



Eiropas Narkotiku un narkomānijas  
uzraudzības centrs

VESELĪBAS EKONOMIKAS CENTRS



# SITUĀCIJA NARKOMĀNIJAS PROBLĒMAS JOMĀ LATVIJĀ 2009. GADĀ

Nacionālais ziņojums

Reitox  
2010

# PRIEKŠVārds

Nacionālais ziņojums „*Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2009.gadā*” ir viens no Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra (turpmāk tekstā EMCDDA) Reitox Nacionālo koordinācijas punktu sagatavotajiem ikgadējiem ziņojumiem. Balstoties uz dalībvalstu nacionālajiem ziņojumiem, tiek gatavots ikgadējais EMCDDA ziņojums – *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā*. Ziņojums ir sagatavots, balstoties uz EMCDDA izstrādātajām vadlīnijām.

Ziņojums sastāv no divām daļām. A daļā atspoguļoti jaunākie statistikas dati un pētījumu rezultāti. Nodaļas, kurās aprakstīta narkomānijas situācija pēdējā gada laikā (eksperimentēšana ar narkotikām, problemātiskā narkotiku lietošana, veselības un sociālo jomu korelācija un sekas, narkotiku pieejamība un piedāvājums), ir saistītas ar tām nodaļām, kurās tiek aprakstīta situācija sociālo intervencu jomā (profilakse, ārstēšana, kaitējuma mazināšana, sociālā rehabilitācija un kontrole). Katra nodaļa sākas ar pamatinformāciju par attiecīgo jautājumu un jaunākajiem datiem, kas tiek atspoguļoti apakšnodaļās.

Ziņojuma B daļa veltīta īpašām ar narkomānijas problēmu saistītām tēmām, kas aktualizējušās Eiropas līmenī. Šogad šīs tēmas ir – narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīniju analīze (11.nodaļa) un ar narkotiku lietošanu saistītā mirstība: visaptveroša pieeja un tās saistība ar sabiedrības veselību (12.nodaļa). Nodaļu apjomu ziņojumā nosaka pieejamo datu daudzums par katru atsevišķo tēmu.

Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas vadītāja Aija Pelne sagatavojusi ziņojuma 3 nodaļu un 5.1., 5.2. apakšnodaļas. Rīgas Stradiņa universitātes docente Anda Karnīte sagatavojusi ziņojuma 6. nodaļu. Savukārt Iekšlietu ministrijas Informācijas centra eksperti Andris Kairišs un Marija Safonova sagatavojusi ziņojuma 9.nodaļu. Mēs izsakām lielu pateicību visiem ziņojuma tapšanā iesaistītajiem.

Pārējās ziņojuma nodaļas sagatavojusi Veselības ekonomikas centra Reitox Latvijas nacionālā koordinācijas punkta pārstāvji Ieva Pūgule, Mārcis Trapencieris, Agnese Zīle un Linda Sīle.

Ziņojuma sagatavošanā izmantoti pētījumu dati, kā arī dažādu narkotiku jomā iesaistītu ekspertu komentāri un situāciju skaidrojumi. Mēs izsakām pateicību visiem ekspertiem par sadarbību un atbalstu.

Ziņojumu apstiprinājuši Veselības ekonomikas centra Sabiedrības veselības departamenta direktors/EMCDDA valdes loceklis Māris Taube un Veselības ekonomikas centra direktore Daiga Behmane.

Nacionālais ziņojums latviešu un angļu valodā elektroniski pieejams Veselības ekonomikas centra mājas lapā: <http://vec.gov.lv/lv/petijumi-un-zinojumi/atkaribu-slimibu-petijumi-un-zinojumi>

EMCDDA ziņojums latviešu un angļu valodā elektroniski pieejams EMCDDA mājas lapā: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

Veselības ekonomikas centrs  
Duntes iela 12/22, Rīga, Latvija, LV-1005  
Tel.: +371 67501590  
Fakss.: +371 67501591  
e-pasts: [info@vec.gov.lv](mailto:info@vec.gov.lv)  
[www.vec.gov.lv](http://www.vec.gov.lv)

### **Ziņojumu sagatavoja:**

Ieva Pūgule	Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas galvenā speciāliste- fokālā punkta vadītāja
Mārcis Trapencieris	Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas pētnieks
Agnese Zīle	Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe
Linda Sīle	Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe
Aija Pelne	Veselības ekonomikas centra Atkarības slimību epidemioloģiskās uzraudzības nodaļas vadītāja
Anda Karnīte	Rīgas Stradiņa universitātes lektore
Andris Kairišs	Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Analītiskās nodaļas priekšnieks
Marija Safonova	Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Noziedzīgo nodarījumu uzskaites nodaļas Kriminālstatistikas sektora vecākā speciāliste

### **Vēlamies izteikt pateicību:**

Astrīdai Stirnai	Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs
Jānim Bekmanim	Iekšlietu ministrija
Santai Rozītei	Veselības ekonomikas centrs
Jānim Misiņam	Veselības ekonomikas centrs
Sniedzei Karlsonai	Veselības ekonomikas centrs
Ingai Voverei	Valsts policija
Angelīnai Gribovai	Valsts policija
Andai Lazdiņai	Latvijas Infektoloģijas centrs
Ingai Upmacei	Latvijas Infektoloģijas centrs
Rainai Ņikiforovai	Latvijas Infektoloģijas centrs
Ingai Martinovai	Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce uz Veselības ekonomikas centru obligāta.

© Veselības ekonomikas centrs, 2010

ISBN 978-9984-837-27-7

## SAĪSINĀJUMI

AIDS	legūtā imūndeficīta sindroms ( <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> )
ANO	Apvienoto Nāciju Organizācija
APANS	Ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēma
ECAD	Eiropas pilsētas pret narkotikām ( <i>European Cities Against Drugs</i> )
EDDRA	Informācijas apmaiņas sistēma par rīcību narkotiku pieprasījuma samazināšanā ( <i>Exchange on drug demand reduction action</i> )
EK	Eiropas Komisija
EMCDDA	Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs ( <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> )
ES	Eiropas Savienība
ESPAD	Eiropas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām ( <i>European school survey project on alcohol and other drugs</i> )
GMR	Nāves cēloņu datu bāze ( <i>General Mortality Register</i> )
GPS	Iedzīvotāju aptauja ( <i>General Population Survey</i> )
HBV	Hepatīta B vīruss
HCV	Hepatīta C vīruss
HIV	Cilvēka imūndeficīta vīruss ( <i>Human Immuno-deficiency Virus</i> )
LaSPAD	Latvijas skolu aptaujas projekts par alkoholu un citām narkotiskajām vielām
LIC	Latvijas Infektoloģijas centrs
MK	Ministru kabinets
NFP	Nacionālais fokālais punkts
NVO	Nevalstiskā organizācija
ONAP	Organizētās noziedzības apkarošanas pārvaldes
PDU	Problemātiskie narkotiku lietotāji
PREDA	Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrs ( <i>Patient REGISTER DATA</i> )
PVO	Pasaules Veselības organizācija ( <i>World Health Organization</i> )
REITOX	Eiropas Informācijas tīkls par narkotikām un narkomāniju
RPNC	VSIA „Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs”
SSK-10	Starptautiskas slimību klasifikators 10 redakcija
STI	Seksuāli transmisīvās infekcijas
TDI	Ārstniecības pieprasījuma indikators ( <i>Treatment Demand Indicator</i> )
UNODC	Apvienoto Nāciju Organizācijas Narkotiku un noziedzības apkarošanas birojs ( <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> )
VEC	Veselības ekonomikas centrs
VP	Valsts policija
VTMEC	Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs

# SATURA RĀDĪTĀJS

<b>KOPSAVILKUMS</b> .....	<b>6</b>
<b>A DAĻA: Jaunākās tendences narkomānijas jomā</b> .....	<b>10</b>
<b>1. Valsts politikas konteksts</b> .....	<b>10</b>
1.1. Likumdošana .....	10
1.2. Instrukcionālā koordinācija .....	12
1.3. Ekonomiskā analīze .....	13
<b>2. Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū un specifiskās sabiedrības grupās</b> .....	<b>16</b>
2.1. Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū .....	17
<b>3. Profilakse</b> .....	<b>20</b>
3.1. Universālā profilakse.....	21
3.2. Selektīvā profilakse.....	22
3.3. Indikatīvā profilakse .....	23
3.3. Informatīvās kampaņas.....	24
<b>4. Problemātiska narkotiku lietošana</b> .....	<b>25</b>
4.1. Problemātisko narkotiku lietotāju aprēķini .....	25
4.2. Dati par problemātisku narkotiku lietošanu ārpus ārstniecības sistēmas .....	27
<b>5. Narkoloģisko pacientu ārstēšana: ārstniecības pieprasījums un pieejamība</b> .....	<b>34</b>
5.1. Narkoloģisko pacientu ārstēšanas politika .....	34
5.2. Ārstēšanas sistēmas.....	35
5.3. Ārstniecības dati .....	38
<b>6. Ar narkotiku lietošanu saistītās sekas</b> .....	<b>51</b>
6.1. Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības .....	51
6.2. Citas ar narkotiku lietošanu saistītas veselības problēmas un sekas .....	58
6.3. Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi un lietotāju mirstība .....	64
<b>7. Ar narkotiku lietošanu saistīto veselības problēmu un seku samazināšana</b> .....	<b>67</b>
7.1. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšana.....	67
7.2. Ar narkotiku lietošanu saistīto infekcijas slimību samazināšana un ārstēšana .....	67
<b>8. Sociālā atstumtība un reintegrācija</b> .....	<b>73</b>
8.1. Sociālā atstumtība un narkotisko vielu lietošana .....	73
8.2. Sociālā reintegrācija .....	75
<b>9. Ar narkotikām saistītie noziedzīgie nodarījumi un noziedzības profilakse</b> .....	<b>78</b>
9.1. Ar narkotisko vielu nelegālo apriti tieši saistītie likumpārkāpumi.....	78
9.2. Ar narkotisko vielu nelegālo apriti netieši saistītie likumpārkāpumi.....	80
9.3. Tiesību aizsardzības iestāžu veiktie pasākumi pretnarkotiku jomā.....	83
9.4. Narkotisko vielu nelegālā aprite ieslodzījuma vietās .....	85
9.5. Narkotisko vielu lietošanas profilakse ieslodzījuma vietās.....	87
<b>10. Narkotisko vielu tirgus</b> .....	<b>89</b>
10.1. Pieejamība un piegāde .....	89
10.2. Narkotisko vielu konfiskācijas .....	92
10.3. Narkotisko vielu cenas un tīrība .....	93
<b>B. DAĻA: Paplašinātās tēmas</b> .....	<b>95</b>
<b>11. Narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīniju analīze</b> .....	<b>95</b>
11.1. Klīnisko vadlīniju vēsturiskā attīstība .....	97
11.2. Narkotiku atkarības ārstēšanas vadlīnijas Latvijā .....	98
11.3. Vadlīniju izstrādes un ieviešanas process .....	100
11.4. Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas nacionālo vadlīniju salīdzinājums ar PVO vadlīnijām .....	102
<b>12. Ar narkotiku lietošanu saistītā mirstība: visaptveroša pieeja un tās saistība ar sabiedrības veselību</b> .....	<b>105</b>
<b>BIBLIOGRĀFIJA</b> .....	<b>110</b>
<b>TABULU UN ATTĒLU SARAKSTS</b> .....	<b>114</b>

# KOPSAVILKUMS

## Valsts politikas konteksts

2009.gadā Latvijas likumdošanā izdarītas vairākas būtiskas izmaiņas, tajā skaitā kontrolei pakļautas jaunas psihoaktīvas vielas. Šāds solis ļāva izbeigt ieilgušo dažādo smēķējamo maisījumu produktu pārdošanu gan lokālās interneta vietnēs, gan veikalos – kioskos, kuru skaits kopš 2008.gada beigām bija manāmi audzis. Pagājušā gadā pieņemti un spēkā stājušies vēl vairāki nozīmīgi normatīvie dokumenti.

