

Tobulinimo kurso programos

Asmenų, sergančių priklausomybe nuo opioidų, diagnostika, medikamentinis gydymas ir socialinė pagalba

Edukacinė medžiaga

Medžiaga parengta UNODC projekto „ŽIV prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų
ir nuteistųjų Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje“ lėšomis

Medžiagą parengė:
Emilis Subata, Aušra Malinauskaitė

Vilniaus priklausomybės ligų centras
2009

PRIKLAUSOMYBĖS NUO OPIOIDŲ FARMAKOTERAPIJA METADONU, BUPRENORFINU, BUPRENORFINU/NALOKSONU (MEDICININIAI KLAUSIMAI)

1. Opioidų priklausomybės sindromo TLK-10 kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją

1. Diagnozę gydytojas psichiatras nustato surinkdamas duomenis iš paciento anamnezės, psichiką veikiančių medžiagų vartojimo bei gydymosi nuo priklausomybės istorijos, informaciją apie gyvenimo sąlygas, darbinę ir teisinę situaciją. Subjektyvūs duomenys yra papildomi objektyvios apžiūros duomenimis (objektyvūs abstinencijos ir apsvaigimo simptomai, švirkštimo ir švirkštimo komplikacijų žymės ir pan.).

1.1. Priklausomybės nuo opioidų sindromas diagnozuojamas kuomet per pastaruosius 12 mėnesių pasireiškė 3 iš 6 nurodytų TLK-10 klasifikacijoje nurodytų simptomų (Lietuvos psichiatrų asociacija, Pasaulio sveikatos organizacija, 1992). Šie simptomai yra:

- stiprus troškimas arba kompulsyvus noras vartoti opioidus;
- sunku valdyti elgesį, t.y. opioidų vartojimo pradžią, pabaigą arba vartojimo intensyvumą;
- fiziologinės abstinencijos būseną, kai opioidų vartojimas buvo nutrauktas arba sumažintas, pasireiškianti būdingu abstinencijos sindromu (čiaudulys, žiovulys, ašarojimas, platus vyzdžiai, viduriavimas, įvairūs skausmai, stiprus potraukis pavartoti opioidus, nemiga, bloga nuotaika, nerimas, dirglumas);
- tolerancijos požymiai, rodantys, kad didesnės opioidų dozės reikalingos tam, kad būtų pasiektas poveikis, kuris pradžioje buvo pasiekiamas mažesnėmis dozėmis (tolerancija opioidams gali išaugti kelis ar net keliolika kartų ir viršyti dozes, sukeliančias kvėpavimo slopinimą ir mirtį sveikam žmogui);
- visiškas nesidomėjimas alternatyviais pomėgiais ar interesais, daug laiko skiriama opioidams gauti arba vartoti, arba atsigauti nuo jos poveikio;
- opioidų vartojimas nepaisant akivaizdžių žalingų pasekmių, pvz., švirkštimo komplikacijų.

1.2. Informaciją apie naudojamas narkotines ir psichotropines medžiagas galima papildyti atlikus seilių / šlapimo testą. Šis testas diagnozės nustatymui nėra privalomas.

1.3. Naloksono įšvirkštimas tikslu nustatyti opioidų vartojimą nėra rekomenduojamas, kadangi jis gali iššaukti abstinencijos reiškinius.

1.4. Pacientui turėtų būti pasiūlytas pokalbis dėl ŽIV tyrimo ir pasiūlyta išsitiirti dėl ŽIV, hepatito B ir C bei tuberkuliozės.

1.5. Nėštumo testas gali būti pasiūlytas kaip sudėtinė paciento įvertinimo dalis. Nėštumo nustatymas svarbus parenkant pakaitinius opioidinius vaistinius preparatus.

1.5.1. Konsultacija prieš ŽIV testą

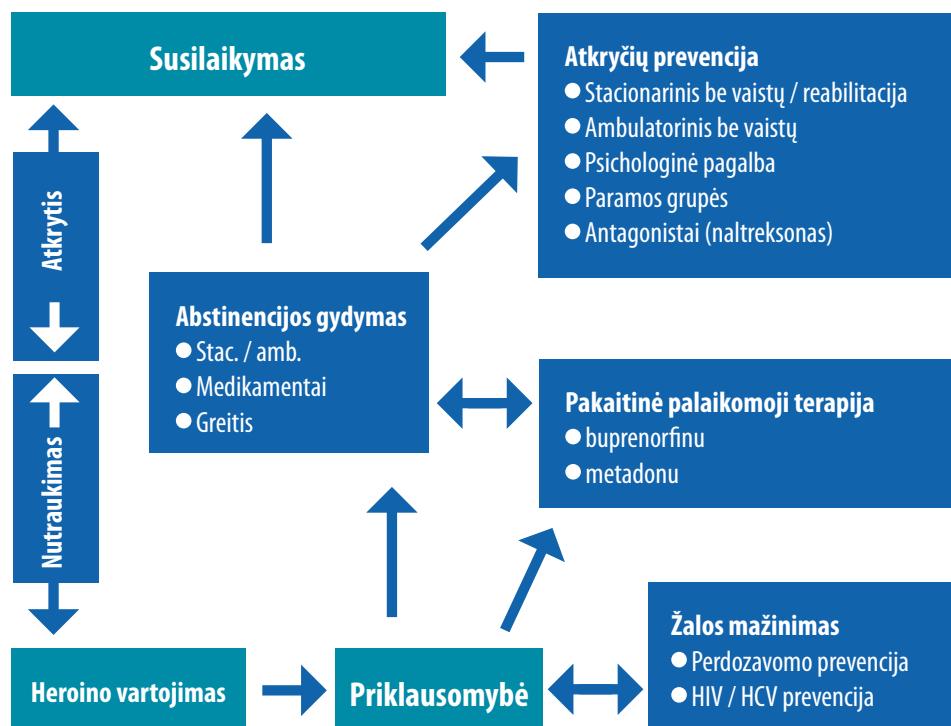
Informacija gauta iš paciento	Informacija, kurią reikia suteikti
Ar anksčiau atliko testą dėl ŽIV.	Informacija apie ŽIV ir AIDS infekcijas. Skirtumai tarp ŽIV ir AIDS.
Koks galėjo būti jo rizikingas elgesys (rizikos įvertinimas).	Ką reiškia testas. Testavimo procedūra, įskaitant ir tai, kaip atliekamas testas, testo rezultato išdavimas, po-testinis konsultavimas ir kam pasakoti apie testo atlikimą.
Suvokimo apie testo rezultatus patikrinimas.	Apie ką gali pasakyti testas dėl ŽIV, apie ką ne.
Kaip praeityje reagavo krizinėse situacijose.	Ką reiškia teigiamas rezultatas, ir ką reiškia neigiamas rezultatas.
Ką darys, jei rezultatas bus teigiamas. Su kuo gali pasikalbėti. Paruošti klientą galimam teigiamam atsakymui.	Paaiškinti kas yra "lango periodas".
Ką jis darys, kol lauks testo rezultatų	Viruso perdavimo keliai ir kaip apsisaugoti nuo viruso.
	Saugios seksualinės technikos. ŽIV ir kontracepcija. Saugus narkotikų vartojimas.
	Visa galima informacija apie pagalbos galimybes, laukiant testo rezultatų.

1.5.2. Konsultacija po ŽIV testo.

Rezultatas ŽIV (+)	Rezultatas ŽIV (-)
Suteikti pacientui galimybę ir laiko įsisavinti gautą informaciją.	Sužinoti, ką pacientas veikė laukdamas testo rezultatų (rizikingo elgesio paneigimas/ patvirtinimas, kas galėjo privesti prie užsikrėtimo ŽIV pastaruoju laikotarpiu).
Pakartoti informaciją apie tai, ką reiškia teigiamas rezultatas.	Informacijos, suteiktos prieš testinį konsultavimą, priminimas.
Patikrinti tai, kam pacientas norės pasakyti apie testo rezultatus. Ką ir koku būdu jis norės pasakyti, ir kada tai padarys.	Informacija apie metodus ir priemones išvengimo/ sumažinimo rizikos, priklausomai nuo paciento gyvenimo būdo.
Paciento planai artimiausiomis valandomis ir dienomis.	
Su kokiais problemomis jis gali susidurti ir kaip tas problemas ruošiasi spręsti (šeimoje, darbe, aplinkoje).	
Kaip įspėti partnerį apie ŽIV infekciją, kaip pasiūlyti partneriui pasidaryti ŽIV testą.	
Visa informacija apie galima pagalbą (medicininę, savivalbos grupes, socialinę, psichologinę pagalbą).	
ŽIV viruso perdavimo profilaktika kitiems.	

2.2. Lyginant su tik abstinencijos gydymu, placebo, reabilitacija arba bet kokių kitų gydymu be vaistų, farmakoterapija metadonu ženkliai dažniau sumažina heroino vartojimą ir išlaiko pacientus gydyme (Mattick R. ir kiti, 2003). Šią išvadą, kad vien psichologinėmis ir socialinėmis priemonėmis paremto gydymo efektyvumas nėra žinomas, patvirtina ir kitos mokslinių publikacijų apžvalgos (Mayet S, Farrell M, Ferri MMF, Amato L, Davoli M., 2004).

1 pav. Priklausomybės nuo opioidų gydymo algoritmas.



2.5. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis net 92,7 proc. asmenų, užregistruotų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, jas vartojo švirkščiamuoju būdu. Šiuo būdu daugiausia buvo vartojami opioidai (79,5 proc.) Lietuvoje, kaip ir kitose Baltijos ir Rytų Europos šalyse opioidų švirkštimasis susijęs su ŽIV ir hepatito C plitimu. Iki 2009 m. Lietuvoje registruota 1401 ŽIV infekuotas asmuo, iš kurių $\frac{3}{4}$ užsikrėtė per švirkščiamuosius narkoti-

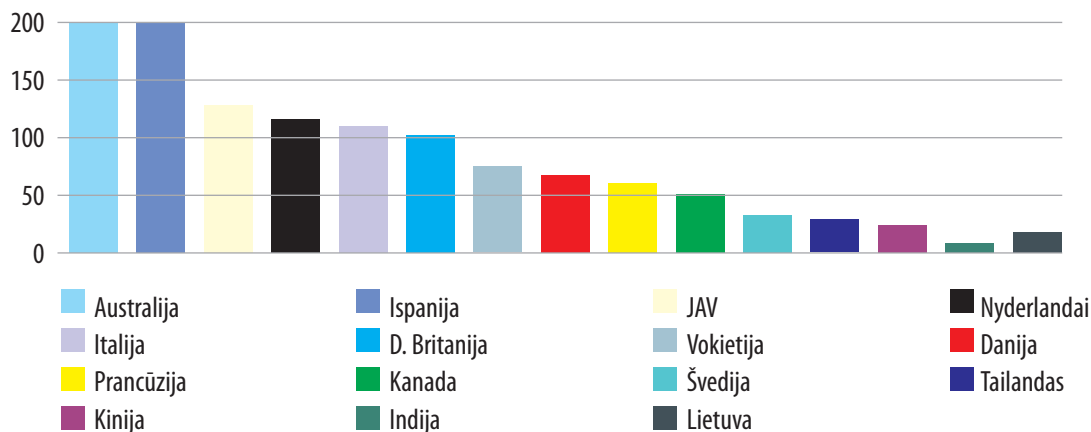
kus. 2008 m. Lietuvoje registruota 95 nauji ŽIV atvejai. Pagal ŽIV paplitimą 100 000 gyventojų Lietuvoje 2007 m. su 38,6 atvejo buvo žymiai geresnėje padėtyje nei dauguma kaimyninių šalių (Latvijoje 2007 m. šis rodiklis buvo 173, Estijoje – 482, Baltarusijoje – 90,3). Esant nepakankamai prieinamam priklausomybės nuo švirkščiamųjų narkotikų gydymui, didėja rizika toliau plisti infekcinėms ligoms, tokioms kaip ŽIV ir hepatitas C, kurių gydymas yra ilgas ir brangus.

2.6. 2007 m. šalyje mirė 72 asmenys nuo narkotikų vartojimo (2006 m. – 62).

2.7. Pirminio lygio ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas 2008 m. teikė 85 psichikos sveikatos centrai, vadovaudamiesi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. 204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824).

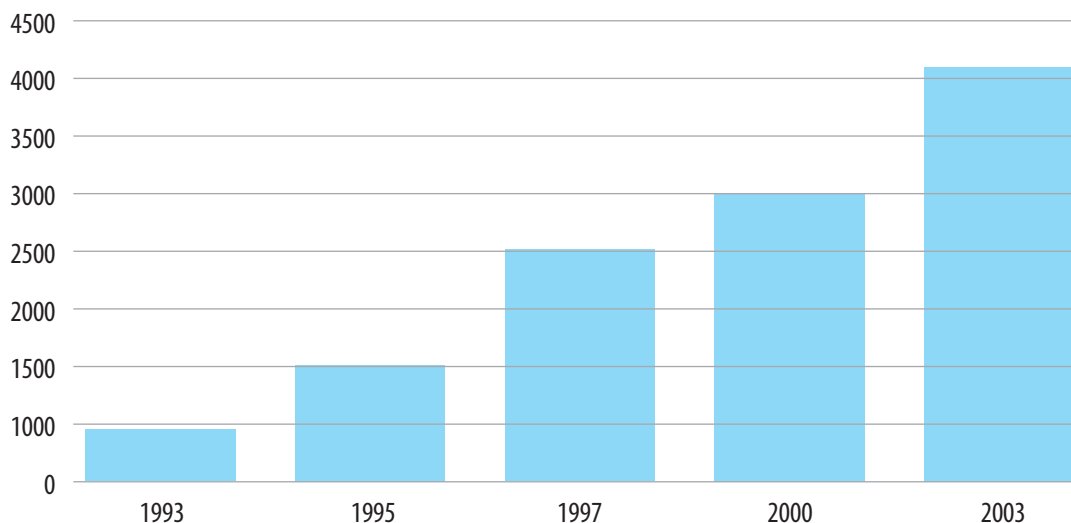
2.8. Farmakoterapija metadonu¹ 2009 m. pradžioje buvo taikoma Vilniaus, Kauno, Klaipėdos ir Panevėžio priklausomybės ligų centruose bei dešimtyje psichikos sveikatos centrų (Vilniaus m. ir raj., Druskininkų, Kėdainių, Mažeikių, Telšių, Šiaulių, Šilutės). 2009.01.01 Lietuvoje farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais buvo taikoma 512 pacientų. 2006 m. Lietuvoje statistiniais metodais apskaičiuota, jog buvo 3200 švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (G.Hay, 2007). Taigi, farmakoterapija buvo prieinama tik 16 proc. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, tuo tarpu kai Jungtinės Tautos nurodo, kad patenkinamas prieinamumas prie farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais siekia 20-39 proc. Daugelyje Europos Sąjungos šalių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis dalyvaujančių farmakoterapijoje siekia 40-50 proc. Farmakoterapija metadonu taikoma Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymu Nr. V – 653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“. Šiuo įsakymu ir kitais galiojančiais teisės aktais medicinos specialistai privalo vadovautis organizuojant farmakoterapiją metadonu ir taikant klinikinę šią klinikinę metodiką.

2 pav. Priklausomų nuo opioidų asmenų, dalyvaujančių pakaitinio gydymo programose, skaičius 100 tūks. gyventojų.



2.9. Sisteminės mokslinių tyrimų apžvalgos vieningai parodo, kad farmakoterapija metadonu, lyginant su kitais gydymo būdais be vaistų arba placebo, efektyviai mažina heroino vartojimą ir išlaiko pacientus gydyme (Mattick R. ir kiti, 2003; Mayet S, Farrell M, Ferri MMF, Amato L, Davoli M., 2004), mažina riziką užsikrėsti ŽIV (Gowing L. ir kiti, 2008). Atsižvelgiant į mokslo duomenis, bylojančius apie farmakoterapijos metadonu efektyvumą, Pasaulio sveikatos organizaciją įtraukė metadoną ir buprenorfiną į Keturioliktąją Pasaulio sveikatos organizacijos būtinųjų vaistinių preparatų sąrašą (WHO, 2005). Europos regione gydomų metadonu asmenų skaičius siekia 400 000 (WHO, 2004b).

¹ Metadonas priklausomybei nuo opioidų gydyti ir skausmui malšinti registruotas kaip Metadon DAK mikstūra 1000ml (NYCOMED DAK A/S)

3 pav. Asmenų, dalyvaujančių pakaitinio gydymo programose, skaičius Europos Sąjungoje (dešimtimis tūkstančių).

Šaltinis: EMCDDA, 2004

2.10. Farmakoterapijos metadonu efektyvumas vertintas ir Lietuvoje.

2.10.1. Farmakoterapijos metadonu efektyvumas tirtas 2004–2006 m. Lietuvoje atliktame daugiacentriame Pasaulio sveikatos organizacijos tyrime, kuriame dalyvavo be Lietuvos dalyvavo Lenkijos, Ukrainos, Indonezijos, Irano, Kinijos bei Tailando medicinos įstaigos (Lawrinson P. ir kiti, 2008). Viso tyrime dalyvavo 726 pacientai, iš jų 102 Lietuvoje. Lietuvoje tyrimas parodė, kad pacientams, esantiems farmakoterapijoje metadonu po 3 ir 6 mėn. ženkliai pagerėjo gyvenimo kokybė, įskaitant ir subjektyvų sveikatos vertinimą (Padaiga Ž., Subata E., Vanagas G., 2007, Vanagas G., 2007). Visose šalyse, dalyvavusiose tyrime, nepriklausomai nuo ekonominio-kultūrinio konteksto stebėtas reikšmingas ir ryškus heroino ir kitų neteisėtų narkotikų vartojimo, rizikingo elgesio užsikrėsti ŽIV ir kitom krauju plintančiom infekcijom bei dalyvavimo kriminalinėje veikloje sumažėjimas. Taip pat rezultatai parodė žymų fizinės ir psichinės sveikatos bei bendros savijautos pagerėjimą (Lawrinson P. ir kiti, 2008).

2.10.2. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, atlikęs 2006 m. visų pacientų, dalyvaujančių farmakoterapijoje metadonu apklausą, padarė išvadą, jog kuo ilgiau taikomas gydymas, tuo labiau mažėja rizika vartoti ir švirkštis narkotikus. Jeigu pirmaisiais metais dažniau ar rečiau narkotikus vartojo 28 proc., tai gydomi ilgiau nei 1 metus tik apie 10 proc., dar ilgiau – 5 proc. (Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2008).

3. Indikacijos ir kontraindikacijos farmakoterapijai opioidiniais vaistiniais preparatais

3.1. Indikacijos skirti farmakoterapiją metadonu, buprenorfinu, buprenorfinu/naloksonu:

3.1.1. Diagnozuotas psichikos ir elgesio sutrikimas vartojant opioidus, priklausomybės sindromas (TLK–10 F11.2).

3.1.2. Pacientas gali pasirašyti informuoto sutikimo formą ir pateikia asmens dokumentą. Gydytojas, duodamas pasirašyti informuoto sutikimo formą, supažindina su naudojamu medikamentu savybėmis, sveikatos priežiūros įstaigos reikalavimais pacientui, besigydančiam farmakoterapija metadonu.

3.1.3. Tipiniu atveju pacientas turi būti vyresnis nei 18 metų².

3.2. Kontraindikacijos:

3.2.1. Kepenų veiklos nepakankamumas (cirozė, gelta).

² LR SAM 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakyme Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomiems nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ nurodyta, kad asmenų iki 18 metų ir vyresnių nei 15 metų gydymui skiriamas tik buprenorfinas.

3.2.2. Kvėpavimo nepakankamumas, ūmi astma.

3.2.3. Inkstų nepakankamumas

3.2.4. Pacientas negali pasirašyti informuoto sutikimo formos dėl sunkių psichikos sutrikimų;

3.2.5. Nuolatinė sunki intoksikacija alkoholiu.

3.3. Skirti atsargiai:

3.3.1. Esant daugelio psichiką veikiančių medžiagų vartojimui, ypač raminamųjų ir migdomųjų vartojimas;

3.3.2. Priklausomybė nuo alkoholio;

3.3.3. Gretutiniai psichikos ir elgesio sutrikimai.

3.3.4. Žema tolerancija opioidams, pvz., išėjus pacientui iš laisvės atėmimo vietos.

3.3.5. Išreikštos somatinės ligos (galvos sužeidimai bei padidėjęs intrakranialinis spaudimas, bronchinė astma ir kiti kvėpavimo sutrikimai dėl metadono poveikio į kvėpavimą, endokrininės ligos ir kt.

4. Metadono farmakodinamika ir farmakokinetika

4.1. Metadono farmakodinamika.

4.1.1. Metadonas yra sintetinis ilgai veikiantis opioidas, kurio farmakologinis poveikis kokybiškai panašus į morfino. Metadonas veiklus vartojant į burną arba parenteraliai. Pagrindinis metadono veikimas pasireiškia per μ -receptorius, turi panašų poveikį kaip endogeniniai opioidai, t.y. enkefalinai bei endorfinai. Metadonas padidina kai kurių neuromediatorių išsiskyrimą: acetylcholino, noreadrenalino bei dopamino.

4 pav. Metadonas.



4.1.2. Pastaraisiais metais nustatyta, kad metadonas gali padidinti serotonino koncentraciją sinapsėse, todėl būtina atsargiai derinti su kitais vaistais, kurie taip pat didina serotonino koncentraciją sinapsėje (selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai, naujos generacijos vaistai nuo migrenos ir kt.)

4.2. Metadono farmakokinetika.

4.2.1. Pavartojus metadono į burną biologinis prieinamumas yra didelis. Didžiausia koncentracija plazmoje būna po 1 iki 7,5 valandos (vidurkis 3-4 val.). Maisto įtaka metadono biologiniam prieinamumui nėra tiksliai žinoma.

4.2.2. Metadonas yra lipofilinis vaistas. Metadonas išsiskiria į seiles, maitinančių moterų pieną, patenka į besivystantį vaisių.

