimalus.

12.3. Vastsündinu tervisehäired ja nende ravi

Opiatsõltlaste imikute võõrutusseisundi ravi sõltub võõrutusseisundi raskusastmest, milleks kasutatakse erinevaid hindamise skaalasid. Kergemate häirete korral ei ole medikamentoosne ravi vajalik, võõrutusnähud mööduvad ka hea hoolduse korral. Võõrutusseisundite kupeerimiseks kasutatavate ravimite osas senini ühtset konsensust ei esine. Praktikast kasutatakse mitmeid preparaate: morfiin 0,3-0,8 mg/kg/päevas, fenobarbitaal 6-12 mg/kg/päevas, kloorpromasiin 0,55 mg/kg iga 6 tunni järel, diasepaam 1-2 mg iga 8 tunni järel, metadoon 0,05-0,1 mg/kg tõstes annust kuni sümptomite taandumiseni.

HIV positiivne ema võib nakatada vastsündinu. Soovitatav on nakkusohu vähendamiseks kasutada keisrilõiget. Viiruse transmissioon lapsele toimub siiski vaid umbes 13 % juhtudest. Vastsündinu positiivne test ei näita veel nakatumist, kuna ema antikehad püsivad lapse organismis kuid.

B-hepatiidi viiruse kandja sünnitaja imik tuleks immuniseerida koheselt 24 tunni jooksul, et vältida lapsel püsiva viirus kandluse kujunemist.

Kui ema jätkab uimastite tarvitamist, siis imetamine raseduse ajal ei ole soovitatav, kuna uimastid satuvad ka rinnapiima. Samuti on imetamine vastnäidustatud HIV positiivsuse ja C-hepatiidi korral.

XIII NOORED JA UIMASTID

13.1. Seadusandlus

Selles peatükis käsitleme kuni 18 a. isikute uimastisõltuvuse ravi.

Vastutust reguleerivad EV seadused: lastekaitse seadus, perekonnaseadus, psühhiaatrilise abi seadus, isikuandmete kaitse seadus.

Vastavalt lastekaitse seadusele vajab laps viivitamata abi, kui ta on tingimustes, mis ohustavad tema elu ja tervist või kui laps ise oma käitumise või tegevusega ohustab oma tervist ja arengut. Seega kuulub uimastitarvitamine kui kahjustav tegevus, millele kaasnevad sageli ka elu ja tervist ohustavad tingimused, nende olukordade hulka, kus laps kindlasti abi vajab.

Kuna ühiskonna poolt on vanemate kohustes olevateks isikuteks omavalitsuste lastekaitse- ja sotsiaaltöötajad, on nemad ka abi pakkuva meeskonna- ehk võrgustikutöö koordineerijad. Selline meeskond kehastab ühiskonna kui terviku vastutust laste arengu eest. Laps jääb oma elukoha omavalitsuse juures oleva võrgustiku vaatevälja seniks, kuni probleem on olemas.

Meetmed, mis on lapse uimastiprobleemi lahendamiseks vajalikud, leitakse võrgustikuliikmete aruteludel, kus iga liige esitab oma nägemuse ning otsus tehakse lapse huvidest lähtuvalt. Ravi vajaduse otsustab arst, võimalusel psühhiaater.

Meeskondade koosseisud võivad olla erinevad vastavalt paikkonna eripärale. Ka probleemi tõstatajad ehk meeskonna esmased kokkukutsujad võivad olla erinevad.

Vältimatu arstiabi andmist ei takista seadusliku esindaja, s.o. vanemate nõusoleku puudumine. Sellisel juhul tuleb 10 päeva jooksul otsustada edasine asjade käik. Vajalik on võimalikult kiire vanemate informeerimine ja koostöö nendega.

Lapse huvide tõsise ohustatuse puhul (vägivald ja kuritarvitused), mis peab olema tõestatud, on sotsiaalhooldussüsteemi töötajatel õigus ja kohustus sama aja jooksul algatada vanemlike õiguste äravõtmine, esitades vastavad dokumendid kohtule.

Uimastisõltuvuse ravi korral on alla 18 a. isiku puhul vajalik vanemate või vanemate kohustes olevate isikute informeerimine, nõusolek ja koostöö. Vanemate kohustes olevaks isikuks on peale lähedaste sugulaste maa- või linnavalitsuse lastekaitse spetsialist ning vallas sotsiaalnõunik. Seaduses on sätestatud lapse huvide esikohale seadmine lapsega seotud olukordades. Juhtudel, kui olukord on ohtlik lapse tervisele ja arengule või seab ohtu hooldajate või hooldusasutustes teiste laste või personali julgeoleku, on sotsiaaltalitusel õigus piirata lapse kontakte vanematega. On väga soovitatav vanemat informeerida, kuid otsus tehakse lähtudes lapse huvidest. Kas vanemate informeerimine on tõepoolest lapse huvides, otsustavad ravi teostavad spetsialistid koos vanema kohustes oleva isikuga ja vajadusel koos politseiga. Lapsele ületamatult rasketena tunduvad olukorrad võivad asjatundliku abi korral tavaliselt leida lahenduse.

Informatsiooni andmine lapse tervisliku seisundi ja ravi kohta on reguleeritud psühhiaatrilise abi seaduse ja isikuandmete kaitse seadusega.

Teatud juhtudel võib tekitada küsimusi kooli informeerimine lapse olukorrast, samuti info andmine teisele raviasutusele. Need olukorrad tuleb lahendada konkreetsest juhust lähtudes.

13.2. Hea ravipraktika põhimõtted

Tegevus toimub lapsevanemate nõusolekul ja patsiendi perekond osaleb raviprotsessis. Tegevuse aluseks on üksikasjalik tegevuskava ja määratletud vastutus. Ravi toimub koostöös teiste noortega tegelevate institutsioonide ja raviasutustega. Ravile eelneb ja ravi ajal toimub jooksvalt üksikasjalik lapse kahjustatuse, perekonna ja lapse vajaduste ja võimaluste hindamine. Nõustamine ja ravi toimub last säästvas, tema privaatsust hoidvas, eakohast isiksuse arengut soodustavas, turvalises, esteetilises keskkonnas. Sellise keskkonna loovad laste ambulatoorseks ja statsionaarseks raviks ettenähtud ruumid, vastava ettevalmistusega personal, lapse seisundi paranemist tagavad tegevused ja suhtlemisviisid.

Lapse uimastiprobleemi ilmnemisel teavitab sellega kokku puutunud inimene lapsevanemaid. Probleemide püsimisel on vajalik teavitada politseid, perearsti ja sotsiaaltöötajat. Sotsiaaltöötaja kutsub kokku kohaliku meeskonna (võrgustiku) liikmed koos lapse ja vanematega. Lapse ja vanemate mitteilmumine ja probleemi eitamine ei ole põhjuseks lapse seisundi arutamisest loobumiseks. Ühistööna erinevate institutsioonide ja spetsialistide osalusel hinnatakse patsiendi seisundit ja võetakse vastu otsus järgneva

talitusviisi kohta, arsti (psühhiaatri) arvamus ravivajadusest ja soovitatavast raviviisist on määrav.

Ambulatoorse ravi eelduseks on hea tugivõrk (koostööks motiveeritud vanemad). Ravi alustades sõlmitakse leping vanema või tema rollis olijaga, kelleks on omavalitsuse sotsiaal- või lastekaitsetöötaja.

Töö toimub ühistööna erinevate spetsialistide ja institutsioonide vahel; võtmeisikuks on juhtumikorraldaja, kelleks võib vastavalt kokkuleppele olla raviasutuse meditsiiniõde, kasvataja, sotsiaaltöötaja või muu vajaliku koolituse läbinud isik. Selleks võib olla ka omavalitsuse sotsiaal- või lastekaitsetöötaja.

Uimastite kuritarvitajatel esineb väga sageli kaasvalt muid psüühikahäireid, mida tuleb ravi käigus arvestada. Laste uimastitarvitamine on sümptoomiks komplekssele lapse isiksuse arengu häirele. Uimastitarvitamisega, kui see on pidev, kaasnevad lapse toimetulekuhäired kõikides tema elu sfäärides:

- häiritud peresuhted
- häiritud edasijõudmine koolis või koolist väljalangemine
- häiritud suhted eakaaslastega.

Lapse aitamine kasvada ühiskonnas iseseisvalt toimetulevaks inimeseks on võimalik, kui tegeldakse kõikide häiritud valdkondadega paralleelselt.

Lapse psüühika on häiritud eeskätt tunde-tahteelu sfääris, mida iseloomustab emotsionaalne ebapüsivus, keskendumis- ja eneseregulatsioonihäired, impulsiivsus ning väga vähene pingetaluvus.