2009.gada 13.oktobrī tika apstiprināti Ministru kabineta noteikumi Nr. 1178 „Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumi”, kas ietver vairākus valdības noteiktus jauninājumus un nosacījumus, kuri jāņem vērā, izstrādājot, ieviešot un novērtējot jaunus politikas plānošanas dokumentus. Šie Ministru kabineta noteikumi nosaka, ka politikas plānošanas dokumentiem vairs neeksistē četru gadu plānošanas cikls. Tā vietā jāizvēlas īstermiņa politikas plānošana (rīcības plāns 3 gadiem) vai arī vidēja termiņa politikas plānošana (pamatnostādnes 5-7 gadiem). Visiem politikas plānošanas dokumentiem jābūt saskaņotiem ar Latvijas Stratēģiskās attīstības plānu 2010.-2013.gadam, kā arī tiem ir jābūt saskaņā ar fiskālās politikas konsolidāciju, funkcionālo optimizāciju un institucionālo restrukturizāciju.

Balstoties uz iepriekšminētajiem nosacījumiem, kā arī ņemot vērā iepriekšējās valsts programmas novērtējuma rezultātus, 2010.gadā tika pabeigta jauna vidēja termiņa politikas plānošanas dokumenta „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017. gadam” izstrāde, kuru plānots apstiprināt Ministru kabinetā 2011. gadā.

2009.gadā veiktā pētījuma rezultāti par narkomānijas radītajām budžeta un nebudžeta izmaksām atklāj, ka kopumā 2008. gadā valsts un pašvaldību budžetā narkotiku lietošanas radītās izmaksas bija 6,5–10,6 milj. latu jeb 0,1–0,2% no kopbudžeta izdevumiem. Budžetā nesaņemtie ieņēmumi bija 3,1–3,8 milj. latu (0.06–0.07% no kopbudžeta ieņēmumiem). Tādējādi 2008. gadā ar narkomāniju saistīto problēmu ietekme uz valsts kopbudžetu vērtējama 9,6–14,4 miljonu latu apmērā.

## Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū un specifiskās sabiedrības grupās

Narkotiku lietošanas izplatības rādītāji, kā arī narkotiku pieejamība un iedzīvotāju attieksme narkotiku politikas jautājumos tika plaši aplūkoti 2008. gada nacionālajā ziņojumā, kā arī pētījuma ziņojuma atskaitē, tāpēc šajā nodaļā atspoguļots tikai īss kopsavilkums par nelegālo narkotiku lietošanas izplatības rādītājiem.

Šajā sadaļā sniegts ieskats arī Centrālās statistikas pārvaldes 2008. gadā īstenotajā Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojuma projektā (European Health Interview Survey – EHIS), kura ietvaros aptaujāti vairāk kā seši tūkstoši 15 gadus veci un vecāki iedzīvotāji Latvijā, un pētījumā iekļauti daži jautājumi par narkotiku lietošanu.

## Profilakse

Līdzīgi kā iepriekšējos gados, arī šobrīd aktivitātes atkarību izraisošo vielu jomā ir integrētas plašākās veselības veicināšanas programās un stratēģijās, pamatā akcentējot informācijas sniegšanu. Pārsvārā aktivitātēm ir kampaņveida raksturs, tomēr atsevišķas institūcijas, kas izmanto sabiedrības veselības profilakses pieeju, uzsver jauniešu mērķauditorijas neaizsargātību. Valstī nav radīta sistēma, kas pārraudzītu profilakses aktivitāšu veikšanu. Līdz ar to tās tiek veiktas decentralizēti, respektīvi, katra novada pašvaldība strādā atbilstoši kapacitātei un finansējumam, turklāt vairāk pievēršoties legālo atkarības izraisošo vielu

lietošanas profilaksei. Valstī nav izstrādātas nacionālas vadlīnijas (standarti, kvalitātes kritēriji) un netiek veikta programmu akreditācija. Tikai retos gadījumos tiek nodrošināta profilakses intervencu efektivitātes novērtēšana, kas pārsvarā skaidrojama ar finansējuma un kapacitātes trūkumu.

Ierobežota valsts un pašvaldību finansējuma apstākļos nav iespējas veikt indikatīvo profilaksi, un šis novirziens jau vairākus gadus ir reti pielietots. Profilakses attīstībai būtu nepieciešams patstāvīgs un sistemātisks darbs, kā arī stabils un garantēts finansējums.

### **Problemātiska narkotiku lietošana**

Pēdējo (2009. gadā) veikto aprēķinu ietvaros, kuru veikšanai tehnisko atbalstu sniedza Glāzgovas Universitāte, tika veikts rūpīgs darbs, analizējot daudzus pieejamos datu avotus, lai noskaidrotu, kāpēc Latvijā nav iespējami PDU aprēķini, izmantojot capture-recapture metodi. Arī šī projekta ietvaros pētnieki nespēja aprēķināt narkotiku lietotāju skaitu Latvijā kopumā, jo, apvienojot datu avotus, radās vairākas problēmas. Tāpēc tika veikti tikai vienas narkotiku lietotāju grupas, heroīna lietotāju, aprēķini Rīgā. Tika aprēķināts, ka Rīgā 2008. gadā bija 5912 (95% T.I. 3913–10164) heroīna lietotāji.

Ekstrapolējot aprēķināto heroīna lietotāju skaitu uz visiem narkotiku lietotājiem Rīgā un Latvijā (neņemot vērā aprēķinu kļūdas robežas), secināts, ka Rīgā varētu būt aptuveni deviņi tūkstoši problemātisko heroīna un/vai amfetamīnu lietotāju, savukārt Latvijā – 18 tūkstoši. Izmanojot citus pieņēmumus, kas balstīti uz vairāku gadu laikā veiktajiem kohortas pētījumiem, secināts, ka Latvijā varētu būt 19706–24130 problemātisko narkotiku lietotāji, no kuriem 9853–12065 dzīvo Rīgā.

### **Narkoloģisko pacientu ārstēšana: ārstniecības pieprasījums un pieejamība**

Saskaņā ar nozares statistikas pārskata datiem 2009. gadā reģistrēti 435 (jeb 19,3 uz 100 000 iedzīvotājiem) pirmreizēji reģistrētie pacienti, kuriem uzstādīta ar narkotiku lietošanu saistīta diagnoze, no kuriem 254 (11,3 uz 100 000 iedzīvotājiem) uzstādīta ar atkarības sindromu vai psihozēm saistīta diagnoze.

2009. gada beigās reģistrētā psihoaktīvo vielu (izņemot alkoholu un tabaku) atkarības vai psihožu izplatība Latvijā bija 3468 jeb 153,8 uz 100 000 iedzīvotājiem. Salīdzinājumā ar 2008. gadu saslimstība samazinājusies par 37%, savukārt izplatība pieaugusi par 7%

2009. gadā metadona programma ārpus Rīgas darbību uzsāka Jelgavā, savukārt 2010. gadā – arī Liepājā, Jūrmalā, Olainē, Salaspilī, Daugavpilī, Kuldīgā, Rēzeknē un Tukumā.

2009. gada 31. decembrī divās metadona programmās (RPNC Rīgā un slimnīcā „Ģintermuiža” Jelgavā) ārstējās 139 pacienti, no kuriem 30 bija sievietes. RPNC administrētajā programmā 2009. gada beigās ārstējās 109, savukārt Jelgavā un Liepājā – attiecīgi 25 un 5 pacienti. 2009. gadā metadona programmā uzņemts 61 pirmreizējais pacients (54 vīrieši un 7 sievietes), savukārt ārstēšanos pārtraukuši 39 pacienti.

### **Ar narkotiku lietošanu saistītās sekas**

Saskaņā ar Latvijas Infektoloģijas datiem līdz 2009.gada beigām valstī bija reģistrēti 4614 (2008.gadā - 4339) HIV inficēšanās gadījumi (204 uz 100 000 iedzīvotājiem), no kuriem 826 personām diagnosticēta AIDS stadija. Minētajā laika posmā reģistrēti arī 559 personu, kuras dzīvo ar HIV (people living with HIV, PLHIV), nāves gadījumi. Kopumā pagājušajā gadā valstī reģistrēti 275 jauni HIV inficēšanās gadījumi, kas ir aptuveni par 23% mazāk kā 2008.gadā (n=358) un 2007.gadā (n=350). 2009.gadā 26.8% (n=74) jauno HIV gadījumu bija iegūti narkotiku injicēšanas ceļā.



2009.gadā reģistrēti 123 (2008.gadā 140) akūta vīrushepatīta B gadījumi, no tiem 43 (35,0%) bija sievietes, bet 80 (65,0%) - vīrieši. No šiem gadījumiem 33 jeb 26,8% tika iegūti INL ceļā.

Atbilstoši Nāves cēloņu datubāzes datiem 2009. gadā reģistrēti 19 ar narkotisko vielu lietošanu tieši saistīti nāves gadījumi, jeb par 5 gadījumiem mazāk nekā 2008.gadā un par vienu gadījumu mazāk nekā 2007.gadā. No reģistrētajiem, līdzīgi kā iepriekšējos gados, vairums mirušo personu bija 20 līdz 39 gadus veci, pārsvarā vīrieši (18 vīrieši un 1 sieviete).

Atbilstoši Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra datiem 2009. gadā kopumā reģistrētas 43 nāves personām, kuras lietojušas narkotiskās un psihotropās vielas (39 vīrieši un četras sievietes).

### **Ar narkotiku lietošanu saistīto veselības problēmu un seku samazināšana**

Nozīmīga loma narkotisko vielu pārdozēšanas novēršanā ir ilgtermiņa farmakoloģisko opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanās programmām. Latvijā 2008.gadā tika pieņemti būtiski grozījumi normatīvajos dokumentos, kas paredz metadona programmas paplašināšanas iespējas (līdz šim ārstēšana ar metadonu bija iespējama tikai Rīgā, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā).

Turklāt būtisku lomu pārdozēšanu samazināšanā pilda šļirču apmaiņas konsultatīvie punkti, kuros punktu darbinieki informē lietotājus par drošu lietošanu un to, kā jārikojas, ja radušās aizdomas par pārdozēšanu. Diemžēl samazinātā finansējuma dēļ krasi samazināts ielu sociālo darbinieku skaits.

2009.gadā valstī kopumā darbojās jau 18 HIV profilakses punkti 16 pilsētās. Šo punktu pakalpojumu klāsts ir plašs, un katrā konkrētajā pilsētā pielāgots klientu vajadzībām – šļirču apmaiņa, ielu darbs, HIV brīvprātīgā konsultēšana un testēšana, dezinfektantu nodrošināšana, informēšana, izglītošana un konsultēšana par dažādiem veselības, psiholoģiskiem un sociāliem jautājumiem.

2009.gadā HIV profilakses tīklā izsniegtas 282 701 šļirces un savāktas 242 555 izlietotās šļirces. Veikti arī 1238 HIV testi (no tiem pozitīvi – 109 testi jeb 8,8%) un 129 vīrushepatīta C testi (no tiem pozitīvi – 69 jeb 35,9%).

### **Sociālā atstumtība un reintegrācija**

Narkotisko vielu lietotāju sociālās atstumtības jautājums plašāk nav pētīts, tāpēc ziņojumā analizēti vispārējie atkarīgo sociālie apstākļi. Nacionālajā ziņojumā tiek izmantoti divi avoti – ārstniecības indikators, proti, pirmreizēji ārstēto pacientu dati, un ikgadējā problemātisko narkotisku lietotāju kohortas pētījuma ceturrtā posma rezultāti. Lai gan abi datu avoti nav pilnīgi, ir iespējams izdarīt svarīgākos secinājumus, kas raksturotu narkotisku lietotāju sociālās atstumtības riskus.

