

OPIAATSÕLTUVUSE RAVIJUHHIS

SISUKORD

Sissejuhatus	2
Mõistete selgitused	4
Patsiendi uurimine enne ravi alustamist	5
Raviplaan ja ravikokkulepe	7
Mitteopiaatsete ravimite kasutamine opiaatsõltuvusega patsiendi ravis	8
Opiaatsõltuvusega patsiendi ravi asendusravimitega	10
Mittefarmakoloogilised raviviisid opiaatsõltuvuse ravis	14
Opiaatsõltuvusega patsiendi rehabilitatsioon	17
Opiaatsõltuvuse ravi iseärasused ja asendusravimite kasutamine lastel ja noorukitel	18
Opiaatsõltuvuse ravi iseärasused ja asendusravimite kasutamine rasedatel	25

SISSEJUHATUS

Käesolev ravijuhis täiendab ja täpsustab 2001 aastal valminud Narkomaania ravijuhist opiaatsõltuvuse ravi puudutavates küsimustes. Juhis on suunatud sõltuvuse raviga tegelevatele arstidele; samas püüab ravijuhis anda ka uue visiooni opiaatsõltuvusega patsientide ravi korralduse sellest poolest mis on tervishoiukorralduse pärusmaa. Juhis ei kajasta sõltuvusravi iseärasusi kinnipidamissüsteemis, kuivõrd seni puudub selles osas selge õiguslik regulatsioon; loodetavasti aitavad aga juhises väljendatud seisukohad kaasa sõltuvusravi küsimuste lahendamisele arestialustel ja vangidel. Jätsime käsitlemata ka polünarkomaania opiaatsõltuvuse ühe alaliigina kuivõrd tõenduspõhised seisukohad selle ravi korraldamisel pole üheselt selged.

Käesolev ravijuhis on uueks etapiks sõltuvusravi põhimõtete ja heade tavade harmoniseerimisel. Et sõltuvusravi ei arene ainuüksi koos meditsiiniteadusega, vaid seda mõjutavad ka riigi õiguskeskkond ja ühiskonna hoiakud, tuleb siin ette näha muudatuste jätkumist ka tulevikus.

Ravijuhis on valminud Tervise Arengu Instituudi ja Eesti Psühhiaatrite Seltsi töögrupi ühistöö tulemusena. Selle valmimisele on andnud oma panuse Ellu Eik, Anne Kleinberg, Milvi Igalaan, Jaanus Mumma ja Andres Lehtmets.

Senine kogemus opiaatsõltuvate patsientide ravi korraldamisel näitab selgeid puudusi nii töö korralduses kui ka kvaliteedis. Asendusravimite kasutuselevõttule oli aastaid tugev vastuseis arstkonna poolt, kus seda nähti kui ühe sõltuvuse asendamist teisega. Sotsiaalministeerium andis 1998. aastal välja määruse asendusravimite kasutamise nõuete kohta (SM määrus nr. 20 „Narkomaanide võõrutus ja asendusravi andmise ulatus erinevatel etappidel“), mis nägi nende kasutamise võimalused olemasolevas psühhiaatrilise abi süsteemis. Seoses HIV plahvatusliku levikuga alustati riigi poolt Global Fondi rahastamisel ja nende poolt antud tingimustel nn. kahjude vähendamisel põhinevat metadoon – asendusravi. Viimase põhimõtted olid seotud HIV leviku piiramise, mitte sõltuvuse ravi kui sellisega; eesmärk oli tõsta kordades metadoonravi saajate arvu ja teha seda võimalikult odava hinnaga. Teiselt poolt tõi Eesti liitumine Euroopa Liiduga kaasa arvestatava „ravimiturismi“ Soome, kuivõrd kehtiv kord lubas suurtes kogustes asendusravimite välja kirjutamist igale psühhiaatri vastuvõtule pöördujale. Senine asendusravimite kasutamist reguleeriv sotsiaalministri määrus oli seoses Tervishoiukorralduse seaduse vastu võtmisega tühistatud ja ametnikkond otsustas olukorra kontrolli alla saamiseks piirata teatud asendusravimite (buprenorfiin) väljakirjutamist nõudega alustada ravi haigla tingimustes ja jätta patsient sama arsti kontrolli alla. Hetkel kehtiv piirang on seotud sotsiaalministri määrusega „Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm“, mis jõustus 23.04.2006. Kahjuks ei ole seni riigi tasandil ette võetud arvestatavaid samme kohalike opiaatsõltuvate patsientide ravi võimaluste parandamiseks. Olukorda on vaid osaliselt leevendanud ühe kohaliku omavalitsuse - Tallinna linna - initsiatiiv asendusravi võimaluste loomiseks siinsetele patsientidele 2003. aastast ja eelpool nimetatud Global Fondi programm, mis lõpeb 2007 aasta sügisel.

Olulisemad probleemid opiaatsõltuvusega patsientide asendusravis on järgmised:

1. piiratud ravi kättesaadavus eriti just laste ja noorukite puhul, kus olemasolevad võimsused on selgelt ebapiisavad
2. puuduvad valikud erinevate asendusravi võimaluste osas (riigipoolne surve panustada vaid kõige odavamale, nn. toetava säilitusravi laiendamisse)

3. ravi järjepidevuse probleem: ravi katkeb kinnipidamisasutusse sattumisel, osad tervishoiuteenuste pakkujad võimaldavad ravile pääsu vaid siis, kui patsient selle ise kinni maksab ja valivad ravile võtmiseks patsiente oma suva järgi
4. kuritarvituste oht, mis on seotud ühelt poolt suure nõudlusega illegaalsel ravimiturul ja teiselt poolt ravimite väljastamise vähete piirangutega (neid saab retsepti alusel apteegivõrgust)

Kokkuvõttes puudub hetkel Eestis riigi poolt korraldatud sõltuvusravile orienteeritud asendusravi süsteem, mis vastaks kontrollitavatele kvaliteedinõuetele.

On selge, et väljapääsuks saab olla vaid riigipoolse regulatsiooni tugevdamine koos finantseerimise arvestatava paranemisega. Muude riikide praktika on näidanud, et on olemas erinevaid võimalusi asendusravi korraldamiseks. Nii näiteks Prantsusmaal on asendusravi ilma arvestatava omaosaluseta kättesaadav kõikidele ravi soovijatele ja selle tulemusel on nn. must turg asendusravimitele praktiliselt puudub. Samas meie naaberriigis Soomes reguleerib riik kindlate reeglite alusel asendusravi kuid selle kättesaadavus on piiratud ebapiisavate mahtude tõttu ja esineb nn. „ravimiturism“ naaberriikidesse, s.h. Eestisse. Riik peab tegema valiku, milline lähenemisviis aluseks võtta. Arvestades senist liberaalset tervishoiupoliitikat sõltuvusprobleemidega patsientide ravi korraldamisel ja patsientide piirideülest vaba liikumist on otstarbekas asendusravi korraldamise üldpõhimõtted teha võimalikult selged ja tagada nende praktikasse rakendamine läbi vastava finantseerimismehhanismi. Kuivõrd Eesti ravikindlustussüsteem ei võimalda sõltuvuse raviks vajalikku järjepidevust (arvestatav osa sõltlastest ei oma ravikindlustust) ega piisavaid kontrollmehhanisme selletüübilise ravi kvaliteedi üle, oleks otstarbekas luua narkomaania raviks vastav riiklik programm.

MÕISTETE SELGITUSED

1) *Opiatsõltuvuse ravi* on ravikokkuleppe alusel toimuv ravi opiaatsõltuvusest vabanemiseks või sõltlase vaevuste leevendamiseks ja ühiskonna kahjude vähendamiseks. Siia alla ei käi sõltlasele osutatav vältimatu abi eluohtlikus olukorras või ühekordne võõrutusnähtude leevendamine ilma ravikokkuleppeta edasise ravi jätkamise osas. Samuti ei loeta opiaatsõltuvuse raviks vaevuste leevendamist opiaatsõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendavad põhihaiguse ravi.

2) *asendusravim* on opiaatagonistliku toimega preparaat - metadoon, buprenorfiin või sama toimega kombineeritud toimeaineid (buprenorfiin + naloksoon) sisaldav ravimpreparaat, kui see on kasutusel opiaadisõltlase võõrutus-, asendus- või toetavas säilitusravis. Siia alla ei käi buprenorfiini või metadooni sisaldavate ravimpreparaatide kasutamine täiendava ravina opiaadisõltlase kehalise haiguse ajal olukorras, kus võõrutusnähud halvendavad tema kliinilist olukorda või raskendavad ravi ega metadooni kasutamine valuvaigistina onkoloogiliste haiguste raviks.

3) *asendusravimiga võõrutusravi* on maksimaalselt kuu aega kestev opiaadisõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtavat ravi, milles kasutatakse asendusravimeid;

4) *asendusravi* on opiaadisõltlase sõltuvusest vabanemiseks tehtavat ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu;

5) *toetava säilitusravi* on opiaadisõltlase ravi, milles kasutatakse asendusravimeid, mis kestab kauem kui üks kuu ning mille põhieesmärk on kahjude vähendamine ja patsiendi elukvaliteedi parandamine. Toetav säilitusravi ei sea eesmärgiks sõltuvusest vabanemist ega patsiendi töövõimelisuse taastamist.

PATSIENDI UURIMINE ENNE RAVI ALUSTAMIST

Ravi alustamiseks vajalik patsiendi uurimine erineb mõnevõrra tavameditsiini praktikast. Oluline on koguda piisavalt andmeid patsiendi seisundi, sõltuvuse iseloomu ja ravi läbiviimist mõjutavate taustategurite osas. Patsiendi uurimine peaks sisaldama:

1. uimasti tarvitamise detailset anamneesi,
2. üldmeditsiinilist ja psühhiaatrilist anamneesi,
3. pere ja sotsiaalset anamneesi,
4. õigusrikkumiste anamneesi,
5. objektiivset uurimist.

1. Uimasti tarvitamise detailne anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada:

- a. missugust uimastit/uimasteid patsient käesolevalt tarvitab,
- b. millal ta käesolevalt tarvitavat uimastit/uimasteid tarvitama hakkas,
- c. missugused on käesolevalt tarvitatavad uimasti/uimastite kogused ja sagedus,
- d. missugune on uimasti/uimastite manustamisviis,
- e. kas on esinenud uimasti üledoseerimist,
- f. missugused sümptomid tekivad uimasti mittedoseerimisel, kas esinevad võõrutusnähud,
- g. missugused on patsiendi ootused uimasti/uimastite mõju suhtes,
- h. missugune on käesolevalt tarvitatava uimasti/uimastite mõju, tavalised emotsionaalsed ja käitumuslikud reaktsioonid uimasti/uimastite toimele,
- i. kellega ja missugustes olukordades uimastit tarvitab,
- j. kas tema tuttavad /sõbrad tarvitavad uimasteid ja kuidas nad suhtuvad uimastite tarvitamisesse,
- k. milline on patsiendi käitumine ilma uimasti mõjuta,
- l. missugused on uimasti tarvitamise otsesed ja kaudsed tagajärjed toimetulekule erinevates valdkondades nagu suhted pereliikmete ja sõpradega, töö (kool), vaba aja veetmine
- m. kas on püüdnud uimasti tarvitamist lõpetada, missugused asjaolud on takistanud uimasti tarvitamise lõpetamist,
- n. kas on varasemalt osalenud raviprogrammis uimastite tarvitamisest loobumiseks, missugused olid tulemused,
- o. kui suured on kulutused uimastile/uimastitele ja teistele mõnuainetele (alkohol, tubakas),
- p. millal esimest korda psühhoaktiivseid aineid tarvitas ja milliseid (s.h. tubaka ja alkoholi tarvitamine),
- q. millistel asjaoludel toimus üleminek ühelt tarvitatavalt ainelt teisele ja kui kiiresti see toimus,
- r. kas keegi pereliikmetest tarvitab või on tarvitanud psühhoaktiivseid aineid, milliseid ning on see kaasa toonud probleeme perele.