Abi koosneb eri faasidest:

Aktiivne ravi – toimub meditsiinasutuses, hõlmab võõrutamist uimastist ja psüühikahäirete ravi. Selles faasis alustatakse võimaluste piires tegelemist perekonnaga.

Taastusravi – toimub eraldi institutsioonis või kodus. Kodu võib olla nii oma kui kasupere kodu.

Taastusravi käik otsustatakse igal konkreetsel juhul eraldi, lähtudes lapse vajadustest ja olemasolevatest võimalustest. Otsuse võtab vastu spetsialistide grupp, kuhu kuuluvad lapse aktiivse raviga tegelejad arstid, psühholoog ja sotsiaaltöötaja koos lapse ja tema vanematega; vajadusel kaasatakse pedagoog ja (noorsoo)politseinik. Hinnatakse olukorda, eeskätt lapse seisundi häirituse astet ja sellest lähtuvalt vajalikku edasist abi ning seejärel leitakse olemasolevates tingimustes optimaalne lahendus. Selle elluviimiseks võetakse kontakt institutsiooni või elukohajärgse abivõrgustikuga, kellega koos täpsustatakse abiplaan.

Töö käigus toimub last ümbritseva suhetesüsteemi ja seeläbi lapse sotsiaalpsühholoogilise keskkonna muutmine suunas, mis teeb võimalikuks isiksusliku arengu paranemise. Rakendatakse psühhoteraapia ja sotsiaalpedagoogika erinevaid tööviise lähtudes iga konkreetse juhu vajadustest. Toimub koostöö haridussüsteemiga.

Taastusravi e. rehabilitatsiooni kulgu jälgib spetsialistide meeskond kuni lapse psüühilise seisundi stabiliseerumiseni e. ajani, mil laps käib regulaarselt koolis, jõuab seal

rahuldavalt edasi, tal on head suhted eakaaslastega ning täiskasvanutega, kes tema eest hoolitsevad. Sellise olukorra saavutamiseks on vaja luua lapsele keskkond, mis kindlustab talle soojuse ja toetuse ühelt poolt ning stabiilsed piirid teiselt poolt.

Kui lapse oma pere on valmis oma suhete süsteemi ümber korraldama, tegeletakse sellega regulaarse pereteraapia vormis. Kui see ei osutu võimalikuks või jääb tulemusteta, vajab laps kasuperet. Kui kasupere leitakse, on samuti vajalik nende ettevalmistus. Kui kasuperet ei leita, on vajalik lapse elamine hoolekandeesutuses. Lapse asumine hoolekandeesutuses võib osutada vajalikuks ka tema isiksuse tunduva häirituse tõttu.

Töö noortega sellistes institutsioonides hõlmab mitut aspekti.

Isiksuse arengu aspekt – toimib läbi keskkonna, mis on positiivne ja toetav (pakub toimetuleku- ja edukogemust koos heatahtliku suhtumisega nooresse kui isiksusse, mida hoitakse selgelt lahus ühetähenduslikult negatiivsest suhtumisest teatud käitumisse), kuid kindlustab samaaegselt piirid ja soodustab valikute tegemise oskuse ja vastutustunde arenemist.

Intellektuaalse ja sotsiaalse arengu aspekt – kindlustatakse võimalus jätkata haridust noorele sobivas vormis.

Emotsionaalse ja sotsiaalse arengu aspekt – toimub pidev igapäevaelu sündmuste mõtestamine läbi grupivestluste, mõtestatakse omavahelisi suhteid ja suhteid personaliga. Töö suund on oma tunnete ja vajaduste teadvustamisele ja neile konstruktiivsete väljundite leidmisele.

Kui laps jääb elama oma koju või kasuperesse ja tema häiritus on mõõdukas, on vajalik ülalkirjeldatuga analoogne töö ambulatoorses vormis – toetust ja piire tagavate peresuhete arendamine, hariduse jätkamine sobivas vormis, regulaarses eakaaslaste grupis (grupiteraapias või traapia elementidega isiksuse arengu grupis) osalemine, võimalusel huvitegevuse leidmine ja seal osalemine. Lapse/noore enese motivatsioon kasvab välja teadmisest, et piiride mittearvestamisel järgneb paratamatult kinnisema režiimiga eluviis (institutsioon või kriminaalse taustaga noortel vangla).

Pidev kontakt erinevate ravijuhtumiga tegelevate spetsialistide vahel võimaldab hinnata patsiendi seisundit adekvaatselt ja vastavalt sellele püstitada reaalseid eesmärke.

Relapsi vältimiseks ja motivatsiooni säilitamiseks on vajalik perioodiline edusammude hindamine kõikides probleemi aspektides.

XIV ÕIGUSKAITSESÜSTEEM

14.1. Politsei

Suur osa uimastite kuritarvitajatest satub vastuollu seadusega ja võetakse politsei poolt vahi alla. Kui politseiametnikul on alust oletada, et kinnipeetav kuritarvitab uimasteid, võib ta isiku toimetada joobeseisundi tuvastamiseks tervishoiuasutusse. Joobeseisundi

tuvastamisel meditsiiniuasutusel tuleb juhinduda Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2001.a määrusest nr. 120 "Joobeseisundi tuvastamise ja joobeastme määramise ning joobeastme määramise otsuse vaidlustamise kord" (ravijuhise lisa 4).

Isiku toimetamisel tervishoiuasutusse tuvastab joobeseisundi arst. Alkoholisisalduse ning narkootiliste või psühhotroopsete ainete määramiseks vajaliku proovi võib võtta arsti poolt määratud tervishoiutöötaja. Arst teeb sõltumatu otsuse vastavalt isiku tervise seisundile ning oma teadmistele. Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnused või neist põhjustatud joove tuvastatakse joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise käigus kliinilise leiu ja bioloogiliste vedelike uuringu alusel.

Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud seisund jagatakse raskusastmelt:

- narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnused, joovet ei esine: kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine ei ole sedastatav, bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringuga on kindlaks tehtud konkreetse aine (ainetegrupi) esinemine organismis;
- narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud joove: kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine on sedastatav, bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringuga on kindlaks tehtud konkreetse aine (ainetegrupi) esinemine organismis.

Kehtiva korra järgi on narkootiliste ja psühhotroopsete ainete arsti ettekirjutuseta tarvitamine õigusrikkumine, mille puhul võidakse isikut halduskorras määrata rahatrahvi kuni saja päevapalga ulatuses või haldusaresti kuni kolmkümmend ööpäeva (HÕS § 158). Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise eest arsti ettekirjutuseta vähemalt teistkordselt aasta jooksul pärast halduskaristuse kohaldamist samasuguse tegevuse eest karistatakse isikut kriminaalkorras rahatrahvi või aresti või vabadusekaotusega kuni kolme aastani (KRK § 202⁵).

14.2. Kriminaalhooldussüsteem

Kriminaalhooldajale on seadusega pandud kohustus osutada tingimisi karistatud või ennetähtaegselt kinnipidamisasutusest vabanenud kriminaalhooldusalustele sotsiaalset kohanemist soodustavat abi, määratud katseaja jooksul abi töö, õppimis- ja elukoha leidmisel, samuti teiste isiklike probleemide lahendamisel. Kriminaalhooldaja järelevalve alla määratud süüdimõistetud peab täitma mitmeid kontrollnõudeid, sealhulgas läbima ravi- ja võõrutuskuure, milleks ta on eelnevalt oma nõusoleku andnud.

Kui seaduserikkuja kuritarvitab uimasteid, paneb see kriminaalhooldussüsteemile teatud ülesanded:

- kokkuvõtte tegemine varasemast uimastite kuritarvitamisest ja ülevaatliku supervisiooniplaani esitamine tingimisi karistuse kohta;
- tingimisi karistatud supervisioon, sealhulgas ka juhtudel, kui ravi on kriminaalhoolduse tingimus;
- karistuse planeerimine ning praeguste ja endiste kinnipeetavate supervisioon peale vanglast vabanemist;
- uimastite kuritarvitajate suunamine konsultatsioonile ja ravile;

14.3. Vangla

Vanglas toimub uimastite kuritarvitamise ravi vangla haigla või meditsiinosakonna juures ning profülaktikat ja sotsiaalabi korraldavad sotsiaaltöötajad. Narkootikumide leviku tõkestamise strateegia vanglates näeb ette lisaks turvameetmetele ka personali väljaõppe ja sõltuvushaigete kinnipeetavate ravi ning taastusabi programmide käivitamise.

Kinnipidamisasutustes tuleb vahialustele ja süüdimõistetutele tagada samaväärsed uimastiravi tingimused kui on ühiskonnas. Rõhuasetus peab olema ennetaval tegevusel ja uimastisõltuvuse varasel avastamisel.