Sociālās reintegrācija vairumā gadījumu tiek saistīta ar sociālo rehabilitāciju. Lai gan Latvijā ir izstrādātas programmas, aktivitātes atsevišķu grupu integrācijai sabiedrībā, specifiskas programmas narkotiku lietotāju reintegrācijai nav. Kopumā var runāt par atsevišķiem projektiem un aktivitātēm, bet ne valstiski izstrādātu sistēmu, kas atkarīgo reintegrācijas procesā risinātu tādus jautājumus kā dzīvesvieta, nodarbinātība un izglītība.

### **Ar narkotikām saistītie noziedzīgie nodarījumi un noziedzības profilakse**

No 2008.gada otrās puses gan likumpārkāpumu tendences (t.sk. narkotiku nelegālas aprites jomā), gan tiesību aizsardzības iestāžu atbilžu reakciju (t.sk. pretnarkotiku jomā) Latvijā, zināmā mērā ir sākusi noteikt ekonomiskā krīze, kura ir primāri saistīta ar diviem pamata faktoriem – iedzīvotāju labklājības līmeņa samazināšanos un tiesību aizsardzības iestāžu resursu (gan materiāltechnisko, gan personāla) samazināšanu. 2009.gadā šī negatīvā ietekme turpinājās.



## Narkotisko vielu tirgus

Atbilstoši Valsts policijas sniegtajām ziņām 2009. gadā kopumā reģistrēti 1265 vielu konfiskācijas gadījumi, kas ir par 134 gadījumiem mazāk kā 2008. gadā. Lielākoties vielas konfiscējusi Valsts policija – 1143 gadījumi, muitā 2009. gadā reģistrēti 122 konfiskācijas gadījumi. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, pieaudzis muitas reģistrēto konfiskāciju skaits, bet sarukuši valsts policijas rezultatīvie rādītāji. To var skaidrot ar ekonomisko situāciju valstī un reformām policijas struktūrās.

Marihuānas, hašiša un kaņepju stādu konfiskāciju skaits palielinājies, bet samazinājies konfiscēto vielu daudzums. To galvenokārt var skaidrot ar vērīgu marihuānas audzēšanas atklāšanu 2008.gadā. Jāatzīmē, ka samazinājies marihuānas daudzums, ko konfiscējusi policija, bet pieaudzis muitas kopējais marihuānas konfiskāciju skaits, ko varētu skaidrot ar marihuānas tranzīta pieaugumu. Heroīna konfiskāciju skaits līdzinās 2008.gada datiem, bet pieaudzis konfiscētās vielas daudzums. Tas atkārtoti apstiprina tendenci, ka heroīna aprīte palielinājusies.

## Narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīniju analīze

Latvijā klīnisko vadlīniju attīstības vēsture nav sena. Latvijas Narkologu asociācijas ekspertu darba grupa pirmās „Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas” sagatavoja 2005. gadā. Otras vadlīnijas („Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas”) tika izstrādātas gadu vēlāk, proti, 2006.gadā. Savukārt vadlīnijas „Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija”, iekļaujot tajās metadona un buprenorfīna izmantošanu terapijā, tika izstrādātas 2009.gadā. Visas vadlīnijas ir izstrādājuši Latvijas Narkologu asociācijas ekspertu darba grupa.

Šobrīd Latvijā klīnisko vadlīniju izstrādes, izvērtēšanas, reģistrēšanas un ieviešanas kārtību nosaka 2010.gada 25. maija Ministru kabineta noteikumi 469 „Kārtība kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas”, kas ļoti stingri un konkrēti definē klīnisko vadlīniju izstrādes un ieviešanas procesu. Tomēr ņemot vērā faktu, ka valsts nav piešķirusi papildu finansējumu vadlīniju izstrādei un vadlīniju izmantošanai, tām ir vairāk rekomendējošs raksturs, šobrīd nav mehānisma, kas motivētu gatavot uz zinātniskiem pierādījumiem balstītas vadlīnijas. Iespējamā motivācija varētu būt fakts, ka vadlīnijas nākotnē paredzēts ņemt vērā, nosakot veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un apmaksas nosacījumus.

## Ar narkotiku lietošanu saistītā mirstība: visaptveroša pieeja un tās saistība ar sabiedrības veselību

No sabiedrības veselības perspektīvas narkotiku lietošana ir viens no galvenajiem gados jaunu cilvēku nāves cēloņiem. Pasaulē veiktie pētījumi norāda, ka mirstība narkotiku lietotāju vidū ir ievērojami augstāka nekā tā paša vecuma iedzīvotāju vidū.

Ar narkotiku lietošanu tieši saistītā mirstība Latvijā ir salīdzinoši zema. Pēdējo gadu laikā narkotiku pārdozēšanas gadījumu skaits Latvijā ir robežās no 12 līdz 24 gadījumiem katru gadu. Ņemot vērā skaitliski mazo ikgadējo gadījumu skaitu, ar narkotiku lietošanu tieši saistīto nāves gadījumu skaita tendences ir grūti skaidrot, piemēram, vai un cik lielā mērā 2009. gadā novērotais ar narkotiku lietošanu tieši saistīto nāves gadījumu skaita samazinājums atspoguļo situāciju valstī.

# A DAĻA: Jaunākās tendences narkomānijas jomā

## 1. Valsts politikas konteksts

### 1.1. Likumdošana

2009. gada laikā Latvijas likumdošanā izdarītas vairākas būtiskas izmaiņas, tajā skaitā, pateicoties Veselības ekonomikas centra, Veselības ministrijas un Lekšlietu ministrijas aktīvai sadarbībai, kontrolei pakļautas jaunas psihoaktīvas vielas. Šāds solis ļāva izbeigt ielgušo dažādo smēķējamo maisījumu produktu pārdošanu gan lokālās interneta vietnēs, gan veikalos – kioskos, kuru skaits kopš 2008. gada beigām bija manāmi audzis. Pagājušā gada laikā pieņemti un spēkā stājušies vēl vairāki nozīmīgi normatīvie dokumenti.

### 2009. gadā apstiprinātie Ministru kabineta noteikumi un noteikumu grozījumi

2009. gadā divas reizes veikti Grozījumi Ministru kabineta 2005.gada 8. novembra noteikumos Nr.847 „Noteikumi par Latvijā kontrolējamām narkotiskajām vielām, psihotropajām vielām un prekursoriem”, papildinot I sarakstu ar 7.punktu „Vielas un augi, kuru nelegāla aprīte un ļaunprātīga lietošana var apdraudēt veselību”. Saraksts tika papildināts ar šādām jaunām vielām un augiem: 1-benzilpiperazīns (BZP), catha edulis, 2,5-dimetoksi-4-bromfenetilamīns (2C-B), 2,5-dimetoksi-4-etiltiofenetilamīns (2C-T-2), 2,5-dimetoksi-4-jodfenetilamīns (2C-I), 2,5-dimetoksi-4-(n)-propiltiofenetilamīns (2C-T-7), hidroksimitragīns, 1-(3-hlorfenil) piperazīns (mCPP), 1-(4-hlorfenil) piperazīns (pCPP), 1-(3,4-metilēndioksibenzil) piperazīns (MDBP), 1-(4-metoksifenil) piperazīns (MeOPP), mitragīns, mitragyna speciosa (kratom), salvia divinorum, salvorīns A, 1-(3-trifluormetilfenil) piperazīns (TFMPP) un 2,4,5-trimetoksiamfetamīns (TMA-2). Šie grozījumi spēkā stājās 2009.gada 16.maijā. Otri šo noteikumu grozījumi spēkā stājās 28.novembrī, papildinot I sarakstu ar vairākiem sintētiskajiem kanabinoīdiem – HU-210, JWH-018, JWH-073, JWH-250, JWH-398, CP 47,497 un trīs tā homologi C6, C8, C9, kā arī divi augi – leonotis leonorus un nymphaea caerulea.

2009.gada 25.maijā pieņemti Ministru kabineta noteikumi Nr.966 „Grozījumi 2003.gada 16.decembra noteikumos Nr.726 „Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības””, lai tos saskaņotu ar 2008.gada 29.jūnijā izdarītajiem grozījumiem Bērnu tiesību aizsardzības likuma 48.panta piektajā daļā un 49.panta trešajā daļā, kas nosaka, ka gadījumā, ja bērns vai viņa vecāki nepiekrīt obligātajai ārstēšanai, to veic, ja saņemta bērna dzīvesvietas bāriņtiesas piekrišana, kā arī saskaņojot ar pašvaldību administratīvi teritoriālo reformu. Noteikumi stājās spēkā 2009.gada 29.augustā.

2009.gada 22.decembrī Ministru kabinetā pieņemti noteikumi Nr.1636 „Grozījumi Ministru kabineta 2005.gada 11.janvāra noteikumos Nr.15 „Kārtība, kādā nosakāma alkohola koncentrācija asinīs un izelpotajā gaisā un konstatējams narkotisko vai citu apreibinošu vielu iespaids””, kas paredz iespēju, ka nepieciešamības gadījumā ārstniecības persona apreibinošo vielu iespaidu (reibumu) var konstatēt klīniski, ja apreibinošās vielas lietošanu nevar apstiprināt ar laboratoriskajiem izmeklējumiem. Noteikumi stājās spēkā 2009.gada 30.decembrī.

Šajā pašā laikā pieņemti Ministru kabineta noteikumi Nr.1588 „Grozījumi Ministru kabineta 2008.gada 2.jūnija noteikumos Nr.394 "Alkohola, narkotisko, psihotropo vai toksisko vielu ietekmes pārbaudes kārtība””, kas stājās spēkā ar 2009.gada 30.decembrī. Noteikumi precizē, ka ķīmiski toksikoloģisko ekspertīzi veic sertificēti tiesu eksperti un ka nepieciešamības gadījumā ārstniecības persona apreibinošo vielu reibumu (ietekmi) varētu konstatēt klīniski, ja apreibinošo vielu lietošanu nevar apstiprināt ar laboratoriskajiem izmeklējumiem, kā arī, ja

pārbaudāmā persona atsakās no medicīniskās pārbaudes vai mēģina veikt darbības, kas var ietekmēt medicīniskās pārbaudes rezultātus.

2009. gada 24. novembrī Ministru kabinetā pieņemti noteikumi Nr. 1338 „Kārtība, kādā nodrošināma izglītojamo drošība izglītības iestādēs un to organizētajos pasākumos”, kas stājās spēkā 2009. gada 28. novembrī. Ministru kabineta noteikumi pieņemti, lai uzlabotu pašreizējo tiesisko regulējumu saistībā ar bērnu drošību izglītības iestādēs, sporta sacensībās un nodarbībās, ekskursijās, pārgājienos, pastaigās un citos izglītības iestādes organizētajos pasākumos. Noteikumi paredz, ka skolas iekšējās kārtības noteikumos:

- jānosaka alkohola, cigarešu, narkotisko, toksisko vai psihotropo vielu, gāzes baloniņu, gāzes pistoļu un šaujamieroču iegādāšanās, lietošanas, glabāšanas un realizēšanas aizliegums izglītības iestādē un tās teritorijā;
- jāparedz, kādai jābūt bērna rīcībai gadījumā, kad viņš izglītības iestādei nepiederošas personas darbībā saskata draudus savai vai citu cilvēku drošībai;
- jānosaka vadītāja un pedagoga rīcība, ja tiek konstatēta fiziska vai emocionāla vardarbība pret bērnu;
- jāparedz arī atbildība par noteikumu neievērošanu.

## 2009. gadā pieņemtie likumi un likumu grozījumi

Atbilstoši grozījumiem Ministru kabineta 2005. gada 8. novembra noteikumos Nr. 847 „Noteikumi par Latvijā kontrolējamām narkotiskajām vielām, psihotropajām vielām un prekursoriem”, kas spēkā stājās 2009. gada 16. maijā, tika veikti arī grozījumi likumā „Par Krimināllikuma spēkā stāšanās un piemērošanas kārtību”, papildinot I sarakstu ar minētajām vielām, kā arī nosakot apmērus, līdz kuriem vielas daudzums atzīstams par nelielu, un apmērus, sākot ar kuriem daudzums atzīstams par lielu (*skatīt 1.1. tabulu*).