4.2.3. Metadonas metabolizuojamas N-demetilavimo būdu į neaktyvų metabolitą. Metabolizme dalyvauja citochromo P450 izoenzimai, labiausiai CYP3A4, CYP2B6 ir CYP2C19. Mažiau metabolizme dalyvauja CYP2C9 ir CYP2D6. Pasišalina iš organizmo daugiausiai su šlapimu, tam tikra dalis su išmatomis.

4.2.4. Metadono eliminaciją sąlygoja biotransformacija, po kurios vyksta eliminacija su šlapimu bei išmatomis. Manoma, kad po kartotinių metadono dozių metadono pasišalinimo pusperiodis svyruoja nuo 8 iki 59 valandų (vidutiniškai apie 24 val.). Kadangi metadonas yra lipofilinis, tai gali išlikti kepenyse bei kituose audiniuose. Lėtas metadono išsiskyrimas iš kepenų bei kitų audinių gali prailginti metadono veikimą, nepaisant mažos koncentracijos kraujyje.

4.3. Metadono poveikis:

4.3.1. Pagrindinis metadono poveikis pasižymi skausmo malšinimu, centrinės nervų sistemos ir kvėpavimo slopinimu, euforija. Skiriant pastovias metadono dozes, dėl atsiradusios neuroadaptacijos (tolerancijos opioidams) opioidams būdingas tiesioginis poveikis išnyksta arba ženkliai sumažėja.

4.3.2. Metadonas, veikdamas į periferinę nervų sistemą, mažina kraujospūdį, susiaurina vazodilus, sulėtina virškinamojo skrandžio peristaltiką, lėtina motoriką, padidina kai kurių virškinamojo trakto sfinkterių tonusą. Skiriant pastovias metadono dozes dėl neuroadaptacijos (tolerancijos opioidams) atsiradimo šis poveikis išnyksta arba ženkliai sumažėja.

4.3.3. Dėl histaminą išlaisvinančio poveikio į putliųjų ląstelių, gali būti odos paraudimas ir niežulys.

5. Buprenorfino ir buprenorfino/naloksono farmakodinamika ir farmakokinetika

5.1. Buprenorfino farmakodinamika. Egzogeninės medžiagos, kurios jungiasi prie specifinių opioidų receptorių centrinėje nervų sistemoje bei sukelia panašų poveikį, vadinamos *opiooidų agonistais*. Tokios medžiagos, kurios jungiasi su opioidų receptoriais, bet nesukelia jokio opioidams būdingo poveikio, vadinamos *opiooidų antagonistais*. Opioidų receptoriai yra kelių tipų: miu, kapa, delta. Tai jau seniau žinomi receptorių tipai. Dauguma opioidų yra tipiški μ receptorių agonistai.

5 pav. Subutex ir Subuxone tabletės.

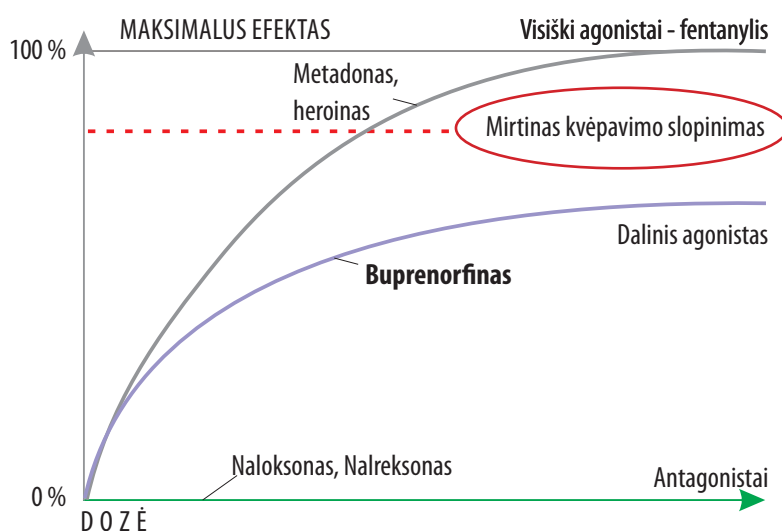


5.2. Greta egzogeninių opioidų žinomi ir endogeniniai opioidai. Aprašytos penkios skirtingos endogeninių, arba neurobiologinių, opioidų sistemos. Šiuos skirtingus neurobiologinius opioidus gamina skirtingos ląstelių grupės.

5.3. Buprenorfinas yra morfino alkaloido tebaino derivatas. Šis junginys yra *dalinis opioidinis agonistas*, besijungiantis su μ opioidiniais receptoriais. Buprenorfinas turi didesnę afinitetą μ receptoriams negu tikrieji opioidų agonistai (pvz., heroinas, metadonas, fentanilis). Taigi, priklauso- mai nuo dozės, buprenorfinas blokuoja kitų opioidinių agonistų poveikį. Taip pat buprenorfinas yra κ opioidinių receptorių antagonistas.

5.4. Dėl savo, kaip dalinio opioidinių receptorių agonisto ir antagonisto savybių, skirtingai nuo metadono ir kitų tikrųjų opioidų receptorių agonistų, slopinamasis buprenorfino poveikis kvėpa- vimui turi taip vadinamas „lubas“, kai toliau didinant medikamento dozę, kvėpavimo slopinimas nedidėja. Dėl šio skirtumo, buprenorfiną yra saugiau išduoti į namus kelioms dienoms nei me- tadoną, kadangi vaisto perdozavimo rizika neteisingai jį vartojant ar perparduodant yra ženkliai mažesnė (WHO, 2004).

6 pav. Opioidų veikimas į kvėpavimo centrą.



5.5. Buprenorfino farmakokinetika. Buprenorfinas vartojamas po liežuviu, Kad tabletė ištirp- tų, užtrunka 5-10 minučių. Buprenorfinas patenka į kraują, toliau patenka į smegenis. Poveikis prasideda po 30-60 minučių, ryškiausias veikimas būna po 1-4 valandų. Buprenorfino pusinės eliminacijos laikas 24-37 valandos. Buprenorfinas labai tampriai susiriša su opioidų receptoriais ir iš jų pasišalina labai pamažu. Dėl to, staiga nutraukus buprenorfino vartojimą, abstinencijos simptomai gali atsirasti ne iš karto.

5.6. Jei buprenorfino tabletę pacientas praryja, poveikis būna mažesnis, kadangi medikamen- tas metabolizuojamas kepenyse. Buprenorfino metabolizmui svarbus citochromo P4503A4 izo- fermentas. Metabolizmas vyksta kepenyse jungiantis su gliukuronidais ir N-dealkilinimo būdu. Tuo būdu, medikamentai, slopinantys citochromą P450 gali veikti į buprenorfino veiksmingumą. Šių medžiagų sąrašas pateikiamas 7 priede.

5.7. Kombinuotas buprenorfino/naloksono preparatas sukurtas tikslu užkirsti kelią bupre- norfino švirkštimui. Naloksono farmakodinamika: ši medžiaga yra μ receptorių *antagonistas*.

Farmakokinetika: naloksoną vartojant į burną arba po liežuvį, jo farmakologinis poveikis būna minimalus, dėl to kad metabolizuojamas kepenyse. Tačiau vartojant į veną asmenims, priklausomiems nuo opioidų, sukelia ryškų antagonistinį poveikį bei abstinencijos požymius. Toks poveikis turi atstumiantį poveikį švirkštimui į veną. Naloksono veikimas būna trumpas (15-20 minučių). Naloksonas metabolizuojamas gliukuronidacijos būdu ir dealkilinimo būdu. Jo metabolizme citochromo P450 izofermentai nedalyvauja. Naloksonas neturi įtakos buprenorfino koncentracijai kraujyje. Farmakokinetinės sąveikos su buprenorfinu požiūriu naloksonas yra neutralus, pusinės eliminacijos periodas apie 1 valandą.

5.8. Buprenorfino poveikis:

5.8.1. Pagrindinis buprenorfino poveikis pasižymi skausmo malšinimu, centrinės nervų sistemos ir kvėpavimo slopinimu, euforija. Skiriant pastovias buprenorfino dozes, dėl atsiradusios neuroadaptacijos (tolerancijos) opioidams tiesioginis buprenorfino poveikis išnyksta arba ženkliai sumažėja.

5.8.2. Buprenorfinas, veikdamas į periferinę nervų sistemą, mažina kraujospūdį, susiaurina vyzdžius, sulėtina virškinamojo skrandžio peristaltiką, lėtina motoriką, padidina kai kurių virškinamojo trakto sfinkterių tonusą. Skiriant pastovias buprenorfino dozes dėl neuroadaptacijos (tolerancijos opioidams) atsiradimo šis poveikis išnyksta arba ženkliai sumažėja.

5.8.3. Dėl histaminą išlaisvinančio poveikio į putliųjų ląstelių, gali būti odos paraudimas ir niežulys.

6. Pradinių metadono dozių skyrimas

6.1. Pradinių metadono dozių skyrimo tikslas – išlaikyti pacientą gydyme, sušvelninant opioidinės abstinencijos simptomus, ir užtikrinti jo saugumą (išvengiant metadono perdozavimo ir mirties dėl kvėpavimo slopinimo);

6.2. Kiekvienam pacientui pirmoji dozė parenkama, atsižvelgiant į priklausomybės sunkumą ir toleranciją. 20 g arba mažesnė dozė 70 kg sveriančiam pacientui yra laikoma saugia, net jeigu jis nevartoja opioidų. Skiriant 30 mg ir didesnę pirmąją dozę, reikia imtis atsargumo priemonių ir stebėti metadono poveikį pacientui. Jeigu manoma, kad pacientui reikia pirmosios dozės 40 mg, reikia itin atidžių atsargumo priemonių stebėjimo. Pirmosiomis dienomis papildomą 5-10 mg dozę galima skirti tik praėjus 3-4 valandoms po ankstesnio medikamentų suvartojimo, jei stebimi opioidų abstinencijos reiškiniai.

6.3. Metadono dozė didinama po 5-10 mg per dieną, jeigu objektyviai stebimi opioidų abstinencijos reiškiniai arba pacientas pateikia subjektyvius nusiskundimus dėl abstinencijos. Rekomenduojama abstinencijos reiškinius vertinti naudojantis subjektyvios ir objektyvios opioidų abstinencijos skales (Handelsman I., Cochrane K., Aronson M.J. et al., 1987), kurios pateikiamos priede Nr.1 ir priede Nr.2. Per savaitę dozė neturėtų būti didinama daugiau nei 20 mg. Pirmosios savaitės pabaigoje metadono dozė neturėtų viršyti 40 mg.

6.4. Per pirmąsias dvi savaites farmakoterapijos tikslas yra stabilizuoti paciento būklę, panaikinti svyravimus tarp opioidų abstinencijos būklės ir apsvaigimo. Pacientai turėtų būti apžiūrimi per šį laikotarpį kasdien, įvertinami abstinencijos bei apsvaigimo simptomai. Pacientus dažniausiai galima stabilizuoti skiriant 30-50 mg metadono dozę per dieną, kuri paprastai nuslopina objektyvius abstinencijos požymius.

6.5. Dauguma pacientų, vartodami 30-50 mg metadono per dieną jaučia abstinencijos simptomus. Todėl, siekiant optimalios paciento savijautos ir pasitenkinimo gydymu, nuo antros savaitės rekomenduojama palaipsniui didinti metadono paros dozę po 5-10 mg kas 3 dienas ne daugiau kaip 20 mg per savaitę.

6.6. Pacientui, esančiam farmakoterapijoje buprenorfinu (buprenorfinu/naloksonu) metadoną galima skirti nuo kitos dienos. Pirmosios metadono dozė parenkama proporcingai paros buprenorfino (buprenorfino/naloksono) dozei, tačiau tipiniu atveju neturėtų viršyti 40 mg.

7. Palaikomųjų metadono dozių skyrimas

7.1. Palaikomosios metadono dozės parenkamos individualiai. Kai kurie pacientai gali būti sėkmingai gydomi mažesnėmis nei 50 mg/parą metadono dozėmis. Tačiau paros dozė viršijanti 60 mg dažniausiai turi geriausią poveikį, išlaikant pacientus gydyme ir slopinant heroino vartojimą, dėl blokuojančio metadono poveikio į opioidinius centrines nervų sistemos receptorių. Paprastai efektyvi farmakoterapijos metadonu paros dozė yra 60-100 mg (Faggiano F. ir kiti, 2003).

7.2. Daugiau nei 100 mg metadono paros dozė gali reikėti skirti kai kuriems pacientams, kurie pasižymi greitu metadono metabolizmu, nors nėra įrodyta, kad paros dozė daugiau nei 100 mg yra efektyvesnė daugumai pacientų (Henry-Edwards, 2003). Pacientams, kurie pasižymi greitu metadono metabolizmu, tikslinga paros metadono dozė vartoti 2 kartus per parą.

7.3. Sprendimą dėl maksimalios metadono paros dozės, taip pat dėl maksimalios farmakoterapijos trukmės priima gydantis gydytojas.

7.4. Farmakoterapija metadonu turėtų pradžioje būti skiriama medicinos specialistų priežiūroje, kad būtų vertinamas paciento atsakas į gydymą. Stabilizavus paciento būklę (teigiami pokyčiai šeimos, darbo sferose, psichoaktyvių medžiagų vartojime, medžiagų nesišvirkštimas), taip pat įvertinus metadono naudojimo ne pagal gydytojo rekomendacijas riziką, metadoną rekomenduojama išduoti į vartoti į namus³. Išdavimas į namus yra labai svarbi sąlyga pacientams ilgiau tęsti farmakoterapiją metadonu ir siekti visapusiškos paciento socialinės adaptacijos.

7.5. Praleidus vieną metadono paros dozę, medikamento dozė nekeičiama. Praleidus dvi paros dozes iš eilės, jei nėra stebimos intoksikacijos, rekomenduojama skirti įprastą dozę. Jei praleistos 3 metadono paros dozes iš eilės, rekomenduojama skirti 50 proc. mažesnę metadono dozę. Jei pacientas praleidžia 4 paros dozes iš eilės, rekomenduojama skirti 40 mg metadono arba pusę nustatytos dozės (pasirinkti tą dozę, kuri mažesnė). Praleidus 5 ir daugiau paros metadono dozių iš eilės, gydymas turėtų būti atnaujinamas nuo 30 mg ir farmakoterapija metadonu pradėta kaip naujam pacientui (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2001, Hendry-Edwards S. ir kt., 2002).

7.6. Jeiigu medicinos specialistas stebi metadono dozės išvėmimą, dozė gali būti kartojama. Jei vėmimas įvyko iki 15 min. po metadono suvartojimo, rekomenduojama kartoti visą dozę. Jei vėmimas įvyko tarp 15-30 min. po metadono suvartojimo, kartoti 50 proc. dozės. Jei vėmimas įvyko daugiau nei po 30 min. po medikamentų suvartojimo – metadono dozės nekartoti (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2001).

7.7. Šlapimo/seilių tyrimai dėl psichiką veikiančių medžiagų atliekami, atsižvelgiant į paciento klinikinę ir socialinę būklę individualiu dažnumu. Rekomenduojama šlapimo/seilių testus atlikti, kai to reikia diagnostikai. Atliekant šlapimo tyrimus rekomenduojama imtis priemonių, sumažinančių apgaulės tikimybę.

7.8. Šlapimo/seilių tyrimai nėra visiškai tikslūs. Jie rodo tik neseniai buvusį medžiagų vartojimą. Nustačius heroino ar kitų opioidų vartojimą, ypač jų švirkštimą, rekomenduojama aptarti su pacientu laipsnišką metadono paros dozės padidinimą, siekiant blokuojančio metadono poveikio, taip pat nustatyti psichologinius-socialinius faktorius, skatinančius psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą bei mažinti jų įtaką.

³ LR SAM 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakyme Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomiems nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ nurodyta, kad pakaitinius opioidinius vaistinius preparatus galima išduoti pacientams išsinešti, esant stabiliai remisijai, tačiau ne rečiau kaip 1 kartą per savaitę.

8. Farmakoterapijos metadonu trukmė

8.1. Farmakoterapijos metadonu trukmė proporcinga paciento sveikatos ir socialinės būklės pagerėjimui. Pacientai turi būti skatinami pasilikti farmakoterapijoje nemažiau 12 mėnesių, kad įvyktų elgesio pokyčiai (Henry-Edwards S. ir kt., 2002, WHO, 2005c) Farmakoterapijos metadonu nutraukimas turi būti vykdomas abipusiu gydytojo ir paciento susitarimu.

8.2. Staigus farmakoterapijos metadonu nutraukimas sukels opioidų abstinencijos sindromą. Dozės mažinimas neturi sukelti fizinių ir psichologinių problemų. Rekomenduojama, kad metadono dozė būtų mažinama 10 mg per savaitę iki 40 mg paros dozės, o po to 5 mg per savaitę. Dozės mažinimo greitis turi būti derinamas su pacientu. Jeigu reikia nutraukti metadono vartojimą greičiau, galima nutraukti farmakoterapiją metadonu skiriant simptominį gydymą.

9. Pašalinis metadono poveikis ir jo korekcija

Metadonas pradėtas taikyti priklausomybės nuo opioidų farmakoterapijai daugiau prieš keturis dešimtmečius ir buvo skirtas milijonams pacientų. Jis yra vertinamas kaip iš esmės saugus medikamentas, jei skiriamas tinkamai. Pašalinis metadono poveikis ir toksiškumas yra panašus į morfino ir kitų opioidų.

9.1. Farmakoterapija metadonu ir opioidų perdozavimo rizika.

9.1.1. Aprašyti mirties atvejai tarp pacientų, farmakoterapijoje buvusių pirmąją ir antrąją savaitę. Šie mirties atvejai susiję su gydytojo paskirtomis per didelėmis pradinėmis metadono dozėmis, kitų slopinančių medžiagų, pvz., raminamųjų vartojimu, bei individualiu jautrumu, pvz., kepenų veiklos sutrikimu.

9.1.2. Mirties rizika nuo opioidų perdozavimo didėja pacientams, nutraukusiems farmakoterapiją metadonu. Apie tai gydytojas turėtų įspėti pacientą. Mirties nuo opioidų perdozavimo rizika mažėja, pacientui iš naujo pradėjus farmakoterapiją.

9.2. Metadonas gali sutrikdyti miegą, sukelti pykinimą, vėmimą (ypač gydymo pradžioje), vidurių užkietėjimą, šlapimo susilaikymą ir mieguistumą, rečiau orientacijos sutrikimą, euforiją, kvėpavimo slopinimą.

9.2.1. Metadonas, kaip ir kiti opioidai slopina seilių sekreciją. Dėl blogos narkotikų vartotojo mitybos ir intoksikacijos pacientai dažnai atvyksta su bloga dantų būkle. Yra įprasta, kad dėl blogos dantų būklės yra kaltinamas metadonas. Seilių sekrecija gali būti skatinama kramtymu. Rekomenduojama didesnę dėmesį skirti burnos higienai (Henry-Edwards S. ir kiti, 2002)

9.2.2. Esant vidurių užkietėjimui, rekomenduojama pacientui valgyti daugiau augalinio maisto (vaisių ir daržovių), daugiau gerti vandens. .

9.2.3. Padidėjusį prakaitavimą rekomenduojama koreguoti keičiant (mažinant) metadono paros dozę. Tačiau atsižvelgti, kad prakaitavimas gali būti ir abstinencijos simptomas.

9.2.4. Sumažėjęs lytinis potraukis ir lytinė disfunkcija koreguojama sumažinant dozę, tačiau tai reikia pasverti su atkryčio tikimybės padidėjimu;

9.2.5. Esant nemigai, rekomenduojama relaksacijos įgūdžiai ir miego higiena. Raminamųjų ir migdomųjų vaistų skyrimas – nerekomenduotinas.

9.2.6. Yra duomenų, kad paros metadono dozės, viršijančios 100 mg, pavieniais atvejais gali sąlygoti elektrokardiogramos QT intervalo pailgėjimą. Šis nurodo apie skilvelinės tachikardijos (Torsades de Pointes) atsiradimo rizikos padidėjimą. Pailgėjus elektrokardiogramos QT intervalui, rekomenduojama mažinti metadono dozę, taip pat su pacientu aptarti medikamento pakeitimo į buprenorfiną galimybę.

10. Pradinių buprenorfino ir buprenorfino/naloksono dozių skyrimas

10.1. Pradinių buprenorfino ir buprenorfino/naloksono dozių skyrimo – farmakoterapijos pradžios etapo - tikslas – išlaikyti pacientą gydyme, sušvelninant opioidinės abstinencijos simptomus, ir užtikrinti jo saugumą.

10.2. Kiekvienam pacientui pirmoji dozė parenkama, atsižvelgiant į priklausomybės bei abstinencijos sunkumą ir toleranciją. Pradinė buprenorfino paros dozė yra nuo 2 iki 8 mg. Pirmą buprenorfino dozę turi būti paskirta, kai pacientas patiria pirmuosius abstinencijos simptomus po opioidų vartojimo bent jau praėjus šešioms, o geriau 12-ai valandų nuo paskutinio heroino naudojimo. Kitaip galima iššaukti opioidų abstinencijos simptomus ir pacientas nutrauks apsilankymus.

10.3. Tipiniais atvejais antrąją ir trečią dieną buprenorfino paros dozė rekomenduojama 8-16 mg. Skiriant buprenorfiną (buprenorfiną/naloksoną) medikamento perdozavimo ir kvėpavimo centro slopinimo rizika yra nežymi, todėl pacientą tikslinga stabilizuoti parenkant tinkamą paros dozę per 2-3 dienas. Šiuo atveju rekomenduojama gydymo pradžios schema: 1 dieną – 8 mg, 2-ą dieną – 16 mg 3-ą ir vėlesnes dienas po 16 mg. Parenkant buprenorfino ir buprenorfino/naloksono dozę farmakoterapijos pradžioje rekomenduojama naudoti vaisto dozavimo algoritmais, pateiktais priede Nr. 3.