Vangla kui täiesti eriline keskkond nõuab spetsiifiliste turvameetmete rakendamist. Seetõttu peab uimastite kuritarvitamise ravi olema ohutult ja vastutustundlikult organiseeritud. Paljud käeolevas ravijuhistes kirjeldatud hea praktika põhimõtted kehtivad ka selles kontekstis.

Vanglas töötavad arstid peavad omama teadmisi ja ettevalmistust sõltuvushäirete raviks. Kuna alkoholi ja uimasteid kuritarvitavate noorte hulgas on kõrge suitsiidirisk, vajavad noored seaduserikkujad erilist tähelepanu.

Uimastite kuritarvitajad peaksid saama informatsiooni HIV-nakkuse ja hepatiidi leviku vältimise kohta. Kui nad ei ole B-hepatiidi suhtes immuunsed, tuleks läbi viia vaksineerimine. Vanglast lahkumisel tuleks kinnipeetavaid hoiatada võimaliku uimasti üledoseerimise eest seoses tolerantsuse kadumisega. Koostöö ambulatoorsete raviasutustega aitab tagada ravi järjepidevuse nii vanglasse tulekul kui sealt lahkumisel.

Sõltuvusravi korraldamise eelduseks on "narkovabade" osakondade loomine, kus lisaks soodsale käitumist reguleerivale keskkonnale on korraldatud kokkuleppel kinnipeetavaga regulaarne või pisteline laboratoorne testimine uimastite kasutamise suhtes.

XV LISAD

Lisa 1. Kognitiiv-käitumisteraapia uimastisõltuvuse ravis

Uimastisõltuvuse ravi on tõhus siis, kui bioloogilisi ravimeetodeid kombineeritakse psühhoteraapiaga. Uimastisõltuvuse ravis kasutatav psühhoteraapia peaks olema hästi struktureeritud ja eesmärgipärane. Neile tingimustele vastab kognitiiv-käitumisteraapia, mille efektiivsus uimastisõltuvuse ravis ja relapside ennetamises on tõestatud, samuti sobib see raviviis kaasuvate psüühikahäirete, eriti meeleolu- ja ärevushäirete raviks.

Võimalusel peaks abivajajaga tegelema KKT väljaõppe saanud psühhoterapeut, aga kognitiivne lähenemine ja käitumuslikud tehnikad on rakendatavad kõigi uimastisõltlasi ravivate professionaalide poolt.

Psühhoterapeutilisi sekkumisi tuleb valida vastavalt ravifaasile. Oluline on rohkem tähelepanu pöörata patsiendi motiveerimisele ja arvestada terapeutilise suhte spetsiifikat.

1. Eesmärk

Kognitiiv-käitumisteraapia eesmärgiks on vaidlustada uimastitarvitamist soodustavaid veendumusi, asendada need kontrolliveendumustega ja mõjutada sõltuvust säilitavaid käitumismehhanisme selleks, et saavutada:

- uimastitest loobumine,
- relapsi ennetamine.

Lisaks aitab KKT patsiendil kujundada strateegiaid eluprobleemide ja ebameeldivate emotsioonidega toimetulekuks nii, et patsiendil poleks tarvis nende leevenduseks uimasteid tarvitada. Kognitiiv-käitumisteraapia on hästi ühendatav ravimteraapiaga, samuti mitmesuguste muude psühhosotsiaalsete meetoditega, sealhulgas eneseabi gruppidega.

2. Kognitiiv-käitumisteraapia üldpõhimõtted

1. Kognitiiv-käitumisteraapia aluseks on psüühikahäirete kognitiivne mudel. Seega peetakse sõltuvuse säilimisel keskseks teguriks uimastitarvitamisega seotud veendumusi ja nendest tulenevaid negatiivseid automaatmõtteid.
2. KKT on ratsionalistlik ja loogiline.
3. KKT on suunatud patsiendi koostööle ja aktiivsusele. Kuna uimastisõltuvusega patsiendiga on terapeutilise suhte loomine keeruline, on see põhimõte eriti tähtis. Patsient osaleb eesmärkide seadmises, seansi plaani tegemises ja protseduuride väljatöötamises. Teraapia käigus õpitud oskustest peaks saama püsiv eneseabiviis.
4. Kognitiivne terapeut kasutab peamiselt küsimusi, mis aitavad patsiendil uurida oma mõtteid ja veendumusi ja kujundada alternatiivset vaatekohta.
5. Kognitiivne teraapia on struktureeritud ja probleemi lahendamisele orienteeritud. Uimasteid tarvitava patsiendi elu on sageli kaootiline ja ebastabiilne, seetõttu on probleemide süsteemne ja järjekindel käsitlemine oluline. Igal seansil ja ravil tervikuna on kindel struktuur.
6. Kodutöö on kognitiivse teraapia oluline eripära.
7. KKT on kasutatav nii ambulatoorselt kui statsionaarselt, KKT tehnikad on rakendatavad ka grupitöös.

3. Uimastisõltuvuse kognitiivne mudel

Uimastisõltuvuse kognitiivne mudel kirjeldab, kuidas on omavahel seotud vallandavad stiimulid, sõltuvust soodustavad veendumused, automaatmõtted, ihad ja tungid ning käitumine. Keskseks sõltuvust säilitavaks lüliks on kognitsioonid, st. sõltuvust soodustavad veendumused ja automaatmõtted.

Vallandavad stiimulid.

Uimastitarvitamise esimeseks lüliks on kokkupuude sündmustega, mis aktiveerivad tarvitamist soodustavaid veendumusi. Stiimulid võivad olla sisemised: negatiivsed emotsioonid, valu, võõrutussümptomid, jne, või välised: kokkupuude tarvitatava ainega, inimestega, kellega koos harjutud tarvitama, jne.

Sõltuvusveendumused.

Uimastitarvitamisega on seotud nelja tüüpi veendumused. Vallandavad stiimulid aktiveerivad veendumused uimastite meeleolu ja kehalist seisundit reguleeriva toime kohta.

Ennetavad veendumused uimastitarvitamise tujutõstva ja naudingut pakkuva toime kohta.

Kergendusele suunatud veendumused, mis tekivad sõltuvuse süvenedes. Aktualiseerunud ihad aktiveerivad omakorda lubavaid ja kontrollimatusega seotud veendumusi.

Lubavad veendumused õigustavad uimasti tarvitamist ja eitavad sellega seotud riske. Tugevate lubavate veendumuste korral viib ka suhteliselt nõrk tung aine tarvitamisele.

Kontrollimatusega seotud veendumused suurendavad tarvitamise tõenäosust. Relapsiga on seotud kontrolli kaotuse tunne, mis tekib pärast ühekordset kasutamist.

Automaatmõtted ja kujutlused.

Veendumuste aktiveerumine toob omakorda kaasa automaatmõtete tekke ning tarvitamisiha vallandumise. Automaatmõtted on põgusad olukorra hinnangut sisaldavad mõtted, on lühivariandid aluseks olevatest veendumustest. Tüüpilised on lubavad mõtted.

Esinevad ka kujutlused tarvitamise alustamisest, näiteks pilt endast sigaretti süütamas.

Käitumine. Hankimine. Kasutamine.

Kui aine tarvitamist on endale lubatud, keskendub tähelepanu aine hankimisele. Käitumisstrateegiad on väga erinevad sõltuvalt ainest ja tarvitajast. Tegemist võib olla keeruka käitumisahelaga, kus näivalt juhuslikud ja ohutud teod viivad isiku kõrge tarvitamisriskiga olukorda.

KKT-s kasutatakse tehnikaid kognitiivse mudeli kõigi lülide mõjutamiseks

4. Psühhoterapeutilise suhte iseärasused uimastitarvitamise korral

Uimastitarvitamise korral tuleb arvestada asjaolusid, mis teevad terapeutilise suhte keeruliseks:

Esiteks ei tule patsiendid alati ravile vabatahtlikult, seetõttu on nad alguses muutuseks vähem motiveeritud. Neil on teraapia suhtes palju ebafunktsionaalseid veendumusi, nad on sageli umbusklikud ega pruugi tõtt rääkida. Konfliktid seadusega tekitavad keerulisi usaldusküsimusi ja terapeuti võetakse sageli kui vastast.

Teiseks võivad patsiendid oma probleemi pidada läbiväärseks ja neil on raske sellest rääkida. Nad ei usu ka, et terapeut võiks neid mõista, neist lugu pidada või neid aidata soovida.

Seega on suhtes eriti oluline:

- empaatiline tundlikkus ja hinnangulisusest hoidumine;
- sage tagasiside küsimine ja teraapia ning terapeudiga seotud veendumuste uurimine;
- vajadusel oskus piire panna ja tarvitamise soosija rolli vältida.