2. Üldmeditsiiniline ja psühhiaatriline anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada:

- a. uimastite tarvitamisest tingitud tüsistused nagu abstsessid süstekohal, tromboflebiit, viirushaigused, menstruatsioonihäired, kõhnumine,
- b. nakatumine B ja /või C hepatiidi viirusega,
- c. nakatumine HIV-ga,
- d. suguhaiguste, tuberkuloosi esinemine,
- e. traumade esinemine,
- f. krooniliste somaatiliste haiguste põdemine,
- g. psüühika- ja/või käitumishäirete esinemine varasemas eas,
- h. varasem psühhiaatriline ravi,

- i. enesetapakatseid, s.h. uimasti tahtlikku üledoseerimised enesetapu eesmärgil,
- j. käesolevalt võimaliku kaasuva psüühika- või käitumishäire olemasolu.

3. Pere ja sotsiaalse anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada:

- a. kas patsient elab perekonnaga, kes selle moodustavad,
- b. missugused on pereliikmete vahelised suhted,
- c. missugune on pere üldine sotsiaalne ja majanduslik toimetulek,
- d. patsiendi enda sotsiaalne toimetulek
- e. töökoha olemasolu
- f. eluaseme olemasolu
- g. materiaalne olukord, võlgade olemasolu

4. Õigusrikkumiste anamneesi kogumisel tuleks välja selgitada

- a. kas on esinenud õigusrikkumisi, missuguseid ja millised on olnud määratud karistused,
- b. kas õigusrikkumised on sooritatud uimasti tarvitamise/hankimisega seoses, uimasti mõju all,
- c. kas käesolevalt on patsiendi suhtes algatatud uurimine seoses õigusrikkumisega

Eelpool nimetatud informatsiooni saamiseks tuleb võimalusel lisaks patsiendile küsitleda tema pere liikmeid ja sotsiaaltöötajaid, küsida väljavõtte perearstilt ning varasema raviga seotud raviasutustest. Patsient peab olema teadlik tema kohta käiva informatsiooni hankimisest teistelt isikutelt ning andma selleks nõusoleku.

5. Objektiivne uurimine

- a. **Üldise tervisliku seisundi hindamine** : eraldi tuleks tähelepanu pöörata toitumusele, naha ja limaskestade seisundile (süstejljed nahal, pehmete kudede põletikud, nahalööbed, ninaverejooksud, kurgumandlite seisund, hammaste seisund), südamegevusele (pulsitaitumus, südametoonide kõrvalkahinad, vererõhk) ja hingamisfunktsioonile (raskendatud väljahingamine, pidev köha sekreeidi eritumisega).
- b. **Psüühilise seisundi hindamine** : eraldi tuleks tähelepanu pöörata muutustele psüühilises seisundis ja käitumises mis võivad olla tingitud uimasti otsesest mõjust (ainele iseloomulik toime ja võõrutussündroom) või uimasti korduva või pikaajalise tarvitamise tagajärgedest. Opiatidele iseloomulik toime avaldub intensiivse lühiajalise eufooria, millele järgneb sügav rahutunne (võib kesta mitu tundi), millele omakorda järgneb unisus, meeleolu kõikumine, motoorne pidurdatus ja apaatia. Opiatidest tingitud võõrutussündroomile on iseloomulik düsfooria ja ärrituvuse süvenemine, rahutu uni, tugev tung jätkata aine manustamist ning autonoomse närvisüsteemi ületalitlus (südamepekslemine, lihasvärinad, higistamine, piloereksioon, suurenenud pisaravool, iiveldus ja oksendamine, kõhulahtisus). Opiatide pikaajalisel tarvitamisel võivad ilmneda tähelepanuvõime halvenemine, meeleolu kõikumine või püsiv alanemine, ärrituvus ja düsfooria, emotsionaalne ebastabiilsus, impulsiivsus. Vajadusel võib patsiendi kognitiivse funktsiooni, vaimse arengu taseme või isiksuse hindamiseks läbi viia vastavad psühholoogilised uuringud.
- c. **Laboratoorsed uuringud** : olulisemad on
 - kliiniline vere ja uriini analüüs,
 - maksa ja neeru funktsiooni näitajad,
 - B ja C hepatiidi markerid,
 - HIV vastaste antikehade määramine,
 - uimastisisalduse kvalitatiivne määramine uriinis (vajadusel)

RAVIPLAAN JA RAVIKOKKULEPE

Ravi alustamisele eelneb ravikokkuleppe sõlmimine patsiendiga. Ravikokkulepe põhineb raviplaanal. Raviplaani lähtub patsiendi ravivajadustest ning arvestab tema soovide ja eelistustega ravi osas. Raviplaani sätestab ravi eesmärgid ja alameesmärgid; need tuleks sõnastada patsiendile arusaadavalt ja samas piisavalt konkreetsetelt ravi edukuse edaspidiseks hindamiseks. Hea raviplaani peaks sisaldama jõukohaseid eesmärke. Raviplaani tuleb kindlate ajavahemike järel (soovitavalt vähemalt kord poole aasta jooksul) koos patsiendiga üle vaadata, hinnata saavutatud tulemusi ja vajadusel viia raviplaani sisse muudatused.

Ravi põhieesmärgiks on seatud enamasti uimastite tarvitamisest loobumine, mis on aluseks seisundi stabiliseerumisele ja igakülgsel elukvaliteedi paranemisele. Samas on ka patsiente, kelle puhul uimastist loobumine ei ole realistlik. See ei tähenda, et ravi ei oleks mõttekas. Sõltuvus on käsitletav kroonilise haigusena, mille puhul ka seisundi osaline paranemine ja remissioonide pikenemine on oluliseks kergenduseks nii patsiendile, tema lähedastele kui laiemalt kogu ühiskonnale.

Opiatsõltuvuse ravi on kompleksne ja eeldab nii farmakoloogiliste kui ka mittefarmakoloogiliste raviviiside kompleksset kasutust. Sõltuvalt eesmärgist kasutatakse farmakoteraapiat kas võõrutusravina (asendusravimi või muude ravimpreparaatide abil) või asendusravina / toetava säilitusravina (kasutusel on asendusravim).

Enne ravi algust tuleb patsiendiga sõlmida kirjalik ravikokkulepe. Kokkuleppes fikseeritakse ravi läbiviimise tingimused, s.h. ka kriteeriumid ravi katkestamiseks ja osapoolte õigused ning kohustused (näiteks toksikoloogiline kontroll illegaalsete uimastite kasutamise tuvastamiseks). Kui patsiendi ravi korraldab ravimeeskond või kui ravi aitab toetada tugiisik, tuleks ka see ravikokkuleppes ära näidata.

Ravikokkuleppe rikkumine on aluseks raviasutuse poolseks ravilepingu lõpetamiseks.

MITTEOPIAATSETE RAVIMITE KASUTAMINE OPIAATSÖLTUVUSEGA PATSIENDI RAVIS

Mitteopiaatsed ravimid on opiaatsõltuvuse korral kasutusel eeskätt võõrutusravis. Kui opiaatsõltuvusega kaasub mõni muu psüühikahäire, lähtutakse selle ravis vastava seisundi tõendus põhiseest farmakoteraapiast (näiteks antidepressantide kasutamine meeleoluhäirete ravis). On kasutusel ka spetsiifilisi relapsi vältimisele suunatud raviviise (naloksooni kasutamine), mis ei ole Eesti praktikas levinud.

Järgnevalt on kirjeldatud enamlevinud mitteopiaatse toimega ravimite kasutamise viisid opiaatsõltuvusega patsientide võõrutusnähtude ravis.

1. 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 annused.

2. Karbamasepiin

Ravimit on praktikas kasutatud küllaltki efektiivse vahendina opiaatvõõrutusseisundi leevendamiseks. Esimestel päevadel toimub patsiendi seisundi stabiliseerimine, millele järgneb annuse langetamine nädala jooksul. Võõrutusravi karbamasepiiniga vajab tavaliselt täiendavate sümptomaatiliste vahendite kasutamist. Teda võib kombineerida ka klonidiiniga. Karbamasepiini manustamise üks võimalikest skeemidest on järgmine:

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

3. Naloksoon

Naloksooni kasutatakse ülikiire detoksifikatsiooni läbiviimisel. Ravimiga tõrjutakse opiaat retseptoritelt välja. Kuna meetodiga kaasnevad eriti intensiivsed võõrutusnähud, kasutatakse seda

anesteesia tingimustes (meetodi kasutamine eeldab intensiivravi tingimuste olemasolu - kunstliku hingamise võimalus, organismi eluliste funktsioonide monitooring)

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

4. Muud ravimid sümptomaatiline ravina võõrutussümptomite leevendamisel

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

- a. valude vastu mittesteroidsed põletikuvastased preparaadid (ibuprofeen) või nõrgemad opiaatsed valuvaigistid (tramadool, ketobemidoon, kodeiini sisaldavad ravimid)
- b. iivelduse ja oksendamise korral metoklopramiid
- c. kõhulahtisuse vastu loperamiid
- d. 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.

OPIAATSÖLTUVUSEGA PATSIENDI RAVI ASENDUSRAVIMITEGA

Asendusravimite kasutamine opiaatsöltuvusega patsientide ravis eeldab lisaks tavapärastele nõuetele tervishoiuteenuse kvaliteedile ja kättesaadavusele ka teatud erinõuete täitmist. Söltuvushäiretega patsiendid vajavad ravile tulekuks ja raviprotsessis püsimiseks motiveerimist ja toetust. Ravi on pikaajaline, mille tõttu ravi järjepidevuse tagamiseks tuleb pöörata erilist tähelepanu. Asendusravimite kuritarvitamine ja illegaalne müük on tõsiasjad, millega tuleb ravi korraldamisel arvestada. Lisaks turvalisuse probleemidele (söltuvushaigete seas on vägivaldse käitumisega ja kriminaalse taustaga isikuid) ähvardab personali ka tavapärasest suurem läbipõlemine. Töö söltuvushaigetega eeldab vastavat väljaõpet ja töötajate superviseerimist (töö juhendamist), soovitatavalt ka töötajate psühhoterapeutilist toetust.

Järgnevad asendusravi korralduse põhimõtted lähtuvad Soome vastavasisulisest regulatsioonist (Sotsiaal- ja Tervishoiuministeeriumi määrus nr 289 opiaadisötlaste võõrutus-, asendus- ja hooldusravi kohta teatud ravimite abil; Helsingi 15. aprillil 2002) ja on kohandatud sobivaks Eesti olukorrale. Siinjuures tuleb veel kord rõhutada, et asendusravi korraldus eeldab lisaks ravijuhisena esitatud nn. headele ravitavadele ka seadusandlikku regulatsiooni ja finantseerimist vastava riikliku programmi näol. Hetkel vastav süsteem Eestis puudub.

1. Valikukriteeriumid raviks asendusravimitega

Ravi alustamine asendusravimiga peab põhinema kaalutletud otsusel, mis järgib arstiteaduslikke põhimõtteid ja arvestab raviga seotud sotsiaalseid tagajärgi. Asendusravimite kasutamine ei ole ainus võimalus opiaatsöltuvusega patsientide ravimisel. Episoodiliste opiaatide kasutajate ja välja kujunemata söltuvusega patsientide ravi peaks algama psühho–sotsiaalsetest sekkumistest, millele vajadusel lisanduvad mitte-opiaatsed valuvaigistid ja/või muu medikamentoosne ravi. Asendusravimitega ravi tuleks alustada vaid sellise patsiendi puhul, kes ei ole suutnud opiaatide tarvitamisest teaduslikult põhjendatud ja üldtunnustatud ravi- ja menetlusviise järgides võõrduda.

Tagada tuleb ravi järjekestvus, ravi jätkumine söltumata patsiendi sotsiaalsest staatusest, kindlustatusest, sattumisest kinnipidamisasutusse või muudest ravitegevusse mittepuutuvatest küsimustest. Ravi eest tasumise kord (omavastutus) peab olema samadel tingimustel kogu ravi vältel ja soovitatavalt ühesugune kõikides ravikeskustes, vältimaks patsiendi rahalistest raskustest tingitud ravi katkestamist.

Asendusravimiga võõrutusravile, asendusravile või toetavale säilitusravile pöördujad registreeritakse sarnaselt muude söltuvusravile pöördujatega Narkomaaniaravi andmekogus.

Võõrutusravi eeldab patsiendilt head motivatsiooni ja psühho-sotsiaalse toetuse olemasolu. Korduv (üle kahe korra sama aasta vältel) võõrutusravi ei ole enamasti tulemuslik, vaid kaaluda tuleks asendusravi alustamist. Asendusraviga tuleks alustada kohe nende patsientide puhul, kel on väljakujunenud söltuvussündroom koos suurte uimastiannuste kasutamisega, täiendavad riskfaktorid (HIV nakkus või raske kehaline haigus) ja nõrk psühho-sotsiaalne toetusvõrgustik.