### 1.1. tabula. Jauno kontrolei pakļauto psihoaktīvo vielu definētie daudzumi

Vielas nosaukums (saīsinājums)	Apmērs, līdz kuram daudzumi atzīstami par nelieliem	Apmērs, sākot ar kuru daudzumi atzīstami par lieliem
BZP	0.02 g	1 kg
Catha edulis	100 g	10 kg
2C-B	0.02 g	2 kg
2-C-T-2	0.018 g	1.8 g
2C-I	0.018 g	1.8 g
2C-T-7	0.02 g	2g
mCPP	0.02 g	1 g
pCPP	0.02 g	1 g
MDBP	0.02 g	1 g
MeOPP	0.02 g	1 g
mitragīns	0.03 g	3 g
mitragyna speciosa (kratom)	1 g	100 g
salvia divinorum	1 g	100 g
salvorīns A	0.002 g	0.2 g
TFMPP	0.02 g	1 g
TMA-2	0.03 g	1 g
7-hidroksimitragīns	0.03 g	15 g

2010. gada 7. aprīlī spēkā stājās grozījumi likumā „Par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu”. Likuma grozījumu 8. punkts papildināts, aizliedzot „realizēt augu maisījumu produktus, kuru smēķēšanas, šņaukšanas, košļāšanas vai inhalēšanas rezultātā tiek izdalītas vai uzņemtas vielas, kas izraisa psihoaktīvām vielām līdzīgus psihiskus traucējumus lietotājam, un kuru lietošana var izraisīt atkarību”.

## 1.2. Institucionālā koordinācija

### Valsts programma

Līdz ar Latvijas iestāšanos Eiropas Savienībā politiski saistoši Latvijai kļuva arī Eiropas Savienības politikas plānošanas dokumenti narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības mazināšanas jomā. Šobrīd ir spēkā „Eiropas Savienības Narkomānijas apkarošanas stratēģija 2005.–2012.gadam” un tai atbilstošais „Narkomānijas apkarošanas rīcības plāns 2009.–2012.gadam”.

Valsts programmu „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.–2008.gadam” Ministru kabinets apstiprināja 2005.gada 17.augustā. 2008. gads bija pēdējais šīs valsts programmas darbības gads. 2009.gadā notika valsts programmas novērtēšana un jaunas valsts programmas izstrāde.

2009. gada 13. oktobrī tika apstiprināti Ministru kabineta noteikumi Nr. 1178 „Attīstības plānošanas dokumentu izstrādes un ietekmes izvērtēšanas noteikumi”, kas ietver vairākus valdības noteiktus jauninājumus un nosacījumus, kas jāņem vērā, izstrādājot, ieviešot un novērtējot jaunus politikas plānošanas dokumentus. Šie Ministru kabineta noteikumi nosaka, ka politikas plānošanas dokumentiem vairs neeksistē četru gadu plānošanas cikls. Tā vietā jāizvēlas īstermiņa politikas plānošana (rīcības plāns 3 gadiem) vai arī vidēja termiņa politikas plānošana (pamatnostādnes 5–7 gadiem). Visiem politikas plānošanas dokumentiem jābūt saskaņotiem ar „Latvijas Stratēģiskās attīstības plānu 2010.–2013. gadam”, kā arī tiem ir jābūt saskaņā ar fiskālās politikas konsolidāciju, funkcionālo optimizāciju un institucionālo restrukturizāciju.

Balstoties uz iepriekšminētajiem nosacījumiem, kā arī ņemot vērā iepriekšējās valsts programmas novērtējuma rezultātus, 2010.gadā tika pabeigta jauna vidēja termiņa politikas plānošanas dokumenta „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.–2017. gadam” izstrāde, kuru plānots apstiprināt Ministru kabinetā 2011. gada sākumā.

Jaunās Pamatnostādnes ir saskaņotas ne tikai ar ES Narkomānijas apkarošanas stratēģiju un rīcības plānu 2005.–2012. gadam, bet arī ar vairākiem Latvijas attīstības plānošanas dokumentiem, kas ir cieši saistīti ar narkomānijas un narkotiku izplatības mazināšanu. Piemēram, Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programmu 2009.–2013. gadam, Jaunatnes politikas valsts programmu 2009.–2013.gadam, Organizētās noziedzības novēršanas, apkarošanas un samazināšanas valsts programmu 2006.–2010. gadam, Profesionālās sociālā darba attīstības programmu 2005.–2011.gadam u.c. dokumentiem.

Pamatnostādņu mērķis ir:

- samazināt nelegālo narkotiku lietošanas akceptējamību sabiedrībā;
- samazināt nelegālo narkotiku lietošanas nodarīto kaitējumu sabiedrībai, uzlabojot narkotiku lietotājiem sniegto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un efektivitāti;
- samazināt nelegālo narkotiku pieejamību.

Salīdzinājumā ar iepriekšējo valsts programmu jaunajās Pamatnostādnēs ir veiktas izmaiņas politikas rīcības virzienos, proti, narkomānijas profilakse ir izdalīta kā atsevišķs rīcības virziens. Savukārt informācijas apkopošana un analīze ir apvienota ar politikas izstrādes un īstenošanas koordināciju, tādejādi veidojot vienotu rīcības virzienu. Līdz ar to jaunajā dokumentā ir definēti četri rīcības virzieni:

- profilakse;
- veselības aprūpe;
- piedāvājuma samazināšana;

- politikas koordinācija un informācijas apkopošana un analīze.

Katrs no minētajiem rīcības virzieniem ietver virkni uzdevumu, kas jārealizē Pamatnostādņu darbības periodā. Uzdevumi definēti, balsoties uz iepriekšējās programmas novērtējuma rezultātiem.

## Valsts programmas ieviešana un novērtēšana

2008. gads bija pēdējais „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmas 2005.–2008.gadam” darbības gads. Līdz ar to narkotiku kontroles un narkomānijas ierobežošanas koordinācijas padome (turpmāk – Padome), izskatot jautājumu par turpmāko valsts politikas plānošanu narkomānijas un nelegālo narkotiku izplatības mazināšanai, atzina, ka nākamajam vidējā termiņa politikas plānošanas dokumentam narkomānijas un nelegālo narkotiku izplatības mazināšanas jomā jābūt balstītam uz pilnīgu un vispusīgu valsts politikas, tai skaitā valsts programmas īstenošanas, izvērtējumu. Tā rezultātā 2009.gads bija pārejas periods, kura laikā tika veikts iepriekšējās valsts programmas novērtējums.

Valsts programmas novērtējumu, balstoties uz Padomes lēmumu, veica Iekšlietu ministrija. Programmas novērtēšanai tika izmantoti vairāki informācijas avoti, proti:

- valsts programmas izpildē atbildīgo un līdzatbildīgo lomā tieši iesaistīto 29 valsts iestāžu un organizāciju sniegtā informācija par programmas uzdevumu izpildi;
- Padomes sekretariāta rīcībā esošā informācija;
- vairāki valsts programmas darbības laikā narkomānijas jomā veiktie pētījumu rezultāti;
- dažādu institūciju uzturētās informācijas sistēmas un apkopotie statistikas radītāji;
- ekspertu diskusija par valsts programmas ieviešanas rezultātiem.

Jāatzīmē, ka informācija par valsts programmas uzdevumu izpildi tika balstīta uz tieši iesaistīto iestāžu un organizāciju rakstiski sniegtās informācijas, kas pārsvarā atspoguļoja kvantitatīvos radītājus, nevis darbības un politikas rezultātus. Līdz ar to valsts programmas mērķu sasniegšanas pakāpe pārsvarā tika raksturota ar pētījumu rezultātiem par narkotisko vielu lietošanas izplatību dažādās sabiedrības grupās un statistikas radītāju atspoguļotajām tendencēm, kas raksturo narkotisku piedāvājuma un pieprasījuma jomas valsts programmas darbības periodā (*Iekšlietu ministrija, 2009*).

## Koordinācijas mehānisms

Padome ir koordinējoša valsts institūcija, kuras galvenais uzdevums ir koordinēt valsts pārvaldes iestāžu, pašvaldību un nevalstisko organizāciju darbību narkotisko un psihotropo vielu un prekursoru legālās aprites kontrolē un nelegālās aprites un narkomānijas novēršanā un ierobežošanā. Padome ir atbildīga arī par valsts programmas izstrādi, ieviešanu un novērtēšanu. Padomes sēdes tiek sasauktas divas līdz četras reizes gadā. 2009. gadā notika divas Padomes sēdes.

## 1.3. Ekonomiskā analīze

2009. gadā Veselības ekonomikas centrs sadarbībā ar Baltijas Starptautisko Ekonomikas Politikas Studiju Centru (BICEPS) veica pētījumu par budžeta un nebudžeta izmaksām saistībā ar narkomāniju 2008. gadā (BICEPS, 2010)<sup>1</sup>. Pētījuma mērķis bija novērtēt narkotiku lietošanas radītās sociālās izmaksas Latvijā 2008. gadā. Pētījumu veido divas daļas: pirmajā daļā

<sup>1</sup> Ar pētījuma rezultātiem var iepazīties VEC mājas lapā: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00dd941d0f6.pdf>



novērtētas narkomānijas radītās valsts budžeta izmaksas, bet otrajā daļā veikts nebudžeta izmaksu novērtējums. Budžeta izdevumu novērtējums ir balstīts uz Latvijas datiem un aptver praktiski visas ar narkomānijas problēmu saistītās budžeta izmaksu kategorijas. Nebudžeta izmaksu novērtējums ir balstīts uz Latvijas datiem, tikai novērtējot ražošanas apjoma (izlaides) samazinājumu, kas rodas narkotiku lietotāju zema nodarbinātības līmeņa, priekšlaicīgas mirstības un biežas atrašanās ieslodzījumā dēļ. Pārējās nebudžeta izmaksas, piemēram, izmaksas, kas rodas narkotiku lietotāju augstā absentisma dēļ, tiek novērtētas, balstoties arī uz pētījumu rezultātiem citās valstīs.

Jāatzīmē, ka Latvijā datu pieejamība par iezīmētiem ar narkotikām saistītiem budžeta izdevumiem ir ļoti ierobežota un fragmentāra. Ar narkotikām saistītās programmas tiek īstenotas dažādos valdības līmeņos, kas datu sistematizāciju padara sarežģītu. Turklāt ar narkotikām saistītie izdevumi bieži vien ir daļa no plaši vērstas izdevumu programmas, kas ar narkotiku lietošanas problēmu saistīto izdevumu nošķiršanu padara problemātisku.

leM informatīvais ziņojums par "Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmas 2005.–2008. gadam" ir vērtīgs informācijas avots par budžeta izdevumiem, kas saistīti ar narkotikām, tomēr tajā ir vairāki ierobežojumi. Pirmkārt, novērtējuma ziņojums attiecas tikai uz valsts līmeņa finansējumu, bet nav iekļauti dati par pašvaldību finansējumu. Otrkārt, ziņojums neietver izmaksas visās attiecīgajās kategorijās, piemēram, izmaksas par stacionāro medicīnisko pakalpojumu sniegšanu. Treškārt, daži ar narkotikām saistītie izdevumi ir summēti ar izdevumiem par cita veida atkarībām – alkohola, smēķēšanas un citām. Apkopojot iepriekš minētos apsvērumus, lielākas pūles jāpieliek, lai strukturētu ar narkotikām saistītās budžeta izmaksas un padarītu izdevumus caurskatāmākus visos valdības līmeņos.