5. Kognitiiv-käitumisteraapia tehnikad

Kasutatakse tüüpilisi kognitiivseid tehnikaid mida modifitseeritakse vastavalt probleemi iseloomule ja ravistaadiumile. Kognitiivsetega kombineeritakse käitumuslikke tehnikaid, mis on patsiendile veel üheks vahendiks sõltuvusveendumuste testimisel ja uute toimetulekuoskuste omandamisel.

Motiveerimine

Raviks motiveerimine on sõltuvushäirete korral tähtsam kui paljude teiste psüühikahäirete ravis.

Kognitiivsed tehnikad

Kognitiivse mudeli selgitamine.

Teraapia alguses õpetatakse patsiendile uimastitarvitamise kognitiivset mudelit. Selleks näidatakse, lähtudes patsiendi enda kogemusest, seoseid uimastitarvitamise, sündmuste, emotsioonide, ihade ja kognitsioonide vahel. Kõigepealt selgitatakse välja patsiendi enda arusaam oma uimastiprobleemist, siis õhutatakse uurima, kas on teisi võimalikke seletusi sõltuvuse tekke ja püsimise kohta. Mudeli arutamise juures võib tuua näiteid kuidas teraapiatehnikaid kasutatakse probleemsete mõtete, veendumuste ja käitumisega toimetulekuks. Põhjalikult analüüsitakse sisemisi ja väliseid vallandavaid stiimuleid ning aidatakse patsiendil näha, kuidas sündmused aktiveerivad sõltuvususkumusi.

Uimastite kasutamise ja kontrolliga seotud automaatmõtete ja veendumuste sedastamine.

Tavaliselt omistatakse uimastitarvitamine välistele teguritele ega osata näha oma mõtete ja veendumuste osa selles. Seega tuleb kõigepealt säilitavad kognitsioonid üles leida. Selleks arutatakse koos patsiendiga läbi hiljutised tarvitamisjuhtumid analüüsides vallandajaid, ja püüdes leida mõtteid, mis tarvitamisiha aktiveerivad ja tarvitamist lubavad. Hilisematel seanssidel leitakse mõtete aluseks olevad veendumused. Seansside vahepeal jälgib patsient end ise. Iga kord kui ta tunneb iha ainet tarvitada, märgib ta üles olukorra, tekkinud emotsioonid, ihale eelnenud ja järgnevad mõtted, mis viivad tegeliku kasutamiseni. Enesevaatluse tulemused kirjutatakse päevikusse. Põhiveendumuste leidmiseks on kasulik *alaneva noole* tehnika.

Vaidlustamine.

Järgmine samm on veendumuste vaidlustamine. Põhitehnika on *sokraatiline küsitlus* veendumust kinnitavate ja ümberlökkavate asjaolude leidmiseks. Küsimuste abil aitab terapeut patsiendil oma veendumusi uurida ja leida alternatiivseid mõtteviise. Kui seansside ajal on juba vaidlustamist harjutatud, hakkab patsient seda seansside vahepeal ise tegema, täiendades päevikut veeruga, kuhu märgib vaidlustamise tulemused (alternatiivsed mõtted, veendumused). Päeviku kasutamine aitab patsiendil ka meeleolu ilma uimastiteta reguleerida.

Vastutuse ümberomistamine.

Uimastikasutajad peavad sageli uimastitarvitamise põhjuseks väliseid, mitte sisemisi tegureid. Oluliseks sammuks ravis on aidata patsiendil näha oma osa ja vastutust probleemi kujunemisel ja püsimisel. Selleks kasutab terapeut *sokraatilist* küsitlust vaidlustamiseks ideed, et sõltuvuse põhjuseks on teised inimesed või raske elu.

Kontrolliveendumuste kujundamine.

Tavaliselt on patsiendil paralleelselt uimastikasutamist soodustavate veendumustega olemas ka kontrolliveendumusi, mis vähendavad uimastite kasutamise tõenäosust. Ravi käigus tuleks tugevdada olemasolevaid ja luua uusi kontrolliveendumusi. Üks strateegia selleks on sõltuvusveendumuste vaidlustamine, teine võimalus on *poolt ja vastu* analüüs. Kontrolliveendumuste kinnitamiseks võib kasutada *toimetulekukaarte*, mida patsient vajadusel võib vaadata.

Poolt ja vastu analüüs.

On kasutatav patsiendi raviks motiveerimisel, samuti lubavate veendumuste vaidlustamiseks ja kontrolliveendumuste tugevdamiseks. Patsiendil aidatakse loetleda ja ümber hinnata uimastitarvitamise ja mittetarvitamise eelised ja varjuküljed. Selleks täidab patsient neljaväljalise tabeli: uimasti tarvitamine-mittetarvitamine x eelised-varjuküljed. Uimastitarvitamise eeliseid uurides tuleks arutada võimalusi samade asjade saavutamiseks ilma uimastiteta. Tulemuseks peaks patsient saama objektiivsema vaate oma uimastiprobleemile.

Kujutlustehnikad.

On kasutatavad enesekontrolli suurendamiseks ja uimastitarvitamisest hoidumiseks. Kujutletakse riskisituatsiooni, kus tavaliselt uimastit tarvitatakse. Kui iha on tekkinud, aktiveerib patsient omandatud kontrolliuskumused. Kujutlusi võib kasutada samas situatsioonis mõtete kõrvalejuhtimiseks. Kujutluses võib läbi mängida ka riskisituatsioonidega toimetulekuviise.

Käitumuslikud tehnikad

Kõige sagedasemad on tegevuste jälgimine ja planeerimine ning stiimulikontrolli tehnikad. Uute käitumuslike oskuste õppimiseks kasutatakse käitumise harjutamist, mudeldamist, rollimänge, tagasiside andmist. Samuti võib kasutada astmelisi ülesandeid, eksponeerimist ja relaksatsioonitehnikaid. Lisaks otsesele käitumise muutmisele aitavad need tehnikad sõltuvust säilitavaid kognitsioone vaidlustada.

Tegevuste jälgimine ja planeerimine.

Uimastitarvitamisest loobumine tähendab patsiendi jaoks põhjalikku elustiili muutust. Uimastitarvitamise riskide vähendamiseks on vajalik patsienti selles osas aidata. Kõigepealt tuleks pidada päevikut tegevuste kohta. Seejärel planeerida uimastivabasid tegevusi, mis on meeldivad ja annavad saavutustunde. Eriti tähtis on tegevuste planeerimine riskisituatsioonide (näit. nädalalõpp, puhkus) jaoks.

Stiimulikontrolli tehnika.

Ravi alguses on oluline vähendada kokkupuudet stiimulitega, mis suure tõenäosusega vallandavad uimastitarvitamist. Seega tuleb üles leida kõrge riskiga seotud olukorrad ja seisundid. Esialgu planeeritakse võimalusi, kuidas nende stiimulitega kokkupuutest hoiduda, seejärel õpitakse meetodeid, kuidas riskisituatsioonidega toime tulla.

Eluprobleemidega toimetulek.

Uimastitarvitaja elus on sagedased töö- ja suhetealased, samuti majanduslikud ja õiguslikud probleemid, mis omakorda võivad olla kriitiliseks tarvitamist vallandavaks stiimuliks. Lisaks kognitiivsetele on kohased käitumuslikud tehnikad nagu astmelised ülesanded, käitumise harjutamine, sotsiaalsete oskuste treening ja probleemilahendamise tehnikad.

Tarvitamisihaga toimetulek.

Tugeva aktiveerunud ihaga toimetulekuks kasutatakse lisaks eelpoolkirjeldatud KKT tehnikatele veel tähelepanu kõrvalejuhtimise meetodeid, toimetulekukaarte, kujutlustehnikaid, tegevusplaane ja relaksatsiooniharjutusi.

Lisa 2. Grupiteraapia uimastisõltuvuse ravis

Sõltuvushaigete ravis kasutatava grupiteraapia puhul, tuleb esmalt kindlaks teha, kas nendele klientidele on iseloomulikud teatud ühised tunnused, mis aitavad selle raviviisi kasulikkust põhjendada.

Kuigi sõltuvushaigeid on võimalik jaotada erinevatesse rühmadesse, on mõned käitumismustrid iseloomulikud enamikule neist. Tavaliselt on neile inimestele omane "läbikukkuja identiteet", vähene enesest lugupidamine, negatiivne minapilt ja ülim ebakindlus. Samal ajal on neil raske ka teisi inimesi usaldada ja abi paluda. Neil on hirm hülgamise ees ja nad ei ole võimelised emotsionaalseid suhteid hoidma. Nendel inimestel on raskusi oma emotsioonide väljendamise ja kontrollimisega, nad käituvad manipuleerivalt ja hoiduvad vastutusest. Neid iseloomustab madal frustratsioonitaluvus ning võimetus aktsepteerida õnnestumist, nad on meisterlikud oma probleemide eitajad. Lahenduste otsimise asemel loobuvad nad võitlemast või põgenemast ning taanduvad alkoholi ja uimastite maailma, sulgudes endasse ning teeseldes, et kõik on korras. Nii tõmbuvad nad normaalsest elust eemale, valimata seejuures surma.