10.4. Pirmomis farmakoterapijos dienomis rekomenduojama kasdien apžiūrėti pacientą ir vertinti intoksikacijos/abstinencijos reiškinius. Stabilizuojant paciento būseną, buprenorfino dozė keliama po 2-4 mg esant paros dozėms mažiau 16 mg ir po 4-8 mg, esant paros dozei daugiau nei 16 mg.

10.5. Jeigu pacientas vartojo ilgai veikiančius opioidus, pvz., metadoną, buprenorfiną skirti rekomenduojama ne anksčiau kaip po 24 valandų po paskutinio vartojimo. Siekiant išvengti abstinencijos simptomų sukėlimo, buprenorfinui išstumiant metadoną iš μ receptorių, perkelti pacientus iš farmakoterapijos metadonu į farmakoterapiją buprenorfinu rekomenduojama tik juos stabilizavus su paros doze 30-40 mg. Taip pat turi būti aiškūs abstinencijos simptomai. Šiuo atveju galima tikėtis minimalaus diskomforto. Rekomenduojama pirmoji buprenorfino dozė 2-4 mg, pakartotinai įvertinant pacientą po 2-4 valandų (žr. priedą Nr. 3).

10.6. Jeigu pacientas perkeliamas iš farmakoterapijos metadonu 40-60 mg paros doze, rekomenduojama, nutraukus metadono skyrimą, buprenorfino pirmą dozę skirti atsiradus abstinencijos reiškiniams (48-96 val. po paskutinės metadono dozės). Pacientai turi būti įspėjami, kad heroino ar kitų opioidų vartojimas pasunkina buprenorfino skyrimo pradžią. Pirmoji buprenorfino dozė turėtų būti 4 mg. Pacientą rekomenduojama apžiūrėti po 3-4 valandų. Jei pacientui nėra abstinencijos pasunkėjimo, skiriami 2-4 mg buprenorfino. Jei pacientams pasunkėjo abstinencija, tą dieną buprenorfino daugiau neskirti. Skiriami simptominiai vaistai (pvz., benzodiazepinai). Nuo antros dienos buprenorfino dozė koreguojama pagal abstinencijos reiškinių sunkimą. Pirmoji buprenorfino skyrimo diena yra sunkiausia, tačiau pacientas gali jausti diskomfortą apie savaitę.

10.7. Paciento farmakoterapijos metadonu pakeitimas farmakoterapija buprenorfinu turėtų būti planuojamas, kai pacientas neturi svarbių ar kitų darbinių įsipareigojimų, ir gydytojo konsultacija yra prieinama.

10.8. Nerekomenduotina keisti farmakoterapijos metadonu į farmakoterapiją buprenorfinu, jei metadono paros dozė didesnė nei 60 mg.

11. Palaikomųjų buprenorfino ir buprenorfino/naloksono dozių skyrimas

11.1. Palaikomosios buprenorfino ir buprenorfino/naloksono dozės parenkamos individualiai ir priklauso nuo medikamento absorbcijos ir metabolizmo, tolerancijos opioidams, pašalinių reiškinių, kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo. Efektyvi palaikomoji buprenorfino ir

buprenorfino/naloksono paros dozė yra 12-24 mg (WHO, 2004b). Šios dozės leidžia daugiausiai pacientus gydyme ir slopinti heroino vartojimą, dėl blokuojančio buprenorfino poveikio į opioidinius centrines nervų sistemos receptorių. Maksimali leidžiama buprenorfino ir buprenorfino/naloksono paros dozė yra 24 mg.

11.2. Sprendimą dėl maksimalios farmakoterapijos trukmės priima gydantis gydytojas.

11.3. Farmakoterapija buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu turėtų pradžioje būti skiriama medicinos specialistų priežiūroje, kad būtų vertinamas paciento atsakas į gydymą. Stabilizavus paciento būklę (teigiami pokyčiai šeimos, darbo sferose, psichoaktyvių medžiagų vartojime, medžiagų nesišvirkštimas), taip pat įvertinus medikamentų naudojimo ne pagal gydytojo rekomendacijas riziką, buprenorfiną ir buprenorfiną/naloksoną rekomenduojama išduoti į vartoti į namus⁴. Buprenorfino/naloksono preparato išdavimas vartoti namuose sukelia ženkliai mažiau rizikos, kad bus vartojamas ne pagal paskirtį (švirkščiamas). Išdavimas medikamentų į namus yra labai svarbi sąlyga pacientams ilgiau tęsti farmakoterapiją ir siekti visapusiškos paciento socialinės adaptacijos.

11.4. Dėl lėto buprenorfino pasišalinimo iš opioidų receptorių ir tais atvejais, kai būtina skirti vaistą medicinos darbuotojų priežiūroje, buprenorfiną galima skirti kas 48 valandas, skiriant dvigubą paros dozę, tačiau neviršijant maksimalios paros dozės 24 mg. Ne visiems pacientams šis būdas tinkamas, kadangi kai kurie pacientai dienomis, kai nevartojami medikamentai jaus potraukį arba abstinencijos simptomus. Būtina atsižvelgti į padidėjusią intoksikacijos riziką dėl alkoholio, raminamųjų ar opioidų vartojimo.

11.5. Skiriant medikamentus kas 24 valandas, praleidus paros dozę, rekomenduojama tęsti gydymą buprenorfinu įprastomis dozėmis. Praleidus 2 ar daugiau dienų, gydytojas turi įvertinti paciento būklę ir gali skirti tą pačią ar mažesnę dozę.

11.6. Jei pacientas praleidžia 5-7 dienas ir paros dozė viršija 8 mg, paciento būklę įvertinus gydytojui, rekomenduojama skirti 8 mg. Kitais atvejais, įvertinus paciento būklę buprenorfinas tęsiamas, skiriant 2-8 mg.

11.7. Šlapimo/seilių tyrimai dėl psichiką veikiančių medžiagų atliekami, atsižvelgiant į paciento klinikinę ir socialinę būklę individualiu dažnumu. Rekomenduojama šlapimo/seilių testus atlikti, kai to reikia diagnostikai. Atliekant šlapimo tyrimus rekomenduojama imtis priemonių, sumažinančių apgaulės tikimybę.

11.8. Šlapimo/seilių tyrimai nėra visiškai tikslūs. Jie rodo tik neseniai buvusį medžiagų vartojimą. Nustačius heroino ar kitų opioidų vartojimą, ypač jų švirkštimą, rekomenduojama aptarti su pacientu buprenorfino ar buprenorfino/naloksono paros dozės padidinimą, siekiant blokuojančio medikamentų poveikio, taip pat nustatyti psichologinius-socialinius faktorius, skatinančius psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą bei mažinti jų įtaką. Jeigu nepavyksta nuslopinti potraukio opioidams ir užblokuoti opioidų poveikio, su pacientu reikėtų aptarti farmakoterapijos metadonu galimybę.

12. Farmakoterapijos buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu trukmė

12.1. Farmakoterapijos buprenorfinu ar buprenorfinu/naloksonu trukmė proporcinga paciento sveikatos ir socialinės būklės pagerėjimui. Pacientai turi būti skatinami pasilikti farmakoterapijoje nemažiau 12 mėnesių, kad įvyktų elgesio pokyčiai (WHO, 2004b) Farmakoterapijos nutraukimas turi būti vykdomas abipusiu gydytojo ir paciento susitarimu.

12.2. Staigus farmakoterapijos buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu nutraukimas sukelia

⁴ LR SAM 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakyme Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomiems nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos“ asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ nurodyta, kad pakaitinius opioidinius vaistinius preparatus galima išduoti pacientams išsinešti, esant stabiliai remisijai, tačiau ne rečiau kaip 1 kartą per savaitę.

opioiidų abstinencijos sindromą. Dozės mažinimas neturi sukelti fizinių ir psichologinių problemų. Rekomenduojama, kad buprenorfino dozė būtų mažinama 4 mg per 7-14 dienų kai dozė didesnė nei 16 mg, 2- 4 mg per 7-14 dienų kai dozė 8-16 mg ir po 2 mg per 7-14 dienų kai dozė mažesnė nei 8 mg (Lintzeris N., Clark N., Muhleisen R. ir kiti, 2001). Dozės mažinimo greitis turi būti derinamas su pacientu. Jeigu reikia nutraukti farmakoterapiją greičiau, galima nutraukti farmakoterapiją buprenorfinu, skiriant simptominių gydymą, pvz., raminamuosius ir kitus vaistus.

13. Pašalinis buprenorfino ir buprenorfino/naloksono poveikis ir jo korekcija

Pašalinis buprenorfino ir buprenorfino/naloksono poveikis ir toksiškumas yra panašūs į kitų opioiidų.

13.1. Farmakoterapija buprenorfinu bei buprenorfinu/naloksonu ir opioiidų perdozavimo rizika.

13.1.1. Aprašyti mirties atvejai tarp pacientų, kurie naudojo buprenorfiną ir raminamuosius vaistus, dėl abiejų vaistų kombinuoto slopinančio poveikio į centrinę nervų sistemą. Buprenorfiną ir buprenorfiną/naloksoną rekomenduojama skirti atsargiai, jei pacientas vartoja raminamuosius vaistus ir didelį kiekį alkoholio.

13.1.2. Mirties rizika nuo opioiidų perdozavimo didėja pacientams, nutraukusiems farmakoterapiją buprenorfinu bei buprenorfinu/naloksonu.. Apie tai gydytojas turėtų įspėti pacientą. Mirties nuo opioiidų perdozavimo rizika mažėja, pacientui iš naujo pradėjus farmakoterapiją.

13.2. Buprenorfino pašalinis poveikis (daugiau nei 1 proc. visų gydomų) gali pasireikšti vidurių užkietėjimu, galvos skausmu, nemiga, astenija, mieguistumu, prakaitavimu, pykinimu, vėmimu, galvos svaigimu, ortostatine hipotenzija (Lintzeris N., Clark N., Muhleisen R. ir kt, 2001). Labai retai gali būti kvėpavimo centro slopinimas, padidėjęs transaminazių lygis/gelta, haliucinacijos, jautrumas medžiagai (išbėrimas, niežulys, bronchospazmas, Kvinkės edema, anafilaktinis šokas).

13.3. Buprenorfino/naloksono pašalinis poveikis būna retai ir gali pasireikšti nemiga, vidurių užkietėjimu, pykinimu, prakaitavimu, abstinencijos sindromu, galvos skausmu. Kaip ir gydant buprenorfinu labai retai gali būti kvėpavimo centro slopinimas, padidėjęs transaminazių lygis/gelta, haliucinacijos, jautrumas medžiagai (išbėrimas, niežulys, bronchospazmas, Kvinkės edema, anafilaktinis šokas).

14. Farmakoterapijos metadonu, buprenorfinu, buprenorfinu/naloksonu taikymo ypatumai pacientams, sergantiems infekcinėmis ligomis

ŽIV

14.1. Sveikatos priežiūros įstaiga, vykdanči farmakoterapiją opioidiniais vaistiniais preparatais, turi užtikrinti, kad ŽIV užsikrėtę pacientai būtų stebimi infekcinių ligų gydytojo ir laiku gautų reikiamą pagalbą. Glaudus farmakoterapiją metadonu ir priežiūrą dėl ŽIV vykdančių įstaigų bendradarbiavimas, paciento palaikymas ir deramas dėmesys šiai ligonių kategorijai yra lemiamas sėkmingo ŽIV infekcijos gydymo elementas.

14.2. Pradinis ištyrimas dėl ŽIV infekcijos metadoną vartojančiam ar numatančiam vartoti asmeniui nesiskiria nuo nevartojančiojo. Gydytojas turi paaiškinti ištyrimo dėl ŽIV svarbą sėkmingam tolesniam paciento būklės stebėjimui ir gydymo koordinavimui. Jei ŽIV antikūnų nerandama, tyrimas kartojamas kartą metuose. Pacientas turi teisę atsisakyti ištyrimo dėl ŽIV.

14.3. Gydytojas, diagnozavęs ŽIV infekciją, atvejį registruoja ir teikia duomenis apie jį, vadovaudamasis Lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarka asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-117 (Žin., 2003, Nr. 27-1105, 2008, Nr.74-2890).

14.4. ŽIV užsikrėtę asmenys dėl šios infekcijos stebimi visą gyvenimą vadovaujantis LR Sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktais (2004).

14.5. Atsižvelgiant į tai, kad dauguma pacientų į metadono programą patenka toli pažengusios ŽIV infekcijos stadijoje, svarbu vertinti aktyvių oportunistinių infekcijų galimybę. Kiekvienas oportunistinės infekcijos atvejis ištiriamas ir gydomas stacionare arba ambulatoriškai.

14.6. Antiretrovirusinė terapija (toliau – ART) skiriama:

14.6.1. diagnozavus AIDS arba simptominę ŽIV ligą, esant bet kokiam CD4 limfocitų skaičiui (įrodymų lygis A);

14.6.2. esant besimptomai infekcijai, kai CD4 limfocitų skaičius $<200/\text{mm}^3$ (įrodymų lygis A);

14.6.3. esant besimptomai infekcijai, kai CD4 limfocitų skaičius pakartotinai yra $200\text{--}350/\text{mm}^3$ (įrodymų lygis B);

14.6.4. ŽIV užsikrėtusiai moteriai nėštumo ir gimdymo metu (įrodymų lygis A).

14.7. ART skiria infekcinių ligų gydytojas, kai pacientas pasiruošęs ir motyvuotas pradėti gydymą. Pacientas informuojamas apie būtinybę laikytis griežto vaistų vartojimo režimo, apie galimas vaistų nepageidaujamas reakcijas, ART ir kitų vartojamų vaistų (metadono, buprenorfino ir kt.) tarpusavio sąveiką, gydymo nepertraukiamumą, viruso atsparumo vaistams vystymosi grėsmę ir pan. (įrodymų lygis C).

14.8. Pasiruošimą skirti ART sudaro:

- priklausomybės nuo narkotinių medžiagų ir alkoholio gydymas;
- gyvenimo sąlygų stabilizavimas;
- psichikos sutrikimų gydymas;
- oportunistinių infekcijų ir kitų sunkių gretutinių ligų gydymas.

14.9. ART sudarančios vaistų grupės (1 lentelė):

14.9.1. nukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai (toliau – NATI);

14.9.2. nenukležidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai (toliau – NNATI);

14.9.3. proteazių inhibitoriai (toliau – PI);

14.9.4. fuzijos inhibitoriai (toliau – FI);

14.9.5. integrazės inhibitoriai (toliau – II);

14.9.6. koreceptorių antagonistai (toliau – KA).

14.10. Pradiniam ŽIV infekcijos gydymui rekomenduojami ART deriniai:

- 2 NATI ir 1 NNATI;
- 2 NATI ir 2 PI (kurių vienas – ritonaviras, skiriamas stiprinančiomis dozėmis);
- 3 NATI (AZT+3TC+ABC) tęsti pradėtą gydymą.

ART derinys sudaromas vadovaujantis ŽIV infekcijos stadija, simptomais, oportunistinių infekcijų buvimu; CD4 ląstelių ir ŽIV RNR kopijų skaičiumi; numatomu vaistų vartojimo reguliarumu, paros tablečių skaičiumi; galimomis vaistų nepageidaujamomis reakcijomis; koinfekcija su HBV ir HCV, kita gretutine patologija ir būklėmis (lipidų apykaitos sutrikimai, cukrinis diabetas, širdies, kepenų, inkstų funkcijos sutrikimai); priklausomybe narkotinėms medžiagoms; moters reprodukcinė būkle.

14.11. Dėl metadono poveikio skrandžio išsituštinimui ir citochromo P450 izoenzimų 3A4 ir 2D6 dalyvavimo metabolizme dažna tarpusavio sąveika su antiretrovirusiniais vaistais. Tai turi įtakos metadono ir (arba) antiretrovirusinių vaistų efektyvumui.

14.11.1. Nei vienam iš NATI nebūdingas kliniškai reikšmingas poveikis metadono metabolizmui. Priešingai, metadonas turi poveikį NATI farmakokinetikai:

- dėl metadono poveikio iki 40 proc. didėja zidovudino koncentracija kraujyje, tai gali pasireikšti toksiškais reiškiniais;

- dėl metadono sąveikos su didanozinu ir stavudinu pastarųjų koncentracija gali mažėti.
- 14.11.2. Kliniškai reikšminga farmakokinetikos sąveika vyksta metadono skiriant kartu su NNATI:
- efavirenzas ir nevirapinas, abu stiprūs enzimo p450 induktoriai, ryškiai sumažina metadono koncentraciją kraujyje;

14.11.3. Negausiais duomenimis metadonas paprastai neveikia PI farmakokinetikos, išskyrus amprenavirą (taip pat fosamprenavirą), kurio koncentracija dėl sąveikos sumažėja iki 30 proc. Priešingai, dauguma PI reikšmingai veikia metadono metabolizmą. Skiriant kartu su amprenaviru, nelfinaviru ir lopinaviru metadono koncentracija gali reikšmingai sumažėti.

14.12. Klinikinis poveikis dėl metadono koncentracijos kraujyje sumažėjimo, pasireiškiantis abstinencijos sindromu, atsiranda po 4-10 vartojimo dienų. Metadono dozė turi būti laipsniškai didinama, paprastai po 5-10 mg per parą, ne daugiau 20 mg per savaitę kol paciento savijauta pagerės.

14.13. Metadono ir ART bei oportunistinių infekcijų gydymui skirtų vaistų tarpusavio sąveika parodyta (4 priedo 2 lentelėje).

14.14. Medicinos personalas turi sustiprinti paciento motyvaciją reguliariai vartoti ART. Siekiant ilgalaikio virusologinio atsako, ypač svarbu ART vartoti reguliariai pirmuosius 4-6 mėnesius.

14.15. Konsultacijos prieš paskiriant ART metu infekcinių ligų gydytojas turi įsitikinti, kad paciento emocinė būklė stabili, ART vaistų dienos režimas netrukdo įprastinei veiklai, pacientas įsisąmoninęs, kad nereguliarus vaistų vartojimas lemia atsparumą ir gydymo nesėkmę, žino ART nepageidaujamų reiškinių ir tarpusavio sąveikos su metadonu raiškos ypatumus bei kritinius atvejus, kuriais reikia nedelsiant kreiptis į gydymo įstaigą.

Atvejo pavyzdys:

Vitalijus, 25 metai.

Pacientas 5 mėnesiai yra pakaitinio gydymo metadonu programoje, ŽIV teigiamas. Paskutinius 8 mėn. krenta svoris (neteko apie 20 kg), jaučia silpnumą. 1,5 mėn. kaip stebimos baltos apnašos burnoje, sunku ryti. Dėl šių nusiskundimų, metadono programos gydytojas įkalbėjo pacientą kreiptis į AIDS centrą dėl ištyrimo.

Pacientas narkotikus vartoja nuo 15 metų, pirmą kartą stacionariame skyriuje, dėl priklausomybės opioidams, gydėsi 18 metų. Dar kartą pagalbos kreipėsi prieš 5 mėn., su savimi neturėjo asmens dokumentų.

Paciento tėvas ir motina taip pat gydosi metadono programoje. Gyvena su mama. Būdamas metadono programoje pacientas kartais vartoja dimedrolį ir raminančius medikamentus. Metadono paros dozė – 75mg.

ŽIV infekcija diagnozuota prieš 4 metus laisvės atėmimo vietoje. Prieš du metus tikrinosi AIDS centre. Tada CD4 buvo 671 kub. mm. Paskutinių tyrimų duomenys: CD4 – 78. AIDS centre tikrinasi nereguliariai. Prieš 7 metus buvo diagnozuotas hepatitas C.

Patikrinimo metu: ūgis 175 cm., svoris – 49 kg. Kūno temperatūra 36,8. Limfmazgiai nepadidėję. Liežuvis apsinešęs baltomis apnašomis. Kirkšnies srityje trofinės opos. Patikrinimas širdies kraujagyslių sistemos, plaučių, kepenų, inkstų patologijos nestebi.

Klausimai:*Kokį susirgimą turi įtarti metadono programos gydytojai?**Kokie gali būti specialistų komandos veiksmai?***Virusinis hepatitas C (HCV)**

14.16. Vertinant didelį C hepatito paplitimą tarp buvusių ir esamų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų, jiems turi būti pasiūlytas C hepatito viruso antikūnų (anti-HCV) II ar III kartos imunofermentinės analizės tyrimas. Teigiamas rezultatas patvirtinamas C hepatito viruso (HCV) ribonukleininės rūgšties (HCV-RNR) kraujo serume nustatymu, atliekant polimerazės grandinių reakciją (PGR). Taip pat nustatomas HCV genotipas. Jei anti-HCV nerandama, tyrimas kartojamas kartą metuose (jei paciento elgesyje išlieka rizikos užsikrėsti veiksniai).

14.17. Jei pradinio ištyrimo metu nerandama hepatito B antikūnų, rekomenduojama vakcinacija nuo hepatito B.

14.18. HCV užsikrėtusiems pacientams griežtai rekomenduojama nevartoti alkoholio. Šiuo tikslu turi būti suteikta psichologinė, socialinė ir medicininė pagalba.

14.19. Hepatito C gydymas skiriamas vadovaujantis bendrosiomis hepatito C gydymo rekomendacijomis, patvirtintomis LR Sveikatos apsaugos ministerijos (2008).

14.19.1. Pasirinkimo vaistai HCV infekcijai gydyti – pegiliuotas alfa interferonas (peg-INF α) ir ribavirinas (RBV).

14.19.2. Jei pacientas serga mišria ŽIV ir HCV infekcija, C hepatito gydymas skiriamas, kai CD4 limfocitų yra >200 ląstelių/mm³. Jei CD4 limfocitų yra ≤ 200 ląstelių/mm³, pirmiausia skiriamas antiretrovirusinis gydymas. C hepatito gydymas pradedamas, kai būklė stabilizuojasi ir CD4 ląstelių skaičius pakyla iki >200 ląstelių/mm³.

14.19.3. Dėl tarpusavio sąveikos peg-INF α ir RBV derinys gali padidinti metadono koncentraciją (žr. priedas Nr. 3 lentelę 1) ir lemti metadono toksinius reiškinius.