Toetavat säilitusravi tuleks alustada vaid sellise patsiendi puhul, keda pole kas korduvate võõrutusravi episoodide või vähemalt 6 kuud kestnud asendusravi käigus olnud võimalik narkootikumide tarvitamisest võõrutada ega tema ravimotivatsiooni tõsta; kes on HIV positiivsed ja kelle puhul saab toetava säilitusravi abil tõenäoliselt vältida nakkushaiguste levimist ja teisi tervisehädasid ning kelle

elukvaliteeti saab nõnda parandada. Toetava säilitusravi ajal saab vajadusel teha ettevalmistusi keerukamaks taastavaks asendusraviks.

2. Opiatsõltuvusega patsientide ravi läbi viimine asendusravimi kasutamisel

Opiatsõltuva patsiendi võõrutus-, asendus- ja toetava säilitusravi vajadust hinnatakse vastava kvalifikatsiooniga ravimeeskonna poolt. Ravimeeskonda kuulub psühhiaater, psühholoog, sotsiaaltöötaja ja (vähemalt üks) õde; meeskonnal peab olema tööks sõltuvushaigetega vastav ettevalmistus. Ravi alustamisele eelneb kirjaliku otsusena vormistatud hinnang vastava ravi vajaduse kohta.

Patsient peab olema informeeritud ravi põhimõtetest ja tingimustest; patsiendiga sõlmitakse kirjalik ravileping. Patsiendid, kelle ravi algus viibib, võetakse järjekorda.

Opiatsõltuva patsiendi asendusravi põhineb raviplaanel, milles näidatakse lisaks asendusravimitele ära ka patsiendi muu meditsiiniline ja psühhosotsiaalne ravi ning järelevalve ravi läbiviimise üle (toksikoloogiliste testide kasutamine ravirezhiimi täitmise kontrollimiseks jne). Raviplan peab olema seotud patsiendi ja ravi teostaja vahelise ravilepinguga.

Ravi alustatakse kesk- või regionaalhaigla psühhiaatriateenistuse sõltuvusravi üksuses või sõltuvusraviga tegelevas psühhiaatriaiglas. Antud tegevus ei eelda psühhiaatria voodikohtade olemasolu, kuid vajalik on haigla poolt tagatavad diagnostilised ja muud raviteenused, ravikvaliteedi kontroll ja logistiline toetus. Tervishoiuamet võiks tingimuste olemasolul anda loa opiaatsõltuvate patsientide raviks asendusravimitega ka muudele tervishoiuteenuste osutajatele. Seni vastav õiguslik regulatsioon puudub.

Eelpoolnimetatud tingimustel alustatud ravi võidakse jätkata koostöös ravi alustanud haiglaga ka muu tervishoiuteenuse osutaja juures (perearst, vanglasüsteemi meditsiiniüksus), kus selleks on olemas vastavad tingimused. Asendus- ja säilitav toetusravi tuleks pika kestuse tõttu üritada tuua võimalikult patsiendi elukoha lähedale (soovitavalt peale 6 – 12 kuud kestnud ravi sellega alustanud haigla juures).

Otsuse asendusravimi valikuks teeb võõrutus-, asendus- või toetavat säilitusravi alustanud haigla arst ja seda ravimit ega selle annust ei saa ilma vastava arstiga kooskõlastamata jätkuravi käigus muuta. Patsient võtab asendusravimit meditsiinitöötaja vahetu kontrolli all (nn. otseselt kontrolliava ravi - OKR põhimõte). Kui patsient on asendus- või toetava säilitusravi käigus täitnud ravirezhiimi nõudeid, võidakse võib talle kaasa anda lisaks kuni kahe ööpäeva annusele vastav ravimihulk esimese 6 ravikuu vältel (kuid mitte üle ühe korra nädalas) ja edasi maksimaalselt kaheksa ööpäeva annusele vastav ravimihulk. Ravimid antakse kaasa pakendatult ja pakend peab olema varustatud patsiendi nimega.

Asendusravimiga võõrutuseks, asendus- ega toetavaks säilitusraviks määrata retsepti alusel apteegist väljastatavat ravimit.

3. Metadoon asendusravimina opiaatsõltuvuse raviks

Metadoon on sünteetiline opiaatagonist, mis seondub ajus peamiselt μ -retseptoritega, vähem κ - ja σ -retseptoritega. Metadoon vähendab efektiivselt opiaatvõõrutuse vaevusi 12 kuni 24 tunniks, tungi uimasti tarvitamise järele ja blokeerib teiste opiaatide toime. Metadoon on kasutusel suukaudse lahuse (enamasti 1mg/ml) ja tablettidena (20 mg). Biosaadavus ulatub metadoonil 40-100%.

Metadoon metaboliseerub maksas, 50 % eritub uriiniga, 10 . . . 45 % roojaga. Kuna metadoon on kõrge lipofiilsusega, vabaneb ta kudedest (s.h. maksast) aeglaselt, mistõttu liiga kiirel annuse tõstmisel esineb oht metadooni kuhjumiseks organismis ja ohtlike kõrvaltoimete tekkimiseks. Metadooni plasmakontsentratsioon ei peegelda alati adekvaatselt tema kuhjumist organismis, see tähendab, et vaatamata madalale plasmakontsentratsioonile võib metadooni sisaldus kudedes olla kõrge. Seepärast on ravi käigus, eriti algfaasis, alati vaja hoolikalt jälgida patsiendi seisundit, et vältida üledoseerimist.

Metadooni annustamine opiaatsõltuvuse ravis on individuaalne. Keskmised annused on tavaliselt vahemikus 60 -120 mg päevas, kuid erandlikud ei ole ka päevased annused 200 mg ja rohkem.

Ravi alustatakse annusega 10 . . . 20 mg päevas, annust suurendatakse 10 . . . 20 mg kaupa, jälgides ärajätunähtude puudumist ja mürgistusnähtude võimalikku ilmnemist. Asendusravi ja toetavas säilitusravis on hoitakse annus eeltoodud kriteeriumitest lähtuvalt stabiilsena. Võõrutusravis alustatakse annuse järk-järgulist langetamist.

Metadooni üledoseerimine põhjustab väljendunud hingamise supressiooni kuni hingamise seiskumiseni. Üledoseerimise selgumisel jälgida hingamis- ja südamegevust vähemalt 48 tunni jooksul, tagada reanimatsiooni võtete ja intensiivravi olemasolu eluohtliku hingamissupressiooni väljakujunemisel ning manustada naloksooni.

Metadooni kasutamise vastunäidustused on ülitundlikkus metadooni suhtes, hingamispuudulikkus, äge bronhiaalastma, paralüütiline iileus, raske maksapuudulikkus, raske neerupuudulikkus.

Metadooni ei tohi manustada koos kesknärvisüsteemi depressantidega (opiaatanalgeetikumid, fenotiasiinid, bensodiasepiinid, uinutid, alkohol), kuna suureneb oht hingamissupressiooni, hüpotensiooni, sedatsiooni tekkimiseks, nimetatud ravimite koosmanustamisel metadooniga on registreeritud ka surmajuhtumeid.

Metadooni sagedasemad kõrvaltoimed on eufooria esimestel ravinädalatel (hiljem võib avalduda kerge tuju tõstev toime), unisus, uimasus, hüpotensioon, kõhukinnisus, iiveldus, oksendamine, ebamäärane kõhuvalu, isutus, rohkenenud higistamine, unetus, hirmutavad unenäod, peavalu, asteenia, tursed, liibido langus. Harva esinevateks kõrvaltoimeks on hallutsinatsioonid, südame rütmihäired ja QT intervalli pikenemine. Üksikutes uuringutes on leitud, et pikaajaline asendusravi metadooniga on põhjustanud kergeid kognitiivse funktsiooni häireid ja sooritusvõime halvenemist.

Enamus kõrvaltoimetest mööduvad esimestel ravinädalatel, kuid rohkenenud higistamine ja kõhukinnisus võivad püsida kuid.

4. Buprenorfiin asendusravimina opiaatsõltuvuse ravis

Buprenorfiin on opiaatide agonist/antagonist, mis seondub aju μ - retseptoritega (agonistlik toime) ja κ -retseptoritega (antagonistlik toime). Selle aktiivsuse põhjuseks opiaatide säilitusravis peetakse aeglaselt pöörduvat sidet μ -retseptoritega, mis pikema aja jooksul võib vähendada sõltuvate patsientide vajadust uimasti järele.

Kasutusel on buprenorfiini keelealused tabletid (0.4 mg, 2 mg ja 8 mg), sellise manustamisviisi korral on ravimi biosaadavus parem, võrreldes traditsioonilise per os manustamisega. Tabletid lahustuvad keele all 5-10 minuti jooksul. Buprenorfiin metaboliseerub maksas, eritub peamiselt roojaga (80% ravimist), ülejäänud osa uriiniga.

Asendusravis taotletav stabiilne buprenorfiini annus (väikseim toimiv annus) on igale patsiendile individuaalne. Ravi alustatakse buprenorfiini annusega 0.4 mg . . . 2 mg ühekordse päevase annusena. Buprenorfiini algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti annuseid, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel patsiendi tolerantsust ravimile. Tuleb arvestada, et tarvitatava uimasti suhtes kujunenud tolerantsus ei eelda sarnase tolerantsuse olemasolu buprenorfiini suhtes. Seetõttu on soovitatav alustada ravi buprenorfiini madalamate annustega. Kui patsient ei ole läbinud võõrutust võib esimese buprenorfiini annuse anda mitte enne kui neli tundi pärast viimase opiaadi annuse manustamist

või esimeste võõrutussümptomite ilmnemisel. Buprenorfiini annust tõstetakse 3-5 päeva pärast 2 ... 6 mg-ni päevas. Peale igakordset annuse tõstmist tuleb hinnata võõrutussümptomite esinemist ja patsiendi üldist kliinilist seisundit ravimist tingitud kõrvaltoimete ja talumatuse välja selgitamiseks. Annust tõstetakse seni, kuni jõutakse stabiilse annuseni. Keskmise buprenorfiini asendusravi annus on 8 mg päevas, maksimaalne lubatud päevane annus on 16 mg.

Buprenorfiinravi järsk katkestamine põhjustab hilinenud võõrutussündroomi tekke.

Üledoseerimisel üldjuhul eluohtlikku hingamise supressiooni ei teki. Eluohtlike seisundite tekkimist ja surmajuhtumeid on täheldatud üksikutel juhtudel, kui buprenorfiini on manustatud pareneteraalselt koos bensodiasepiinidega. Üledoseerimise selgumisel jälgida hingamis- ja südamegevust vähemalt 48 tunni jooksul, tagada reanimatsiooni võtete ja intensiivravi olemasolu eluohtliku hingamissupressiooni väljakujunemisel ning manustada naloksooni. Üledoseerimisega võib kaasneda oksendamine, seetõttu tuleb jälgida, et ei toimuks oksemasside aspiratsiooni hingamisteedesse. Buprenorfiini veeni kaudu manustamisel on täheldatud maksakahjustuse juhtumeid maksaensüümide mõõdukast tõusust tõsise ägeda hepatiidini.

Buprenorfiini kasutamine on vastunäidustatud ülitundlikkuse korral buprenorfiinile, alla 15-aastastel lastel, raske hingamispuudulikkuse korral ja raske maksapuudulikkuse korral. Buprenorfiini ei tohi kasutada koos metadooni ja opiaatanalgeetikumidega, kuna kutsuvad esile võõrutussündroomi tekkimise.

Buprenorfiini sagedasemad kõrvaltoimed on unetus, peavalu, minestamine, pearinglus, ortostaatiline hüpotensioon, kõhukinnisus, iiveldus, oksendamine, asteenia, uimasus, higistamine. Buprenorfiini harvad kõrvaltoimed on hallutsinatsioonid ja hingamise supressioon.

5. Buprenorfiini ja naloksooni kombineeritud preparaati opiaatsõltuvuse ravis.

Eestis on asendusravimina registreeritud buprenorfiini ja naloksooni kombineeritud preparaati, mille eeliseks buprenorfiini ees peetakse euforiseeriva toime puudumist veenisisesel manustamisel (mis on üks buprenorfiini võimalikke kuritarvitamise viise). Eestis kliiniline kogemus antud preparaadi kasutamisel esialgu puudub ja tema määramine asendusravimina lähtub käesolevas ravijuhises toodud üldistest põhimõtetest.