Eeltoodud iseärasuste tõttu on tavaliste psühhoterapia meetodite kasutamine sõltuvushaigete ravis raskendatud. Lisaks sõltuvusele pakub uimasti võimaluse oma probleemid näiliselt lahendada.

Just nendel põhjustel ei ole individuaalteraapia uimastisõltuvuse korral alati sobiv, kuna puudub usaldus terapeudi vastu, mis on teraapiasuhte loomise seisukohalt oluline.

Uimastisõltlastel õnnestub sageli terapeut kaasa tõmmata oma mängudesse, mille eesmärgiks on sõltuvuse alahoidmine. Vältimaks terapeutipoolset hülgamist, räägivad uimastisõltlased seda, mida terapeut neilt ootab. Mittedirektiivne lähenemine annab liialt palju võimalusi eelkirjeldatud mängudeks ega ole seetõttu eriti sobiv.

Grupiteraapia eeliseks individuaalteraapiaga võrreldes on asjaolu, et teraapiagrupis on võimalik usaldust aegamööda suurendada. Esialgu usaldab uimastisõltlane vaid mõnda üksikut grupiliiget, hiljem õpib aga usaldama gruppi kui tervikut. Sarnaste probleemide olemasolu soodustab grupiliikmete omavahelist samastumist ja usalduse teket. Grupis on raske ka vanu mängu jätkata, kuna isiklike kogemuste tõttu näevad grupiliikmed kaaslase käitumise kiiresti läbi.

Mitteprofessionaalide poolt loodud *Anonüümsete Alkohoolikute* liikumine on osutunud alkoholisõltuvuse ravis äärmiselt efektiivseks. AA liikme Chuck Dederichi poolt rajatud ravikommunis Synanon toimusid liikmete regulaarsed grupikohtumised, kus käsitleti

avalikult igäihe käitumist. Kirjeldatud gruppidest, mida nimetati “mängudeks”, sai alkoholsõltuvuse raviga tegeleva kommuuni kõige olulisem teraapiavorm (Casriel, 1963; Yablonsky, 1965).

Sarnaselt Synanoniga rajati ravikommune, mis olid mõeldud uimastisõltuvuse raviks. Erinevalt Synanonist oli eesmärgiks luua selline asutus, kuhu sõltuvusest vabanenud inimestel oleks võimalik pärast ravikommunist lahkumist tulla (Sugarman, 1974; De Leon, 1974). “Mängusid” hakati nimetama “kohtumisgruppideks”.

Lisaks kohtumisgruppidele, millest hiljem lähemalt juttu tuleb, kasutatakse uimastisõltuvuse ravis ka teisi grupiteraapia meetodeid, mida võib läbi viia nii ambulatoorselt kui statsionaarsetes tingimustes.

Alljärgnevalt kirjeldatavad grupiteraapia meetodid koos kohtumisgruppidega on uimastisõltuvuse ravis kõige efektiivsemaks osutunud.

Enesekehtestamise treening

Enesekehtestamise treeningu põhieesmärgiks on praeguse käitumise muutmine. Seda tüüpi grupiteraapias keskendutakse enese eest seismisele, piiride seadmisele ja enesehinnangu parandamisele. Oluline on aidata grupiliikmetel teadvustada otsuste tegemise võimalusi. Treeningus õpitakse oma vajaduste eest vastutust võtma, oma tundeid ja arvamusi selgelt ning ausalt väljendama, säilitades lugupidamise teise inimese vastu. Goldsteini meetodil põhinevad grupid, kus kasutatakse rollimänge, sotsiaalsete oskuste treenimist ja sageli esinevate olukordade läbimängimist, on lähedalt seotud enesekehtestamise treeninguga.

Psühhodraama

Psühhodraamas töötatakse teatud olukord inimese elus grupiliikmete osalusel emotsionaalselt läbi. Seda psühhodraapia meetodit kasutatakse nii sõltuvushäirete ambulatoorses kui statsionaarses ravis. Et teraapia oleks efektiivne, peab inimene olema selleks piisavalt motiveeritud. Psühhodraama protsessis jõutakse emotsionaalse katarsise ja saadud kogemuse integreerimiseni. Inimene mängib läbi omaenda elu, muuhulgas ka selle, mis realselt pole aset leidnud (Moreno, 1946 – 1969).

Ühendav psühhodraapia (uue identiteedi protsess)

Tegemist on grupiteraapia meetodiga, mille rajajaks oli psühhiaater Dan Casriel. Pärast külaskäiku Synanoni 1963. aastal rajas ta esimese uimastisõltlastele mõeldud ravikommuni nimega Päikesetõusu Küla. Meetod põhines kogemusel, et emotsioonide väljendamine valjuhäälsel karjumisega mitte ainult ei võimalda saavutada katarsist, vaid kutsub esile muutuse ka inimese hoiakutes ja käitumises. Ühendav psühhodraapia on suunatud sellele, et õpetada inimest tundma vaimset ja kehalist lähedust teise inimesega ning toime tulema lähisuhetega. Casriel on seisukohal, et lähedusevajadus on üks inimese esmastest vajadustest. Grupitöös keskendutakse kolmele erinevale tahule – tunnete, käitumisele ja mõtetele. Tunnete väljendamine saab alguse viiest põhiemotsioonist, milleks on hirm, viha, valu, nauding ja armastus. Kuigi lähisuhete eesmärgiks peetakse naudingut, võidakse neid kogeda ka hirmutava ja valu tekitava nähtusena. Kui teine inimene tuleb liiga lähedale, võib see tekitada viha ja hirmutunnet. Lisaks võitlemis- või põgenemisreaktsioonile võib tekkida emotsioonide jäätumine. Alkohol ja uimastid võivad

taolist enesesse kapseldumist veelgi süvendada. Casriel nimetas oma meetodit uue identiteedi loomise protsessiks, mille tuumaks on vabanemine väärast identiteedist. Ebaterved hoiakud, nagu “mind ei ole olemas,” “ma ei vaja midagi,” “ma ei vääri armastust,” “mul ei ole mingeid õigusi,” “mul ei ole valikut,” “teine inimene on tähtsam,” “mina ei vastuta” ja “ma ei ole piisavalt hea” takistavad inimesel elu nautimast. Kirjeldatud meetodi eesmärgiks on nende hoiakute muutmine ja uue identiteedi kujundamine (Casriel, 1972). Seda tuntakse kogu maailmas ühendava psühhoteraapia nime all.

Ratsionaal-emotiivne teraapia (RET)

Ellise poolt kasutusele võetud meetodi abil õpetatakse kliendile, et ta on võimeline tegema valikuid. Teraapiaprotsessi käigus uuritakse lähemalt erinevaid kogemusi, lähtudes seisukohast, et sellistest hoiakutest, nagu “ma pean,” “minult oodatakse” ja “ma olen kohustatud”, tuleks loobuda. RET-i võib läbi viia individuaalse või grupiteraapiana (Ellis, 1975).

Kohtumisgrupid

Kohtumisgruppides on tähelepanu suunatud inimese tegelikule käitumisele. Grupiliikmed vastanduvad teineteisega, pöörates tähelepanu käitumisele, mis on nende jaoks negatiivne. Sellises konfrontatsioonis kasutatakse survet, mida grupp oma liikmele avaldab. Enamasti tekitab selline vastasseis erinevaid tundeid. Inimest julgustatakse oma emotsioone grupis otse väljendama. Hiljem tegeldakse ka probleemide tekkepõhjuste ning inimese suhtumisega iseendasse ja teistesse grupiliikmetesse. Oma mõtete avameelne väljaütlemine parandab inimese arusaamist oma probleemidest. Sageli on grupitöö alguses intensiivne, sisaldades ülimalt emotsionaalseid ja agressiivseid konfrontatsioone. Mõne aja pärast, läbielatud kogemuste jagamise ehk nn tagasiside käigus, tekib grupiliikmete vahel empaatia ja tunne, et ollakse omavahel tihedalt seotud.