## Budžeta izmaksas

Par budžeta izmaksu novērtējuma sākumpunktu tika ņemts lekšlietu ministrijas 2009. gadā sagatavotais Informatīvais ziņojums par „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmas 2005.–2008. gadam” īstenošanu, kurā iekļauta programmas izpildē iesaistīto valsts institūciju sniegtā informācija par budžeta izmaksām, kuras saistītas ar narkomānijas problēmu. Papildus tika veikts šādu budžeta izdevumu novērtējums: (i) uzturēšanas izdevumi ieslodzītām personām, kuras notiesātas par noziedzīgiem nodarījumiem, kas saistīti ar narkotiku nelegālo apriti, (ii) ar narkotiku lietošanu saistīto infekcijas slimību profilakses un ārstēšanas izmaksas, (iii) narkotiku lietošanas profilakse, kas saistīta ar pamatizglītības un vidējās izglītības programmu, un (iv) Valsts probācijas dienesta izdevumi sociālai rehabilitācijai pacientiem ar atkarības sindromu. Tika novērtēti arī valsts budžeta zaudētie ieņēmumi, kas ir radušies, jo narkotiku iegādei izlietotie naudas līdzekļi nav tikuši tērēti legālām aktivitātēm, kas nodrošinātu papildu ieņēmumus budžetā.

Pētījuma rezultāti liecina, ka kopumā 2008. gadā valsts un pašvaldību budžetā narkotiku lietošanas radītās izmaksas bija 6,5–10,6 milj. latu jeb 0,1–0,2% no kopbudžeta izdevumiem. Budžetā nesaņemtie ieņēmumi bija 3,1–3,8 milj. latu (0,06–0,07% no kopbudžeta ieņēmumiem). Saskaņā ar pētījuma rezultātiem 2008. gadā ar narkomāniju saistīto problēmu ietekme uz valsts kopbudžetu vērtējama 9,6–14,4 miljonu latu apmērā.

Klasificējot pēc COFOG, izdevumi sabiedriskajai kārtībai un drošībai un izdevumi veselības aprūpei ir divas lielākās ar narkotikām saistīto budžeta izdevumu grupas (attiecīgi, 59% un 25% no visiem ar narkotikām saistītajiem budžeta izdevumiem, ja iekļauj ieguldījumu izdevumus). Likumu izpildīšanas (71–70%) un kaitējuma mazināšanas (24–1 %) izdevumi ir lielākās izdevumu kategorijas, ja izdevumu kategorizēšanai izmanto Roitera klasifikāciju. Tika konstatēts, ka Latvijas budžeta izdevumu struktūra ir diezgan līdzīga struktūrai citās Eiropas valstīs, par kurām veikti līdzīgi novērtējumi. Finansējuma apjoms (0,07–0,04% no NKP vai 0,17–0,10% no kopējiem valsts izdevumiem) tomēr ir ievērojami zemāks nekā citās valstīs. Finansēšanas atšķirība ir vēl lielāka, ja salīdzina izdevumus uz vienu problemātisko narkotiku lietotāju, kas 2008. gadā Latvijā sasniedza 382–764 EUR, savukārt, piemēram, Čehijā 2006.

gadā izdevumi bija apmēram 10 reizes augstāki. Ar narkotikām saistīto izdevumu starpvalstu salīdzināšana jāveic piesardzīgi, jo trūkst standartizētas metodoloģijas. Tomēr šāda novērtētā finansējuma ievērojama atšķirība ļauj ar lielu ticamības pakāpi secināt, ka ar narkotikām saistītie budžeta izdevumi Latvijā ir daudz zemāki nekā citās Eiropas valstīs.

### **Nebudžeta izmaksas**

Nebudžeta izmaksu aprēķinos šajā pētījumā tika novērtētas nozīmīgākās taustāmo izmaksu pozīcijas – zaudējumi, kas rodas narkotiku lietotāju zemākas nodarbinātības un produktivitātes dēļ. Izmantojot Latvijas datus, tika novērtēti izlaides zaudējumi, kas rodas šādu faktoru dēļ: (i) narkotiku lietotājiem ir raksturīgs daudz zemāks nodarbinātības līmenis nekā vidēji iedzīvotāju vidū, (ii) ieslodzījumā esošie cilvēki nesaražo produkciju, ko viņi varētu saražot, ja būtu nodarbināti, (iii) narkotiku lietotājiem ir raksturīga augstāka mirstība nekā cilvēkiem tajā pašā vecuma grupā, kas narkotikas nelieto. Turklāt, balstoties daļēji uz Latvijas datiem un daļēji uz citās valstīs veikto pētījumu rezultātiem, tika novērtētas izmaksas, kas rodas narkotiku lietotāju augstāka absentisma un zemākas produktivitātes dēļ, kā arī zaudējumi ekonomiski neaktīvo iedzīvotāju augstākas mirstības un saslimstības dēļ.

Narkomānijas nebudžeta izmaksas 2008. gadā ir novērtētas 61,5 milj. LVL apmērā jeb 0,38% no IKP. Novērtētās nebudžeta izmaksas galvenokārt rada narkomānijas izraisīts nodarbinātības samazinājums. Pirmkārt, ir novērots, ka Latvijas problemātiskos narkotiku lietotājus raksturo ievērojami zemāks nodarbinātības līmenis nekā citiem iedzīvotājiem šajā pašā vecuma grupā. Otrkārt, zemāku nodarbinātību izraisa narkotiku lietotāju priekšlaicīga mirstība gan tiešā saistībā ar narkotiku lietošanu, gan saistībā ar infekciju slimībām. Vēl viens zemākas nodarbinātības avots ir ieslodzījumā esošas personas, kuras notiesātas par noziegumiem, kas saistīti ar narkotikām. Kopējie zaudējumi no samazinātas nodarbinātības ir novērtēti ap 30 milj. LVL apmērā, no kuriem lielākās izmaksas (23,4 milj. LVL) ir attiecināmas uz zemāku nodarbinātības līmeni narkotiku lietotāju vidū.

Papildus nodarbinātības kanālam citi narkomānijas nebudžeta izmaksu avoti ietver mājsaimniecību izlaides samazinājumu saslimstības un ārpus darbaspēka esošu narkotiku lietotāju mirstības dēļ, kā arī saistībā ar augstāku absentismu un samazinātu darba ražīgumu narkotiku lietotāju vidū. Valsts līmeņa datu trūkuma dēļ nebija iespējams iepriekš minēto divu kategoriju izdevumu novērtējumu pamatot tikai ar valsts datiem, tāpēc novērtējums tika daļēji balstīts uz pētījumu rezultātiem citās valstīs. Narkomānijas bezdarba izmaksas Latvijā kopā ir novērtētas aptuveni 32 milj. LVL apmērā, no kurām lielāko daļu (apmēram 60%) veidoja paaugstināts absentisms un samazināts darba ražīgums.

Līdzīgi kā ar dažādu valstu budžeta izmaksu salīdzinājumu nebudžeta izmaksu salīdzinājums ir jāveic ar lielu piesardzību, jo atšķiras pamata metodoloģijas. Tomēr dažu nebudžeta izmaksu kategoriju salīdzinājums ar pieejamiem rezultātiem attiecībā uz Austrāliju (Collins and Lapsley, 2008) liecina, ka izmaksas, ko rada zemāka nodarbinātība, izteiktas kā daļa no IKP, Latvijā pārsniedz izmaksas Austrālijā. Nobeigumā var secināt, ka narkomānijas nebudžeta ekonomiskais slogs Latvijā, iespējams, ir augstāks nekā dažās citās valstīs, bet ar narkotikām saistīto budžeta izdevumu līmenis ir ievērojami zemāks nekā citās valstīs.

### **Narkomānijas sociālās izmaksas**

Narkomānijas sociālo izmaksu (budžeta plus nebudžeta izmaksu) novērtējums Latvijā 2008. gadā sasniedza 68–72 milj. LVL jeb aptuveni 0,4% no IKP. Budžeta izdevumi bija 6,5–10,6 milj. LVL jeb aptuveni 10–14% no kopējām sociālajām izmaksām, no kurām narkomānijas tiešās izmaksas – apmēram 2%. Atlikušās budžeta izmaksas var klasificēt kā narkomānijas netiešās izmaksas, t.i., šīs izmaksas veido daļu no valdības funkciju izdevumiem, kas tiktu finansēti neatkarīgi no narkomānijas situācijas, piem., veselības aprūpe, valsts policija, utt.



## 2. Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū un specifiskās sabiedrības grupās

Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū ir viens no pieciem galvenajiem EMCDDA epidemioloģiskajiem indikatoriem. Tas atspoguļo narkotiku lietošanas izplatību 15–64 gadus vecu iedzīvotāju vidū. Šis indikators aptver regulāru, reprezentatīvu iedzīvotāju aptauju veikšanu atbilstoši ES ekspertu apstiprinātajam jautājumu lokam (EMQ – European Model Questionnaire), kas paplašināts ar dalībvalstīm interesējošiem jautājumiem.

Jaunākās izmaiņas indikatora attīstībā gan nacionālā, gan arī starptautiskā līmenī ietver papildu informācijas iegūšanas nepieciešamību par intensīviem narkotiku lietošanas paradumiem (piemēram, dažādu skalu izmantošana iedzīvotāju aptaujās) un narkotiku pieejamību. 2007. un 2008. gadā Latvijā, Beļģijā un Čehijā ar EMCDDA atbalstu tika veikts metodoloģisks pilotpētījums par narkotiku pieejamības jautājuma iekļaušanu standarta aptaujas anketā (Trapencieris, 2008). Turklāt pēdējo gadu laikā arvien vairāk pētnieku vidū tiek aktualizēts jautājums par iegūto datu ticamību pieaugošā nerespondences līmeņa dēļ, nepieciešamību veikt metodoloģiskus pētījumus, izmantojot jaunus datu vākšanas veidus, piemēram, aptauju veikšana izmantojot internetu, un to vispārināšanas iespējas.

Narkotiku lietošanas izplatības rādītāji, kā arī narkotiku pieejamība un iedzīvotāju attieksme par narkotiku politikas jautājumiem tika plaši aplūkoti 2008. gada nacionālajā ziņojumā, kā arī pētījuma ziņojuma atskaitē (Sabiedrības veselības aģentūra, 2008b; Korojeva u.c., 2008)<sup>2</sup>, tāpēc šajā nodaļā atspoguļots tikai īss kopsavilkums par nelegālo narkotiku lietošanas izplatības rādītājiem.

Šajā sadaļā sniegts ieskats arī Centrālās statistikas pārvaldes 2008. gadā īstenotajā Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojuma projektā (European Health Interview Survey – EHIS), kura ietvaros aptaujāti vairāk kā seši tūkstoši 15 gadus veci un vecāki iedzīvotāji un pētījumā iekļauti daži jautājumi par narkotiku lietošanu.

2010. gadā uzsākta gatavošanās Eiropas skolu aptaujas projekta par alkoholu un citām narkotiskām vielām (ESPAD) piektajam posmam un tā ietvaros veicamā Latvijas pētījuma (LaSPAD) veikšanai 2011. gadā, kurā plānots aptaujāt vairāk kā 10 tūkstošus 5.–12. klašu audzēkņus, kas sniegs ieskatu politikas veidotājiem, profilakses un citiem speciālistiem nelegālo un legālo vielu izplatībā un tās izmaiņās kopš 2007. gadā veiktā valsts mēroga reprezentatīvā skolēnu pētījuma<sup>3</sup>.

2010. gadā izstrādātajās Pamatnostādnēs vairāki ESPAD pētījumā iekļautie narkotiku lietošanas izplatības un pieejamības mērījumi iekļauti kā politikas rezultatīvie rādītāji, kas ļaus vērtēt Pamatnostādņu uzdevumu veikšanu 2011.–2017. gadā (Pamatnostādnes, 2010).

2010. gada rudens semestrī plānots veikt trešo pētījuma posmu Rīgas skolēnu vidū atbilstoši iniciatīvai „Eiropas pilsētas pret narkotikām”. Pētījuma mērķis ir iegūt datus par atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatību, riska un aizsargājošiem faktoriem to lietošanā un pamēģināšanā. Šis pētījums 9.–10. klašu audzēkņu vidū Rīgā veikts 2006. un 2008. gadā<sup>4</sup>, un tā rezultāti tiek izmantoti profilakses pakalpojumu plānošanā un sasniegumu vērtēšanā Rīgas pilsētā.

<sup>2</sup> Ar pētījuma rezultātiem var iepazīties arī VEC mājaslapā:?