14.19.4. Vienas interferono nepageidaujamų reiškinių yra depresija. Esant indikacijų priklausomybės ligų ar psichikos sveikatos centre suteikiama psichiatro ir (arba) psichologo konsultacija, nustačius depresiją skiriamas gydymas antidepresantais.

Tuberkuliozė

14.20. Prieš pradedant taikyti farmakoterapiją metadonu arba farmakoterapijos pradžioje, o vėliau kartą per metuos, atsižvelgiant į konkrečią klinikinę ir socialinę situaciją, pacientas nukreipiamas ištyrimui dėl tuberkuliozės.

14.21. Diagnozavus aktyvią tuberkuliozę, pacientas gydomas stacionare (mažiausiai 2 mėnesiai), toliau tęsiamas ambulatorinis gydymas. Vaistai nuo tuberkuliozės vartojami ambulatorinio skyriaus medicinos personalo akivaizdoje.

14.22. Jei aktyvi tuberkuliozė diagnozuojama ŽIV užsikrėtusiam asmeniui, tuberkuliozės gydymas pradedamas, vadovaujantis CD4 ląstelių skaičiumi:

14.22.1. kai CD4 ląstelių >200 /mm³, tuberkuliozė gydoma pirmiausia, iki paskiriant ART;

14.22.2. kitais atvejais ART rekomenduojama pradėti po 2-8 savaičių nuo tuberkuliozės gydymo pradžios.

14.23. Pacientams, ypač užsikrėtusiems ŽIV, turi būti priminta, kad buvimas didelio žmonių susibūrimo ar kitose galimose tuberkuliozės perdavimo vietose (kalnimo įstaigos, nakvynės namai) padidina tikimybę užsikrėsti *M. tuberculosis* infekcija.

14.24. Metadono ir vaistų tuberkuliozei gydyti (rifamicinų grupė) tarpusavio sąveika parodyta 3 priedo 1 lentelėje.

Atvejo pavyzdys:

Vladimiras, 36 metai.

Priklausomas nuo opioidų jau daugiau nei 8 metai, anksčiau ne kartą gydėsi stacionare, remisijos neilgos. Anamnezėje – židininė plaučių tuberkuliozė. Pakaitinio gydymo metadonu programoje 6 mėnesiai. Dozė stabilizavosi – 100mg. Paskutiniu metu jaučiasi blogiau, atsirado kosulys, šaltis krėtimas, subfebrili temperatūra, svorio kritimas. Kreipėsi dėl priėmimo pas pulmonologą, kuris diagnozavo tuberkuliozės paūmėjimą ir skyrė gydymą izoniazidu ir rifampicinu.

Pradėjus gydymą savijauta nepagerėjo, priešingai, pradėjo blogiau miegoti, atsirado prakaitavimas, sustiprėjo potraukis narkotikams.

Klausimai:

Kokia pablogėjimo priežastis?

Ką turi daryti gydytojas ir kiti specialistai?

15. Nėštumas ir maitinimas krūtimi

15.1. Nors kai kurios nėščios moterys gali norėti nutraukti heroino vartojimą, opioidų abstinencijos būklė kelia persileidimo riziką pirmąjį nėštumo trimestrą bei priešlaikinio gimdymo riziką paskutinį nėštumo trimestrą. Iš kitos pusės, heroino vartojimo atsinaujinimas po susilaikymo nuo heroino laikotarpio gali turėti ypatingai nepageidaujamų pasekmių vaisiui dėl heroino bei kitų narkotinių bei psichotropinių medžiagų vartojimo ir švirkštimo medicininių komplikacijų, socialinių-teisinių problemų. Farmakoterapija opioidiniais vaistiniais preparatais turi minimalią riziką vaiko vystymuisi, lyginant riziką atkristi į heroino vartojimą ir su tuo susijusia žala.

15.2. Metadonas yra pirmo pasirinkimo vaistas priklausomybės nuo opioidų sindromo farmakoterapijai, kadangi jis geriau ištyrinėtas, skiriant jį nėščiosioms, nei buprenorfinas. Iš kitos pusės tyrimų apžvalgos, skirtos opioidinių vaistinių preparatų taikymui nėščiosioms moterims ir atliktos iki šiol, neparodė reikšmingų skirtumų tarp metadono ir buprenorfino (Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M., 2008). Jeigu pacientė sėkmingai gydoma buprenorfinu, prieš keičiant gydymą reikia atsižvelgti į metadono poveikio ypatumus, jeigu gydymas buprenorfinu efektyvus – gali būti netikslinga keisti medikamentą.

15.3. Esant nėštumui nerekomenduojama skirti buprenorfiną/naloksoną, dėl naloksono galimo neigiamo poveikio vaisiui.

15.4. Nėštumo eigoje dėl pasikeitusios moters fiziologijos, o taip pat artėjant gimdymui gali būti poreikis ženkliai didinti ar mažinti metadono dozes. Nepakankamai ištyrinėta, kiek ši rekomendacija tinka skiriant buprenorfiną nėščiosioms.

15.5. Nors metadono yra randama motinos piene, jo koncentracija yra labai žema ir neturi

poveikio naujagimiui. Iš kitos pusės, maitinimas krūtimi turi daug pranašumų, įskaitant stipresnę motinos-kūdikio psichologinę ryšį, maitinimosi pilnavertiškumą ir atsparumą ligoms. Jei pacientė yra infekuota ŽIV, maitinimas krūtimi yra draudžiamas dėl galimo ŽIV infekcijos perdavimo su pienu. Jei pacientė yra infekuota hepatitu C, galima maitinti krūtimi, tačiau reikalinga infekcinių ligų gydytojo konsultacija dėl hepatito C viruso prevencijos (spenelių įtrūkimų prevencija).

15.6. Negydomas opioidų abstinencijos sindromas gali sukelti diskomfortą naujagimiui, retais atvejais – traukulius. Mokslinių tyrimų apžvalgos rodo, kad opioidai ir barbituratai yra efektyvesni nei placebo arba benzodiazepinai, ir greičiausiai opioidai yra efektyvesni nei barbituratai (Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ., 2005a, 2005b).

Atvejo pavyzdys:

Elena, 19 metų.

Aguonų nuovirą vartoja (švirkštėsi) nuo 16 metų. Anksčiau buvo vartojimo aguonų nuoviro pertraukos, bet jau 7 mėnesiai kaip vartoja kiekvieną dieną, 4 mg per dieną. Injekcijas darosi į rankų venas ir į pažastis. Papildomai vartoja po 1 – 4 tabletes per dieną dimedrolio, jas ištirpdydama aguonų nuovire. Epizodiškai vartoja ir amfetaminą (injekcijomis).

Anksčiau dėl priklausomybės niekur nesigydė.

Gyvenimo anamnezė: tėvas piktnaudžiavo alkoholiu, nusižudė. Baigė 12 klasių, niekur nedirba. Gyvena su partneriu, kuris taip pat vartoja aguonų nuovirą injekciniu būdu. Jis dažniausiai ir pasirūpina narkotikais.

Pacientė/klientė jau 5 mėnesiai nėščia. Vakar jautė šleikštulį, pykinimą todėl nutarė kreiptis pagalbos į priklausomybės ligų centrą. Pas ginekologą nesilanko ir nėra buvusi nei karto nuo tada, kai sužinojo apie nėštumą.

Nori nutraukti narkotikų vartojimą dėl nėštumo, nes mano, kad narkotikų vartojimas gali pakenkti vaiko sveikatai.

Objektyviai:

Apžiūros metu stebimi injekcijų pėdsakai pažastyse. Opioidų vartojimui nustatyti testas teigiamas. Teigiamas ir amfetaminų.

Klausimai:

Kokį gydymo planą gali pasiūlyti specialistų komanda?

Aprašykite galimus veiksmus?

Kaip greitai reikia suteikti pagalbą? Kam turėtų būti teikiami prioritetai?

16. Skausmo malšinimas pacientams, esantiems farmakoterapijoje metadonu ar kitais opioidiniais vaistinėmis preparatais

Pacientai, esantiems farmakoterapijoje metadonu ar kitais vaistinėmis preparatais, yra stebima padidėjusi tolerancija opioidams. Todėl skausmo malšinimas šiems pacientams turi savo specifiką.

16.1. Nedidelio skausmo malšinimui rekomenduojami ne opioidų kilmės skausmą malšinantys vaistai (paracetamolis, ibuprofenas, ketorolakas ir kt.). Pacientų, vartojančių opioidinius vaistinius preparatus, ūmiam skausmui malšinti reikia didesnių opioidinių analgetikų (pvz., morfino, tramadolio, fentanilio) dozių dėl padidėjusios paciento tolerancijos opioidams. Skausmą malšinančių vaistų, kurių sudėtyje yra buprenorfino, vartojant metadoną reikėtų vengti, dėl to, kad jie būdami daliniai opioidų receptorių agonistai, iššauks abstinencijos simptomus.

16.2. Dėl kryžminės tolerancijos tarp opioidų ir skausmą malšinančių vaistų, gali reikėti didesnės pastarųjų dozių atliekant stomatologines arba chirurgines operacijas.

17. Vairavimas ir darbas su įrengimais

17.1. Opioidų sukeltas apsvaigimas (mieguistumas, pablogėjusi koordinacija) gali pasitaikyti skiriant pradines opioidinių vaistinių preparatų dozes. Todėl gydantis gydytojas turi įspėti pacientus dėl jų įtakos vairavimui, ypač farmakoterapijos pradžioje arba keičiant dozę. Sveikatos tikrinimas dėl vairuotojų pažymėjimo vyksta teisės aktų nustatyta tvarka.

18. Gretutinių psichikos sutrikimų gydymas vaistais

Opioidų vartotojai linkę dažniau sirgti kitais psichikos sutrikimais, nei likusi gyventojų populiacija. Dažnai sunku nustatyti, ar priklausomybė nuo opioidų yra pirminis psichikos sutrikimas, ar yra susijusi su opioidų vartojimu pasekmė.

18.1. Pacientus, esančius farmakoterapijoje metadonu, reikėtų įvertinti dėl psichikos sutrikimų gydymo pradžioje ir periodiškai gydymo eigoje, nustatius stabilią metadono dozę. Depresija ir nerimas yra dvi labiausiai paplitusios psichikos ligos, diagnozuojamos opioidų vartotojams. Gydymo pradžioje nerimas gali būti susijęs su opioidų abstinencijos simptomais ir per keletą savaičių gali praeiti. Kadangi priklausomi nuo opioidų pacientai priklauso padidėjusiai rizikos dėl savižudybės grupei, todėl visus pacientus, esančius farmakoterapijoje metadonu, reikia įvertinti dėl galimų nuotaikos sutrikimų. Nediagnozuota depresija blogina psichologinį – socialinį funkcionavimą ir didina atkryčio riziką.

18.2. Antidepresantus rekomenduojama skirti tuomet, kai nustatoma depresijos diagnozė sutinkamai su TLK – 10 kriterijais (įskaitant pablogėjusią nuotaiką, miego sutrikimus, svorio kritimą). Gydymas skiriamas remiantis LR Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintomis depresijų gydymo rekomendacijomis. Skiriant triciklius antidepresantus (amitriptiliną) reikia atsižvelgti, kad farmakodinamiškai jie slopina centrinę nervų sistemą ir skirti reikia atsargiai (WHO, 2008). Gydant SSRI medikamentais, ypač fluvoksaminu, sertraliniu sulėtėja metadono metabolizmas, todėl gali reikėti sumažinti metadono dozę.

18.3. Jei pacientui, esančiam farmakoterapijoje metadonu, išsivystė manijos epizodas, svarbu atskirti, ar šis epizodas yra susijęs su anksčiau buvusiais manijos, hipomanijos ar depresijos epizodais, ar tai yra susiję su kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu. Stimuliuojančios medžiagos pačios sukelia manijos simptomus.

18.4. Visi anamnezėje buvę psichozės epizodai priklausomybė nuo opioidų sergantiems asmenims turėtų būti įvertinti iš naujo, tikslu diferencijuoti su psichiką veikiančių medžiagų sukeltomis psichozėmis. Šių psichozių gydyti medikamentais nereikia.

Atvejo pavyzdys:**Valerijus, 23 metai.**

Prieš metus buvo diagnozuotas šizoafektinis sutrikimas, nuo to laiko gydomi psichiatrinėje ligoninėje. Pas psichiatrą lankosi reguliariai, viena – du kartus per mėnesį, jam yra išrašomas medikamentas – antipsichotikas Leponeksas, kurį pastoviai vartoja dėl šizoafektinio sutrikimo profilaktikos.

Pasakoja, kad du kartus bandė žudyti. Pasak paciento, gyvena vienas (tėvai jam nuomoja butą), mokosi universitete istorijos fakultete, socialinės antropologijos specialybę.

Heroino garus įkvėpti pradėjo prieš tris metus. Paskutiniu metu vartojo ¼ gramo per parą reguliariai, du kartus į dieną. Kada heroino nevartojo, jautė stiprų potraukį, abstinencijos sindromus. Kad sumažintų abstinencijos sindromą tuo metu vartodavo tramadolį. Tramadolį jau keletas metų jam išrašo neuropatologas dėl skausmo slopinimo, nes pasak paciento, turi stuburo patologiją.

Keletą kartų yra bandęs švirkštis „širkę“ (aguonų nuovirą). Anot paciento, paskutines dvi savaites vartojo tik tramadolio tabletes (iki 500 mg), bet jis ne visiškai panaikina abstinencijos sindromą. Iš draugų išgirdo apie pakaitinį gydymą metadonu, todėl norėtų gydytis metadono programoje. Dėl priklausomybės nuo narkotinių medžiagų kreipiasi pirmą kartą.

Kaip teigia pacientas, nei mama, nei gydantis psichiatras nežino apie paciento priklausomybę heroinui. Kai metadono programos gydytojų konsultacinės komisijos gydytojai paprašė leidimo susisiekti su paciento psichiatru ir aptarti psichinę paciento būseną bei galimus problemas sprendimo būdus, jis nesutiko.

Klausimai:

Kaip pasielgti gydytojams?

Kokį gydymo planą galima pasiūlyti, jei Valerijus duotų sutikimą dėl bendradarbiavimo su jo gydytojų psichiatru?

Kaip pasielgti jei Valerijus atsisako duoti sutikimą bendradarbiavimui su gydytoju psichiatru?

19. Priklausomybė nuo kelių psichiką veikiančių medžiagų

19.1. Priklausomų nuo opioidų asmenų mirčių atvejais dažnai nustatomas opioidų (metadono, heroino) vartojimas kartu su kitomis slopinančiomis medžiagomis (raminamaisiais, migdomaisiais). Pacientams, vartojantiems dideles raminamųjų, migdomųjų ir alkoholio dozes metadonas turi būti skiriamas atsargiai.

19.2. Jeigu pacientas atvyksta gerti opioidinių vaistinių preparatų apsvaigęs nuo alkoholio, raminamųjų ar migdomųjų vaistų, metadonas pacientui neišduodamas arba išduodamas sumažinta metadono paros dozė, pvz., pusė paros dozės. Intoksikacijos alkoholiu laipsnį rekomenduojama nustatyti alkotesteriu. Esant vidutiniam ir sunkiam intoksikacijos alkoholiu laipsniui, pacientui galima pasiūlyti ateiti po keleto valandų ir tik tada spręsti dėl metadono išdavimo.

19.3. Jeigu metadono tirpalo mikstūroje yra alkoholio, pacientams, esantiems farmakoterapijoje metadonu ir turintiems priklausomybę nuo alkoholio, gydymo disulfiramu rekomenduojama neskirti. Pacientui rekomenduojami abstinencijos gydymas bei psichologinė-socialinė pagalba, atkryčių prevencija.

Atvejo pavyzdys:

Veronika, 47 metai.

Metadono programoje, su pertraukomis, jau 7 metai. Paskutinius du metus lankosi reguliariai, metadono dozė 110 mg. Stengiasi pagerinti savo socialinę situaciją, reguliariai lankosi pas socialinį darbuotoją. Socialinis darbuotojas padėjo užpildyti reikiamus dokumentus ir gauti asmens dokumentą. Veronika jau 3 metai kaip yra infekuota ŽIV. Dažnai skundžiasi bloga savijauta, reguliariai lankosi AIDS centre dėl sveikatos patikrinimo ir laboratorinių tyrimų.

Pacientė jau keletą metų stipriai vartoja alkoholį. Kartais metadono atvyksta būdama neblaivi. Dėl to gydytojas, socialinis darbuotojas ir med. slaugytoja su ja kalbėjosi, stengėsi išaiškinti tokio elgesio galimas pasekmes, stengėsi įtikinti pacientę nevartoti spiritinių gėrimų. Piktnaudžiavimo alkoholiu periodai pereinavo į ne tokį stiprų alkoholinių gėrimų vartojimo periodą.

Šiuo metu pacientė atvyko smarkiai neblaivi. Med. slaugytoja ją atvedė į apsvaigimų nustatymo kabinetą. Alkotesteris parodė alkoholio koncentraciją iškvepiamame ore apie 3 promiles.

Pacientė griežtai ir piktai reikalauja jai duoti metadoną rytojaus dienai, todėl, kad ji rytoj iš pat ryto turi vykti į AIDS centrą dėl apžiūros.

Klausimai:

Kokie gali veiksmai specialistų šioje situacijoje?

Ar galima pacientei duoti visą metadono dozę rytojui?

Koks galimas gydymo/pagalbos planas artimiausiam metui?

20. Buprenorfino ir buprenorfino/naloksono skyrimas nepilnamečiams nuo 15 metų

20.1. Heroinas ir kitos narkotinės ir psichotropinės medžiagos sukelia ilgalaikius funkcinis pokyčius centrinėje nervų sistemoje, kuri veda prie pakartotinių heroino vartojimo atkryčių. Svarbu pacientus išlaikyti terapiniame procese. Priklausomybę nuo opioidų dažniausiai lydi visa eilė kliniškai reikšmingų klausimų, įskaitant rizikingą švirkštimo ir lytinį elgesį, įvairių psichoaktyvių medžiagų vartojimą, psichikos ir elgesio sutrikimų, didelio poreikio auklėjimui ir švietimui. Šiems pacientams šalia priklausomybės gydymo reikalinga kompleksinė pagalba sprendžiant įvairialypes problemas, atsižvelgiant į konkrečius vaiko poreikius (Karalienė V., Lesinskienė S., Subata E., 2008).

20.2. Nepilnamečiams nuo 15 metų ir vyresniems opioidų abstinencijos sindromą rekomenduojama gydyti buprenorfinu ar buprenorfinu/naloksonu (žr. 4 priedą). Pabaigus abstinencijos gydymą rekomenduojamas tęstinis ambulatorinis arba stacionarinis gydymas ir atkryčių prevencija ne mažiau 6-12 mėn.

20.3. Tęstinė farmakoterapija buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu yra nepilnamečiams nuo 15 metų rekomenduojama ypatingais atvejais (ŽIV, tuberkuliozė, kiti sunkūs infekciniai ir psichikos sutrikimai, esant nėštumui). Farmakoterapija buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu skiriama, kai neefektyvūs kiti gydymo metodai. Farmakoterapija buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu gali būti skiriama ypatingais atvejais tėvų (globėjų) ir paties paciento pageidavimu, jei tai geriausiai atitinka nepilnamečio poreikius, pvz., mokymąsi arba darbą. Skiriant gydymą buprenorfinu bei buprenorfinu/naloksonu, taip pat tęsiant šį gydymą, rekomenduojama organizuoti gydytojų konsiliumus, vadovaujantis galiojančiais teisės aktais (Sveikatos apsaugos ministerija,

2007). Atsižvelgiant į daugybinius vaikų, sergančių priklausomybe nuo opioidų poreikius, gydymas turi būti kompleksinis ir ilgalaikis.

20.4. Farmakoterapija buprenorfinu ir buprenorfinu/naloksonu pradedama ir tęsiama, skiriant vaistų dozavimo principus aprašytus 6 –ame ir 7-ame skyriuje.

Atvejo pavyzdys:

Lena, 17 metų.

Lena heroiną įkvėpti pardėjo prieš 1,5 metus. Jos žodžiais remiantis, ji vartoja visą laiką vieną kartą per dieną. Heroiną vartoti išmokino draugai, todėl dažniausiai ir vartoja kartu su draugais. Dozė – 1 „čekis“ (1/8 g) į dieną. Pasak jos, rytais jaučia silpnumą, pykinimą, stiprų potraukį pavartoti. Tam, kad galėtų nusipirkti heroino, pradėjo pardavinėti vertingus daiktus, papuošalus, kuriuos pavogdavo iš namų. Gyvena su mama.

Paskutinius tris mėnesius, patarus draugams, pradėjo heroiną vartoti injekciniu būdu. Švirkščiasi į veną. Draugai jai sakė, kad tokiu būdu vartojant jaučiamas stipresnis poveikis. Naudoja tik švarius švirkštimosi įrankius, jų nesidalina net su savo draugu, nes žino, kad galima užsikrėsti ŽIV. Pasak jos, dozė išliko ta pati – 1 „čekis“ (1/8 g) į dieną, nes ji bijo dar labiau priprasti prie heroino, todėl stengiasi nekelti dozės. Taip pat, remiantis jos žodžiais, ji rytais heroiną vartoja ne dėl „malonumo“, bet tam kad „įgautų fizinę formą“. Rytais pykina, jaučia nerimą, prakaituoja.

Mokosi 10 klasėje, vakariniu būdu.

Ji ir jos draugai kreipėsi į specializuotą centrą dėl gydymosi. Draugai taip pat vartoja heroiną.

Klausimai:

Koks galimas gydymo planas Lenai?

Ar reiktų ir jos draugams taip pat gydytis kartu?

Ar reiktų šiuo atvejų taikyti pakaitinį gydymą metadonu?