Grupitöö käigus on fookus ehk tähelepanu keskendamine teatud temale oluline. Kui seda pole ja üheaegselt leiab aset liiga palju vastandumisi, tekib kaootiline segadus. Igaühel peaks grupis olema võimalus enese eest seista, kui selleks vajadus tekib. Oluline on jälgida, et tähelepanu poleks liiga kaua suunatud ühele grupiliikmele, eriti kui inimene võtab veelgi tugevama kaitsehoiaku või sulgub vastasseisust põhjustatud pingetõttu täielikult endasse. Sellises olukorras on parem suunata tähelepanu kellelegi teisele. Vajadusel võib seansi lõpul mõne inimese juurde tagasi pöörduda.

Lisaks grupi fookuse kaudu realiseeruvale survele rakendatakse kohtumisgruppides veel teisi tehnikaid. Kasutatakse “siin ja praegu” olemist ning toimuva liialdamist. Emotsioonide intensiivistamiseks kasutatakse karjumist. Enamikule grupiliikmetest on see harjumatu, kuna neil on tavaks oma tundeid peita. Kui kahe inimese vahel on tekkinud vastuolu, võtavad nad kohad sisse grupi keskel, et oma konflikt teiste grupiliikmete toetusel ära lahendada.

Grupiliikmete vaheliste konfliktide lahendamine toimub ravikommuni kohtumisgruppides. See võimaldab mõista oma tundeid, mis on olnud palju aastaid alla surutud, ning neid juhtida. Grupiseanss kestab umbes kaks tundi. Kokkuvõttes võib siiski öelda, et inimese enda sõnad ja teod on olulisemad kui see, mida ta teistelt grupiliikmetelt kuuleb (Blank et al., 1971, Kooyman, 1993).

Veel kasutatakse uimastisõitlaste grupiteraapias teisi meetodeid; *bioenergeetikat* kasutatakse abistava meetodina, mis õpetab toime tulema oma emotsioonide, näiteks valuga, ning suurendab inimese teadlikkust oma kehast (Lowen, 1967), Al Pessu poolt kasutusele võetud meetodit, mis seisneb struktureeritud harjutustes kus grupiliikmed toetavad aktiivselt teineteist, näiteks mängides seoses lapsepõlves saadud traumaatiliste kogemustega kas häid või halbu vanemaid.

Kokkuvõte

Grupiteraapia on uimastisõltuvuse ravis olulisel kohal. Sobiva teraapiameetodi valikul on soovitatav arvestada konkreetse inimese iseärasusi. Kasutatavad meetodid on eeskätt suunatud enesehinnangu tõstmisele, isiklike suhete parandamisele ning oskusele oma emotsioonidega toime tulla. Iga grupiliiget innustatakse teraapiaprotsessis aktiivselt osalema.

Grupiteraapia meetoditele on iseloomulik direktiivsus ja konfrontatsioonile orienteeritus. Mittedirektiivsed psühhoanalüütilise orientatsiooniga grupid ei ole efektiivsed uimastisõitlaste ravimisel, keda iseloomustavad tugevad kaitsemehhanismid ja manipuleeriv käitumine.

Kui detoksifikatsioon on edukalt läbi tehtud, moodustab psühhoteraapia olulise, kui mitte kõige olulisema osa raviprotsessist.

Kirjandus

- Blank, L., M.G. Gottsegen & G.B. Gottsegen (eds.), 1971. *Confrontation : encounters in self and interpersonal awareness* - New York : Macmillan : London : Collier-Macmillan.
- Casriel, D., 1972. *A scream away from happiness*. - New York : Grosset & Dunlap.
- De Leon, G. (ed.), 1974. *Phoenix House : studies in a therapeutic community (1968-1973)*. - New York : MSS Information Corp.
- Ellis, A., 1975. *How to live with a neurotic*. - New York : Crown.
- Kooyman, M., 1993. *The therapeutic community for addicts, intimacy, parent involvement and treatment success*, Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Lowen, A., 1967. *The betrayal of the body*. - London : Collier-Macmillan, 1967.
- Moreno, J.L., 1946-1969. *Psychodrama : vol. II & III* =. - New York : Beacon House.
- Pesso, A., 1969. *Movement in psychotherapy : psychomotor techniques and training*. - New York University Press : London : University of London Press.
- Sugarman, B., 1974. *Daytop Village : a therapeutic community*. - New York : Holt, Rinehart & Winston.
- Yablonski, L., 1965, *Synanon, The tunnel back*, MacMillan, New York.

Lisa 3. Narkomaanide võõrutus- ja asendusravi andmise ulatus arstiabi erinevatel etappidel

(Kinnitatud sotsiaalministri 18.03.1998 määrusega nr. 20)

1. Opiiate süstivatele narkomaanidele võib võõrutusseisundi- või asendusravi anda Eestis registreeritud opiaate sisaldavate ravimitega ainult psühhiaatrilise abi tegevusluba omav raviasutus või arst.

2. Võõrutusseisundiravi opiaate sisaldavate ravimitega

2.1. Võõrutusseisundiravi opiaate sisaldavate ravimitega võib alustada III etapi psühhiaatrilise abi tegevusluba omavas haiglas, kus on tagatud eritingimuste olemasolu opiaate süstivate narkomaanide võõrutusraviks: eraldi struktuuriüksus või palat, sellekohase väljaõppega personal, jälgimisrežiim.

2.2. Võõrutusseisundiravi opiaate sisaldavate ravimitega võib alates seitsmendast ravipäevast jätkata ambulatoorselt psühhiaatrilise abi tegevusluba omav raviasutus või arst ravi alustanud haigla suunamiskirja alusel.

2.3. Ambulatoorsel võõrutusseisundiravi jätkamisel opiaate sisaldavate ravimitega manustatakse ravim suu kaudu arsti või õe kontrolli all eraldi ruumis, kus on loodud tingimused, mis tagavad personali turvalisuse ja välistavad nende ravimite sattumise kõrvaliste isikute kätte.

2.4. Võõrutusseisundiravi jätkanud raviasutus või arst on kohustatud pärast võõrutusseisundiravi lõppu saatma epikriisi läbiviidud ravi kohta ravi alustanud haiglasse. Kui võõrutusseisundiravi jätkub enam kui üks kuu, tuleb esimese kuu möödudes saata ravi alustanud haiglale vaheepikriis. Võõrutusseisundi ravi võib maksimaalselt kesta kuni kaks kuud.

3. Asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega

3.1. Asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega võidakse alustada käesoleva määruse punktis 2.1 toodud tingimustele vastavas haiglas ja jätkata samas ambulatoorselt, kusjuures asendusravi alustamiseks on vajalik kahe psühhiaatri otsus.

3.2. Raviasutuse juht saadab asendusravil viibivate patsientide nimekirja iga kuu esimeseks kuupäevaks maakonnaarstile.

3.3. Ambulatoorsel asendusravi jätkamisel opiaate sisaldavate ravimitega manustatakse ravim suu kaudu arsti või õe kontrolli all eraldi ruumis, kus on loodud tingimused, mis tagavad personali turvalisuse ja välistavad nende ravimite sattumise kõrvaliste isikute kätte.

3.4. Asendusravi jätkamiseks on iga kuue kuu möödudes vajalik kahe psühhiaatri otsus.

4. Võõrutusseisundi- ja asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega võib anda ainult komplekselt koos psühholoogilise ja sotsiaalse taastusabi võtetega, nähes ette asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega kui äärmusliku võimaluse opiaate süstivate narkomaanide psühhiaatrilises abis.

Lisa 4. Joobeseisundi tuvastamise ja joobeastme määramise ning joobeastme määramise otsuse vaidlustamise kord

(Vabariigi Valitsuse 2. aprilli 2001.a määrus nr. 120)

Määrus kehtestatakse «Liiklusseaduse» (RTI 2001, 3, 6) § 20 lõike 6 alusel.

1. peatükk
ÜLDSÄTTED

§ 1. Määruse reguleerimisala

Käesolev määrus reguleerib joobeseisundi tuvastamise, joobeastme määramise ning joobeastme määramise otsuse vaidlustamise korda.

§ 2. Joobeseisundi mõiste

«Liiklusseaduse» § 20 lõike 3 kohaselt on joobeseisund alkoholi, narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud tervise seisund, mis avaldub häiritud või muutunud kehalistes või psüühilistes funktsioonides ja reaktsioonides.

§ 3. Joobeseisundi tuvastaja

Joobeseisundit võivad tuvastada:

- 1) seaduses sätestatud ametiisik (edaspidi *ametiisik*);
- 2) arst.

§ 4. Isiku toimetamine tervishoiu- või ametiasutusse

(1) Ametiisikul on õigus toimetada isik joobeseisundi tuvastamiseks tervishoiu- või ametiasutusse seaduses sätestatud juhtudel, kui joobeseisundi tuvastamine sündmuskohal ei ole võimalik.

(2) Ametiisik on kohustatud toimetama isiku tema nõudmisel tervishoiuasutusse joobeseisundi meditsiiniliseks tuvastamiseks.