<sup>3</sup> Ar 2007. gada pētījuma rezultātiem var iepazīties VEC mājaslapā: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00de20bdfa2.pdf>

<sup>4</sup> 2008. gadā pētījums veikts arī Jūrmalā un Cēsīs.

## 2.1. Narkotiku lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū

### Īpaši pētījumi par narkotiku lietošanas izplatību

Latvijā līdz šim veiktas divas plaša mēroga reprezentatīvas aptaujas, kas ļauj apzināt narkotiku lietošanas izplatību iedzīvotāju vidū. Šīs aptaujas veiktas 15–64 gadus vecu iedzīvotāju vidū un veiktas atbilstoši EMCDDA dalībvalstīs ieteiktām metodēm, līdz ar to lielā mērā ļaujot Latvijā iegūtos rezultātus salīdzināt ar situāciju citās ES valstīs. Atbilstoši šīm metodēm, aptaujās iekļautie jautājumi par vielu lietošanu tiek mērīti trīs laika posmos – dzīves laikā, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā. Papildus jautājumiem par dažādu vielu lietošanas izplatību pētāmo jautājumu loks iekļauj arī jautājumus par iedzīvotāju attieksmi un vērtībām, narkotiku pieejamību utt. (EMCDDA, 2002).

Pirmā plaša mēroga aptauja notika 2003. gadā, savukārt otra atbilstoši salīdzināmai metodoloģijai veiktā aptauja – 2007. gadā. Aptauju mērķa izlašu lielums pārsniedza 4500 respondentu (4534 respondentu - 2003. gadā, 4500 - 2007. gadā), kas ar pietiekami augstu precizitāti spēj izmērīt arī salīdzinoši nelielu parādību izplatību iedzīvotāju vidū. Abu pētījumu ziņojumi ir publicēti kā atsevišķi ziņojumi un pieejami gan drukātā, gan elektroniskā formātā (Koroļeva et al. 2003; Koroļeva, Goldmanis u.c. 2008).

Šajā sadaļā zemāk atspoguļoti galvenie jebkuru nelegālo narkotiku<sup>5</sup> lietošanas izplatības rādītāji galvenajās vecuma un dzimumu grupās, salīdzinot 2003. un 2007. gada pētījumu rezultātus (skat. 2.1. un 2.2. tabulu).

Abu aptauju rezultāti norāda, ka 2007. gadā salīdzinājumā ar 2003. gadu ir būtiski pieaudzis narkotiku pamēģināšanas un nesenas lietošanas (pēdējā gada laikā) rādītāji iedzīvotāju vidū visās vecuma un dzimumu grupās. Visbiežāk pamēģinātā un lietotā viela iedzīvotāju vidū ir marihuāna vai hašišs, tad ekstazī un amfetamīni. Narkotikas pārsvarā lietojuši jaunieši un jaunie pieaugušie. Urbanizācijai ir liela nozīme narkotiku lietošanā vai pamēģināšanā, t.i., Rīgā un citās pilsētās narkotikas pamēģinājuši vairāk iedzīvotāju, taču salīdzinājumā ar 2003. gadu šīs atšķirības, lai arī statistiski nozīmīgas, ir mazinājušās (Koroļeva, Goldmanis u.c. 2008).

**2.1. tabula. Jebkuru nelegālo narkotiku lietošana dzīves, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā<sup>6</sup> 2003. un 2007. gada pētījumos (%)**

		Dzīves laikā	Pēdējā gada laikā	Pēdējā mēneša laikā
15–64	2007	16,1	6,1	2,2
	2003	12,3	4,6	2,2
15-34	2007	27,9	11,9	4,2
	2003	21,9	9,7	4,7
35-64	2007	6,8	1,6	0,7
	2003	5,3	0,9	0,5
Vīrieši	2007	22,8	9,2	3,8
	2003	19,9	7,7	3,9
Sievietes	2007	9,8	3,2	0,8
	2003	6,4	2,2	0,9

Avots: Koroļeva u.c., 2003; Koroļeva, Goldmanis u.c., 2008

<sup>5</sup> Marihuāna/hašišs, ekstazī (MDMA), amfetamīni, kokaīns, heroīns un/vai citi opioīdi, LSD un/vai citi halucinogēni

<sup>6</sup> Lietošana dzīves laikā – lifetime prevalence (LTP) ang.,  
lietošana pēdējā gada laikā – last year prevalence (LYP),  
lietošana pēdējā mēneša laikā – last month prevalence (LMP).

**2.2. tabula. Dažādu dzīves laikā lietoto nelegālo narkotiku izplatība dzimuma un vecuma grupās 2007. gadā (%)**

	15–64			15–34			35–64		
	V	S	K	V	S	K	V	S	K
Jebkura nelegāla viela	22,8	9,8	16,1	37,5	18,1	27,9	10,3	3,8	6,8
Jebkura nelegāla viela, izņemot marihuānu/hašišu	13,2	4,9	9,0	21,7	8,6	15,2	6,0	2,3	4,0
Marihuāna/hašišs	17,2	7,3	12,1	28,9	14,3	21,7	7,2	2,2	4,6
Ekstazī	7,2	2,3	4,7	12,3	4,6	8,5	2,9	0,6	1,7
Amfetamīni	5,4	1,3	3,3	9,2	2,9	6,1	2,2	0,1	1,1
Kokaīns	3,1	1,5	2,3	5,4	2,5	4,0	1,2	0,7	0,9
Heroīns	0,8	0,3	0,5	1,5	0,4	1,0	0,2	0,2	0,2
Citi opioīdi	4,7	1,1	2,9	5,7	1,6	3,7	3,9	0,8	2,2
LSD	2,1	0,8	1,4	3,6	1,0	2,3	0,8	0,6	0,7
Citi halucinogēni	2,6	0,9	1,7	4,4	1,2	2,8	1,0	0,6	0,8

Avots: Koroļeva, Goldmanis u.c., 2008

### Latvijas iedzīvotāju veselības aptauja (LV EHIS)

2008. gadā Centrālā statistikas pārvalde (CSP), iesaistoties Eiropas iedzīvotāju veselības apsekojuma projektā (EHIS), veica Latvijas iedzīvotāju veselības aptauju. Apsekojuma metodoloģija ir izstrādāta, pamatojoties uz Eiropas Kopienu Statistikas biroja sagatavotajiem dokumentiem, un balstīta uz vienotu Eiropas aptaujas anketu. Šā pētījuma dati ir vispārināti uz visiem Latvijas iedzīvotājiem, kuri vecāki par 15 gadiem. Apsekojuma mērķa grupa ir personas vecumā no 15 gadiem un vecākas, kuras dzīvo privātajās māsaimniecībās Latvijas teritorijā. Apsekojumā nav iekļautas personas, kuras dzīvo veco ļaužu pansionātos, invalīdu namos, studentu kopmītnēs, citās kolektīvajās izmitināšanas iestādēs, atrodas apcietinājumā vai izcieš sodu brīvības atņemšanas iestādēs. Apsekojuma intervijas tika veiktas no 2008. gada septembra līdz decembrim, kā informācijas apkopošanas metode izmantota respondenta intervija klātienē. Pētījumā tika izmantotas gan papīra anketas, gan datorizētas intervijas. Apsekojuma bruto izlase veidota kā divpakāpju stratificēta gadījumi izlase, bruto izlases lielums bija 9946, savukārt nerespondences līmenis bija 29% (Centrālā statistikas pārvalde, 2010).

Aptaujā tika iekļauti četri jautājumi, kas norāda par nelegālo atkarību izraisošo vielu lietošanu – divi jautājumi par personīgu pazīšanos ar narkotiku lietotājiem un divi jautājumi par lietošanas izplatību pēdējā gada laikā:

- Vai Jūs personīgi pazīstat cilvēkus, kuri lieto marihuānu?
- Vai Jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat lietojis/-usi marihuānu?
- Vai Jūs personīgi pazīstat cilvēkus, kuri lieto citas narkotikas, piemēram, kokaīnu, amfetamīnus, ekstazī?
- Vai Jūs pēdējo 12 mēnešu laikā esat lietojis/-usi citas narkotikas, piemēram, kokaīnu, amfetamīnus, ekstazī?

Atbilstoši pētījuma datiem pēdējo 12 mēnešu laikā marihuānu lietojuši 1,5% 15 gadus un vecāki Latvijas iedzīvotāji. Vīriešu vidū ir augstāks pēdējo 12 mēnešu laikā marihuānu lietojušo īpatsvars salīdzinājumā ar sievietes vidū novēroto, attiecīgi 2,4% un 0,8%. Pētījumā noskaidrots, ka citu narkotiku, piemēram, kokaīna, amfetamīnu, ekstazī, utt., pēdējā gada laikā lietojušo īpatsvars ir 0,5% (Centrālā statistikas pārvalde, 2010). Salīdzinājumam: 2007. gadā veiktā narkotiku lietošanas izplatības pētījumā, kas veikts atbilstoši EMCDDA ieteiktajiem standartiem, marihuānu un hašišu pēdējā gada laikā lietojuši 4,7% 15–64 gadus veci iedzīvotāji (7,3% vīriešu un 2,6% sievietes) (Koroļeva u.c., 2008).

Latvijas iedzīvotāju veselības pētījuma ietvaros iegūtie dati par marihuānas (un hašiša) lietošanas izplatību pēdējā gada laikā ir ievērojami zemāki kā 2007. gadā iegūtie rezultāti atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatības pētījumā. Liela daļa pētnieku uzskata – lai arī jautājumu par narkotiku lietošanu iekļaušana veselības apsekojumos ir ievērojami lētāka salīdzinājumā ar īpašu šim jautājumam veltītu pētījumu veikšanu, tomēr jāņem vērā pētījuma konteksts, narkotiku jautājumiem atvēlētais laiks, to prioritāte starp citiem veselību ietekmējošiem faktoriem, konfidencialitātes nodrošināšana un citi apstākļi, kas var būtiski ietekmēt iegūtos rezultātus par tādu sensitīvu jautājumu kā narkotiku lietošana. Līdz ar to ir grūti spriest, cik lielā mērā veselības apsekojuma rezultāti, lai arī neapšaubāmi reprezentatīva pētījuma, ir ietekmējuši iepriekš minētie apsvērumi.

### 3. Profilakse

Ņemot vērā Latvijas finansiālās krīzes apstākļus, 2009.gadā valstī tika veiktas strukturālas reformas, kas ietekmēja arī profilakses aktivitātes, proti, tika reorganizētas valsts institūcijas, kas atbildīgas par veselības veicināšanas un profilakses programmu izstrādi un realizāciju, tajā skaitā atkarību izraisošo vielu jomā. Reorganizācija notika arī valstī vienīgajā pašvaldības atkarības profilakses centrā Rīgā. Būtiski šīs izmaiņas ietekmēja gan profilakses aktivitāšu apjomu, gan kvalitāti.

Līdzīgi kā iepriekšējos gados arī šobrīd aktivitātes atkarību izraisošo vielu jomā ir integrētas plašākās veselības veicināšanas programmās un stratēģijās, galvenokārt akcentējot informācijas sniegšanu. Aktivitātēm ir kampaņveida raksturs, tomēr atsevišķas institūcijas, kas izmanto sabiedrības veselības profilakses pieeju, uzsver jauniešu mērķauditorijas neaizsargātību. Valstī nav radīta sistēma, kas pārraudzītu profilakses aktivitāšu veikšanu. Tāpēc tās tiek veiktas decentralizēti, katra novada pašvaldība strādā atbilstoši kapacitātei un finansējumam, turklāt vairāk pievēršoties legālo atkarības izraisošo vielu lietošanas profilaksei. Valstī nav izstrādātas nacionālas vadlīnijas (standarti, kvalitātes kritēriji), un netiek veikta programmu akreditācija. Tikai retos gadījumos tiek nodrošināta profilakses intervencu efektivitātes novērtēšana. Šī situācija skaidrojama ar finansējuma un kapacitātes trūkumu.