MITTEFARMAKOLOOGILISED RAVIVIISID OPIAATSÖLTUVUSE RAVIS

Mittefarmakoloogilised raviviisid opiaatsõltuvuse ravis on erinevad psühholoogilised sekkumised ja psühhoteraapiad, mille eesmärgiks on aidata patsiendil muuta mõtte- ja eluviisi nii, et ta suudaks loobuda uimastite kasutamisest. Mittefarmakoloogilist ravi võib kasutada nii iseseisva lähenemisena patsiendi probleemidele kui ka kombinatsioonis farmakoteraapiaga. Asendusravis on mittefarmakoloogilistel raviviisidel oluline roll, enamasti koos sotsiaalterapeutiliste sekkumistega..

Mittefarmakoloogilised raviviisid eeldavad ravi pakkujalt vastavat väljaõpet; jälgida tuleb ka muid ravikvaliteedi tagamise nõudeid (ravi läbi viimise koht, sagedus jm. tingimused, supervisiooni olemasolu jms). Ometi on ravi korralduse seisukohalt selliste raviviiside rida eeliseid: puudub vajadus neid siduda rangelt raviasutusega, teenuse pakkujate väljaõpe on lühem ja odavam kui farmakoloogilise ravi puhul jne. See kõik annab võimaluse mittefarmakoloogiliste raviviiside kättesaadavuse märgatavaks parandamiseks, kui vaid selleks oleks riigi poolne huvi ja koordineeritud toetus.

1. Motiveeriv intervjuu ja muutuste mudel

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 kliinitsistile 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 ambivalentsetl. 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). Igas staadiumis võib tekkida tagasilangus, mil patsient pöördub tagasi eelmiste staadiumide juurde. Tagasilangusesse ei tule suhtuda kui läbikukkumisse, vaid kui õpetlikku kogemusse, mis aitab kaasa õnnestumisele järgmisel korral. 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 võõrutus- või asendusravi määramiseks uimastite kuritarvitajale, kes on kaalutlemiseelses staadiumis. Klinitsisti 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.

2. Kognitiiv-käitumisteraapia

Relapsi vältimiseks on psühhoteraapiate hulgast sagedamini kasutatav kognitiiv-käitumisteraapia. Enamus selle teraapia meetodeid on ühtlasi relapsi ennetamise strateegiad. Relapsi ärahoidmisel võib eristada kolme osa:

- a. 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 olukordi vältida ja kasutada stiimulikontrolli ning kõrvalejuhtimise strateegiaid.
- b. 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.
- c. 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 sügavamalt identiteedi muutust.

3. Grupiteraapia

Sõltuvushäirete puhul on grupiteraapias 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 pikaajsetes raviprogrammides. Grupiteraapia aluseks võivad olla erinevad psühhoteraapia koolkonnad (psühhodünaamiline, humanistlik, kognitiiv-käitumuslik, psühhodraama jne).

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.

OPIAATSÕLTUVUSEGA PATSIENDI REHABILITATSIOON (TAASTUSABI)

Erinevatel rehabilitatsioonivõtetel on oluline roll uimastisõltlase toimetulekuoskuste parandamisel ja uimastitest vaba elu toetamisel. Erinevad rehabilitatsiooni võtted on kasutusel kogu raviprotsessi vältel. Rehabilitatsioon selle sõna kitsamas tähenduses algab pärast seda, kui sõltlane ei kasuta enam narkootikume ja on lõpetanud asendusravi. Sõltlaste rehabilitatsioon on kõige efektiivsem spetsiaalsetes päevakeskustes ja ravikommunides. Rehabilitatsioon ei eelda seostamist raviteenuse pakkujaga.

Spetsiaalses ravikommunis on tagatud ööpäevaringne uimastivaba keskkond Ravikommunis viibitakse tavaliselt üks aasta. See aeg jaguneb kolmeks etapiks, milles esimeses harjutatakse elanikku ravikommuni rutiiniga, teises õpetatakse teda mõistma narkootikumisõltuvuse põhjuseid ja kolmandas valmistatakse teda ette edasiseks toimetulekuks. Igapäevane tegevus ravikommunis toimub gruppidega, mida juhivad ravikommuni elanike hulgast valitud isikud. Töötatakse välja spetsiaalsed rutiinid eesmärgiga ennetada destruktiivset käitumist. Õppimine ja tööoskuste omandamine moodustab programmi teisest poolest olulise osa. Peale üheaastast viibimist ravikommunis peaks ravikommuni elaniku üle viima järgmisesse re-integratsiooniprogrammi, mille puhul talle antakse omaette elamiskoht. Ravikommuni elanikud saavad osaleda õppeprogrammis ja alustada tööpraktikaga.

Ravikommunide personali on oma kvalifikatsiooni võib olla erinev; seejuures ei ole vajalik meditsiinilise haridusega spetsialistide 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 ravikommuni tööd majandavad ravikommuni elanikud ise, siis on seal toimuv ravi suhteliselt odav.

Erinevalt ravikommunist on päevakeskuse kliendil säilinud vaba positiivne side ühiskonnaga. Tavaliselt elab ta oma perekonnaga ja ei ole veel muutunud ühiskonna heidikuks. Et sõltlase ravi päevakeskuses oleks edukas, on vaja sellesse protsessi hõlmata ka tema perekonnaliikmed. 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. Rühmatöö on ravi oluline osa. Klientide kohuseks on hoida päevakeskus korras ja valmistada endale ise süüa. Nad töötavad meeskondades, mida juhivad üks nende hulgast valitud klient. 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.

Soovitavalt on päevakeskuses korraga ravil umbes 20 klienti. Personal koosneb tavaliselt osalise tööajaga psühholoogist ja/või psühhiaatrist, sotsiaaltöötajast, osalise tööajaga õpetajast ja rühmajuhtidest (nendeks võivad olla ka näiteks kunagised narkomaanid, kes on läbinud eduka võõrutusprogrammi). Ühtlasi võib personali hulka kuuluda ka osalise tööajaga loometerapeut.

Päevakeskuse üks raviprogramm kestab umbes 1,5 aastat.

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.

OPIAATSÕLTUVUSE RAVI ISEÄRASUSED JA ASENDUSRAVIMITE KASUTAMINE LASTEL JA NOORUKITEL

1. Opiatsõltuvuse ravi iseärasused lastel ja noorukitel

Konfidentsiaalsus ja nõusolek ravi alustamiseks.

Ravimeeskond peab järgima lapse/nooruki poolt aktsepteeritud konfidentsiaalsuse nõuet kogu raviprotsessi vältel.

Lapsed ja noorukid on koostöövalmimad, kui nad teavad, et kogu nende poolt ravimeeskonnale avaldatud informatsiooni ei anta edasi vanematele. Enne patsiendi küsitlemist peab ravimeeskonna liige talle täpselt selgitama, missugust informatsiooni on ta kohustatud edasi andma ja kellele. Tüüpiliseks selliseks olukorraks on ravimeeskonna liikme kohustus teavitada vanemaid lapse/nooruki käitumisest, mis on või võib osutada ohtlikuks tema enda või teiste tervisele ja elule. Ravimeeskonna liikmed peavad kogu raviprotsessi vältel julgustama patsienti jagama vanematega informatsiooni oma uimasti tarvitamise ja sellest tingitud tagajärgede kohta. Seejuures ei tohi talle selleks liigset survet avaldada ega siduda vajaliku ravi osutamist vanematele informatsiooni jagamisega. Konfidentsiaalsuse nõuet eirates või last/noorukit liigselt vanemate suhtes avameelsusele sundides on oht, et laps/nooruk loobub edasisest koostööst.

Ravi alustamiseks on vajalik lapse/nooruki nõusolek, v.a. juhtudel, kus patsiendi tervis või elu on otseselt ohus ning vältimatu abi on möödapääsmatu. Vältimatu abi ja lapse tervisliku seisundi stabiliseerimise järgselt tuleb ravimeeskonna liikmetel alustada ja jätkata ravisoostumuse parandamiseks motiveerivate vestluste läbiviimist, eesmärgiga saavutada lapse/noorukipoolne vajadus oma käitumise muutmiseks. Võõrutusravi opiaatagonistidega ega asendusravi ei alustata ilma lapse/nooruki nõusolekuta.

Ravimeeskonna liige on kohustatud informeerima vanemat lapse/nooruki uimasti tarvitamisest ning vastava ravi vajadusest. Ravi, s.h. asendusravi läbiviimiseks on vajalik vanema nõusolek. Vastava nõusoleku andmisega võtab vanem endale samas ka kohustuse koostööks lapse/nooruki ja ravimeeskonnaga, eesmärgiga toetada lapse/nooruki püüdlusi uimasti tarvitamisest loobumisel ning taastarvitamise alustamise ärahoidmisel. Kui vanematel puudub tahe koostööks või vanemad keelduvad koostööst, seades sellega ohtu lapse/nooruki tervise ja arengu, määratakse patsiendi seaduslikuks esindajaks omavalitsuse lastekaitse- või sotsiaaltöötaja, kelle pädevuses on nõusoleku andmine ravi läbiviimiseks.

Sõelküsimumustike kasutamine uimastite tarvitamise avastamiseks.

Lapse/nooruki vaimse tervise seisundi hindamisel on soovitatav kasutada sõelküsimumustikke alkoholi, narkootikumide ja arsti poolt mitte määratud ravimite tarvitamise kohta.

Meditšiinitöötajad, lastekaitsetöötajad, koolipersonal puutuvad kokku lapse/nooruki toimetulekuraskustega tema elu erinevates valdkondades. Toimetulekuraskuste võimalike põhjuste hulgas võib üheks põhjuseks olla uimastite tarvitamine. Viimase asjaolu väljaselgitamiseks tuleks last/noorukit lisaks meeolule, huvitunde, tegutsemistahtmise, mälu, keskendumisvõime, une kohta küsitleda ka uimastite käesoleva ja varasema tarvitamise suhtes. Selline sõelküsitus võiks sisaldada küsimusi tarvitatava aine, selle koguste ja tarvitamissageduse, lapse/nooruki suhtumise kohta uimasti tarvitamisesse. Kuna eeskätt noorukite paljud iseseisvad pöördumised esmatasandi arsti (perearst, erakorralise meditsiini osakond) vastuvõtule on ajendatud uimastite tarvitamisest tingitud tervisehäiretest, siis meditsiinipersonali poolne initsiatiiv ja asjatundlik küsitlemine uimastite tarvitamise kohta julgustab noorukit avameelsemalt oma probleemidest rääkima.

Sõelküsitusel lähtuvate andmete alusel saab koostada edasise tegevuskava alaealise abistamiseks.

Sõltuvusprobleemidega lastele/noorukitele tuleb tagada juurdepääs spetsiifilisele ravile.

Sõltuvusprobleemidega laste/noorukite ravis kehtib põhimõte – ravi on alati parem kui ravita jätmine. Peale üheaastast ravi väheneb uimasti tarvitamine, kriminaalne käitumine ning paraneb psühholoogiline kohanemisvõime ja toimetulek koolis.

Ravile eelnevad halvema prognoosiga seotud faktorid on raskekujuline sõltuvus uimastist, kriminaalne käitumine ning vähene haridus. Raviaegseteks prognoosi määravateks faktoriteks on ravi kestus, perekonna kaasahaaratus raviprotsessi, praktiliste probleemilahenduse oskuste õpetamine ning sotsiaalabi teenuste liitmine raviprotsessiga. Ravijärgseteks pikemaajalist prognoosi määravateks olulisteks teguriteks on sõprussuhete olemasolu uimasteid mittetarvitavate eakaaslastega, võimalus osaleda meeldivates vaba-aega sisustavates tegevustes ning kooliskäimine.

Sõltuvusprobleemidega laste/noorukite ravi peamine eesmärk on uimasti tarvitamise lõpetamine ja püsiva abstinentsi saavutamine.