21. Farmakoterapija metadonu laisvės atėmimo vietose ir policijos areštinėse

21.1. Priklausomybė nuo opioidų susijusi su įvairiais teisės pažeidimais, dėl ko daugelis pacientų periodiškai patenka į laisvės atėmimo vietas ir iš jų grįžta, atlikę bausmę. Kai kuriuose laisvės atėmimo vietose Lietuvoje heroinas prieinamas ir vartojamas švirkščiamuoju būdu. Todėl yra perdozavimo bei infekcinių ligų plitimo rizika. Pacientams, gaunantiems farmakoterapiją metadonu ar kitais vaistiniais preparatais, tikslinga tęsti farmakoterapiją metadonu laisvės atėmimo vietose bei areštinėse, o taip pat išėjus iš jų į laisvę. Ši pastaroji aplinkybė yra svarbi mirčių nuo opioidų perdozavimo prevencijai.

22. Neatidėliotina pagalba apsinuodijus opioidais

22.1. Apsinuodijimas opioidais (heroinu, metadonu) nustatomas pagal simptomų kompleksą, įskaitant „taškinis“ vyzdžius (miozė), kvėpavimo dažnio suretėjimą. Perdozavimui būdingas staigus centrinės nervų sistemos slopinimas iki komos, bradipnėja 2-4 kartai/min. labai ryški cianozė, plaučių edema, hipoksija, bradikardija, hipotermija, pykinimas, vėmimas. Intoksikaciją opioidais reikia gydyti jeigu kvėpavimo dažnis yra 10 ar mažiau kartų per minutę.

22.2. Naloksonas (Naloxon 0.4 mg 1 ml), būdamas opioidinių receptorių konkurencinis antagonistas, yra patikimas priešnuodis. Principinė gydymo schema - pradinė vienkartinė 0,4-2 mg injekcija, suleidžiama kiek galima greičiau į veną arba raumenis. Ji gali būti kartojama kol grįžta sąmonė arba kvėpavimas. Suleidus į veną, vaistas veikia po 1-2 min., trunka 5-10 min. Suleidus į raumenis, vaistas pradeda veikti 5-10 min.

23. Farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais efektyvumo vertinimas

23.1. Farmakoterapijos metadonu ir kitais opioidiniais vaistiniais preparatais efektyvumas vertinamas tam tikrais laiko intervalais (kas 6–12 mėn.), įvertinant daugelį rodiklių, atspindinčių pasikeitimus įvairiose gyvenimo sferose, lyginant su paciento būkle prieš gydymą.

23.2. Efektyvumą rekomenduojama vertinti pagal sveikatos būklės pokyčius (paciento apklausa, apžiūra), socialinės adaptacijos lygį, rizikingą elgseną (pvz., dienų skaičių per paskutines 30 dienų, kai narkotinės ir psichotropinės medžiagos buvo vartojamos švirkštimo būdu), gyvenimo kokybę, opioidų ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo sumažėjimą/nutraukimą (pvz.: įvertinant kiek dienų per paskutines 30 dienų buvo vartojami opioidai ar kitos narkotinės ir psichotropinės medžiagos).

23.3. Gydymo metadonu efektyvumo įvertinimui rekomenduojamos Lietuvoje adaptuotos metodikos, tarp jų ir Pasaulio sveikatos organizacijos daugiacentrio tyrimo „Opioidinės priklausomybės pakaitinis gydymas ir ŽIV“ apklausos metodikos (WHO Collaborative Study of Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV, 2003). Šios metodikos išverstos į lietuvių kalbą ir adaptuotos pagal PSO reikalavimus: „Opioidinės priklausomybės gydymo indeksas“ (Opioid Treatment Index), „Priklausomybės sunkumo indeksas“ (Addiction Severity Index-Lite), „Gyvenimo kokybės klausimynas – sutrumpinta forma“ (WHOQOL-BREF), „Per kraują plintančių virusų rizikos vertinimo klausimynas (BBV-TRAQ). Šios metodikos lietuvių kalba prieinamos Pasaulio sveikatos organizacijos interneto svetainėje (http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/).

23.4. Priklausomybės sunkumo indekso (Addiction Severity Index) UNODC versija yra kompleksinis klausimynas įvertinti pokyčius fizinės ir psichinės sveikatos, psichiką veikiančių medžiagų vartojimo, šeimos, darbo, socialinės bei teisinės srityse.

24. Opioidų abstinencijos gydymas opioidiniais vaistiniais preparatais

24. Metadonas, kaip ir buprenorfinas bei adrenerginiai agonistai gali būti naudojamas opioidų abstinencijos gydymui, kurio tikslas yra palengvinti abstinencijos simptomus. Metadonas skiriamas dažniausiai pradedant 15-30 mg ir jo dozė mažinama per 3-20 dienų. Savaimė abstinencijos gydymas nėra efektyvus ir jį dažniausiai seka ligos atkrytis.

24.1. Tyrimo apžvalgos rodo, kad pacientai vienodai dažnai baigia abstinencijos gydymą metadonu lyginant su buprenorfinu ir alfa2 agonistais. Gydant opioidų abstinenciją metadonu, palyginus su abstinencijos gydymu alfa2 adrenerginiais agonistais, stebima mažiau pašalinių reiškinių (Gowing ir kt., 2004). Taikant abstinencijos gydymą buprenorfinu, gydymą baigia daugiau pacientų nei alfa2 agonistais.

24.2. Tyrimų apžvalgos parodė, kad psichologinė-socialinė parama abstinencijos gydymo metu ženkliai padidina sėkmingai baigusią abstinencijos gydymą pacientų skaičių, nepaisant ar pacientų abstinencijos būklė buvo gydoma metadonu ar buprenorfinu (Amato L. ir kt., 2008a)

SOCIALINIO DARBO METODAI FARMAKOTERAPIJOS OPIOIDINIAIS VAISTINIAIS PREPARATAIS METU

25. Įvadas į socialinio darbo metodus farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais

25.1. Socialinio darbo metodas – tai planingas ir tikslingas socialinio darbuotojo veikimas, siekiant tvaraus pokyčio individo gyvenime (Gvaldaite L., Švedaitė B. 2005).

25.2. Metodų veikimo tikslas – kliento esamos situacijos pokytis, jo dabartinių problemų sprendimas, ir svarbiausia – asmens įgalinimas tolesnei savarankiškai ir sėkmingai gyvenimo praktikai.

25.3. Konsultavimas – tai socialinio darbuotojo ir kliento (klientų) pokalbis, tarpasmeninė sąveika, o informacija gali būti teikiama ir raštu (pvz., įvairūs lankstinukai su socialinių paslaugų institucijų adresais, telefonais ar kt. informacija). (Gvaldaite L., Švedaitė B. 2005).

26. Kliento socialinės padėties vertinimas. Pagalbos plano sudarymas

26.1. Pagalbos plano sudarymas kartu su klientu, parodo, kad pagalbos teikimo procesas prasideda ir leidžia apibrėžti bendras darbo sąlygas:

26.1.1. įvardijamos konsultavimo temos (t.y. problemos, kurios bus nagrinėjamos ir sprendžiamos);

26.1.2. susitarimas dėl pokalbio ir pokalbio trukmės;

26.1.3. susitikimų skaičius;

26.1.4. kiti aktualūs klausimai;

26.2. Visa tai reikalinga tam, kad klientas suprastų, jog būtinas jo paties intensyvus bendravimas, pastangos, tam tikri įsipareigojimai.

26.3. Socialinio konsultavimo objektas – gyvenimiškos, socialinės asmenų problemos (pvz. konfliktai su šeimos nariais, papildomas psichoaktyvių medžiagų vartojimas, darbinių įgūdžių stoka ir t.t.).

26.4. Pagrindinius socialinio darbo metodus galima suskirstyti į individualią ir grupinę pagalbą. Socialinis darbuotojas individualiąją pagalbą teikia asmeniškai individui.

26.5. Grupinės socialinės pagalbos metodas naudojamas tose situacijose, kai aplinkos vaidmuo labai akivaizdus ir iškilusios problemos siejasi su daugeliu panašių situacijų, o poreikiai reikalauja platesnės koordinacijos, profilaktinės ir mokomosios orientacijos.

26.6. Individualų darbą sudaro 3 pagrindiniai elementai: asmuo, situacija, sąveika. Dirbdamas individualiai su asmeniu, priklausomu nuo psichoaktyvių medžiagų, socialinis darbuotojas susipažįsta su konkrečia kliento padėtimi, identifikuoja kliūtis, numato individualią paramos eigą.

26.7. Paramos funkcija.

26.7.1. Socialinis darbuotojas turėtų padėti asmenybei ir jos artimiausiai aplinkai adaptuotis visuomenėje, prisitaikyti prie visuomenėje nusistovėjusių elgesio normų.

26.7.1. Vienas pagrindinių socialinio darbuotojo veiklos „įrankių“ yra sėkmingas bendravimas teikiant paramą. Nuoširdus, palaikantis bendravimas sąlygoja teigiamus, pasitikėjimą skatinančius santykius, klientas pajunta stiprų paramos jausmą ir tvirčiau jaučiasi priimdama sprendimus. Norėdami veiksmingai bendrauti su klientais, socialiniai darbuotojai privalo nestokoti šių savybių: pagarbumo, susilaikymo nuo komentarų, gebėjimo įsijausti į kito būseną.

26.8. Kliento socialinės padėties vertinimo planas.

26.8.1. Planas sudaromas atsižvelgiant į identifikuotus individualius paciento poreikius, lūkesčius, realias galimybes, visų gydyme dalyvaujančių specialistų rekomendacijas.

26.8.2. Sudarant gydymo ir tyrimų planą yra numatomos konkrečios priemonės, kurių pagalba bus siekiama rezultatų (pvz. vieno mėnesio laikotarpyje užsiregistruoti darbo biržoje ir pan.).

26.8.3. Pacientas yra įtraukiamas į gydymo ir tyrimų plano sudarymą, t.y. asmens poreikių vertinime, gydymo ir tyrimų plano sudaryme ir peržiūrėjime dalyvauja pats asmuo, asmeniui pageldaujant - jo teisėti atstovai (tėvai, globėjas ir pan.), visi reikalingi atitinkamų sričių (sveikatos priežiūros, socialinio darbo, psichologinės pagalbos ir kt.) specialistai.

26.8.4. Sudarius gydymo ir tyrimų planą, po juo pasirašo gydyme dalyvaujantys specialistai (gydytojas, socialinis darbuotojas) ir pacientas.

26.9. Gydymo plane rekomenduojama numatyti:

26.9.1. apsilankymų pas specialistus (gydytoją, socialinį darbuotoją (atvejo vadybininką), psichologą ir pan.) grafiką;

26.9.2. sveikatos stiprinimo (konsultacijos infekcinių ligų klausimais ir pan.), socialinės reabilitacijos (registracija darbo biržoje, darbo paiešką ir pan.), psichologinio poveikio priemonės (ištyrimas naudojant psichologinius testus ir pan.);

26.9.3. atsitiktinių šlapimo, seilių mėginių paėmimas dėl papildomo psichoaktyvių medžiagų vartojimo nustatymo;

26.9.4. tyrimų dėl ŽIV, hepatitų, bendrų kraujo tyrimų paėmimas (bent kartą per metus, esant reikalui ir dažniau);

26.9.5. esant reikalui apsilankymai pas kitus specialistus (chirurgą, infektologą ir pan.); savivalbos grupių lankymą;

26.9.6. esant galimybei konsultacijos su šeimos nariais ar artimaisiais;

26.9.7. pacientui turint mažamečių vaikų, gavus sutikimą, numatomas vizitų į namus skaičius (siekiant įvertinti vaiko gyvenimo sąlygas, priežiūrą).

27. Socialinių įgūdžių lavinimo metodas

27.1. Socialinių įgūdžių lavinimo tikslas – padėti mokytis socialiai priimtino elgesio, skatinti jų saviraišką ir kūrybiškumą bendraujant. Lavinti gebėjimus efektyviai, konstruktyviai spręsti problemas, iškilusius konfliktus bei tinkamai elgtis jų metu. Remiamasi prielaida, jog tam, kad nesielgtų netinkamai, nepakanka žinoti, koks elgesys yra nepriimtinas. Jie taip pat turėtų žinoti ir turėti galimybę išbandyti pageidaujamo, tinkamo, socialaus elgesio būdus.

28. Socialinių įgūdžių lavinimo metodo pristatymas

28.1. Socialinių įgūdžių lavinimo metu, lavinamas elgesys, bendravimo, jausmų suvokimo, savikontrolės, streso įveikimo įgūdžiai. Vertinama, kaip gyvenimo patirtys susijusios, kaip paveikė mąstymo būdą, jausmus ir veiksmus, kaip ankstesnė patirtis lėmė vėlesnę, asmeninių poreikių nustatymas ir suvokimas bei supratimas, kaip visa tai gali veikti kasdieninį funkcionavimą. Mokoma pamatyti, kaip žmogus save dalija kitiems, kaip reaguoja į įvairias situacijas, ar turi išankstinių nusistatymų ir koks jų vaidmuo. Gilinamos žinios apie save, t.y. kaip tenkinami poreikiai, kaip tvarkomos savo laisvės ir ribojimai, kaip vertinami tiek savo pokyčiai, tiek aplinkos, kaip suprantama atsakomybė aplinkiniams.

28.2. Socialinių įgūdžių lavinimas apima šiuos įgūdžius:

28.2.1. *Elgesys*: kaip klausytis; kaip paprašyti pagalbos; kaip padėkoti; kaip laikytis nurodymų;

kaip baigti užduotis; kaip dalyvauti pokalbyje; kaip paklausti; kaip nereaguoti į trukdymus; kaip taisyti klaidas; kaip nuspręsti kuo užsiimti; kaip numatyti tikslą.

28.2.2. *Bendravimo įgūdžiai*: kaip prisistatyti; kaip pradėti pokalbį; kaip baigti pokalbį; kaip įsitraukti į bendrą veiklą; kaip prašyti; kaip pasakyti komplimentą; kaip priimti komplimentą; kaip atsiprašyti.

28.2.3. *Jausmų suvokimo įgūdžiai*: kaip pažinti savo jausmus; kaip išreikšti savo jausmus; kaip pažinti kito žmogaus jausmus; kaip parodyti, kad supranti kito žmogaus jausmus; kaip suvaldyti savo pyktį; kaip elgtis kai kitas žmogus pyksta; kaip įveikti baimę.

28.2.4. *Savikontrolės įgūdžiai*: kaip susivaldyti; kaip paprašyti leidimo; kaip elgtis kai tave erzina; kaip išvengti rūpesčių; kaip spręsti problemas; kaip pripažinti elgesio pasekmes; kaip elgtis kai tave kaltina; kaip įveikti nuobodulį; kaip išsiaiškinti sunkumų priežastis.

28.2.5. *Streso įveikimo įgūdžiai*: kaip išreikšti nepasitenkinimą; kaip reaguoti į pralaimėjimą; kaip elgtis kai jautiesi atstumtas; kaip reaguoti į nesėkmę; kaip atsipalaiduoti; kaip nepasiduoti grupės spaudimui; kaip apsispręsti.

28.3. Šios užsiėmimų temos leidžia grupės dalyviams priimti konstruktyvius sprendimus. Tai sugebėjimas pasirinkti, nuspręsti ir prisiimti atsakomybę už pasirinkimus ar sprendimus, padarinių pajautimas. Mokymasis iš patirties. Prieš vienaip ar kitaip pasielgiant pagalvojama apie galimas pasekmes. Įgalina konstruktyviai spręsti problemas. Padeda ugdyti gebėjimą analizuoti patyrimą ir informaciją, išreikšti save verbaliniais ir neverbaliniais būdais. Gebėjimą pasakyti apie savo norus, troškimus ir prireikus paprašyti pagalbos ir patarimo, užmegzti ir išlaikyti draugiškus ryšius su aplinkiniais. Tai turi įtakos mūsų psichinei ir socialinei gerovei. Užsiėmimai padeda pažinti ir įvertinti savo charakterį, stipriąsias ir silpnąsias puses. Tai padeda bendraujant, leidžia prognozuoti savo elgesį stresinėse situacijose. Padeda įsijausti į kito žmogaus gyvenimą, suprasti ir priimti kitus žmones, kurie yra ne tokie, kaip mes. Empatija ugdo pasitikėjimą ir artumą tarp žmonių. Streso priežasčių numatymas ir žinojimas, kaip jis mus veikia, leidžia pabandyti išvengti stresų arba kuo konstruktyviau juos įveikti. Tai ir yra pagrindiniai ir svarbiausi užsiėmimų tikslai.

29. Atvejo vadybos metodas, farmakoterapijoje opioidiniais vaistiniais preparatais

29.1. Atvejų vadyba (angl. case management) – vienas moderniausių psichosocialinės reabilitacijos metodų. Tai koordinacinis požiūris į paslaugų teikimą. Šį metodą siūloma taikyti, kai klientui reikia paslaugų iš kelių socialinių ar sveikatos paslaugų teikėjų.

30. Atvejo vadybos metodo pristatymas

30.1. Socialinio darbo atvejo vadyba yra paslaugų teikimo metodas, kai profesionalus socialinis darbuotojas, bendradarbiaudamas su kitais specialistais, nustato kliento ir jo šeimos poreikius, ir organizuoja, kontroliuoja, vertina įvairių paslaugų paketą, pagal kompleksiškus kliento poreikius ir gina kliento teises. Atvejo vadybos praktika varijuoja socialinio darbo rėmuose, bendradarbiaujant su kitais specialistais.

30.2. Socialinio darbo atvejo vadyba apima individualius kliento biopsichosocialinius veiksnius, o taip pat ir visą jo socialinę sistemą: intervencija taikoma kliento (paciento ir jo šeimos) ir visos sistemos lygyje. Būtina įtraukti ir kliento nukreipimą į kitas sistemas, kurios gali suteikti klientui reikalingą pagalbą, resursus ir kt.

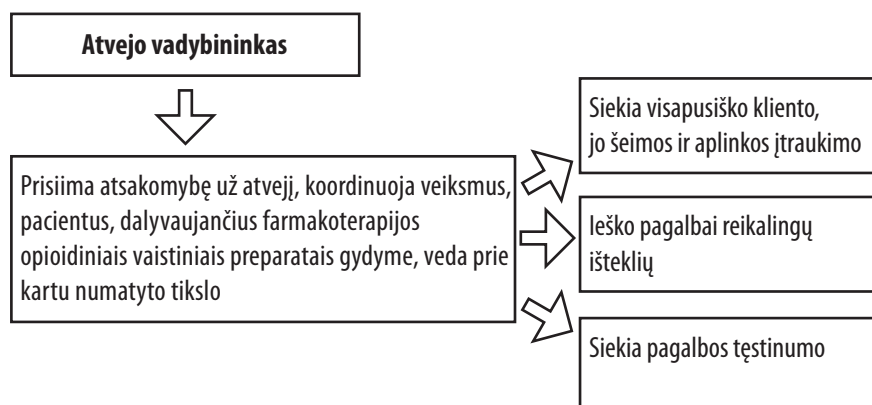
30.3. Svarbiausias socialinio darbo atvejo vadybos tikslas – optimizuoti kliento funkcionavimą efektyviausiu būdu, teikiant jam aukščiausios kokybės paslaugas, tenkinant daugialypius ir kompleksinius poreikius:

30.3.1. stiprinti problemų sprendimo bei įveikos sugebėjimus;

30.3.2. kurti bei vystyti efektyvią ir humanišką sistemą, suteikiančią resursus bei paslaugas žmonėms;

- 30.3.3. nukreipti žmones į kitas institucijas, suteikiančias resursus, paslaugas bei naujas galimybes;
- 30.3.4. individualus reagavimas į kliento problemą.
- 30.4. Esminės atvejo vadybos charakteristikos/bruožai:
- 30.4.1. teikiama tiesioginė asmeninė parama;
- 30.4.2. trunka tiek laiko, kol yra poreikis;
- 30.4.3. kelia kliento funkcionavimo lygį įvairiose aplinkose.
- 30.5. Komandą sudaro – atvejo vadybininkas, gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytoja ir t.t.
- 30.6. Paslaugos:
- 30.6.1. individuali socialinė parama;
- 30.6.2. pagalba tenkinant pagrindines reikmes bei pagrindinių teisių užtikrinimas;
- 30.6.3. kasdienių gyvenimo įgūdžių ugdymas;
- 30.6.4. pagalba siekiant įgyti sveikatos draudimą;
- 30.6.5. tarpininkavimas tarp kliento ir kitų paslaugų teikėjų, paslaugų koordinavimas;
- 30.6.6. kitos paslaugos.
- 30.7. Atvejo vadybos žingsniai:
- 30.7.1. ryšio su klientu užmezgimas;
- 30.7.2. poreikių įvertinimas (socialinės pagalbos, medicininės pagalbos ar pan.);
- 30.7.3. tikslų nustatymas bei planavimas;
- 30.7.4. intervencijos: koordinavimas, interesų atstovavimas, konsultavimas, socialinių įgūdžių ugdymas, motyvacijos blaivybei stiprinimas ir t.t.;
- 30.7.5. kontrolė bei įvertinimas.
- 30.8. Įvertinant ir planuojant dėmesys kreipiamas ne tik į kliento poreikius, bet ir į prieinamus kliento neformalios ryšių sistemos ir artimiausios bendruomenės išteklius. Įvertinimas atliekamas maksimaliai dalyvaujant klientui. Jis taip pat apima reikiamų išteklių nustatymą, įtraukimą į planavimą, derantį su kliento troškimais ir gyvenimo būdu. Atvejo vadybininkas vykdo integraciją, taip, kad ištekliai nedubliuoja vieni kitų ir nesusikerta, viskas daroma, kad klientas pajustų holistinį poreikių tenkinimą.
- 30.9. Atvejo vadybininkas suranda reikiamus išteklius ir pasirūpina informacija, kuri reikalinga koordinavimui. Atvejo vadybininkui gali tekti kūrybiškai surasti išteklių, kurių pagalba galima keisti jau egzistuojančius išteklius. Nuolatinis stebėjimas ir kontrolė taip pat yra dar vienas atvejo vadybininko uždavinių.