#### Definīcija

Atbilstoši PVO definīcijai profilaksi iedala primārajā, sekundārajā un terciārajā profilaksē. Šāda veida profilakses dalījums šobrīd tiek lietots arī Latvijā (WHO, 1998). Savukārt ASV Nacionālās Akadēmijas Medicīnas Institūts (Institute of Medicine) attiecībā uz atkarību izraisošo vielu lietošanas profilaksi jau 1994.gadā ieteica lietot no medicīnas terminoloģijas nošķirtus jēdzienus, proti, **universālā, selektīvā un indikatīvā** profilakse<sup>7</sup>. Šāda profilakses dalījuma galvenais mērķis ir, nemainot saturu, precīzāk definēt mērķa populāciju, uz kuru būtu vērsta attiecīgā profilakses programma, un tā ir visa sabiedrība, skola vai ģimene.

Ņemot vērā, ka ES dalībvalstīs attiecībā uz atkarību izraisošo vielu lietošanas profilaksi tiek lietoti no medicīnas terminoloģijas nošķirti jēdzieni, datu vieglākai uztverei un salīdzināšanai, arī Latvijā veiktās profilakses aktivitātes aprakstītas atbilstoši iepriekšminētai klasifikācijai.

#### 3.1. tabula. Atkarības izraisošo vielu lietošanas profilakses veidi

Profilakses veids	Profilakses mērķis
Universālā profilakse ( <i>Universal prevention</i> )	Universālās profilakses mērķis ir aizkavēt legālo un nelegālo narkotisko vielu lietošanas uzsākšanu nacionālā, reģionālā un skolas līmenī. Šī mērķa sasniegšanai visbiežāk izmanto dzīves prasmes paaugstināšanas modeļi, kuru iekļauj skolas mācību programmā un dažādās izglītojoši informatīvas kampaņas lielām mērķa grupām. Universālās profilakses aktivitātēs vai programmās sniegtā informācija paredzēta jebkuram indivīdam, balstoties uz pieņēmumu, ka neatkarīgi no vecuma, dzimuma vai sociālās piederības, ikviens var kļūt par psihoaktīvo vielu lietotāju.
Selektīvā profilakse ( <i>Selective prevention</i> )	Galvenais uzsvars selektīvā profilaksē tiek likts uz agrīnu riska faktoru apzināšanu un iejaukšanos krīzes situācijās, lai savlaicīgi novērstu problēmas. Šīs programmas darbības virzieni ir fokusēti uz noteiktām mērķa grupām. Selektīvās profilakses programmas ir daudz ilgstošākas un paredzētas specifiskākām mērķgrupām nekā universālā profilakse.
Indikatīvā profilakse ( <i>Indicated prevention</i> )	Indikatīvās profilakses mērķis ir pamanīt un iekļaut profilaksē indivīdus, kuriem piemīt noteiktas pazīmes (tādas kā uzmanības deficīta sindroms, uzvedības traucējumi, tendence uz klaiņošanu, u.c.), kas norāda uz atkarību izraisošo vielu lietošanas iespējamību nākotnē. Indikatīvās profilakses mērķa grupa ir arī bērni, kuri jau agrīnā vecumā ir tendēti pamēģināt dažādas psihoaktīvās vielas, bijušas vairākas lietošanas epizodes, taču nav vēl uzstādīta diagnoze – atkarības sindroms (atbilstoši SSK-10).

Avots: WHO, 1998

<sup>7</sup> Vairāk informācijas: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1568EN.html>

### 3.1. Universālā profilakse

Viens no narkomānijas ierobežošanas programmas „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.-2008.gadam” apakšmērķiem paredzēja „nodrošināt ilgtermiņa, dažādām mērķa grupām pielietojamu profilakses programmu izstrādi, nepārtrauktu darbību, koordināciju, finansējumu un šo programmu realizēšanas kompetences sadalījumu”. Līdzīgi mērķi bija paredzēti arī plānotajā „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles rīcības plānā 2009.gadam”.

No 2005.gada pamatskolā ir ieviests integrēts mācību priekšmets „Sociālās zinības” (1.-9. klasei), kas aizstāj līdzšinējo sadrumstaloto un nelielo sociālo zinību mācību priekšmeta apguvi. Sociālo zinību mācību priekšmeta saturā iekļauti arī veselības mācības jautājumi. Atsevišķi veselības jautājumi iekļauti vairāku pamatizglītības mācību priekšmetu un vispārējās vidējās izglītības mācību priekšmetu saturā. Zināšanas un prasmes par veselības tēmām, saistībā ar dzīvi un vecumposmu, tiek nostiprinātas arī citu mācību priekšmetu stundās, kā arī klases audzinātāju stundās un tematiskos pasākumos, tādējādi realizējot universālo profilaksi.

Kopš 2008.gada Izglītības un zinātnes ministrija pakāpeniski ir sākusi ieviest arī jaunus vispārējās vidējās izglītības standartus, kur veselības jautājumi ir sakārtoti vienā no sešām jomām – „Sports un veselība”. Mācību priekšmeta «Veselības mācība» (70 stundu programma) standartā ieviestas izmaiņas. Tās attiecas gan uz mērķi un uzdevumiem, gan saturu, kas balstīts uz veselības psiholoģijas teorijām par faktoriem, kas ietekmē indivīda lēmumu par savas veselības ietekmējošo uzvedību (izmantoti plānotās uzvedības apzinātās darbības, veselības pārliecības teorētiskie modeļi). Uzdevumos vairāk uzsvērta vispārīgo prasmju jeb dzīves prasmju apguve, kā arī veselīgu ikdienas paradumu nostiprināšana. Vidusskolas kurss nesniedz pamācības, bet piedāvā iespēju, aktīvi iesaistoties mācību procesā, nonākt pie argumentētiem secinājumiem. Atšķirībā no vienkārša veselīga dzīvesveida skaidrojuma pamatskolā, vidusskolas veselības mācības kursā lielāka uzmanība tiek pievērsta personīgo lēmumu pieņemšanas procesam un priekšnosacījumiem, kā arī sociālās vides ietekmei uz lēmumu pieņemšanu un īstenošanu (*ISEC: gaidāmās izmaiņas izglītības jomā «Sports un veselība», 2008*).

Lielākā daļa aktivitāšu, kas notikušas atkarību izraisošo vielu jomā skolās ārpus skolu programmām, ir bijušas diskusijas, lekcijas klases audzināšanas stundās, piedaloties dažādiem speciālistiem: ārstiem, policistiem, NVO pārstāvjiem, veselības veicinātājiem. Dažās novadu pašvaldībās diskusijas papildinātas ar videofilmu demonstrāciju, informācijas izvietojumu skolas mājas lapās, zīmējumu konkursiem, lekcijām vecākiem, pasākumiem projektu nedēļā un citām aktivitātēm, kas veido informatīvu izglītojošu pasākumu kompleksu ar konkrētu mērķi un kvantitatīviem rezultātu rādītājiem. Universālajā profilaksē skolās iesaistās arī Valsts un pašvaldību policija, piemēram, Rīgas pašvaldības policijas Bērnu likumpārkāpumu profilakses daļa. Lai informētu skolēnus par normatīvo bāzi, kas regulē atkarību izraisošo vielu lietošanu, policijas daļa ir izveidojusi vairākas mācību īsfilmas: „Izvēlies savu ceļu pareizi”, „15. dzimšanas diena” u.c. Papildus policija, it īpaši galvaspilsētas skolās, nodrošina drošu vidi, veicot patrulēšanu skolas teritorijā.

Rīgas un Latvijas novadu skolās notikuši informatīvi lekciju cikli vecākiem par psihoaktīvo vielu lietošanas atpazīšanu un savstarpējo attiecību stiprināšanu ģimenē. Tie rīkoti skolu universālās profilakses ietvaros (*school-based intervention*) un nevar tikt identificētai kā strukturētas ģimeņu programmas (*family-based intervention*). Mēģinājumi veidot strukturētās ģimenes programmas (ne riska grupu vecākiem) Rīgā ir bijuši neveiksmīgi vecāku motivācijas trūkuma dēļ.

Bērnu tiesību aizsardzības likums aizliedz bērniem smēķēt, lietot alkoholiskos dzērienus, narkotiskas un psihotropas vielas. Praktiski visās izglītības iestādēs izstrādāti iekšējie kārtības noteikumi, kas pastiprina šos aizliegumus. Alkoholisko dzērienu aprites likums aizliedz alkoholisko dzērienu mazumtirdzniecību izglītības iestādēs un to teritorijā. Likums „Par tabakas izstrādājumu realizācijas, reklāmas un lietošanas ierobežošanu” aizliedz tabakas izstrādājumu un augu smēķēšanas produktu tirdzniecību izglītības iestādēs.



Lai uzlabotu narkotisko un alkoholisko vielu lietošanas profilaksi un koordināciju izglītības iestādēs, 2010. gadā pieņemti Ministru kabinetā noteikumi Nr. 277 „Kārtība, kādā nodrošināma izglītojamo profilaktiskā veselības aprūpe un pirmā palīdzība izglītības iestādē”. Tajos iekļauta prasība izglītības iestādēm izstrādāt kārtību, kā rīkoties, ja skolēnu vidū notikusi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošo vielu lietošana, glabāšana vai izplatīšana.

Liela loma profilakses realizēšanai skolās ir pedagogu zināšanām, prasmēm un interaktīvām iemaņām, risinot atkarības profilakses jautājumus. Zināšanu paaugstināšanai, prasmju un iemaņu pilnveidošanai pedagogiem 2009.gadā Izglītības un zinātnes ministrija realizēja regulārus seminārus, kā arī izdeva metodiskus mācību materiālus. Pašvaldību līmenī izglītojoši semināri organizēti arī novados, iesaistot apmācībā kompetentus NVO un valsts institūciju speciālistus.

Vairākās Latvijas pilsētās tiek realizēta vienaudžu izglītības pieeja, tādējādi paaugstinot mērķauditorijas zināšanas un iemaņas, kas palīdzētu uzņemties atbildību par savu veselību un izvēlēties no atkarību izraisošajām vielām brīvu dzīvesveidu. Rīgas domes Labklājības departamenta Sabiedrības veselības veicināšanas un profilakses nodaļa, kas no Rīgas atkarības profilakses centra (no 2009.gada 1. jūlija) ir pārņēmusi reorganizētās iestādes funkcijas, kā vienu no universālās profilakses virzieniem realizē jauniešu līderu apmācību atbilstoši izstrādātām programmām.

Latvijā populāri ir alternatīvie ārpusklases pasākumi (sporta aktivitātes, kori, dramatiskie pulciņi, dejošana u.c.), kas tiek organizēti skolā un kalpo kā atkarības profilakses elementi. Alternatīvas brīvā laika pavadīšanas iespējas tiek nodrošinātas arī pašvaldībās (*community based*), piemēram, jauniešu centri, jauniešu klubi, sporta, mūzikas un mākslas skolas. Alternatīvu brīvā laika pavadīšanas iespēju attīstība ir noteikta arī politikas plānošanas dokumentos Jaunatnes likumā un programmā „Bērniem piemērota Latvija”.

Pašvaldību profilakses pamatā ir pašvaldību izstrādāti atkarības vielu izplatības ierobežošanas plāni. Analizējot pašvaldību apsekojuma rezultātus<sup>8</sup>, var secināt, ka galvenokārt programmas ir izstrādātas republikas nozīmes pilsētu pašvaldībās pastāvīgas koordinācijas grupas, kurās iesaistīti izglītības, veselības aizsardzības, sociālās palīdzības, valsts vai pašvaldību policijas un NVO speciālisti. Grupas vada pašvaldības administrācijas pārstāvji, bet ar vispārējo koordināciju nodarbojas pastāvīgas multidisciplināras grupas<sup>9</sup>.