Kuna ravi alustamisel võivad uimasti tarvitamise lõpetamine ja püsiva abstinentsi saavutamine tunduda võimatutena, on lapse/nooruki raviprotsessist väljalangemise vältimiseks mõistlik püstitada vahe-eesmärke, mis on vastavuses lapse/nooruki motiveerituse taseme ja tegelike võimalustega. Selliseks vahe-eesmärgiks võib olla uimasti tarvitamise üle kontrolli saavutamine, mille õnnestumisel tugevneb lapse/nooruki veendumus enese tõhususes oma käitumise muutmisel. Ravi lõppeesmärgi, mis on ühine kõigile uimastisõltuvusega lastele/noorukitele, saavutamine nõuab lapsega/noorukiga läbi arutatud ja tema individuaalsust arvesse võtvate realistlike vahe-eesmärkide püstitamist. Hea ravitulemuse saavutamine eeldab lisaks ravi peamisele eesmärgile täiendavate eesmärkide seadmist, mis on seotud lapse/nooruki sotsiaalsete probleemide lahendamise ja kaasuvate psüühikahäirete ja somaatiliste haiguste ravimisega. Sellest tulenevalt on koostatav raviplaan individuaalne ja nõuab head koostööd lapse/nooruki ja ravimeeskonna vahel.

Raviplaan koostamine ja ravi etapilisus.

Raviplaan koostamisel peab arvestama, et see hõlmaks järgmisi valdkondi: (1) motivatsiooni ja koostöö parandamine, (2) perekonna kaasamine raviprotsessi lapse/nooruki paremaks jälgimiseks ning lapse/nooruki ja vanemate vahelise suhtlemise soodustamiseks, (3) probleemi lahendus- ja sotsiaalsete oskuste õpetamine ja relapside ennetamine, (4) kaasuvate psüühikahäirete ravi psühho- ja farmakoteraapia abil, (5) sotsiaalselt aktsepteeritava käitumise osakaalu suurendamine, eakaaslastega suhete loomise ja õppetööga toimetuleku soodustamine ning (6) piisav ravi kestus ja järelravi korraldamine.

Uimastisõltuvusega laste/noorukite ravi võib jaotada nelja etappi, kus igas etapis kasutatakse vastavalt lapse/nooruki muutusteks valmisolekule sobivaid ravi- ja sekkumisstrateegiaid.

I ravi-etapp seisneb esmase kontakti loomises lapse/nooruki ja ravimeeskonna vahel ning kokkuleppe sõlmimises regulaarseteks kohtumisteks. Lapse/nooruki valmisolek muutusteks on kaalutlemise eelses staadiumis, puudub usalduslik suhe ravimeeskonnaga. Kasutatavad ravi- ja sekkumisstrateegiad selles etapis on sõltuvusprobleemidega laste/noorukite avastamine, lapsele/noorukile turvalise keskkonna tagamine, kriisiabi (antud sekkumisstrateegiate rakendamisel peamine roll sotsiaal(lastekaitse)töötajatel, kriisiabi nõustajatel), uimastisõltuvuse kindlaks tegemine.

II ravi-etapp seisneb lapse/nooruki motiveerimises raviga nõustumiseks ja koostöök. Ravimeeskonna ülesandeks on last/noorukit veenda, et uimastisõltuvusest vabanemisega kaasnev heaolu kaalub üles uimasti tarvitamise jätkamisega kaasneva heaolu. Lapse/nooruki valmisolek muutusteks on kaalutlemise ja ettevalmistuste staadiumis, laps/nooruk ei teadvusta täiel määral oma uimastisõltuvuse tõsidust või ei usu oma võimesse muutuste sisseviimiseks. Kasutatavad ravi- ja sekkumisstrateegiad selles etapis on psüühilise seisundi stabiliseerimine (võõrutussümptomite ravi), motiveeriv küsitlemine,

uimastisõltuvuse tähenduse ja tagajärgede selgitamine, rehabilitatsiooni sissejuhatamine, mitmesuguste sotsiaalsete oskuste treening, struktureeritud tegevused, farmakoteraapia, sõltuvuse raskusastme ning psüühilise ja somaatilise seisundi täpsem hindamine. Motiveeriv küsitlemine on küsitlusviis, mis osutab erinevustele lapse/nooruki käesoleva uimasti tarvitamisega seotud eesmärkide ja tema tõeliste isiklike eesmärkide vahel, tugevdades sellega tema tahet muutusteks. Küsitleja peab lapse/nooruki suhtes väljendama empaatiat, hoiduma kohut mõistvast hoiakust. Motiveerivat küsitlemist võib kasutada kõigis neljas ravietapis koostöö soodustamiseks lapse/nooruki ja ravimeeskonna vahel.

III ravietaapp, seisneb aktiivses ravis, mille käigus aidatakse lapsel/noorukil omandada oskusi toimetulekuks uimasti tarvitamise vähendamise ja lõpetamisega. Laps/nooruk on valmis muutusteks, aitab ise kaasa muutuste sisseviimisele. Selles etapis kasutatavad ravistrateegiad on enese jälgimise õpetamine, sotsiaalsete oskuste treening, rahuldust pakkuvate asendustegevuste leidmine, ettenägematute olukordadega toimetuleku soodustamine, kognitiiv-käitumisteraapia, eneseabirühmad, farmakoteraapia (selle alla kuulub ka asendusravi). Enese jälgimise õpetamisel pööratakse tähelepanu uimasti tarvitamise ja sellega kaasnevate sümptomite ja käitumismuutuste jälgimisele, missugused tegurid vallandavad soovi uimastit manustada ning missugused on varased ohumärgid relapside tekkimiseks. Ettenägematute olukordadega toimetuleku soodustamine on raviviis, kus eelnevalt kokkulepitud eesmärgi (kohtumine ravimeeskonnaga kindlal kuupäeval ja kellaajal, uimastitele negatiivne uriinianalüüs) täitmisel saab laps/nooruk samuti eelnevalt kokkulepitud tasu (boonuspunktid, kino/kontserdipiletid, vms).

IV ravietaapp seisneb tagasilanguse ärahoidmises. Siin õpetatakse last/noorukit ära tundma ja vältima stiimuleid, mis võiksid põhjustada tagasilanguse ning rakendama omandatud toimetulekuoskusi kõigis oma elu valdkondades. Laps/nooruk on valmis üle minema aktiivse ravi etapist säilitusravi etappi ja võtma endale suurema vastutuse saavutatud positiivsete muutuste säilitamise eest. Selles etapis kasutatavad ravistrateegiad on tagasilanguse ennetamise plaan, kognitiiv-käitumisteraapia ja toetava psühhoteraapia võtted soodustamaks toimetulekut kooliga, suhetega eakaaslaste ja täiskasvanutega ning vabaaja sisustamisega, eneseabirühmad. Tagasilanguse ennetamise plaan on kirjalik ja läbimängitud tegevuskava, mis aitab edaspidi lapsel/noorukil toime tulla olukordades, kus ta tajub ohtu tagasilanguse tekkeks või, kus ta on juba eksinud, aga veel on võimalik ära hoida täieliku tagasilanguse toimumist.

Pereteraapia ja vanemate aktiivne osalemine raviprotsessis kui uimastisõltuvuse olulisemaid ravimeetodeid.

Pereliikmete kaasamine raviprotsessi on kriitilise tähtsusega ravi edukuse seisukohast, kuna hulk perekonnaga seotud faktoreid, nagu vanemate psühhoaktiivsete ainete tarvitamine, häirunud suhted lapse/nooruki ja vanemate vahel, vanematepoolne vähene toetus ning vanemate puudulik järelevalve ja vähene huvi lapse/nooruki tegemiste ja käitumise suhtes, on olulisteks riskifaktoriteks uimastite tarvitamise alustamisele ja jätkamisele. Kõigis eelpool kirjeldatud ravietaappides toimub töö lapse/nooruki pereliikmetega, toimub vanemate nõustamine, õpetatakse vanemaid jälgima ja analüüsima lapse/nooruki toimetulekut tema elu erinevate valdkondadega ning ära tundma tagasilangust põhjustada võivaid ohumärke. Rakendatakse pereteraapia meetodeid pereliikmete vahelise suhtlemise parandamiseks.

Ravi läbiviimine vähimates võimalikes vabadust piiravates tingimustes.

Uimastisõltuvusega lastele/noorukitele sobiva ravikeskkonna ja -tingimuste määramine sõltub järgmistest faktoritest: (1) turvalise keskkonna tagamise vajadusest, (2) lapse/nooruki käesolevast võimest enda eest hoolitseda, (3) lapse/nooruki ja vanemate motiveeritusest ravi ja koostöö suhtes, (4) lapse/noorukile struktureeritud päevakava ja tegevuse tagamise ning piirangute seadmise vajadusest, (5) kaasuva psüühikahäire või somaatilise haiguse esinemisest, (6) lastele ja noorukitele mõeldud spetsiifilise ravi kättesaadavusest, (7) lapse/nooruki ja vanemate eelistustest ravikeskkonna ja-

tingimuste suhtes, (8) varasema ravi ebaõnnestumisest vähem vabadust piiravates tingimustes, (9) uimastite kättesaadavusest lapse/nooruki igapäevases elukeskkonnas. Sõltuvalt sellest, kas lapsel/noorukil õnnestub jõuda raviplaanis seatud eesmärkideni ja täita kõiki raviettekirjutusi, on võimalik ravi edenedes kohaldada lapse/nooruki suhtes tema vabadust vähem piiravaid ravitingimusi.

Uimastisõltuvuse raviga kaasuva psüühikahäire või somaatilise haiguse adekvaatne ravi.

Sagedasemateks uimastite tarvitamisega kaasnevateks psüühikahäireteks on mitmesugused käitumishäired, aktiivsus- ja tähelepanuhäire, meeleoluhäired (depressioon, bipolaarne meeleoluhäire). Kaasuva psüühikahäire ravis tuleks hoiduda ravimitest, millel on kõrge kuritarvitamise potentsiaal, nagu bensodiasepiinid, psühhostimulaatorid (metüülfenidaat).

2. Asendusravimi kasutamine erisused laste ja noorukite võõrutus- ning asendusravis.

Kuna pikaajalise asendusravi efektiivsus ja ohutus opiaate sisaldavate ravimitega ei ole laste ja noorukite puhul piisavalt tõestatud vastavate kliiniliste uuringute vähesuse tõttu, põhinevad ravisoovitused suuremas osas täiskasvanutel läbiviidud kliiniliste uuringute tulemustel. Eelnimetatud asjaolust tulenevalt ei ole soovitud laste ja noorukite võõrutus- ja asendusravi näidustuste, piirangute, ravimite annustamise ja ravi kestuse osas absoluutsed, vaid pigem suunavad, nõudes arstilt enne vastava otsuse langetamist võimaliku kasu-kahju põhjalikku analüüsi.

Võrreldes täiskasvanud patsientidega on asendusravimi kasutamisel laste ja noorukite opiaatsõltuvuse ravis järgmised iseärasused:

1. Laste/noorukite puhul kasutatakse asendusravimeid ainult võõrutus- ja asendusravis. Toetavat säilitusravi lastel/noorukitel ei kasutata.
2. Laste/noorukite võõrutusravi asendusravimitega ja asendusravi võivad läbi viia ainult psühhiaatrilist tegevusluba omavad raviasutused, mille koosseisus on laste/noorukite sõltuvusravile spetsialiseerunud meeskond. Muud tingimuse raviks on samad, mis täiskasvanutel.
3. Asendusravimiga võõrutusravi või asendusravi näidustused lastel ja noorukitel on
 - a. raskekujuline (võõrutussündroomi ja/või väljendunud tolerantsuse olemasolu uimasti toime suhtes) sõltuvus opiaatidest.
 - b. tõestatud opiaatsõltuvuse anamnees vähemalt üks aasta.
 - c. varasem ebaõnnestunud ravi (raviprogrammid ilma asendusravita) lapse/nooruki uimasti tarvitamise peatamisel ja püsiva abstinentsi saavutamisel ning kriminaalse käitumise osakaalu vähendamisel.
 - d. sõltuvus opiaatidest ja HIV infektsiooni olemasolu.
 - e. sõltuvus opiaatidest ja kaasuva psüühikahäire esinemine, mille kulgu ja ravi illegaalse uimasti tarvitamise jätkamine oluliselt halvendab.
4. Enne asendusravimiga ravi alustamist sõlmitakse lapse/nooruki ja vanemate või tugiisikuga kirjalik ravikokkulepe, kus on ära toodud asendusravis kasutatava ravimi nimetus, ravimvorm, manustamiseviis ja – kord. Samuti on ravikokkuleppes ära märgitud lapse/nooruki ja ravimeeskonna kokkusaamiste sagedus, toksikoloogiliste analüüsides teostamise sagedus ning asendusravi katkestamise tingimused. Ravikokkuleppe juurde kuulub ka lapse/nooruki psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kava. Ravikokkulepe on tähtajatu. Ravikokkuleppele kirjutavad alla nii laps/nooruk kui vanemad või tugiisik ning psühhiaater. Ravikokkuleppesse on võimalik teha muudatusi, kui need on eelnevalt lapse/nooruki, vanemate/tugiisiku ja ravimeeskonna poolt omavahel läbi arutatud ja tulevad kasuks lapse/nooruki rehabiliteerimisele.
5. Otsuse asendusravimiga ravi alustamise kohta teeb lastepsühhiaatria pädevusega psühhiaater.
6. Ravi käigus peab olema tagatud regulaarne toksikoloogiline kontroll võimaliku psühhooaktiivsete ainete tarvitamise jätkamise tuvastamiseks. Kolmel esimesel ravikuul võetakse toksikoloogiline

analüüs vähemalt üks kord nädalas. Kui ilmneb kahtlus uimasti tarvitamisele võib analüüse võtta sagedamini.