2. peatükk
JOOBESISUNDI TUVASTAMINE

1. jagu

Joobeseisundi tuvastamine ametiisiku poolt

§ 5. Ametiisiku poolt joobeseisundi tuvastamise üldnõuded

(1) Ametiisiku poolt isiku alkoholi joobe indikaatorvahendi või mõõteriistaga tuvastamise juures peab viibima vähemalt üks tunnistaja. Nimetatud toimingute teostamise kohta koostab ametiisik protokoll.

(2) Ametiisik üldjuhul ei tuvasta narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud joobeseisundit, välja arvatud lõikes 3 nimetatud juhul.

(3) Kui joobeseisundi tuvastamine ei ole võimalik indikaatorvahendi või mõõteriistaga ja isikut ei ole võimalik toimetada tervishoiuasutusse, tuvastab ametiisik joobeseisundi kahe tunnistaja juuresolekul väliste joobetunnuste põhjal.

§ 6. Joobeseisundi tuvastamisel kasutatavad tehnilised vahendid

Ametiisik tuvastab isiku alkoholi tarvitamisest põhjustatud joobeseisundi väljahingatava õhu kaudu, kasutades alkoholisisalduse kontrollimiseks indikaatorvahendeid või mõõteriistu.

§ 7. Joobeseisundi tuvastamise protokoll

Paragrahvi 5 lõikes 1 nimetatud protokollis märgitakse ära: 1) selle ametiasutuse nimi ja aadress, kelle nimel protokoll koostatakse; 2) protokoll koostanud ametiisiku ees- ja perekonnanimi, ametinimetus; 3) isiku ees- ja perekonnanimi, isikukood (selle puudumisel sünniaeg); 4) kontrollimise kuupäev, kellaaeg ja koht; 5) joobeseisundi tuvastamiseks kasutatud indikaatorvahendi või mõõteriista nimetus ja number; 6) indikaatorvahendi või mõõteriista reaktsioon; 7) tuvastamise tulemus (kaine; joobes); 8) isiku kinnitus joobeseisundi meditsiinilisest tuvastamisest, sealhulgas vereproovis alkoholisisalduse määramisest loobumise kohta; 9) märkused isiku käitumise, ametiisiku tegevuse takistamise ja muu sellise kohta; 10) kui ametiisikul ei ole võimalik

joobeseisundit tuvastada, märgitakse protokollile selle põhjused ja joobeseisundile viitavad tunnused, 11) protokollile kirjutavad alla selle koostanud ametiisik, tunnistaja(d) ja isik.

§ 8. Protokollile vaidlustamine

Ametiisiku poolt joobeseisundi tuvastamise võib isik vaidlustada viivitamata pärast talle käesoleva määruse §-s 7 nimetatud protokollile tutvustamist, nõudes joobeseisundi tuvastamist arsti poolt määruse käesoleva peatüki 2. jaos sätestatud korras.

2. jagu

Joobeseisundi tuvastamine arsti poolt

§ 9. Üldnõuded

(1) Isiku toimetamisel tervishoiuasutusse tuvastab joobeseisundi arst. Alkoholisisalduse ning narkootiliste või psühhotroopsete ainete määramiseks vajaliku proovi võib võtta arsti poolt määratud tervishoiutöötaja.

(2) Arst teeb sõltumatu otsuse vastavalt isiku tervise seisundile ning oma teadmistele. Arst annab joobeseisundi meditsiinilisel tuvastamisel otsuse vastavalt määruse §-s 21 nimetatud kohustuslikele formuleeringutele.

(3) Alkoholi tarvitamise tunnuste või alkoholist põhjustatud joobeseisundi tuvastamisel arsti poolt võib otsuse aluseks olla kliiniline leid, milleks on isiku häiritud või muutunud kehalised või psüühilised funktsioonid ja reaktsioonid.

(4) Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnused või neist põhjustatud joove tuvastatakse joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise käigus kliinilise leiu ja bioloogiliste vedelike uuringu alusel.

(5) Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise kulud tasub saatekirja väljastanud asutus.

(6) Kui isikul tuvastatakse alkoholi, narkootiliste või psühhotroopsete ainete tarvitamise tunnused või joobeseisund, esitatakse isikule arve tuvastamiskulude hüvitamiseks.

§ 10. Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise koht

(1) Joobeseisundi meditsiiniline tuvastamine toimub haiglas või ambulatoorset tervishoiuteenust osutava isiku juures (edaspidi *tervishoiuasutus*).

(2) Igas maakonnas peab olema vähemalt üks tervishoiuasutus, kus võetakse proove alkoholisisalduse ning narkootiliste või psühhotroopsete ainete olemasolu uurimiseks bioloogilistes vedelikes ning tehakse joobeseisundi meditsiinilist tuvastamist ööpäevaringselt.

(3) Bioloogiliste vedelike uurimine võib toimuda samas tervishoiuasutuses või muus pädevas laboris.

§ 11. Isiku tervishoiuasutusse toimetamise vormistamine

(1) Joobeseisundi meditsiiniliseks tuvastamiseks toimetab ametiisik isiku tervishoiuasutusse.

(2) Isiku toimetamisel tervishoiuasutusse koostab ametiisik saatekirja, kuhu märgitakse: 1) saatekirja koostamise kuupäev ja kellaaeg; 2) saatekirja koostanud ametiisiku ees- ja perekonnanimi, ametinimetus, ametiasutus, kelle nimel ta tegutseb; 3) tervishoiuasutuse nimi; 4) isiku ees- ja perekonnanimi, isikukood (selle puudumisel sünniaeg); 5) saatmise eesmärk; 6) muud vajalikud andmed.

§ 12. Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise vormistamine

(1) Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise käigus tehtud arstliku läbivaatuse ja laboratoorsete uuringute tulemused ning oma otsuse, mis sisaldab ka joobeastme määramise otsust, fikseerib arst joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise aktis.

(2) Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise aktis märgitakse ära: 1) tervishoiuasutuse nimi, aadress, telefon; 2) isiku ees- ja perekonnanimi, isikukood (selle puudumisel sünniaeg), töö- või ametikoht, isikut tõendav dokument; 3) saatekirja väljastanud asutus; 4) läbivaatusele saabumise kuupäev ja kellaaeg; 5) läbivaatuse põhjus; 6) läbivaatuse teostanud arsti ametikoht, ees- ja perekonnanimi, läbivaatuse kuupäev ja kellaaeg; 7) isiku välimus (rietus, vigastused) ja käitumine; 8) isiku teadvuse seisund ja mälu viimaste tundide sündmuste kohta; 9) isiku kaebused tervise suhtes; 10) ravimite tarvitamine isiku poolt viimase 24 tunni jooksul; 11) isiku vegetatiivsete reaktsioonide kirjeldus, pulsisagedus ja vajadusel vererõhu väärtused, hingamissagedus (kiirenenud, aeglustunud, normis); 12) artikulatsioonihäirete olemasolu isikul; 13) isiku pupillide suurus ja reaktsioon valgusele, nüstagmi olemasolu; 14) tasakaalu- ja koordineerimishäirete olemasolu isikul; 15) neuroloogiline või muu kliiniline leid, neuroloogiliste või psüühiliste haiguste põdemine isiku anamneesis; 16) isiku ütlused alkoholi või narkootiliste ja psühhotroopsete ainete tarvitamise kohta; 17) laboratoorsete uuringute tulemused (väljahingatav õhk, bioloogilised vedelikud); 18) muud olulised andmed (tuvastamisest keeldumine, tuvastamise takistamine vms); 19) arsti otsus joobeastme määramise kohta ja allkiri; 20) mäрге isikule otsuse tutvustamise kohta.

(3) Akt koostatakse vähemalt kahes eksemplaris. Ametiisikule antakse akti originaal, teist eksemplari säilitatakse tervishoiuasutuses 5 aastat.

(4) Joobeseisundi meditsiiniline tuvastamine registreeritakse registreerimisraamatus, mida säilitatakse tervishoiuasutuses 10 aastat.

§ 13. Joobeseisundi tuvastamine bioloogiliste vedelike uurimisel

(1) Arst võib isiku läbivaatuse asendada bioloogiliste vedelike uurimisega ainult alkoholi tarvitamise kahtluse korral, kui ametiisik ei taotle saatekirjas võimaliku narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnuste tuvastamist.