30.10. Schema: atvejo vadybininko veiklos sritys.



30.11. Konkretūs atvejo vadybos žingsniai farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais metu.

30.11.1. Supažindina pacientą su pakaitinio gydymo opioidų agonistais programos taisyklėmis, medikamento laikymo ir saugojimo tvarka.

30.11.2. Išsiaiškina ir aptaria su pacientu jo tikslus ir lūkesčius.

30.11.3. Organizuoja paciento susitikimus su kitais specialistų komandos nariais (psichiatru, psichologu).

30.11.4. Sudaro individualų pagalbos planą.

30.11.5. Atsižvelgdamas į paciento poreikius ir specialistų komandos rekomendacijas, atvejo vadybininkas kartu su gydytoju psichiatru sudaro gydymo planą bei pagalbos planą ir gydymo eigoje esant reikalui jį koreguoja.

30.11.6. Gydymo eigoje stebi ir koordinuoja paciento situaciją.

30.11.7. Organizuoja specialistų susitikimus pacientų būklės dinamikai ir gydymo efektyvumui aptarti.

30.11.8. Atvejo vadybininkas teikia paslaugas, priskirtas socialiniam darbuotojui: teikia individualias konsultacijas aktualiais klausimais pacientams ir jų šeimos nariams; seka situaciją dėl privalomojo sveikatos draudimo.

30.11.9. Esant reikalui tarpininkauja tarp paciento ir kitų specialistų ar organizacijų; nukreipia pacientą į konkrečią įstaigą.

30.11.10. Atvejo vadybininkas esant reikalui organizuoja gydytojo psichiatro konsultacijas pacientui dėl:

30.11.10.1. medikamento dozės korekcijai;

30.11.10.2. psichikos būklės įvertinimui ir, esant reikalui, medikamentiniam gydymui;

30.11.10.3. dėl nukreipimo atitinkamo gydytojo konsultacijai, atsiradus somatinei patologijai.

30.11.11. Atvejo vadybininkas sprendžia klausimą dėl vienkartinio medikamento išdavimo pacientui į rankas.

30.11.12. Skiria testus tikrinant dėl papildomo vartojimo.

30.11.13. Esant reikalui ir pacientui sutikus, atvejo vadybininkas lankosi paciento gyvenamojoje vietoje.

30.11.14. Atvejo vadybininkas saugo pacientų bylas ir pildo medicininę bei socialinę dokumentaciją.

30.11.15. Visais neaiškiais klausimais atvejo vadybininkas konsultuojasi su kitais komandos specialistais.

31. Elgesio keitimosi stadijos ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo tipai.

31.1. Elgesio keitimosi stadijos.

31.1.1. Specialistai, dirbantys su farmakoterapijos opioidiniais vaistinėmis preparatais pacientais, turi suprasti, kad pacientų elgesio keitimasis į laukiamą/norimą (pvz. visiškas atsisakymas nuo nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimo ar pan.) neįvyksta per vieną dieną.

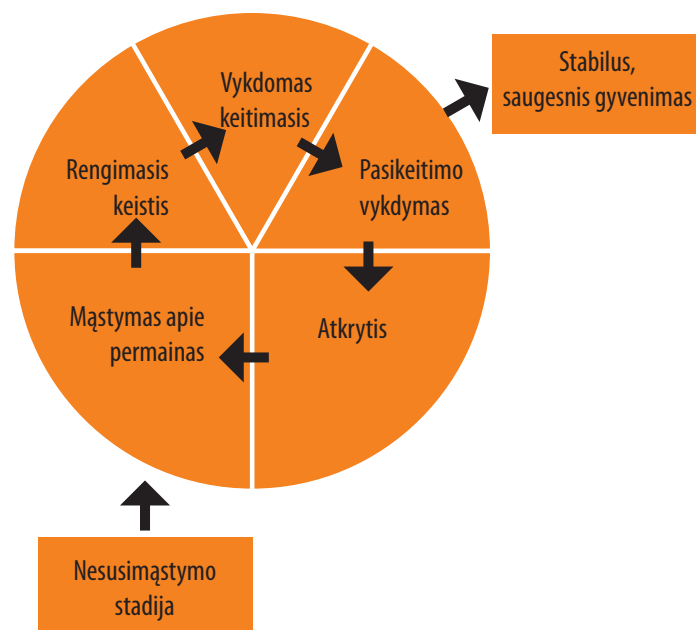
31.1.2. Yra išskiriamos 6 elgesio keitimosi stadijos:

- Problemos nesuvokimas (asmuo nepripažįsta, kad turi problemų dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo).
- Svarstymas (asmuo pripažįsta, kad turi problemų dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo, tačiau dar nėra pasirengęs ar įsitikinęs, kad nori keistis).
- Apsisprendimas ir pasiruošimas veikti (jis pradeda ruoštis pasikeitimui ir galbūt net papasakoja apie savo planus kai kuriems žmonėms).
- Veiksmai (jis pradeda įgyvendinti savo planą: kreipiasi pagalbos pas specialistus, pradeda lankyti savivalbos grupes ar pan.).

- Pokyčių palaikymas (asmuo toliau laikosi veiksmų plano ir išlaiko pasikeitusį elgesį, net jei supranta, kad labai sunku būti vakarėlyje, kur pvz. draugai vartoja psichoaktyvias medžiagas).
- Atkrytis. (gali nutikti bet kurioje elgesio keitimosi stadijoje. Asmuo gali atkristi ir grįžti prie ankstesnio elgesio (pvz., draugų kompanijoje pavartojo amfetamino ar pan.). Tai, į kurią stadiją asmuo sugrįš, priklauso nuo to, kaip jis supranta savo atkrytį. Jei asmuo mano, jog visos jo pastangos nuėjo perniek, o jis vėl grįžo į pradinį tašką, labiau tikėtina, kad tokiu atveju asmuo grįš į problemos nesuvokimo stadiją. Jei asmuo supranta atkrytį kaip elgesio keitimo proceso sudėtinę dalį ir sugeba pasimokyti iš to, tada labiau tikėtina, kad asmuo grįš į veiksmų stadiją. Dėl to labai svarbu paruošti jauną asmenį galimam atkryčiui, kad jis galėtų į tai pažvelgti kaip į proceso etapą, o ne kaip į nesėkmę.

31.1.3. Elgesio keitimosi stadija ir specialisto siūloma intervencija turi atitikti viena kitą. Pavzdžiui, jei asmuo yra „problemos nesuvokimo“ stadijoje, nėra prasmės jį siųsti konsultacinės pagalbos, nes jis neįsivaizduoja turįs problemų ar neturi noro keisti savo elgesį, tokiu atveju reiktų suteikti informaciją apie galimus pagalbos šaltinius ateičiai (lankstinuko forma ar kt.), informuoti apie galimas pasekmes (infekcines ligas, jų išvengimo galimybes) ir pan.

31.2. Elgesio keitimosi stadijų ratas. (Pagal Prochaska ir DiClemente)



31.3. Psichoaktyvių medžiagų vartojimo tipai.

31.3.1. Specialistams, dirbantiems su farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais pacientais, svarbu suprasti ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tipą, norint tinkamai parinkti veiksmus ir priemones asmens psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemoms spręsti.

31.3.2. Vien atsakymas į klausimą, ar jis/ji kada nors vartojo psichoaktyvias medžiagas, neparodo, koks kiekis buvo vartojamas, kaip dažnai buvo vartojama ir ar buvo iškilę su tokiu vartojimu susijusių problemų.

31.3.3. Suprasti asmens psichoaktyviosios medžiagos vartojimo tipą yra labai svarbu atliekant pirminį įvertinimą.

31.3.4. Yra skiriami šie, psichoaktyvių medžiagų vartojimo tipai:

- Rizikingas vartojimas yra labiausiai paplitęs vartojimo tipas tarp žmonių: smalsumas, naujų patyrimų troškimas, amžius, kuriame pradedama vartoti psichoaktyvią medžiagą, gali nulemti ilgalaikį vartojimą; nėra jokios garantijos, kad „vartojimas yra saugus“, dažniausiai asmuo nemato problemų dėl psichoaktyviosios medžiagos vartojimo.
- Žalingas vartojimas – tai toks psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tipas, kuris kelia žalą sveikatai. Žala gali būti fizinė (somatinė) (pvz., hepatitas įsišvirkštus heroino) arba psichinė (pvz., antrinis depresinis sutrikimas gausiai pavartojus alkoholio). Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas gali išprovokuoti kitas fizinės bei psichinės sveikatos problemas (pvz., astmos paūmėjimas dėl rūkymo, depresija dėl amfetaminų vartojimo).
- Priklausomybė yra apibrėžiama kaip elgesio, kognityvinių (susijusių su mąstymu ar atmintimi) ir fiziologinių reiškinių, kurie gali išsivystyti pakartotinai vartojant psichoaktyvią medžiagą, kompleksas.

31.3.5. Specialistui, dirbančiam su farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais pacientais, ypač svarbu suprasti, koku būdu klientas vartoja psichoaktyvią medžiagą. Tai yra svarbi vertinimo dalis, kuri suteikia informacijos apie vartojimo pobūdį ir parodo, kiek asmuo yra motyvuotas keisti savo elgesį.

31.3.6. Psichoaktyvios medžiagos tipo identifikavimas padės parinkti priemones, kurios atitiktų konkretaus paciento/kliento pasirengimą keistis.

Atvejo pavyzdys:

Kęstas, 18 metų.

18 metų vaikinai, atvyko su tėvais į psichikos sveikatos centrą nes tėvai įtarę, kad vartoja narkotines medžiagas, išsigando ir nutarė kreiptis pas specialistus pagalbos. Pokalbio su gydytoju metu išaiškėja, kad jis gyvena kartu su tėvais ir vyresne seserimi. Prieš pamokas dirba laikraščių pardavėju. Cigaretės rūko nuo 14-os ir surūko maždaug po 15 cigarečių per dieną. Kiekvieną savaitgalį rūko kanapes ir teigia kad jam patinka jų sukeliamas pojūtis. Alkoholio nevartoja. Pastaruosius šešis mėnesius uostydavo amfetaminą kartu su grupe vyresnių draugų, su kuriais susitinka vakarais. Prieš du mėnesius vyresni draugai jam pasiūlė susišvirkšti amfetamino. Ta patirtis jam buvo maloni ir po to dar du kartus leidosi narkotikų. Naudojo draugų skolinamą adatą ir švirkštą. Žino, kad tos priemonės švarios, nes taip sako draugai, ir mato, kaip jie jas praskalauja karštu vandeniu. Neturi nieko prieš pabandyti naujų narkotikų. Jam patinka eiti linksintis pavartojus amfetamino, nes tada būna linksniau.

Klausimai:

Įvertinkite kokiose keitimosi stadijose, kiekvienos psichoaktyvios medžiagos atveju, yra vaikinai? Kokie galimi specialistų veiksmai kiekvienoje stadijoje?

PRIEDAI

Priedas Nr. 1. Metadono ir kitų medikamentų sąveika (lentelė 1)

Psichotropiniai vaistai	Paskirtis	Sąveika su metadonu	Sąveika su ARV
Alprazolamas (benzodiazepinas)	Raminamasis	Sunkiai prognozuojama sąveika: papildomi CNS slopinimas ir sedacija	Alprazolamo eliminacija sumažėja 41 proc. Kai kurių benzodiazepinų (alprazolamo, midazolamo, triazolamo) vengti skirti su visais PI ir EFV.
Desipraminas	Triciklis antidepresantas	Sunkiai prognozuojama sąveika. Padidėjusio TCA toksiškumo tikimybė. Širdies ritmo sutrikimų tikimybė ir atsargiai skirti su metadonu	Desipramino eliminacija sumažėja 59 proc.
Fluoksetinas (SSRI)	Depresinių ir kompulsinių sutrikimų gydymas	Preklinikuose tyrimuose sumažėjusi metadono koncentracija. Širdies ritmo sutrikimų tikimybė ir atsargiai skirti su metadonu	Ritonaviro koncentracija padidėja 19 proc.
Fluvoksaminas (SSRI)	Depresinių ir kompulsinių sutrikimų gydymas	Atžymėta padidėjusi metadono koncentracija	Neatžymėta sąveikos
Sertralinas (SSRI)	Depresinių ir kompulsinių sutrikimų gydymas	Atžymėtas žymus metadono koncentracijos padidėjimas (26 proc.). Širdies ritmo sutrikimų tikimybė ir atsargiai skirti su metadonu	Netirta, neatžymėta
Valproinė rūgštis	Prieštraukulinis	Neatžymėta	Tyrimuose padidėja ZDV koncentracija
Karbamazepinas	Prieštraukulinis	Sumažėjusi metadono koncentracija, gali sukelti opioidų abstinenciją, gali reikėti metadono dozės padidinimo. Alternatyva galėtų būti valproinė rūgštis	Gali būti sąveika. Sekti dėl toksiškumo ir dozių korekcijos
Fenitoinas	Prieštraukulinis	Sumažina metadono koncentraciją, dažnai žymiai. Gali sukelti abstinenciją. Gali reikėti padidinti metadono dozę.	Gali būti sąveika. Sekti dėl toksiškumo ir dozių korekcijos
Kiti vaistai			
Fluconazolas	Priešgrybelinis	Padidėjusi metadono koncentracija (35 proc.) Klinikinė reikšmė nėra visiškai aiški, tačiau gali reikėti metadono dozės sumažinimo. Neatžymėtas metadono toksinis poveikis. Kiti azolo priešgrybeliniai antibiotikai padidinti opioidų toksiinį poveikį, pvz., itraconazol, ketoconazol, voriconazol.	Potencialus abiejų kryptų aktyvumo slopinimas tarp fluconazolio ir Pls. Toksiškumas atžymėtas skiriant su NNRTIs.
Interferonas-α + ribavirinas	Hepatito C gydymas	Pašaliniai reiškiniai gali būti panašūs į opioidų abstinencijos simptomus ir dažnai didinama metadono dozė. Tyrime, kuriame pacientams buvo skiriama metadonas ir pegiinterferon-alfa2a metadono koncentracija pakilo 10-15 proc. Klinikinė reikšmė nežinoma. Pacientus reikia sekti dėl metadono toksinio poveikio.	Hepatito C infekcija gali padidinti kai kurių ARV toksiškumą.
Rifampicinas (Rifampinas) Rifampinas/ izoniazidas	Plaučių TB gydymas	Galimas ryškus metadono koncentracijos sumažėjimas (33-68 proc.). Gali sukelti opioidų abstinenciją. Gali reikėti padidinti metadono dozę.	Pls kontraindikuotini. Rifampino negalima skirti su LPV, NFV, SQV.
Sildenafil	Erekcijos sutrikimams gydyti	Neatžymėta	

Priedas Nr. 2. Metadono sąveika su antiretrovirusiniais vaistais (lentelė 2)

Antiretrovirusinis vaistas	Vaisto poveikis metadonui	Metadono poveikis vaistui	Pastabos
Nukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai (NATI)			
Abakaviras (ABC)	Metadono koncentracija nežymiai mažėja. Opioidų abstinencijos rizika žema. Poreikis koreguoti metadono dozę mažai tikėtinas, tačiau kai kuriems pacientams gali prireikti	Koncentracijos pikas sumažėjęs (34 proc.). Padidėjęs laikas iki piko.	Duomenų nėra daug, nors viena studija parodė kad metadono pasišalinimas padidėjo 22 proc. Opioidų abstinencijos rizika – žema. Kai kuriems pacientams gali reikėti metadono dozės korekcijos.
Didanozinas (ddl) buferinė tabletė, kapsulė	Nėra atžymėta. Dozės korekcijos nereikia.	Koncentracija sumažėja (60 proc.) skiriant buferinę tabletę, bet ne kapsules	Tirtas tik skiriant du kartus per dieną buferines tabletes. Nepakankamai ištirta, prielaida hipotezės lygio.
Empricintaminas (FTC)	Netirtas	Netirtas	Sąveikų nežinoma
Lamivudinas (3TC)	Neatžymėta	Neatžymėta	Sąveikų nežinoma
Stavudinas (d4T)	Neatžymėta. Metadono dozės korekcijos nereikia	Koncentracija sumažėja (18-27 proc.). Klinikinė reikšmė nežinoma	Sąveikos klinikinė reikšmė nežinoma
Tenofoviras (TDF)	Neatžymėta	Neatžymėta	Sąveikų nežinoma
Zidovudinas (ZDV)	Neatžymėta. Nereikia metadono dozės korekcijos	Koncentracija ženkliai pakyla (43 proc.). Klinikinė reikšmė neapibrėžta. Galimas pašalinis poveikis	Sekite galimus šalutinius ZDV reiškinius. Stebėkite dėl anemijos, pykinimo, mialgijos, vėmimo, astenijos, galvos skausmų ir kaulų čiulpų slopinimo. Jei metadono lygis yra normalus, įtarkite ZDV toksiskumą.
Nenukležidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai (NNATI)			
Efavirezas (EFV)	Metadono koncentracija ženkliai mažėja (60 proc.). Opioidų abstinencija labai tikėtina. Paprastai reikalingas žymus metadono dozės padidėjimas (50 proc.)	Nežinoma	Atidžiai stebėkite dėl opioidų abstinencijos ir, esant reikalui, padidinkite dozę. Opioidų abstinencijos simptomai gali pasirodyti 2-3 savaitėms vėliau.

Metadono sąveika su antiretrovirusiniais vaistais (lentelės 2 tęsinys)

Antiretrovirusinis vaistas	Vaisto poveikis metadonui	Metadono poveikis vaistui	Pastabos
Nevirapinas (NVP)	Metadono koncentracija ženkliai mažėja (46 proc.). Įprastas opioidų abstinencijos sindromas. Daugumai pacientų reikia padidinti dozę (16 proc.)	Neatžymėta	Kai kuriems ilgą laiką farmakoterapijoje metadonu esantiems pacientams metadono dozę reikėjo padidinti nuo 50 iki 100 proc. Abstinencijos simptomai pasirodo praėjus 4-8 dienoms po nevirapino skyrimo pradžios, nors jie gali pasirodyti po 2-3 savaičių.
Proteazių inhibitoriai (PI)			
Lopinaviras/ritonaviras (LPV/r)	Metadono koncentracija sumažėja (26-53 proc.). Gali atsirasti abstinencija, todėl gali būti poreikis padidinti metadono dozę. Šalutinis poveikis gali būti panašus į anstinencijos simptomus	Neatžymėta	Atžymima opioidų abstinencija. Gali reikėti padidinti metadono dozę.
Nelfinaviras (NFV)	Gali sumažinti metadono koncentraciją (29-47 proc.). Kliniškai abstinencija retai stebima. Gali reikėti padidinti metadono dozę.	Koncentracija gali mažėti, tačiau klinikinė reikšmė nėra žinoma.	Abstinencija nebuvo stebėta tyrimuose, nors metadono koncentracija sumažėja
Ritonaviras (RTV)	Gali sumažinti metadono koncentraciją (37 proc.). Gali reikėti padidinti metadono dozę	Neatžymėta	Tyrimų nėra daug. Stebėti dėl opioidų abstinencijos ir, esant reikalui, padidinti metadono dozę
Ritonaviras/tipranaviras	Gali sumažinti metadono koncentraciją (50 proc.)	Neatžymėta	Tyrimų nedaug, tačiau neatžymėta sąveikos.
Saquinaviras 1600 mg, Ritonaviras 100 mg (SQV/r) Saquinaviras 1400 mg, Ritonavir 400 mg (SQV_RTV)	Metadono koncentracija nežymiai mažėja (SQV/r 1600/100 0-12 proc., SQV_RTV 1400/400 – 50 proc.). Abstinencijos neatžymėta. Gali reikėti koreguoti metadono dozę.	Nežinoma	Gali reikėti koreguoti metadono dozę, reikia tęstinio stebėjimo.

Priedas Nr. 3. Antiretrovirusiniai vaistai (lentelė 3)

NATI	NNATI	PI	Fuzijos inhibitoriai	Integrazės inhibitoriai	Koreceptorių antagonistai
Zidovudinas (AZT)	Efavirezas(EFV)	Atazanaviras, ATV	Enfuvirtide (ENF)	Raltegravir (RAL)	Maraviroc
Didanozinas (ddI)	Nevirapinas (NVP)	Darunaviras, DRV			
Stavudinas (d4T)	Etravirine	Fosamprenaviras, FPV			
Lamivudinas (3TC)		Indinaviras, IDV			
Abakaviras (ABC)		Lopinaviras/ ritonaviras LPV/ RTV			
Tenofoviras (TDF)		Nelfinaviras, NFV			
Emtricitabinas (FTC)		Ritonaviras, RTV			
AZT+3TC (sudėtinis preparatas)		Sakvinaviras, SQV			
AZT+3TC+ABC (sudėtinis preparatas)		Tipranaviras, TPV			
3TC+ABC (sudėtinis preparatas)					
TDF+FTC (sudėtinis preparatas)					
TDF+FTC+EFV (sudėtinis preparatas)					

Priedas Nr. 4. Sąveika tarp buprenorfino ir ART medikamentų

WHO, 2008. Operational guidelines for the treatment of opioid dependence. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

ART medikamentai	ART medikamentų įtaka buprenorfinui	Buprenorfino įtaka ART medikamentams	Pastabos
Nukleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai			
Reikšmingų sąveikų neatžymėta			
Nenurkleozidiniai atvirkštinės transkriptazės inhibitoriai			
Efavirezas (EFV) ir nevirapinas (NVP)	Buprenorfino koncentracija mažėja, bet nereikšmingai	Neatžymėta	Nereikia keisti EFV ir NVP dozių
Protezių inhibitoriai (PI)			
Ritonaviras (RTV) ir Atazanaviras (ATV)	Buprenorfino metabolizmo slopinimas ir kliniškai reikšmingas buprenorfino koncentracijos padidėjimas	Neatžymėta	Gali reikėti sumažinti buprenorfino dozę

Priedas Nr. 5. Atvejo pavyzdys

Pacientė L.K. gimimo metai 1980.