7. Laste/noorukite asendusravimiga võõrutusravi on soovitatav alustada statsionaaris. Asendusravi saab läbi viia haiglaväliselt, kui on täidetud järgmised nõuded:
 - a. laps/nooruk on ravi suhtes motiveeritud ja kõrge koostöövalmidusega
 - b. asendusravimi annus on stabiilne
 - c. laps/nooruk on stabiilses psüühilises seisundis ja võimeline edasisest raviplaanist kinni pidama
 - d. lapse/nooruki vanemad või tugiisik on suutelised ja valmis tagama järelvalve lapse/nooruki käitumise üle ning osavõtu rehabiliteerivatest tegevustest
 - e. lapsele/noorukile on koostatud psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kava ning on kindlaks määratud isik, kes korraldab selle elluviimist.
8. Võõrutusravi ja asendusravi maht haiglavälise ravi korralduse juures on soovitatavalt järgmine:
 - a. päevastatsionaari tingimustes vähemalt 20 ravitundi nädalas
 - b. ambulatoorse psühhiaatrilise teenistuse raames, vähemalt 5 ravitundi nädalas.
9. Asendusravi võib jätkuravina läbi viia ka uimastisõltuvusega lastele ja noorukitele mõeldud rehabilitatsiooniasutustes, kui seda teeb vastava tegevusloaga tervishoiuteenuse pakkuja.
10. Asendusravi saava lapse/nooruki psüühilist ja somaatilist seisundit ning üldist toimetuleku taset tuleb hinnata ühekuuliste intervallidega kogu asendusravi kestel. Asendusravi jätkamise või lõpetamise otsustamisel on määravaks ravi alustanud lastepsühhiaatri otsus.
11. Asendusravi määramise piirangud on järgmised:
 - a. vanus alla 15 eluaasta
 - b. uimastite segatarbimine või alkoholi sage ja kontrollimatu tarvitamine
 - c. lapse/nooruki vähene motiveeritus uimastite tarvitamisest loobumise ja ravi suhtes
 - d. last/noorukit toetava uimastivaba keskkonna puudumine
 - e. vanemate, tugiisiku või institutsioonide madal koostöövalmidus asendusravi läbiviimiseks
 - f. lapse/nooruki korduv agressiivne käitumine ja ravinõuete eiramine asendusravi eelsel perioodil

Eelpooltoodud piirangud (v.a. vanuseline piirang) ei ole vastunäidustuseks asendusravimiga võõrutusravile statsionaari tingimustes.
12. Asendusravi kestvus on individuaalne, sõltudes lapse/nooruki psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni edukusest. Siiski on soovitatavaks metadoonasendusravi minimaalseks kestuseks 12 kuni 18 kuud.
13. Asendusravi lõpetamisel tuleb asendusravimi annust langetada aeglaselt, et ära hoida raskemate võõrutusnähtude tekkimist. Metadooni annust langetatakse vähem kui 10 % võrra säilitusannusest iga 10 kuni 14 päeva tagant (kui säilitusannus oli 40 mg päevas võib annust langetada maksimaalselt 4 mg kaupa).
14. Asendusravi lõpetamise kriteeriumiteks lastel/noorukitel on
 - a. Märgatav edasimineku uimastivabas elus.
 - b. Stabiilsed suhted pereliikmetega, teiste autoriteetsete täiskasvanutega.
 - c. Stabiilsed sõprussuhted uimasteid mitte tarvitavate eakaaslastega.
 - d. Õpingute jätkamine põhi-, kesk- või kutsekoolis või püsiva töökoha olemasolu.
 - e. Ei tarvita teisi uimasteid ega alkoholi.
 - f. Kaasivate psüühikahäirete tulemuslik ravi.

Asendusravi lõppemisel peavad jätkuma lapse/nooruki psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kavas ettenähtud tegevused, lapse/nooruki ja ravimeeskonna vahelised regulaarsed kohtumised edusammude kinnistamiseks ja võimalike relapside ennetamiseks.

3. Buprenorfiin asendusravimina laste/ noorukite opiaatsõltuvuse ravis (erisused võrreldes täiskasvanute raviga)

Buprenorfiin on opiaatsõltuvusega laste ja noorukite opiaatagonistidega võõrutus- ja asendusravis esmavaliku ravimiks, võib kasutada lastel alates 15 eluaastast.

Ravi alustatakse buprenorfiini annusega 0.4 mg . . . 2 mg ühekordse päevase annusena. Buprenorfiini algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti annuseid, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel lapse/nooruki tolerantsust. Kuid seejuures tuleb arvestada, et tarvitatava uimasti suhtes kujunenud tolerantsus ei eelda sarnase tolerantsuse olemasolu buprenorfiini suhtes. Seetõttu on soovitatav alustada ravi buprenorfiini madalamate annustega. Kui laps/nooruk ei ole läbinud võõrutust võib esimese buprenorfiini annuse anda vähemalt neli tundi pärast viimase opiaadi annuse manustamist või esimeste võõrutussümptomite ilmnemisel.

4. Metadoon asendusravimina laste/ noorukite opiaatsõltuvuse ravis (erisused võrreldes täiskasvanute raviga)

Seni puuduvad kliinilised uuringud, mis tõestaksid metadooni suuremat efektiivsust võrreldes buprenorfiiniga ning piisavat ohutust kasutamisel lastel ja noorukitel. Seega ei ole metadoon laste ja noorukite opiaatagonistidega võõrutus- ja asendusravis esimese valiku ravimiks. Metadooni määramist kaaluda juhtudel, kui lapsel/noorukil esineb raskekujuline opiaatsõltuvus ning varasem ravi buprenorfiiniga on osutunud ebaefektiivseks või esineb talumatus buprenorfiini suhtes. Enne metadooniga asendusravi määramise otsuse tegemist kaaluda põhjalikult võimaliku kasu-kahju suhet.

Asendusravi taotletav stabiilne metadooni annus (väikseim toimiv annus) on igale patsiendile individuaalne.

Ravi metadooniga võib alustada, kui laps/nooruk on selge teadvuse juures, tal ei esine uimastitest või teistest ravimitest põhjustatud sedatsiooni. Metadooni manustatakse üks kord päevas. Ravi alustatakse annusega 10 . . . 20 mg esimeste võõrutussümptomite ilmnemisel. 2 kuni 4 tunni möödumisel esimese annuse manustamisest hinnatakse lapse/nooruki seisundit, kas manustatud metadooni annus on olnud piisav võõrutusnähtude leevendamiseks ning kas esineb ohtlike kõrvaltoimete arenemisele viitavaid tunnuseid. Metadooni algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti annuse, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel lapse/nooruki tolerantsust uimasti suhtes. Samuti nagu buprenorfiiniga asendusravi määramisel tuleb ka metadooni määramise juures arvestada, et tarvitatava uimasti suhtes kujunenud tolerantsus ei eelda sarnase tolerantsuse olemasolu metadooni suhtes. Kui laps/nooruk ei ole illegaalset uimastit 5 päeva jooksul tarvitanud, on tema tolerantsus opiaatide suhtes juba langenud ja seega peab metadooni algannus olema väiksem. Kui metadooni esimese annuse manustamise järgselt võõrutusnähtud veel 2 kuni 4 tunni möödudes püsivad, võib täiendavalt manustada 5 . . . 10 mg metadooni. Esimesel ravipäeval ei tohi metadooni päevane annus ületada 30 mg. Esimesel ravipäeval kasutatud metadooni annusega jätkatakse ravi kuni esimese ravinädala lõpuni. Seejärel hinnatakse lapse/nooruki üldist kliinilist seisundit, võõrutussümptomite esinemist ja tungi uimasti tarvitamise järele. Vajadusel võib metadooni annust tõsta, kuid mitte rohkem kui 10 mg nädalas. Keskmine metadooni asendusravi annus lastel ja noorukitel on 20 . . . 60 mg päevas, mis hoiab ära võõrutussümptomite tekke ja aitab vähendada tungi uimasti tarvitamise järele. Metadooni päevase annuse tõstmine üle 60 mg, et veelgi leevendada tungi uimasti tarvitamise järele, ei ole laste ja noorukite puhul üldiselt näidustatud, selleks tuleb kasutada mittefarmakoloogilisi meetodeid.

Metadoonravi järsk katkestamine põhjustab hilinenud võõrutussündroomi tekke.

OPIAATSÕLTUVUSE RAVI ISEÄRASUSED JA ASENDUSRAVIMITE KASUTAMINE RASEDATEL

Rasedate ja väikelaste emade uimastisõltuvuse esinemise kohta Eestis täpsed uurimisandmed puuduvad, kuid uimastite tarvitamise leviku suurenemisega fertiilses eas naiste hulgas, on viimastel aastatel kasvanud ka uimastite kuritarvitamise või sõltuvusega rasedate arv.

Maailmas omandatud praktika näitab, et hästi korraldatud raviga on tulemused paremad nii sündivale lapsele kui emale. Hea ravitulemuse saavutamiseks peaksid opiaatsõltuvusega raseda ravis olema kaasatud rida spetsialiste - naistearst, ämmaemand, pediaater, psühhiaater, psühholoog ning sotsiaaltöötaja.

1. Uimastite toime lootele ja vastsündinule

Uimastite, s. h. opiaatide teratogeenne toime inimese lootele ei ole metodoloogiliste raskuste tõttu senini teaduslikku kinnitust leidnud. Kuna uimastitarbijatel esineb sageli mitme aine segatarbimine ja ebatervislik eluviis, on ka retrospektiivsete uuringutega raske kindlaks teha ühe konkreetse uimasti mõju lootele. Samas on kinnitust leidnud uimastite kahjustav toime raseduse kulule, loote arengule, sünnituse kulule ja imiku seisundile, mis oma olemuselt on mittespetsiifilised, nagu rasedusaegsed verejooksud, imiku alakaalulisus ja ebaküpsus, enneaegne sünnitus ja platsenta irdumine, kõrgem perinataalne suremus ja haigestumus, s.h. sünnitraumade esinemine. Raseduse ajal opiaate tarvitanud naiste lastel on nende hilisema arengu käigus täheldatud kergelt kognitiivse võimekuse langust.

Uimasteid tarvitaval rasedal on oht raseduse ajal nakatuda hepatiit B või C viirusesse ja HI-viirusesse. Nakatumine võib toimuda vere kaudu või sugulisel teel.

Kui naine nakatub hepatiit B viirusesse lapseootuse ajal, võib see tüsistuda raseduse katkemisega. Eestis uuritakse kõiki rasedaid hepatiit B viiruse kandluse suhtes, kuid uimasteid tarvitavatel rasedatel võib osutuda vajalikuks teostada korduvalt analüüse hepatiit B ja C markerite suhtes. Kui naine on hepatiit B viiruse kandja, vastsündinu vaksineeritakse. Peale sünnitust võib ema oma last rinnaga toita. Hepatiit C viiruse kandluse korral ei soovitata emal last rinnaga toita.

HI-viiruse suhtes uuritakse kõiki naisi raseduse alguses ja keskpaiku. Viirusekandjatel kulgeb rasedus tavapäraselt, kuid aidi haigestumisel võib rase põdeda erinevaid infektsioone. Ravimata juhtudel nakatub viirusega 30 % loodetest, rasedusaegse raviga on võimalik seda riski vähendada kuni 8 %-ni. Laps võib nakatuda ka sünnituse käigus, vähendamaks viiruse kandumist emalt lapsele, on näidustatud plaanilise keisrilõike tegemine. HI-viirusega emal ei soovitata last rinnaga toita.