(2) Bioloogiliste vedelike uurimise tulemused fikseeritakse aktis, milles märgitakse ära: 1) tervishoiuasutuse (labori) nimi, aadress, telefon; 2) isiku ees- ja perekonnanimi, isikukood (selle puudumisel sünniaeg); 3) proovi võtmise kuupäev, kellaaeg ja koht; 4) uurimismaterjal ja selle kogus; 5) uurimisele kuuluvad ained; 6) proovi võtja amet, ees- ja perekonnanimi, allkiri; 7) laboratoorse uuringu number; 8) uuritud materjali kirjeldus; 9) laboratoorse uuringu teostamise kuupäev ja kellaaeg; 10) uurimisele kuulunud ained, uurimismetoodika, uuringu tulemused; 11) laboriarsti otsus, kuupäev ja allkiri.

(3) Bioloogiliste vedelike laboratoorse uurimise akt koostatakse vähemalt kahes eksemplaris. Ametiisikule antakse koos joobeseisundi tuvastamise aktiga nimetatud akti teine eksemplar, originaali säilitatakse tervishoiuasutuses 5 aastat.

(4) Kui joobeseisundi tuvastamine toimus ainult bioloogiliste vedelike uurimise teel, antakse ametiisikule vastava akti originaal, teist eksemplari säilitatakse tervishoiuasutuses viis aastat.

(5) Bioloogiliste vedelike laboratoorsed uuringud registreeritakse registreerimisraamatus, mida säilitatakse tervishoiuasutuses (laboris) 10 aastat.

§ 14. Arsti õigused

Arstil on õigus:

1) valida iseseisvalt teaduslik metoodika, sealhulgas laboratoorsed meetodid, mille alusel uurida joobeseisundi meditsiiniliseks tuvastamiseks arsti juurde toimetatud isikut;

2) otsustada, kes viibivad joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise juures või samas ruumis.

§ 15. Isiku õigused

Isikul on õigus:

- 1) pärast väljahingatava õhu alkoholisisalduse kontrollimist nõuda enda toimetamist tervishoiuasutusse vereproovi võtmiseks ja vere alkoholisisalduse määramiseks;
- 2) keelduda vereproovi andmisest, kui arst on teinud vereproovi andmise ettepaneku. Arst teeb selle kohta märkuse joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise akti;
- 3) saada teada arsti otsus ja saada joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise ja bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringu akti ärakiri.

§ 16. Ametiisiku õigused

Ametiisikul on õigus:

- 1) pärast isiku joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise lõppu saada joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise ja bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringu akti;
- 2) viibida arsti nõusolekul joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise juures.

§ 17. Joobeseisundi tuvastamise akti koostamise tähtaeg

- (1) Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise akti koostab arst viivitamata pärast otsuse tegemist.
- (2) Kui joobeseisundi tuvastamise otsuse tegemine ei ole võimalik vahetult arstliku läbivaatuse järel, väljastab arst isikule ja ametiisikule teatise, millel märgitakse: 1) tervishoiuasutuse nimi ja aadress; 2) teatise väljastamise kuupäev; 3) vastutava arsti ees- ja perekonnanimi; 4) registreerimisnumber; 5) otsuse arvatav aeg.
- (3) Lõikes 2 nimetatud juhul on tervishoiuasutus või labor kohustatud saatma joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise akti saatekirjal märgitud asutusele hiljemalt 5 päeva jooksul.

§ 18. Joobeseisundi meditsiiniline tuvastamine vältimatu arstiabi osutamise käigus

- (1) Liiklusõnnetuses osalenud isiku toimetamisel vältimatu arstiabi saamiseks tervishoiuasutusse fikseerib arst ravidokumentides alkoholi, narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnused või nende puudumise, võimaliku joobeseisundi või selle puudumise. Kui isik on raskes tervises seisundis, võib piirduda bioloogiliste vedelike uuringutega.
- (2) Alkoholi, narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnuste või joobeseisundi tuvastamisel tuleb arstliku läbivaatuse tulemusel fikseerida alkoholilõhna olemasolu, samuti tasakaalu-, koordinatsiooni- ja artikulatsioonihäirete, nüstagmi, süstimisjälgede ning muu sellise olemasolu.
- (3) Arst väljastab teatise alkoholi, narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnuste või nende puudumise, joobeseisundi või selle puudumise kohta isiku enda, isiku esindaja, politsei, prokuratuuri või kohtu nõudmisel.
- (4) Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise akt ja/või bioloogiliste vedelike uuringu akt väljastatakse lõikes 3 nimetatud isikutele nõudmisel.

3. peatükk

JOOBEASTME MÄÄRAMINE JA SELLE MÄÄRAMISE OTSUSE VAIDLUSTAMINE

§ 19. Alkoholi joobe raskusastme määramine

- (1) Väljahingatava õhu või vereproovi alkoholisisalduse kontrollimisel jaotatakse alkoholi joobe raskusastmelt:

- 1) alkoholi tarvitamise tunnused – alkoholisaldus ühes liitris väljahingatavas õhus 0,10 kuni 0,24 milligrammi või 0,20 kuni 0,49 promilli veres; kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine ei ole sedastatav;
 - 2) kerge alkoholijoove – alkoholisaldus ühes liitris väljahingatavas õhus 0,1 kuni 0,75 milligrammi või 0,20 kuni 1,50 promilli veres ja kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine on sedastatav;
 - 3) keskmine alkoholijoove – alkoholisaldus ühes liitris väljahingatavas õhus 0,76 kuni 1,25 milligrammi või 1,51 kuni 2,5 promilli veres;
 - 4) raske alkoholijoove – alkoholisaldus ühes liitris väljahingatavas õhus rohkem kui 1,25 milligrammi või rohkem kui 2,5 promilli veres.
- (2) Alkoholijoobe meditsiinilisel tuvastamisel võib joobeastme määramise aluseks olla ka kliiniline leid.

§ 20. Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud seisundi raskusastmed

Narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud seisund jagatakse raskusastmelt:

- 1) narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamise tunnused, joovet ei esine: kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine ei ole sedastatav, bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringuga on kindlaks tehtud konkreetse aine (ainetegrupi) esinemine organismis;
- 2) narkootilise või psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud joove: kehaliste või psüühiliste funktsioonide ja reaktsioonide häirumine või muutumine on sedastatav, bioloogiliste vedelike laboratoorse uuringuga on kindlaks tehtud konkreetse aine (ainetegrupi) esinemine organismis.

§ 21. Arsti poolt joobeseisundi tuvastamise otsuse kohustuslikud formuleeringud

Arsti poolt joobeseisundi tuvastamise otsuse kohustuslikud formuleeringud on järgmised:

- 1) kaine; 2) alkoholi tarvitamise tunnused; 3) kerge alkoholijoove; 4) keskmine alkoholijoove; 5) raske alkoholijoove; 6) narkootilise/psühhotroopse aine tarvitamise tunnused, joovet ei esine; 7) narkootilise/psühhotroopse aine tarvitamisest põhjustatud joove; 8) keeldumine joobeseisundi tuvastamisest.

§ 22. Joobeastme määramise otsuse vaidlustamine

(1) Joobeastme määramise otsuse võib vaidlustada kohe pärast joobeseisundi tuvastamise akti või bioloogiliste vedelike uurimise akti tutvustamist, mille kohta isik või ametiisik teeb aktile märkuse.

(2) Vaidlustamise õigus on isikul ja joobe meditsiinilise tuvastamise tellinud asutusel.

(3) Vaie tuleb esitada maakondlikule liiklusmeditsiini komisjonile (edaspidi *liiklusmeditsiini komisjon*) 5 päeva jooksul pärast lõikes 1 nimetatud akti tutvustamist.

(4) Vaide ajaks jääb joobeastme määramise otsus kehtima.

(5) Vaie lahendatakse liiklusmeditsiini komisjonis 4 nädala jooksul, alates vaide esitamisest. Vajaduse korral kutsutakse vaide esitaja liiklusmeditsiini komisjoni täiendavateks uuringuteks.

(6) Liiklusmeditsiini komisjoni otsuse võib vaidlustada liiklusmeditsiini keskkomisjonis 10 päeva jooksul otsuse kättesaamisest arvates. Liiklusmeditsiini keskkomisjon vaatab vaide läbi 4 nädala jooksul vaide saamisest.

(7) Vaide lahendamise kohta tehakse liiklusmeditsiini komisjonis ja keskkomisjonis kirjalik motiveeritud otsus, mis väljastatakse vaide esitajale hiljemalt 5 päeva jooksul.

4. peatükk

RAKENDUSSÄTTED

§ 23. Joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise tagamine

Sotsiaalministeerium tagab tervishoiuasutuste poolt joobeseisundi meditsiinilise tuvastamise võimaluse ööpäevaringselt igas maakonnas.

§ 24. Õigusakti kehtetuks tunnistamine

Vabariigi Valitsuse 27. novembri 1992.a määrus nr. 326 «Joobeseisundi tuvastamise juhend» (RT 1992, 52, 652) tunnistatakse kehtetuks.