Trumpas situacijos aprašymas

Pacientei 29 metai. Priklausoma nuo opioidų, benzodiazepinų. Gretutiniai susirgimai – hepatitas C. Opioidų pabandė būdama 16 metų. Sistemingai vartojo 9 metus. Metadono programoje gydosi tris mėnesius.

Paros metadono dozė šiuo metu – 60 mg.

Šeimyninė padėtis: netekėjusi, turi 8 metų sūnų. Su sūnaus tėvu santykių nepalaiko. Gyvena su tėvais.

Išsilavinimas ir užimtumas: nedirba 9 mėnesius. Specialybės neturi. Mokėsi Vilniaus pedagoginiame universitete, baigė 2 kursus.

Materialinė padėtis: pajamų neturi, finansiškai pacientę ir jos vaiką išlaiko tėvai.

Socialinis darbuotojas kartu su paciente sudarė pagalbos planą 3 mėn. Pirmiausia socialinis darbuotojas paprašo pacientės leidimo, esant reikalui, apsilankyti pacientės namuose (su tikslu įvertinti vaiko gyvenimo sąlygas) ir įtraukti į pagalbos planą pacientės tėvus. Šį mėnesį atlikti kraujo tyrimai (dėl ŽIV, hepatitų).

Problema Nr. 1: sunkumai auklėjant ir vienai auginant sūnų.

Pacientė kaip vieną iš aktualių problemų įvardija bendravimą su sūnumi. Pacientei trūksta bendravimo su vaiku įgūdžių ir žinių apie auklėjimą. Pokalbio metu pasiskundžia, kad vienai auginti vaiką (be tėvo) yra sudėtinga, jaučiasi vieniša.

Socialinio darbuotojo veiksmai

Socialinis darbuotojas suranda informaciją apie vienišų mamų savivalbos grupę, prieš tai susiekęs su grupės vadovais, nukreipia pacientę į grupę.

Pasiūlyta pacientės vaikui lankytis Vilniaus priklausomybės ligų centro rizikos grupės vaikams skirtuose užsiėmimuose.

Pacientė nukreipta į Socialinės paramos centrą dėl galimybės gauti pašalpą ar lengvatų, skiriamų vienišoms motinoms.

Pasiekti rezultatai

Pacientės vaikas lankosi Vilniaus priklausomybės ligų centro rizikos grupės vaikams skirtuose užsiėmimuose.

Savivalbos grupė padeda patenkinti ne tik mokymosi (vaiko auklėjimo klausimais), bet ir bendravimo poreikius.

Naudoti socialinio darbo metodai:

individuali socialinio darbuotojo konsultacija;

tarpininkavimas tarp reikiamų įstaigų;

darbas grupėje (savivalbos grupė).

Į pagalbos procesą įtrauktos institucijos:

VšĮ Pal. J. Matulaičio parapijos šeimos centras. Matulaičio a. 3, Vilnius.

Vilniaus savivaldybės Socialinės paramos centras. Kauno g. 3/26, Vilnius.

Problema Nr. 2: pacientė neturi darbo ir sveikatos draudimo.

Pacientė neturi darbo. Sveikatos draudimą turėjo iki vaiko suėjo 8 metai. Šiuo metu sveikatos draudimo pacientė neturi.

Socialinio darbuotojo veiksmai

Socialinis darbuotojas užregistravo pacientę darbo biržos tinklapyje dėl priėmimo laiko; į darbo biržą pacientė turi nuvykti per 5 dienas. Per penkias darbo dienas pacientė į darbo biržą nenuvyko, teisdamsi, kad neturėjo laiko. Pacientė darbo biržos tinklapyje užregistruota dar kartą. Susitarta, kad gali apsilankyti viename iš darbo biržos filialų, kuris yra arčiausiai jos namų. Pacientė į darbo biržą nuvyko laiku, pristatė reikalingas pažymas.

Praėjus mėnesiui nuo registracijos darbo biržoje, pacientė socialiniam darbuotojui pasiskundė, kad jai iki šiol dar nebuvo pasiūlytas darbas. Socialinis darbuotojas kartu su paciente peržiūrėjo siūlomus darbo skelbimus, kurie yra skelbiami įvairiose interneto svetainėse, ir, atrinkus kelis pasiūlymus, padėjo parašyti gyvenimo aprašymą ir motyvacinį laišką. Pacientė susisiekė su darbdaviais ir laukia pakvietimo į pokalbį.

Pasiekti rezultatai

Pacientė užsiregistravo darbo biržoje, įgijo sveikatos draudimą.

Supažindinta su įvairiais darbo paieškos metodais, padėta parašyti gyvenimo aprašymą ir motyvacinį laišką.

Naudoti socialinio darbo metodai:

individuali socialinio darbuotojo konsultacija;
tarpininkavimas tarp pacientės ir reikiamų įstaigų.

Į pagalbą procesą įtrauktos institucijos:

Lietuvos darbo birža S.Žukausko g. 22, Vilnius.
Jaunimo darbo centras, Aguonų g. 10, Vilnius.

Problema Nr. 3: sveikatos problemos.

Pacientė skundžiasi nemiga, nerimu, prislėgta nuotaika. Prisipažįsta, kad pavartoja benzodiazepinus.

Socialinio darbuotojo veiksmai

Pacientė nusiūsta konsultuotis pas gydytoją psichiatrą dėl galimo metadono dozės koregavimo esant papildomam benzodiazepinų vartojimui.

Pasiekti rezultatai

Gydytojo psichiatro konsultacija.
Paros metadono dozė laipsniškai pakelta nuo 40 mg iki 60 mg.

Naudoti socialinio darbo metodai:

- individuali socialinio darbuotojo konsultacija;
- paslaugų tarp komandos specialistų koordinavimas.

Į pagalbą procesą įtrauktos institucijos/specialistai:

Gydytojas psichiatras.

Po trijų mėnesių bus įvertinta pacientės situacija iš naujo ir nuspręsta dėl tolesnio pagalbos plano koregavimo.

Numatomi tolimesni pagalbos veiksmai:

- Pacientės artimųjų- tėvų ir draugo, su kuriuo šiuo metu gyvena ir kuris taip pat yra metadono programos dalyvis,- įtraukimas į pagalbos procesą.
- Individualios konsultacijos, motyvuojant įgyti specialybę.
- Individualios psichologo konsultacijos.

Priedas Nr. 6. Socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimų pavyzdžiai. Užsiėmimas „Mano parašutas“

Tikslas: padėti dalyviams numatyti tikslus, sugebėjimus ir paramą, kuri yra reikalinga siekiant įveikti pasikeitimus, o taip pat problemas ir pavojus, kuriuos jie gali patirti.

Priemonės: dalomoji medžiaga – kiekvienam po vieną lapą, rašikliai.

Dalyvių skaičius: iki 15 asmenų.

Užsiėmimo eiga.

Paaiškinkite šios užduoties tikslus ir panaudodami dalomąją medžiagą peržiūrėkite parašiuoto modelį, paaiškinkite kiekvieną jos dalį:

- Asmuo, t.y. jūs, bando kažką pakeisti;
- Nusileidimo vieta yra tai, ką jūs norite pasiekti, t.y. jūsų tikslas;
- Jūs esate prisitvirtinęs prie savo parašiuoto, kuris jums padeda siekiant tikslo;
- Kupolas yra tai arba tas kas jums gali pasiūlyti paramą;
- Virvės yra jūsų sugebėjimai, kurie jums reikalingi gauti paramą;
- Oras yra visos sąlygos, klausimai, įvykiai, žmonės, kurie gali jums sutrukdyti siekiant tikslo;
- Pelkė yra pavojus į kurią galite įkristi, jei nebusite atsargūs.

Kiekvienam dalyviui išdalinkite dalomąją medžiagą, rašiklius ir paprašykite, kad jie jį užpildytų surašydami tikslus vardus ir kt. detales atitinkamose piešinio dalyse.

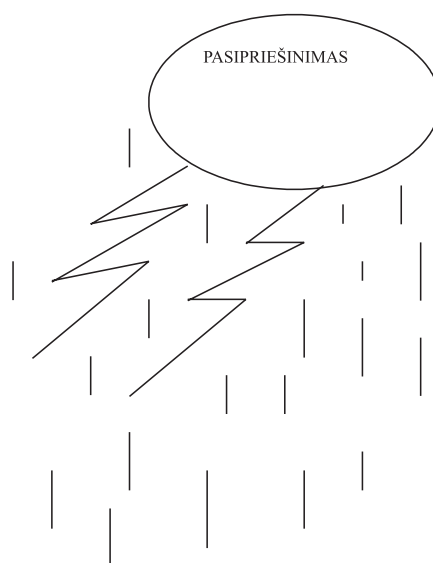
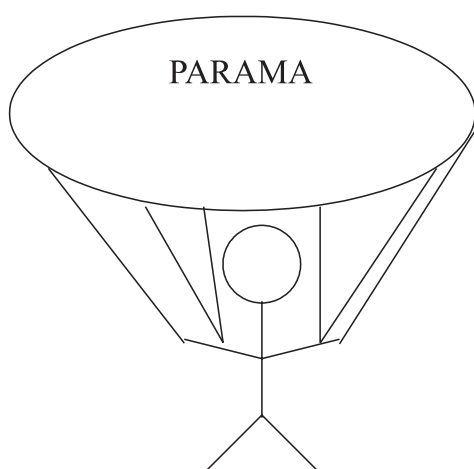
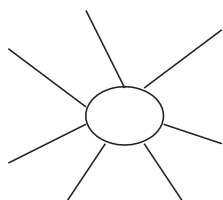
Laiką, reikalingą lapo pildymui, parinkite patys (priklausomai nuo grupės darbingumo lygio).

Aptarimas. Praėjus skirtam laikui paprašykite kad kiekvienas dalyvis pristatytų savo darbą. Palyginkite paramą, sugebėjimus, pavojus ir tikslus, kurių jie tikisi.

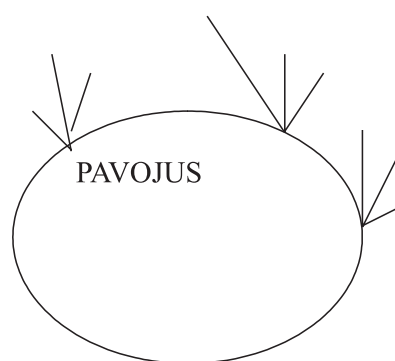
Trukmė: 1 valanda.

Dalomoji medžiaga

MANO PARAŠIUTAS



PROBLEMOS



Priedas Nr. 7. Socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimų pavyzdžiai. Užsiėmimas „Tilto statymas“

Tikslas: padėti dalyviams numatyti realius tikslus, siekiant įveikti pasikeitimą.

Priemonės: dalomoji medžiaga – kiekvienam po vieną lapą, rašikliai.

Dalyvių skaičius: iki 15 asmenų.

Užsiėmimo eiga.

Išdalinkite dalomąją medžiagą ir paprašykite, kad dalyviai ją užpildytų individualiai.

Pasakykite, kad jie turi nustatyti pasiekiamus, realius ir vienas nuo kito priklausančius tikslus.

Aptarimas. raėjus skirtam laikui paprašykite kad kiekvienas dalyvis pristatytų savo darbą. Įvertinkite ar keliame tikslai yra realūs, atitinka dalyvių galimybes ir gebėjimus. Kam turi būti skiriami prioritetai, kad tikslai būtų įgyvendinami.

Trukmė: 1 valanda.

Užpildykite žemiau pavaizduotus blokus, nurodydami tikslus, kuriuos jūs numatytumėte, siekdami pasikeitimo įvairiais laiko momentais.

45

Priedas Nr. 8. Socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimų pavyzdžiai. Užsiėmimas „Paramos žemėlapis“

Tikslas: padėti dalyviui numatyti konkrečius paramos šaltinius

Priemonės: dideli popieriaus lapai, plastilinas, spalvotas popierius, žirkklės, spalvoti vilnoniai siūlai.

Dalyvių skaičius: iki 15 asmenų.

Užsiėmimo eiga.

Paprašykite dalyvių, kad jie savo popieriaus lape pavaizduotų „save“ bei „realius paramos šaltinius“ (tam skiriamas spalvotas popierius). Jie turi pagalvoti ir įvardinti kiek galima daugiau paramos šaltinių.

Siūlų pagalba jie „realius paramos šaltinius“ turi sujungti su „savimi“.

Laiką reikalingą šiai užduočiai atlikti vadovas skiria savo nuožiūra.

Aptarimas.

Pasibaigus skirtam laikui dalyvių paprašoma pristatyti savo Paramos žemėlapi.

Aptariami paramos žemėlapiai, paramos šaltinių gausa ir t.t.

Pabaigus aptarimą dalyviams siūloma parengti bendra paramos žemėlapi (t.y. sudėti kiekvieno dalyvio lapus ir siūlais sujungti tuos paramos taškus, kas kam gali padėti.

Trukmė: 1 valanda.

Priedas Nr. 9. Socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimų pavyzdžiai. Užsiėmimas „Mano elgesys konfliktinėje situacijoje“

Tikslas: turimos patirties įsisąmoninimas, grupės bendrumo jausmo formavimas, bendravimo įgūdžių lavinimas

Priemonės: dideli popieriaus lapai, rašymo priemonės.

Dalyvių skaičius: iki 15 asmenų.

Užsiėmimo eiga.

Pasiūlykite užsiėmimo dalyviams sustoti į eilę, vienoje eilės pusėje sustoja tie kurie, jų nuomone moka spręsti konfliktus, kitoje tie, kurie mano, kad jie nemoka spręsti konfliktus.

Suskirstykite dalyvius poromis ir paprašykite, kad prisimintų ir aptartų vieną konfliktinę situaciją susijusią su jiems artimu žmogumi.

Pasiūlykite dalyviams aptarti tokius klausimus:

- kaip konfliktas kilo;
- kiek jis buvo rimtas ir kiek ilgai truko;
- kaip pavyko konfliktą išspręsti.

Pasakykite dalyviams kad aptariamas situacijas nereikės papasakoti visai grupei.

Aptarimas.

Vėliau pasiūlykite aptarti tokius klausimus:

- kas padeda kilti konfliktams;
- kas padeda išspręsti konfliktus;
- koks elgesys turi būti konflikto metu, kad sėkmingai būtų problema išspręsta.

Atsakymus į šiuos klausimus galite surašyti ant lapo ir pakabinti užsiėmimų kambaryje.

Trukmė: 45 minutės.

Priedas Nr. 10. Socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimų pavyzdžiai. Užsiėmimas „Konfliktų sprendimo būdai“

Tikslas: leisti susipažinti su konflikto sprendimo strategijomis. Padėti dalyviams surasti naujus konflikto sprendimo būdus.

Priemonės: konfliktinių situacijų aprašymai.

Dalyvių skaičius: iki 15 asmenų.

Užsiėmimo eiga.

Pasiūlykite dalyviams konfliktinių situacijų atvejus kurie būtų jiems aktualūs:

- kasdieniame gyvenime;
- rehabilitacijos centre;
- susijusius su narkotikų vartojimu;
- šeimoje;
- ir kt.

Išsirinkite dvi konfliktines situacijas, kurios būtų pačios aktualiausios užsiėmimo dalyviams.

Pradėkite nuo vienos situacijos ir pasiūlykite dalyviams su vaidmeninių žaidimų pagalba išspręsti konfliktinę situaciją.

Paprašykite atliekantiems vaidmenis išsirinkti sau kitus vardus.

Aptarimas.

Paprašykite vaidinantiems situacijose pasidalinti įspūdžiais.

Likusiems dalyviams, kurie stebėjo situaciją, bet patys joje nedalyvavo, pasiūlykite pakomentuoti savo pastebėjimus.

Kartu paieškokite konflikto sprendimo strategijos.

Panašiu principu suorganizuokite antros situacijos aptarimą.

Pabaigoje galite pakonsultuoti apie konfliktus, jų tipus, sprendimo strategijas ir t.t.

Trukmė: 45 minutės.

Priedas Nr. 11. Dokumentų, naudojamų farmakoterapijos opioidiniais vaistiniais preparatais metu, pavyzdžiai

Soc. darbuotojo įrašų lapas (Pildymo pavyzdys)

Vardas, pavardė Vardenis Pavardenis

Kuruojantis gyd. Gydytojas

Data 2009.01.03

Socialinės padėties įvertinimas:

1. Kelintą kartą gydosi VPLC

2005 m. 8 mėnesius praleido Reabilitacijos centre;
2006 m. 2 savaites gulėjo detoksikacijos skyriuje;
Ir t.t.

2. Gyvenamoji vieta

Kalvarijų g. 1 – 1, Vilnius

3. Asmens dokumentai

LR pasas. Išduotas 2002 m. vasario 12d. galioja iki 2011 m. vasario 12.

4. Sveikatos draudimas

Turi. Registruotas darbo biržoje.

5. Išsilavinimas

Vidurinis. Specialybės neturi.

2008 m. lankė kompiuterių kursus (turi pažymėjimą).

6. Šeimyninė padėtis, santykiai su šeima

Netekėjusi. Gyvena viena. Tėvai gyvena atskirai, santykius su tėvais įvardija, kaip gerus

7. Darbingumas

Nedirba.

8. Finansinė padėtis

Padedą tėvai.

9. Santykiai su teisėsauga

2 kartus teista. Turi vieną administracinę baudą (2000Lt.)

10. Kokiai soc. remtinų žmonių grupei priskiriamas pacientas

11. Kt. pastabos

Socialinės pagalbos planas 2009 m.:

1. Motyvuoti užimtumui, darbo paieškai, supažindinti su darbo paieškos metodais, sudaryti gyvenimo aprašymą (CV) ir kt.
2. Stebėti registraciją darbo biržoje.
3. Konsultuoti aktualiais klausimais;
4. Stebėti situaciją dėl papildomo vartojimo.

**Pakaitinį gydymą metadonu
gaunančio paciento VARDENIO PAVARDENIO**
(pildymo pavyzdys)

GYDYMO IR TYRIMŲ PLANAS

Nuo 2009.01.01. iki 2009.03.30

Periodas, kuriam sudarytas medicininės – socialinės pagalbos planas

Numatomi socialinės – medicininės pagalbos uždaviniai ir planuojamos priemonės:

Rekomenduoti ir numatyti konkrečią datą dėl pasitikrinimo TBC; atlikti kraujo tyrimus (mėnesio bėgyje); prisitęsti registraciją darbo biržoje; vieną kartą į mėnesį organizuoti susitikimą su gydytoja; apsilankyti pas antstolius ir išspręsti klausimus, susijusius su administracine bauda; kartą į mėn. atvykti pas socialinį darbuotoją dėl konsultacijos darbo paieškos temomis, CV rašymo ir kt.; Susitikti su psichologu, dėl konsultacijų laiko;

Pagalbos planą sudarė:

Atvejo vadybininkas _____
Spaudas, parašas

Gydytojas _____
Spaudas, parašas

Pacientas _____
Vardas, pavardė, parašas

Metadono Dozės keitimas	Data	2009.01.01	2009.01.02	2009.01.03	2009.02.10	
	Dozė	40	50	50	60	
Testai	Data	OPI	AMF	BZD	THC	
	2009.01.01	-	-	+	-	
	2009.02.05	-	-	-	-	
	2009.03.25	-	-	-	-	
Specialistų konsultacijos (data)	Atvejo vadybininko konsultacijos	2009.01.01	2009.02.13	2009.03.12		
		2009.01.05	2009.02.20	2009.03.25		
		2009.01.20	2009.02.28	2009.03.31		
	Gydytojo konsultacijos	2009.01.01	2009.02.15	2009.03.12		
		2009.01.20	2009.02.25	2009.03.31		
Kraujo tyrimai: 2008.01.01	Data 2008.01.01	ŽIV neigiamas		HCV teigiamas		HBV neigiamas
	Data	ŽIV		HCV		HBV
	Data	ŽIV		HCV		HBV

Socialinės – medicininės pagalbos plano vykdymo įvertinimas: 2009.03.31
data

PAREIGŲ INSTRUKCIJOS

PI pirmasis lapas		
Vilniaus priklausomybės ligų centras (VPLC)		PI Nr.
	padalinio darbuotojo pareigų instrukcija	1 lapas iš 2
Vardas, pavardė VARDENIS PAVARDENIS		Personalinis Nr.
Tiesioginis vadovas Skyriaus vedėjas X		Įstaigos direktorius Direktorius X
Pavaldūs darbuotojai (arba skyriai) _____		Atsakingas už: (pagrindinės funkcijos) Socialinio darbuotojo (atvejo vadybos modelių) veiklą
pareigos		
v.pavardė _____		
Parašo teisė:	už įstaigos ribų	_____
	įstaigos viduje	_____
Kontaktai:	pvz., horizontalūs ir vertikalūs	_____
	ryšiai (su vadovybe ir kitais sveikatos priežiūros dalyviais)	_____
Asmeniniai duomenys, privalomi šias pareigas atliekančiam darbuotojui		
Kvalifikacija	Išsilavinimas	Specialybė
Socialinis darbuotojas	Aukštasis	Socialinis darbuotojas
Patyrimas:	(gamybinio, mokslinio, organizacinio darbo)	
Mokėjimas:	Anglų k.; Rusų k.; kompiuterinio raštingumo įgūdžiai; ir t.t.	
	(pvz., užsienio kalba, tarptautiniai standartai, darbo sauga, civilinė sauga, darbas su kompiuteriu)	