Uimasteid tarvitavate rasedate vastsündinutel esineb sõltuvust ligikaudu 65 %, mistõttu esineb vastsündinutel äge võõrutussündroom ja nad vajavad võõrutusravi. Vastsündinu võõrutussümptomid ilmnevad tavaliselt 24 tunni jooksul peale sündi, kuid on täheldatud ka juhtumeid, kus võõrutussümptomid avalduvad alles 2 kuni 3 päeva möödumisel sünnist. Vastsündinu võõrutusnähtude intensiivsus oleneb uimastist, ema uimasti tarvitamise sagedusest ja kogustest ja ema üldisest tervislikust seisundist. Võõrutusnähud võivad kesta 2 kuni 3 nädalat peale sündi. Vastsündinu võõrutussümptomiteks on vastsündinu rahutus, suurem nutlikkus, treemor, müokloonus, imemiskäigud, raskematel juhtudel südame rütmi häired kuni ägeda südameseiskumiseni. Imiku äge südameseiskus või tekkida alles 3 kuni 4 nädalat peale sündi.

Seega on opiaatsõltuvusega rasedate ravi tähtis nii ema tervise kui loote ja vastsündinu seisundi ja arengu seisukohast.

2. Raseda tervisliku seisundi ja loote seisundi hindamine; esmane nõustamine.

Enamasti puutuvad uimastisõltuvusega rasedatega esimestena kokku naistearstid ja ämmaemandad, kui naine pöördub naistenõuandlase raseduse kindlaks tegemiseks või rasedusega arvele võtmiseks. Oluline on, et juba esimesel kohtumisel küsitleks arst või ämmaemand rasedat suitsetamise, alkoholi ja uimastite tarvitamise suhtes. Kui raseda esmase vaatluse ja käitumise põhjal tekib kahtlus uimastite tarvitamisele, tuleb rasedat julgustada sellest rääkima, kasutades selleks otseseid küsimusi käesoleva ja varasema uimastite tarvitamise kohta ning väljendades empaatiat ja soovi rasedat aidata. Uimastisõltuvuse või kuritarvitamise selgumisel peab juba esimesel kohtumisel rasedat nõustama uimastite võimalikest kahjulikest mõjudest raseda tervisele, raseduse ja sünnituse kulule ning loote ja vastsündinu seisundile. Samuti tuleb anda ülevaade sõltuvusravi võimalustest raseduse ajal ja sünnituse järgselt ning konsulteerida psühhiaatriga õige raviviisi leidmiseks.

Kui naine ei soovi rasedust jätkata, tuleb taktitundeliselt püüda välja selgitada, mis võiks olla selle põhjuseks. Kuna uimastisõltuvusega naistel on rasedus sageli planeerimata, puudub püsiv paarisuhe ja kindel töökoht, võib rasedusest teadasaamine neile olla esialgu hirmutav ning võib juhtuda, et pikemalt kaalutlemata tehakse otsus raseduse katkestamiseks. Sellistes olukordades tuleb rasedat nõustada toimetuleku parandamise võimaluste suhtes, välja tuua lapseootuse ja emaks saamisega seotud meeldivad küljed ning veenda naist võtma endale järele mõtlemiseks aega. Võimalusel suunata rase naistenõuandlas töötava psühholoogi vastuvõtule enne raseduse jätkamise suhtes lõpliku otsuse tegemist.

Kuna uimastisõltuvusega rasedatel esineb sageli ka raskusi igapäevaelu korraldamisel, tuleb juba esimesel kohtumisel uurida raseda sotsiaalse toimetuleku taset ning tõsiste probleemide ilmnemisel või kahtlusel suunata rase naistenõuandla sotsiaaltöötaja vastuvõtule. Naistenõuandla sotsiaaltöötaja ülesandeks on aidata rasedal luua kontakt oma elukohajärgse sotsiaaltöötajaga, see peab toimuma raseda nõusolekul.

Raseda tervisliku seisundi ja loote seisundi hindamiseks viiakse läbi kõik tavapärased rasedatele ettenähtud uuringud. Võimalusel, kui naine annab selleks nõusoleku, võtta uriini toksikoloogiline analüüs uimastite tarvitamise tuvastamiseks. Täiendavate raseda ja loote seisundi hindamise uuringute vajaduse üle otsustab naistearst, vajadusel kaasab ka teiste erialade spetsialiste.

Uimastisõltuvusega raseda tervisliku seisundi ja loote seisundi paremaks jälgimiseks on soovitatav, et raseda ja ämmaemanda või naistearsti kohtumised toimuksid sagedusega üks kord nädalas.

3. Uimastisõltuvusega raseda ravi ja psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni korraldamine

Raseda tervisliku seisundi, raseduse kulu ja loote seisundi jälgimine toimub ambulatoorselt naistenõuandlas. Uimastisõltuvuse diagnoosimiseks konsulteerib rasedat psühhiaater, kes otsustab ka uimastisõltuvuse raviga seotud küsimused

Perearst teostab ema ja imiku tervise kontrolli, kui ema ja laps on sünnitusmajast välja kirjutatud. Sünnitusmajast saadetakse perearstile lühike kokkuvõtte raseduse ja sünnituse kulu ning vastsündinu seisundi kohta ning informeeritakse perearsti ema uimastisõltuvusest.

Kuna uimastisõltuvusega raseda ravi ja rehabilitatsiooni edukas läbiviimine eeldab mitmete spetsialistide ja asutuste vahelist head koostööd, on selle korraldamisel otstarbekas lähtuda juhtumitöö põhimõtetest. Juhtumitöö rakendamisel on eesmärgiks meditsiinilise abi ja sotsiaalabi süsteemi teenuste ühendamise uimastisõltuvusega raseda probleemide lahendamiseks. Juhtumitöö koordineerijaks võib olla elukohajärgne sotsiaaltöötaja või uimastiprobleemidega rasedate nõustamis- või rehabilitatsioonikeskuse töötaja. Juhtumikorraldaja ülesanne on välja selgitada, missuguseid sotsiaalabi süsteemi teenuseid rase vajab, ning motiveerida rasedat regulaarselt käima

naistearsti/ämmaemanda ja psühhiaatrilise ravimeeskonna vastuvõttudel ning osa võtma psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni programmis ettenähtud tegevustest.

4. Uimastisõltuvusega raseda motiveerimine sõltuvuse raviks

Uimastisõltuvusega raseda konsulteerimisel psühhiaatri poolt hinnatakse raseda motivatsiooni uimasti tarvitamisest loobumiseks.

Kui rase on motiveeritud ja valmis loobuma uimasti tarvitamisest raseduse ajal, tuleb võimalikult lühikese aja jooksul läbi viia raseda psüühilise ja somaatilise ning sotsiaalse toimetuleku hindamine. Kui rase ei ole motiveeritud või kõhkleb ravi alustamise suhtes, tuleb teda motiveerida uimasti tarvitamisest loobuma ning püüda jätkata koostööd rasedaga, teda korduvalt vastuvõttudele tagasi kutsudes. Soovitav on järgnevatele kohtumistele kaasata vähemalt kolmeliikmeline ravimeeskond (psühhiaater, psühholoog, medõde), et veenda rasedat ravimeeskonna soovis teda ja oodatavat last aidata. Raseda koostöövalmiduse parandamiseks selles etapis võib kasutada motiveerivat intervjuud.

Lapseootuse ja tulevase emaks saamisega kaasnevate muutustega kohanemiseks ning seoses vajadusega planeerida oma elukorraldust vajab rase lähedaste abi ja toetust. Kuna sageli on uimasti tarvitaja, s.h. uimastisõltuvusega raseda suhted lähedastega katkenud või pingelised, vähese usalduslikkusega üksteise suhtes, tuleb ravi üheks eesmärgiks seada raseda ja tema lähedaste vaheliste suhete parandamine. Alates esimestest kohtumistest rasedaga peab ravimeeskond julgustama rasedat pöörduma oma pereliikmete ja lähedaste poole, et neid aktiivselt kaasata raviprotsessi ja uimastisõltuvusega raseda psühhosotsiaalsesse rehabiliteerimisse. Naise nõusolekul tuleb raviprotsessi kaasata tulevase lapse isa; ka siis, kui selgub, et isa tarvitab uimasteid või alkoholi. Sel juhul tuleb motiveerida isa alustama ravi uimastite või alkoholi tarvitamisest loobumiseks.

5. Asendusravimite kasutamine eesmärgid opiaatsõltuvusega rasedate ravis

Asendusravi all mõistetakse opiaatsõltuvusega raseda üleviimist illegaalse uimasti tarvitamiselt asendusravimi kontrollitud kasutamisele eesmärgiga vähendada illegaalse uimasti tarvitamisega seotud ohtusid raseda tervisele, raseduse kulule ning loote ja vastsündinu seisundile.

Rasedale, kellel on diagnoositud sõltuvus opiaatidest, võib raseduse ajal määrata asendusravi opiaate sisaldavate ravimitega sõltumata sellest, kas neile on varem asendusravi määratud või mitte. Rasedale asendusravi määramisel tuleb eelnevalt teostada asendusravi võimaliku kasu-kahju põhjalik analüüs ning kaaluda teisi ravivõimalusi. Võrreldes illegaalse uimasti tarvitamisega raseduse ajal parandab asendusravi vastsündinu prognoosi. Asendusravi eesmärkideks raseduse ajal on:

- a. illegaalse uimasti tarvitamisest loobumine
- b. ohu vähendamine nakatuda HI-viiruse, hepatiit B ja C viirusega
- c. illegaalse uimasti tarvitamisega kaasnevate suurte uimastiannuse kõikumiste ja võõrutusseisundite ära hoidmine, kuivõrd need võivad põhjustada loote distressi, spontaanset aborti, enneaegset sünnitust ja loote surma
- d. raseda koostöövalmiduse parandamine kaasuvate somaatiliste haiguste ja psüühikahäirete raviks
- e. tervislike eluviiside soodustamine
- f. tegevuste soodustamine, mis aitavad kaasa ema ja lapse vahelise kiindumussuhte tekkimisele juba raseduse ajal
- g. psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni käivitamine
- h. motivatsiooni illegaalse uimasti tarvitamisest loobumiseks peale sünnitust ja püsiva abstinentsi saavutamiseks

6. Asendusravimite kasutamise erisused rasedate ravis.

Asendusravimite kasutamisel raseduse ajal on samad nõuded, mis asendusravis üldiselt (v. a. juhul, kui on tegu noorukiga). Kui ravi on alustatud enne rasedust, jätkatakse seda raseduse ajal samade põhimõtete alusel. Kui ravi asendusravimiga alustatakse raseduse ajal, tuleb arvestada järgmisi erisusi:

1. Enne asendusravi alustamist sõlmitakse rasedaga ja võimalusel ka tema tugiisikuga kirjalik ravikokkulepe, kus on ära toodud asendusravis kasutatava ravimi nimetus, ravimvorm, manustamiseviis ja –kord. Samuti on ravikokkuleppes ära märgitud raseda ja ravimeeskonna kokkusaamiste sagedus, toksikoloogiliste analüüside teostamise sagedus ning asendusravi katkestamise tingimused. Ravikokkulepe sõlmitakse esialgu üksnes raseduse ajaks. Ravikokkuleppele kirjutavad alla rase, võimalusel ka tema tugiisik, ning psühhiaater. Ravikokkuleppesse on võimalik teha muudatusi, kui need on eelnevalt raseda ja ravimeeskonna poolt omavahel läbi arutatud ning tulevad kasuks raseda uimasti tarvitamisest loobumisele, raseduse kulule ega kahjusta loote seisundit.
Asendusravi on soovitatav alustada statsionaaris (see ei pea olema psühhiaatriastatsionaar), mis võimaldab samaaegselt läbi viia ka täiendavad uuringud raseda ja loote seisundi hindamiseks. Samas võib ravi alustada ka ambulatoorselt, kui rase on stabiilses psüühilises seisundis ja võimeline raviplaanist kinni pidama.
2. Asendusravi käigus tuleb läbi viia regulaarseid toksikoloogilisi kontrole ravirezhiimist kinnipidamise tuvastamiseks.
3. Uimastisõltuvusega raseda asendusravi käigus tuleb koostada tema vajadustest lähtuv ja võimalusi arvestav psühhosotsiaalse rehabilitatsiooni kava ning määrata juhtumikorraldaja selle elluviimiseks.
4. Oluline roll asendusravis on psühhoteeraapial (toetav psühhoteeraapia, kognitiiv-käitumisteraapia, pereteraapia, grupiteraapia) tugevdamiseks naise tahet uimastite tarvitamisest loobumiseks ning seadmaks endale uusi, uimasti tarvitamisega seotud eesmärkidest erinevaid eesmärke.
5. Ambulatoorsel asendusravil antakse asendusravimit kaasa samade kriteeriumite alusel, nagu asendusravis või toetavas säilitusravis üldiselt. Pikemaks ajaks ravimi koju kaasa andmine on rasedate puhul erandjuhtudel siiski võimalik.
6. Asendusravimi määranud psühhiaater peab jätkama raseda seisundi jälgimist raseduse vältel sagedusega vähemalt 1 kord kuus. Psühhiaater teavitab rasedust jälgivat naistearsti asendusravimi kasutamisega seotud ravi käigust.
7. Asendusravi võib peale sünnitust lõpetada. Kui naine soovib sünnituse järgselt asendusravi jätkata, sõlmida uus ravikokkulepe vastavalt asendusravi läbi viimise üldistele põhimõtetele.

6. Metadoon asendusravimina raseduse ajal

Metadoonasendusravi koos toetava psühhoteeraapia ning vanemlike oskuste treeninguga vähendab opiaatsõltuvatel rasedatel enneaegsete sünnituste arvu, parandab vastsündinu prognoosi (vähem sünnitusega seotud tüsistusi, suurem sünnikaal, parem Apgari hinne, madalam neonataalne haigestumus ja suremus).

Seniste kliiniliste kogemuste alusel ei põhjusta metadoon loote väärarengut, kuid sellekohased kontrollitud kliinilised uuringud puuduvad. Metadoon eritub rinnapiima, seetõttu ei ole rinnaga toitmine asendusravi ajal soovitatav.

Kuna raseduse II ja III trimestril raseda ainevahetus muutub (kogu keha kliirens ja renaalne eliminatsioon suurenevad), võib osutada vajalikuks metadooni annuse tõstmise raseduse II ja III trimestris, et ära hoida võõrutussümptomite tekkimist.

Metadooni väikesed annused, kuni 25 mg päevas vähendavad spontaansete abortide sagedust raseduse I ja III trimestril. Samuti on metadooni väikeste annuste korral, kuni 20 mg päevas, vastsündinu võõrutussündroom kergekujulisem, metadooni annuste juures üle 50 mg päevas võib vastsündinu võõrutussündroom olla raske ja kesta tunduvalt kauem.

Metadooni ühekordse päevase annuse manustamise juures on täheldatud loote liigutuste vähenemist peale ravimi võtmist, sellises olukorras on soovitatav jaotada metadooni päevane annus kahele manustamiskorrale.

Rasedal alustatakse ravi metadooniga annuses 10 . . . 30 mg. Esimeste võõrutussümptomite ilmnemisel. 2 kuni 4 tunni möödumisel esimese annuse manustamisest hinnatakse raseda seisundit : kas manustatud metadooni annus on olnud piisav võõrutusnähtude leevendamiseks ning kas esineb ohtlike kõrvaltoimete arenemisele viitavaid tunnuseid. Metadooni algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti annuseid, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel raseda tolerantsust illegaalse opiaadi suhtes. Metadooni määramise juures tuleb arvestada, et tarvitatava illegaalse opiaadi suhtes kujunenud tolerantsus ei eelda sarnase tolerantsuse olemasolu metadooni suhtes. Kui rase ei ole illegaalset uimastit 5 päeva jooksul tarvitanud, on tema tolerantsus opiaatide suhtes juba langenud ja seega peab metadooni algannus olema väiksem. Kui peale metadooni esimese annuse manustamist 2 kuni 4 tunni möödudes püsivad mõõdukad või rasked võõrutussümptomid, võib täiendavalt manustada 5 . . . 20 mg metadooni. Seejuures ei tohi metadooni päevane annus esimesel ravipäeval ületada 40 mg. Esimesel ravipäeval kasutatud metadooni annusega on soovitatav ravi jätkata kuni esimese ravinädala lõpuni. Kui siiski püsivad mõõdukad või rasked võõrutussümptomid, võib esimesel ravinädalal tõsta metadooni annust 5 . . . 10 mg võrra nädalas ning annuse tõstmise järgselt tuleb hinnata võõrutussümptomite esinemist. Edaspidi võib vajadusel metadooni annust tõsta, kuid mitte rohkem kui 10 mg nädalas. Keskmise metadooni asendusravi annus rasedatel jääb 20 . . . 80 mg päevas piiresse; see hoiab ära võõrutussümptomite tekke, samuti aitab leevendada tungi uimasti tarvitamise järele. Opiaatsõltuvusega rasedate asendusravis on kasutatud metadooni annuseid kuni 100 mg päevas, kuid suuremaid, üle 80 mg päevas annuseid tuleks määrata vaid erandjuhtudel. Seejuures on soovitatav kontrollida metadooni plasmakontsentratsiooni, mis peab jääma vahemikku 150 – 600 ng/mL kohta.

Tänapäeval ei soovitata asendusravi metadooniga enne sünnitust lõpetada, kuna asendusravi lõpetamisega kaasnev võõrutussündroom võib põhjustada raseduse III trimestril loote distressi, mis halvendab loote valmisolekut sünnitusega kaasneva stressiga toimetulekuks. Kui asendusravis on kasutatud metadooni annuseid üle 20 mg päevas, on soovitatav enne sünnitust metadooni annust langetada, et vältida vastsündinul raske võõrutussündroomi kujunemist. Annust tuleb langetada aeglaselt, 5 mg kaupa iga kahe nädala tagant. Metadooni annused 15 . . . 20 mg päevas ei põhjusta või põhjustavad kergete võõrutusnähtude esinemise vastsündinul. Vastsündinu võõrutussümptomiteks ema metadoonasendusravi korral on ärritus, rahutus, nutlikkus, elavnenud refleksid, hingamissageduse tõus, sagenenud iste, aevastamine, sage haigutamine, oksetlemine, kehatemperatuuri tõus.

Metadooni sagedasemad kõrvaltoimed rasedatel on unisus, uimasus, hüpotensioon, kõhukinnisus, iiveldus, oksendamine, ebamäärane kõhuvalu, isutus, rohkenenud higistamine, unetus, hirmutavad unenäod, peavalu, astenia, tursed, harva esinevateks kõrvaltoimeteks on südame rütmihäired, QT intervalli pikenemine. Metadooni poolt põhjustatud kõrvaltoimeid tuleb eristada rasedusaegsetest vaevustest.

7. Buprenorfiin asendusravimina raseduse ajal

Asendusravi buprenorfiiniga opiaatsõltuval rasedal vähendab enneaegse sünnituse riski, parandab vastsündinu prognoosi (suurem sünnikaal, vastsündinu normile vastav peaümbermõõt, parem Apgari hinne, madalam neonataalne haigestumus ja suremus).

Seniste kliiniliste kogemuste alusel ei põhjusta buprenorfiin loote väärarengut, kuid sellekohased kontrollitud kliinilised uuringud puuduvad. Buprenorfiin eritub rinnapiima, seetõttu ei ole rinnaga toitmine asendusravi ajal soovitatav.

Buprenorfiini kasutamine opiaatsõltuvusega rasedate asendusravis on osutunud metadooniga võrdselt efektiivseks vastsündinu parema prognoosi suhtes, erinevusi ei ole täheldatud vastsündinu võõrutussündroomi osas, buprenorfiin on osutunud mõnevõrra tõhusamaks enneaegsete sünnituste riski vähendamisel. Nii buprenorfiin kui metadoon ei mõjuta oluliselt naise uimasti tarvitamist sünnituse järgselt, suur osa naistest jätkab illegaalse uimasti tarvitamist peale sünnitust raseduse aegsele asendusravile vaatamata.

Buprenorfiini algannuse määramisel peab hindama tarvitatava uimasti annuseid, tarvitamise sageduse ja manustamisviisi alusel raseda tolerantsust illegaalse uimasti suhtes. Kuid seejuures tuleb arvestada, et tarvitatava uimasti suhtes kujunenud tolerantsus ei eelda sarnase tolerantsuse olemasolu buprenorfiini suhtes. Kui rase ei ole illegaalset uimastit 5 päeva jooksul tarvitanud, on tema tolerantsus opiaatide suhtes juba langenud ja seega peab buprenorfiini algannus olema väiksem. Ravi alustatakse buprenorfiini annusega 0.8 mg . . . 4 mg ühekordse päevase annusena. Esimese buprenorfiini annuse võib anda vähemalt neli tundi pärast viimase opiaadi annuse manustamist või esimeste võõrutussümptomite ilmnemisel. Esimese buprenorfiini annuse manustamise järgselt tuleb hinnata manustatud annuse efektiivsust võõrutussümptomite ärahoidmisel. Kui püsivad mõõdukad või rasked võõrutussümptomid tuleb buprenorfiini päevast annust teisel ravipäeval tõsta 2 mg võrra. Järgmine buprenorfiini annuse tõstmine toimub 3-5 päeva pärast 2 . . . 6 mg-ni päevas. Peale igakordset annuse tõstmist tuleb hinnata võõrutussümptomite esinemist ja raseda üldist kliinilist seisundit ravimist tingitud kõrvaltoimete ja talumatuse välja selgitamiseks. Annust tõstetakse seni, kuni jõutakse stabiilse annuseni. Keskmise buprenorfiini asendusravi annus on 8 mg päevas, maksimaalne lubatud päevane annus on 16 mg. Opiaatsõltuvusega rasedate asendusravis on kasutatud buprenorfiini annuseid kuni 24 mg päevas, kuid seejuures ei ole tõestatud buprenorfiini suurte päevaste annuste suuremat efektiivsust vastsündinu prognoosi osas, võrrelduna buprenorfiini annustega kuni 16 mg päevas, samas suureneb oht vastsündinul raskekujulise võõrutussündroomi tekkeks.

Kui asendusravis on kasutatud buprenorfiini annuseid üle 4 mg päevas, on soovitatav enne sünnitust buprenorfiini annust langetada, et vältida vastsündinul raske võõrutussündroomi kujunemist. Annust tuleb langetada aeglaselt, 2 mg kaupa iga kahe nädala tagant. Buprenorfiini puhul ei ole täpsemalt kindlaks tehtud, missuguse päevase annuse juures on vastsündinul esinev võõrutussündroom kerge või puudub üldse.

Vastsündinu võõrutussümptomiteks ema buprenorfiiniga asendusravi korral on vererõhu kõrgenemine, rahutus, nutlikkus, treemor, müokloonus.

Buprenorfiini sagedasemad kõrvaltoimed rasedal on unetus, peavalu, minestamine, pearinglus, ortostaatiline hüpotensioon, kõhukinnisus, iiveldus, oksendamine, asteenia, uimasus, higistamine, harva esinevaks kõrvaltoimeks on hingamise supressioon. Buprenorfiini poolt põhjustatud kõrvaltoimeid tuleb eristada rasedusaegsetest vaevustest.

Kasutatud kirjandus:

1. Narkomaania ravijuhis. EPS 2001.
2. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus N:o 289 opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidosta eräillä lääkkeillä. Annettu Helsingissä 15 päivänä huhtikuuta 2002
3. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second edition. APA 2006. www.psych.org
4. U.S. Food and Drug Administration. www.fda.gov.
5. M.F. Brunette, K.T. Mueser: Psychosocial Interventions for the Long-Term Management of Patients With Severe Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorder. J. Clin. Psych. 2006;67(suppl 7):10-17
6. A. Th. McLellan, K. Meyers: Contemporary Addiction Treatment: A Review of Systems Problems for Adults and Adolescents. Biol. Psychiatry 2004;56:764-770
7. H.I. Kaplan, B.J. Sadock. Synopsis of Psychiatry. Eighth Edition. 1998 Lippincott Williams & Wilkins.
8. Pharmaca Estica 2005. 2005 OÜ Pharmaca Estica
9. R.J. Frances, S.J. Miller. Clinical Textbook of Addictive Disorders. 1991 The Guilford Press
10. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2005;44(6):609-621.
11. L.A. Marsch, W.K. Bickel et al: Comparison of Pharmacological Treatments for Opioid-Dependent Adolescents. Arch. Gen. Psychiatry 2005;62:1157-1164
12. M. Lewis. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2002 Lippincott Williams & Wilkins.