PI antrasis lapas			
Vilniaus priklausomybės ligų centras (VPLC)		Padalinio darbuotojo pareigų instrukcija	PI Nr. 2 lapas iš 2
Atlieka darbus (nurodyti pagrindines funkcijas): Individualių susitikimų metu vertinti paciento poreikius (psichosocialinius, finansinius ir kt.) bei jų pasikeitimus gydymo eigoje, sudaryti bei koreguoti individualų paslaugų planą, nustatant veiklos prioritetus, laukiamus rezultatus bei kaip ir kokiomis priemonėmis bus siekiama rezultatų. Naudojant savo profesinius įgūdžius ir kompetenciją, padėti klientui spręsti socialines problemas (teikti socialinės pagalbos paslaugas). Koordinuoti pagalbos teikimą pacientams ir, esant reikalui, jų šeimos nariams. Organizuoti paciento susitikimus su kitais specialistų komandos nariais, atsižvelgdamas į specialistų rekomendacijas ir paciento poreikius. Pagal reikalą, organizuojant pagalbą pacientui, bendradarbiauti su kitų institucijų specialistais. Užtikrinti, kad pacientas kiek įmanoma plačiau būtų įtrauktas į pagalbos teikimo procesą. Nuolat stebėti ir kontroliuoti kaip vykdomas numatytas pagalbos planas, siekti teikiamos pagalbos tęstinumo. Užtikrinti informacijos apie pacientą konfidencialumą. Pildyti numatytą dokumentaciją laikantis reikalavimų. Pagarbiai elgtis su kolegomis bei komandos nariais, stengtis stiprinti bendradarbiavimą su savo ir kitų sričių profesionalais bei kitomis institucijomis.			
Atvejo vadybininko teisės Siųsti pacientus atitinkamo VPLC gydytojo konsultacijai (pvz. dėl metadono dozės, dėl sveikatos problemų ir kt.). Iš kitų VPLC darbuotojų gauti informaciją apie priskirtus pacientus, reikalingą tinkamai pagalbai organizuoti. Skirti pacientams, gaunantiems pakaitinį gydymą, atsiktinius šlapimo mėginius dėl narkotinių medžiagų vartojimo. Spręsti dėl pakaitinio medikamento išdavimo pacientui ir/ar jo artimiesiems į rankas (pagal Lietuvos Respublikos teisės aktuose ir VPLC vidaus dokumentuose, reglamentuojančiuose pakaitinį gydymą nustatytus kriterijus). Esant reikalui, dėl sudėtingų atvejų, konsultuotis su VPLC Specialistų konsultacine komisija ir siųsti į komisiją priskirtus pakaitinio gydymo pacientus. Esant reikalui, lankytis paciento namuose, vertinti paciento gyvenimo situaciją. Esant reikalui, nukreipti pacientą į kitas gydymo programas ar sveikatos bei socialinių paslaugų įstaigas. Teikti pasiūlymus darbo organizavimo ir tobulinimo klausimais. Kelti kvalifikaciją kursuose, seminaruose.			
Specialios užduotys: 1. Atvejo vadybininkas privalo išmanyti: 1.1. Socialinės pagalbos teikimo psichikos sutrikimus turintiems bei psichikos ir elgesio sutrikimus vartojant psichoaktyvias medžiagas turintiems asmenims bei jų artimiesiems reikalavimus ir ypatumus; 1.2. Lietuvos Respublikoje galiojančius teisės aktus bei VPLC vidaus dokumentus, reglamentuojančius farmakoterapiją opioidiniais vaistiniais preparatais bei pagalbą asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimus, siejamus su psichiką veikiančių medžiagų vartojimu; 1.3. Socialinės pagalbos, esančios Lietuvos Respublikoje, sistemą, jos galimybes, socialinės pagalbos teikimo ypatumus, paslaugų kainas (jeigu aktualu) ir kt.; 1.4. Bendravimo psichologijos pagrindus; 1.5. Atvejo vadybininkas savo darbe privalo vadovautis Lietuvos Respublikos įstatymais, Vyriausybės nutarimais, VPLC direktoriaus įsakymais, įstaigos darbo tvarkos taisyklėmis ir kitais VPLC vidaus dokumentais.			
(darbuotojo parašas)	(padalinio vadovo parašas)	(įstaigos vadovo parašas)	(data)

Priedas Nr. 12. Zung savęs vertinimo skalė (Zung Self-rating Depression Scale)

Pažymėkite tikrinimo ženklą ☒ atitinkamą stulpelį	Trumpą laiką	Tam tikrą laiką	Didelę laiko dalį	Didžiąją laiko dalį
1. Aš jaučiuosi nusiminęs ir liūdnas.				
2. Geriausiai jaučiuosi ryte.				
3. Kyla verkimo priepuolių ar panašiai jaučiuosi.				
4. Mano miegas naktį sutrikęs.				
5. Aš valgau tiek pat daug, kaip ir anksčiau.				
6. Aš vis dar mėgaujuosi seksu.				
7. Aš pastebėjau, kad man krinta svoris.				
8. Turiu bėdų dėl vidurių užkietėjimo.				
9. Mano širdis plaka greičiau nei paprastai.				
10. Aš pavargstu be jokios priežasties.				
11. Mano protas aiškus, kaip ir buvo.				
12. Man lengva daryti darbus, kuriuos darydavau anksčiau.				
13. Aš neramus ir dar negaliu susitvardyti.				
14. Aš su viltimi žvelgiu į ateitį.				
15. Aš esu nervingesnis nei paprastai.				
16. Man lengva daryti sprendimus.				
17. Jaučiuosi naudingas ir reikalingas.				
18. Mano gyvenimas yra gana judrus.				
19. Aš jaučiu, kad kiti gyventų geriau, jei būčiau miręs.				
20. Aš vis džiaugiuosi tais dalykais, kaip ir anksčiau.				

Zung savęs vertinimo skalė

Skalę pildo pacientas, rezultatus vertina medicinos specialistas.

Pažymėkite tikrinimo ženklą ☒ atitinkamą stulpelį	Trumpą laiką	Tam tikrą laiką	Didelę laiko dalį	Didžiąją laiko dalį
1. Aš jaučiuosi nusiminęs ir liūdnas.	1	2	3	4
2. Geriausiai jaučiuosi ryte.	4	3	2	1
3. Kyla verkimo priepuolių ar panašiai jaučiuosi.	1	2	3	4
4. Mano miegas naktį sutrikęs.	1	2	3	4
5. Aš valgau tiek pat daug, kaip ir anksčiau.	4	3	2	1
6. Aš vis dar mėgaujuosi seksu.	4	3	2	1
7. Aš pastebėjau, kad man krinta svoris.	1	2	3	4
8. Turiu bėdų dėl vidurių užkietėjimo.	1	2	3	4
9. Mano širdis plaka greičiau nei paprastai.	1	2	3	4
10. Aš pavargstu be jokios priežasties.	1	2	3	4
11. Mano protas aiškus, kaip ir buvo.	4	3	2	1
12. Man lengva daryti darbus, kuriuos darydavau anksčiau.	4	3	2	1
13. Aš neramus ir dar negaliu susitvardyti.	1	2	3	4
14. Aš su viltimi žvelgiu į ateitį.	4	3	2	1
15. Aš esu nervingesnis nei paprastai.	1	2	3	4
16. Man lengva daryti sprendimus.	4	3	2	1
17. Jaučiuosi naudingas ir reikalingas.	4	3	2	1
18. Mano gyvenimas yra gana judrus.	4	3	2	1
19. Aš jaučiu, kad kiti gyventų geriau, jei būčiau miręs.	1	2	3	4
20. Aš vis džiaugiuosi tais dalykais, kaip ir anksčiau.	4	3	2	1

Iki 50 balų – norma;
 50-60 balų – lengva depresija;
 60-70 balų – vidutinė depresija;
 > 70 balų – sunki depresija;

Priedas Nr. 16. Hamiltono skalė depresijai vertinti (The Hamilton Rating Scale for Depression)

Pavardė, vardas

Anketos pildymo data

	Balai		Balai
1. Depresiška nuotaika (liūdesys, beviltiškumas, slogumas, pesimizmas, bejėgiškumas, veiksmingumas, savęs nuvertinimas) 0 – Nėra; 1 – Tokią nuotaiką nurodo tik paklausus; 2 – Tokią nuotaiką pamini spontaniškai; 3 – Išreiškia tokią nuotaiką ne žodžiais – pvz.: veido išraiška, poza, balsas, polinkis verkti; 4 – Spontaniškame bendravime išreiškia tokią nuotaiką tiek žodžiais, tiek ir ne žodžiais;		2. Kaltės jausmas (patologinė kaltė, bet ne racionalizuojantis savęs kaltinimas) 0 – Nėra; 1 – Save smerkia, jaučia kitų smerkiantį požiūrį; 2 – Kaltė ar apmąstymai apie padarytas klaidas ar amoralius veiksmus; 3 – Dabartinė liga yra kaip bausmė. Kaltės kliesdėsiai; 4 – Girdi kaltinančius ar žeminančius balsus ir/ar išgyvena gąsdinančias regos haliucinacijas;	
3. Savižudybė 0 – Nėra; 1 – Jaučia, kad nėra prasmės gyventi; 2 – Norėtų numirti. Bet kokios mintys apie savo mirtį; 3 – Mintys apie savižudybę ar veiksmas, nukreipti į savižudybę; 4 – Bet koks rimtas mėginimas nusižudyti;		4. Ankstyvoji insomnija (nemiga) 0 – Nėra sunkumų užmiegant; 1 – Skundžiasi, kad kartais sunku užmigti (pvz. ilgiau kaip 30 min.); 2 – Skundžiasi, kad kiekvieną naktį sunku užmigti;	
5. Vidurinioji insomnija (nemiga) 0 – Nėra sunkumų; 1 – Nakties metu pabunda, po to sunku užmigti, nepailsi; 2 – Vaikščioja naktį. Bent vienas atsikėlimas iš lovos (išskyrus einant į WC);		6. Vėlyvoji insomnija (nemiga) 0 – Nėra sunkumų; 1 – Užmiega lengvai, bet pabunda anksti ryte; 2 – Pabudus ar atsikėlus iš lovos nebegali užmigti;	
7. Darbas ir veikla 0 – Nėra sunkumų; 1 – Mintys, jaudinimasis dėl nesugebėjimo, nuovargis arba silpnumas susijęs su veikla – darbu ar laisvalaikio užsiėmimu, hobiu; 2 – Praradęs susidomėjimą darbu ar hobiu. Pasakoja apie tai pats arba sprendžiama netiesiogiai iš abejingumo, neryžtingumo – reikia prisiversti ką nors daryti; 3 – Sutrumpėja laikas, skiriamas veiklai, ar produktyvumo, darbingumo sumažėjimas. Ligoninėje – jeigu pacientas skiria darbinei veiklai mažiau nei 3 valandas (išskyrus skyriuje privalomus kasdienius užsiėmimus); 4 – Nustojo dirbti dėl dabartinės ligos. Ligoninėje – kai neįsitraukia į dienos veiklą ar nesugeba be pagalbos dalyvauti skyriaus veikloje (išskyrus tvarkymąsi);		8. Sulėtėjimas 0 – Nėra; 1 – Nedidelis neišraiškingumas, frigidinė išraiška; 2 – Monotoniškas balsas, pailgėjęs laikas atsakant į klausimus, polinkis sėdėti nejudant; 3 – Sulėtėjimas žymiai pailgina pokalbį, matomas judesių, eisenos lėtumas. Nenormaliai ilgas laikas užpildant savo būklę įvertinančius klausimynus; 4 – Depresinis stuporas, pokalbis neįmanomas;	

9. Sujaudinimas 0 – Nėra; 1 – Nerimauja, nenustygsa vietoje; 2 – Žaidžia rankomis, suka plaukus ir t.t.; 3 – Pastoviai muistosi, juda, negali nusėdėti; 4 – Gniaužo rankas, kramto nagus, lūpas, pešioja plaukus ir kt.;	10. Nerimas (psichikos simptomai) 0 – Nėra; 1 – Subjektyvi įtampa ar dirglumas; 2 – Nerimavimas dėl smulkmenų; 3 – Baimingas požiūris, pasireiškiantis kalboje, veido išraiškoje; 4 – Baimingumas, pasireiškiantis neklausinėjant;	
11. Nerimas (somatiniai simptomai) Fiziologiniai nerimo simptomai: Gastrointestiniai – sausa burna, vidurių pūtimas, nevirškinimas, pilvo diegliai, viduriavimas, rūgavimas; Kardiovaskuliniai – širdies plakimas, galvos skausmai; Kvėpavimo – hiperventiliacija, dūšavimas; Dažnas šlapinimasis; Prakaitavimas	0 – Nėra; 1 – Lengvas; 2 – Vidutinis; 3 – Stiprus; 4 – Sukeliantis negalią;	
12. Virškinimo sistemos simptomai (apetito trūkumas) 0 – Nėra; 1 – Apetitas sumažėjęs, tačiau valgo be personalo raginimo. Sunkumo jausmas pilve; 2 – Nevalgo be personalo reikalavimo, teiraujasi arba reikalauja vidurių laisvinančių medikamentų arba vaistų virškinamojo trakto sutrikimams gydyti;	13. Bendri somatiniai simptomai, anergija 0 – Nėra; 1 – Sunkumas galūnėse, nugaroje, galvos, nugaros raumenų skausmai, jėgų nebuvimas, nuovargio jausmas; 2 – Bet kuris ryškiai išreikštas simptomas iš nurodytųjų;	
14. Libido trūkumas Požymiai tokie kaip: 0 – Nėra; - Libido praradimas; 1 – Vidutinis; - Menstruacijų sutrikimai 2 – Stiprus;	15. Hipochondriškumas 0 – Nėra; 1 – Mintys sutelktos į kūno jutimus; 2 – Užvaldžiusios mintys apie sveikatą; 3 – Dažni nusiskundimai dėl sveikatos, pagalbos prašymai ir kt.; 4 – Hipochondriniai klaidėsiai;	
16. Svorio netekimas Vertinant pagal anamnezę: 0 – Nėra; 1 – Svorio praradimas, susijęs su dabartine liga; 2 – Ryškus svorio praradimas (paciento nuomone); N – Nevertinta;	17. Požiūris 0 – Pripažįsta, kad turi depresiją ir serga; 1 – Pripažįsta ligą, bet sieja ją su blogu maistu, klimatu, per dideliu užterštumu, virusu, poilsio trūkumu ir kt.; 2 – Neigia ligą;	
IŠ VISO:		

HAM-D (Hamiltono skalė depresijai vertinti)

Skalę pildo ir vertina medicinos specialistas

- 11–16 balų – lengva depresija;
- 17–26 balai – vidutinė depresija;
- >26 balai – sunki depresija;

Priedas Nr. 17. Objektivi opioidų abstinencijos įvertinimo skalė (OOWS)

Paciento pavardė, vardas

Vertinimo data

Nurodymai: stebėkite pacientą 5 minutes ir įvertinkite (pažymėkite atsakymą - ☐) ar yra ar nėra toliau išvardinti opioidų abstinencijos reiškiniai

Simptomas	NĖRA	YRA
Žiovulys		
Rinorėja		
Žąsies oda		
Prakaitavimas		
Ašarojimas		
Midriazė		
Tremoras		
Karščio pylimas ir šaltkrėtis		
Neramumas (nenustygimas vietoje)		
Vėmimas		
Raumenų trūkčiojimas		
Pilvo spazmai		
Nerimas		

Gydytojo spaudas, parašas

Priedas Nr. 18. Subjektyvi opioidų abstinencijos įvertinimo skalė. (SOWS)

Paciento pavardė, vardas

Vertinimo data

Atsakinėdami į pateiktus teiginius, įvertinkite savo savijautą per PRAĖJUSIAS 24 VALANDAS. Tinkamus atsakymus pažymėkite - ☒. Pasistenkite atsakyti kaip galint tiksliau.

Klausimas (teiginys)	Visiškai ne	Šiek tiek	Vidutiniškai	Žymiai	Labai
1. Aš jaučiausi sunerimęs					
2. Mane ėmė žiovulys					
3. Aš prakaitavau					
4. Mano akys ašarojo					
5. Man iš nosies tekėjo vandeningos išskyros					
6. Mano oda buvo pašiurpusi					
7. Mane krėtė drebulys					
8. Mane pylė karštis					
9. Mane krėtė šaltis					
10. Man maudė kaulus ir raumenis					
11. Aš negalėjau nustygti vietoje					
12. Mane pykino					
13. Norėjosi vemti					
14. Mano raumenys trūkčiojo					
15. Mane vargino pilvo diegliai					
16. Norėjosi įsišvirkšti					

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (2008). 2008 metinė ataskaita: Narkotikų problema Europoje. – 91 p.
2. LR Sveikatos apsaugos ministerija, 2008. Lėtinio virusinio C hepatito diagnozavimo ir ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašas. Žin., 2008, Nr.74-2897).
3. LR Sveikatos apsaugos ministerija (2007). LR Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomiems nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“.
4. LR Sveikatos apsaugos ministerija (2004). Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo centralizuotai perkamais vaistais, metodika. Žin., 2004, 89-3299.
5. Matulionytė R. (2007). ŽIV infekcijos diagnostika ir gydymas. Vilnius, Vilniaus universiteto I-kla.
6. Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (2008). Metinis pranešimas 2008.
7. Reingardienė D., Vilčinskaitė J., Pilvinis V., Stasiukynienė V., Stonys A., Adomaitienė V. (2007). Apsinuodijimai narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis. Kauno medicinos universitetas, Kaunas.
8. Švirkščiamų narkotikų vartotojų motyvacinis interviu (2006). Metodinės rekomendacijos ŽIV/AIDS profilaktikos programų socialiniams darbuotojams. Tarptautinė ŽIV/AIDS Sąjunga Ukrainoje. Vilniaus priklausomybės ligų centras, Vilnius, 2006. – 86 p.
9. Tarptautinė ligų klasifikacija – 10. Psichikos ir elgesio sutrikimai (1992). Lietuvos psichiatrijos asociacija, Pasaulio sveikatos organizacija.
10. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MMF, Mayet S. (2008a) Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD005031. DOI: 10.1002/14651858.CD005031.pub3.
11. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MMF, Mayet S. (2008b) Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004147. DOI: 10.1002/14651858.CD004147.pub3.
12. Batki MD. Et al. (2005). Medication-Assisted Treatment fo Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. A Treatment Improvement Protocol TIP 43. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
13. Clumeck N., Pozniak A., Raffi F., 2008. Executive committee. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults. *HIV Med.* – 2008, 9: 65-71.
14. College of Physicians and Surgeons of Ontario, (2001). Methadone maintenance Guidelines.
15. Department of Health and Human Services (DHHS), 2008. Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents – a working group of the office of AIDS research advisory council (OARAC). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1 infected adults and adolescents (January 29, 2008); www.aidsinfo.nih.gov
16. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD002208. DOI: 10.1002/14651858.CD002208.
17. Gazzard BG, 2008. BHIVA Treatment Guidelines Writing Group. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-infected adults with antiretroviral therapy 2008. *HIV Med.* – 2008, 9: 563-608.
18. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD004145. DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub3.
19. Gowing L, Farrell M, Ali R, White JM. Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD002024. DOI: 10.1002/14651858.CD002024.pub2.
20. Gvaldaitė L, Švedaitė B. Socialinio darbo metodai. Vilnius, 2005.
21. Hay G., 2007. Estimation of the Prevalence of problem Drug Use in Lithuania. Executive Report for United Nations Office on Drugs and Crime, November, 2007.
22. Hammer SM, Eron JJ Jr, Reiss P, Schooley RT, Thompson MA, Walmsley S et al., 2008. International AIDS Society-USA. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2008 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA.* - 2008, 300: 555-70.
23. Handelsman I., Cochrane K., Aronson M.J. et al. (1987). Two new rating scales for Opiate Withdrawal, *American Journal of Alcohol Abuse*, 13, 293-308.

24. Henry-Edwards S. et al, (2002). Henry-Edwards S., Gowing L., White J., Ali R., Bell J., Brough R., Lintzeris N., Ritter A., Quigley A. Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence. National Drug Strategy. Canberra, Australian Government.
25. Lawrinson P. et al., (2008). Peter Lawrinson, Robert Ali, Aumphornpun Buavirat, Sithisat Chiamwongpaet, Sergey Dvoryak, Boguslaw Habrat, Shi Jie, Ratna Mardiaty, Azaraksh Mokri, Jacek Moskalewicz, David Newcombe, Vladimir Poznyak, Emilis Subata, Ambrose Uchtenhagen, Diah S.Utami, Robyn Vial and Chengzheng Zhao. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103, 1484-1492.
26. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. (2008) Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.
27. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M, Breen R. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002209. DOI: 10.1002/14651858.CD002209
28. Mayet S, Farrell M, Ferri MMF, Amato L, Davoli M., (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004330. DOI: 10.1002/14651858.CD004330.pub2.
29. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M., 2008. Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006318. DOI: 10.1002/14651858.CD006318.pub2.
30. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ., 2005a. Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD002053. DOI: 10.1002/14651858.CD002053.pub2.
31. Osborn DA, Jeffery HE, Cole MJ., 2005b. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD002059. DOI: 10.1002/14651858.CD002059.pub2.
32. Padaiga Ž., Subata E., Vanagas G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program: Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina*, 2007; 43(3). – 235-241.
33. Rockstroh J.K., Bhagani S., Benhamou Y. et al., 2008. European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines for the clinical management and treatment of hepatitis B and C coinfection in HIV-infected adults. *HIV Med.* – 2008, 9: 82-8.
34. UNODC, 2008. Treatnet Capacity Building Package. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html
35. WHO, 2008. Operational guidelines for the treatment of opioid dependence. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.
36. WHO, 2007a. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Copenhagen 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (English) or <http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf> (Russian))
37. WHO, 2007b. HIV/AIDS Treatment and Care Clinical Protocols for the WHO European Region. Patient evaluation and Antiretroviral Treatment for adults and Adolescents. WHO.
38. WHO, 2006a. HIV/AIDS Treatment and care for Injecting Drug users. Clinical protocol for injecting drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
39. WHO, 2006b. Management of tuberculosis and HIV Coinfection. Clinical Protocol for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
40. WHO. (2005a). Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. WHO, Office for Europe, Copenhagen. Accessed on 8th December 2008: www.euro.who.int/document/e85877.pdf
41. WHO. 2005b. Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users. WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/hiv/pub/idu/idupub/en/
42. WHO, 2005c. WHO Model List (revised March 2005) http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf
43. WHO, 2004a Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Summary. http://www.who.int/entity/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf
44. WHO, 2004b. Proposal for the inclusion of methadone in the WHO model list of essential medicines. Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva. http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/methadone_essential_medicines.pdf
45. WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html