### 3.2. Selektīvā profilakse

„Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programmā 2005.-2008.gadam” galvenokārt bija akcentēta universālās profilakses nozīme, savukārt jaunajās „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādņēs 2011.-2017.gadam” ir iekļautas aktivitātes selektīvajā profilaksē, piemēram, darbs ar sociālās korekcijas iestāžu, bērnu namu un internātskolu audzēkņiem. Riska grupas problēmas, veidojot alternatīvas brīvā laika pavadīšanas iniciatīvas, iekļautas arī „Bērnu noziedzības novēršanas un bērnu aizsardzības pret noziedzīgiem nodarījumiem programmā 2009.-2011.gadam”.

Selektīvā profilakse skolās ir individuāls darbs ar skolēniem, kas kavē skolu un kuriem ir nelabvēlīgi ģimenes apstākļi. Tradicionāli šo darbu realizē sociālie pedagogi un psihologi. Praktiski šis darbs tiek realizēts vairumā Latvijas skolu. Atsevišķus pasākumus veic sociālie dienesti.

<sup>8</sup> Informācija par konkrētām aktivitātēm, atbilstoši realizētajiem profilakses līmeņiem (universālā, selektīvā, indikatīvā), tiek iegūta, pirmkārt, no valsts institūciju, kas tieši vai netieši iesaistītas profilaksē, sniegtās informācijas, otrkārt, NVO atskaitēm, treškārt, no masu medijos publicētās informācijas un informācijas mājaslapās. Lai iegūtu papildu informāciju par novadu pašvaldībās realizētajām profilakses aktivitātēm, tika izsūtītas anketas 109 novadiem un 9 republikas nozīmes pilsētu pašvaldībām. Apsekojuma beigās tika saņemtas 32 aizpildītas anketas.

<sup>9</sup> Vairāk par Latvijā realizētajām universālās profilakses aktivitātēm skatīt SQ25\_2010\_LV\_01



Selektīvā profilakse pašvaldībās. Rīgā tiek realizēta pastāvīgas psihosociālas korekcijas programma, kas veidota riska grupas pusaudžiem, kuriem ir tieksme pārkāpt uzvedības normas. Programma ietver pašpārliedzinātības trenēšanu, motivācijas un mērķu uzstādīšanu, uzvedības mītu koriģēšanu, kā arī speciālu programmu dusmu pārvaldīšanai agresīviem pusaudžiem. Galvenokārt selektīvā profilakse novados un pilsētās tiek risināta, izmantojot sociālo dienestu tīklu, organizējot individuālas riska grupas indivīdu konsultācijas. Atsevišķās pašvaldībās ir izveidotas speciālas struktūras vai centri, kas risina šos jautājumus.

Viens no selektīvās profilakses veidiem pašvaldībās jeb *sabiedriskās vides profilakse* ir jauniešu pulcēšanās un izklaides vietu, tajā skaitā spēļu zāļu, interneta kafejnīcu, pārbaude, lai apsekošanas laikā konstatētu nepilngadīgo personu atrašanos ārpus mājām vēlās vakara stundās, smēķēšanu vai atrašanos reibuma stāvoklī sabiedriskā vietā. Šos reidus nodrošina nevalstiskās organizācijas, dažreiz sadarbībā ar pašvaldības policiju, pastiprinot kontroli 1. septembrī, kad sākas skola, piektdienās u.tml.

Selektīvā pieeja darbā ar vecākiem (ārpus skolas) plašāk ir izplatīta tikai pāris pilsētās, piemēram, Rīgā, kur darbojas pastāvīga grupa „Vecākiem par bērniem”, kas ir paredzēta vecākiem, kuriem ir nepieciešams uzlabot attiecības ģimenē, kad bērna uzvedība liecina par attieksmes maiņu, vielu vai procesu (dators, mobilais tālrunis u.c.) lietošanu un citām problēmām. Grupas nodarbību struktūru veido gan izglītojoša rakstura informācija, gan interaktīvas nodarbības, kas sniedz iespēju vecākiem paskatīties no malas uz grūti risināmām situācijām, kas saistītas ar bērnu, tādējādi atklājot dažādus nesaskaņu un grūtību risināšanas veidus, kā arī apzināt savas iespējas to risināšanā.

Selektīvā pieeja darbā ar izklaides vietu apmeklētājiem. Balstoties uz pētījuma rezultātiem par narkotiku lietošanu izklaides vietās (Koroļeva, Kārklīņa, 2007), 2008. gadā tika izstrādāti „Ieteikumi no narkotiskajām un psihotropajām vielām brīvas un drošas vides radīšanai izklaides vietās”. Šo ieteikumu galvenais mērķis ir ierobežot narkotisko un psihotropo vielu ienešanas, izplatīšanas un lietošanas iespējamību izklaides vietās (klubos, festivālos), radīt drošu vidi un samazināt psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītos veselības traucējumus un negadījumu risku visiem izklaides vietu apmeklētājiem. Šie ieteikumi ir ņemti vērā, izstrādājot jaunās „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2011.-2017.gadam”, kurās tiek plānots turpināt regulārus policijas reidus izklaides vietās (festivālos), kā arī plānots realizēt projektu „No narkotikām brīvs klubs”, veicot arī projekta efektivitātes novērtēšanu<sup>10</sup>.

### 3.3. Indikatīvā profilakse

Ņemot vērā nepieciešamību ieguldīt pastāvīgu darbu, kā arī nodrošināt stabilu, garantētu, ikgadēju finansējumu, nepieciešamību pēc profesionāliem speciālistiem, kas nodrošina šādas programmas, kā arī ņemot vērā, ka programmas jau vairāk tiek uztvertas kā robeža starp profilaksi un ārstēšanu (early intervention), diemžēl jāatzīmē, ka šis novirziens jau vairākus gadus Latvijā praktiski netiek realizēts.

Programmu izmantošanu kavē arī ārstēšanas un profilakses finansēšanas modeļi, proti, ārstniecību apmaksā valsts, bet profilakses finanšu avots lielākoties ir pašvaldības, tāpēc visas *early intervention* programmas Latvijā tiek traktētas kā ārstniecība. Indikatīvās profilakses iezīmes ir konstatējamās bērnu atbalsta grupu programmās, kas darbojas dažās narkoloģiskās ārstēšanas iestādēs, bet tādā gadījumā šiem bērniem tiek uzstādīta diagnoze saskaņā ar SSK-10 klasifikatoru.

2009. gadā tika realizēts starptautisks projekts „Fred goes net” jeb programma agrīnajiem vielu lietotājiem „Jaunieši brīvi no narkotikām”, kuru vadīja un koordinēja LWL projektu koordinācijas daļa Minsterē, Vācijā, un partneris bija FOGS Institūts (Vācija), kā arī 19 partneri no 17 ES

<sup>10</sup> Vairāk par Latvijā realizētajām selektīvās profilakses aktivitātēm skatīt SQ23\_2010\_LV\_01

dalībvalstīm. Latvijā šo projektu realizēja biedrība „Izglītības centrs ģimenei un skolai”, Rīgas Domes Labklājības Departaments, pirms reorganizācijas - Rīgas Atkarības profilakses centrs<sup>11</sup>.

Projekta tiešā mērķa grupa bija 100 jaunieši, 14–21 gadus veci, agrīni narkotisko vielu /alkohola lietotāji, kuri tiek motivēti dalībai programmā un izglītoti programmas nodarbībās. Projekta specifiskie mērķi bija saistīti ar jauniešu attieksmes maiņu pret narkotiku/alkohola lietošanu, motivācijas veidošanu risināt savas problēmas, kas saistītas ar atkarību izraisošo vielu lietošanu, informācijas sniegšana, kur jauniešiem vērsties pēc profesionālas palīdzības u.c. Projekta netiešā mērķa grupa bija speciālisti, kas veido sadarbības atbalsta tīklu un nākotnē varētu vadīt šo programmu Latvijā. Rezultātu apkopošanu un nodošanu vērtēšanas ekspertiem veic FOGS institūts. Vērtēšanas rezultāti pieejami projekta mājas lapā.

### 3.3. Informatīvās kampaņas

Latvijā 2009.gadā lielas informatīvas kampaņas nav notikušas. Arvien biežāk profilakses aktivitāšu popularizēšanai, informācijas sniegšanai un izplatīšanai valsts, pašvaldību un nevalstiskās organizācijas izmanto internetu un dažādas mājaslapas. Šādu samērā lētu un jauniešu auditorijai populāru informācijas kanālu izmantoja gandrīz visas pašvaldības un nevalstiskās organizācijas. 2009.gadā atsevišķas pašvaldības organizējušas publiskas akcijas, piemēram, pretnarkotiku dienas, dienas bez tabakas un alkohola, kā arī koncertus un izstādes, iesaistot vietējos muzejus, bibliotēkas u.c.

---

<sup>11</sup> Vairāk par projektu var atrast projekta mājaslapā: [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl\\_ks/Projekte\\_KS1/Fgn-english/?lang=en](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english/?lang=en)

## 4. Problemātiska narkotiku lietošana

Atbilstoši EMCDDA definīcijai problemātiska narkotiku lietošana (Problem Drug Use – PDU) ietver regulāru heroīna un vai citu opiātu, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu un/vai narkotiku lietošanu injekciju veidā. Šis ir viens no EMCDDA pieciem galvenajiem epidemioloģiskajiem indikatoriem, un tā kā indikatorā izmantotās datu ieguves metodes ir netiešas, tad aprēķinu kvalitāte ir tieši saistīta ar citos indikatoros iegūtiem datiem, piemēram, ārstniecības pieprasījuma indikatora datiem vai datiem par infekcijas slimībām, kas saistītas ar narkotiku lietošanu u.c.

### 4.1. Problemātisko narkotiku lietotāju aprēķini

Ņemot vērā pieejamo datu specifiku Latvijā netiešie problemātisko narkotiku lietotāju aprēķini pārsvarā veikti atbilstoši ārstniecības, policijas un mirstības reizinātāju metodēm, kas ir vienas no EMCDDA ieteiktajām metodēm narkotiku lietotāju skaita aprēķināšanā. Lai izmantotu reizinātāju metodes, ir nepieciešami divu veidu dati:

- 1) kādā datu avotā fiksētais narkotiku lietotāju skaits, piemēram, gada laikā ārstētie vai policijas notvertie narkotiku lietotāji,
- 2) narkotiku lietotāju vidū noskaidrotais īpatsvars, kuri norādījuši, ka noteiktā laika periodā, piemēram, gada robežās vērsušies pēc palīdzības (vai tikuši notverti) kādā no datu avotiem, no kura ir iegūta informācija. Šādu informāciju pārsvarā var noskaidrot pētījumos, kas tiek veikti problemātisko narkotiku lietotāju vidū.

Būtiskākais reizinātāju metodes trūkums ir tas, ka šī metode neļauj noteikt ticamu aprēķina kļūdas intervālu, kas var rasties, piemēram, ja netiek iekļauti dati par indivīdiem pētāmajā datu avotā vai pētījuma ietvaros noskaidrotais narkotiku lietotāju īpatsvars, kas vērsušies pie attiecīgā pakalpojuma sniedzēja, ir neprecīzs. Citviet Eiropā izmanto *capture-recapture* aprēķinu metodi, kas sniedz aprēķinātā narkotiku lietotāju skaita kļūdas robežas. Šī metode paredz apvienot vairākus datu avotus ar vienādu identifikatoru, piemēram, dzimumu, iniciāļiem un dzimšanas datumu, meklējot pārklājumus trīs vai vairāku datu avotu starpā un izmantojot loglineārās regresijas metodes, tiek noskaidrots ticamākais datu atspoguļojošais matemātiskais modelis. Latvijā vairākas reizes ir mēģināts izmantot šo metodi, taču pārsvarā mēģinājumi aprēķināt problemātisko narkotiku lietotāju skaitu nebija iespējami.

Nākamajās rindkopās apkopoti Latvijā kopš 2002. gada veiktie narkotiku lietotāju skaita aprēķini, kā arī sniegta jaunākā informācija par heroīna lietotāju skaitu Rīgā.

Pirmie narkotiku lietotāju skaita aprēķini tika veikti 2002. gadā, kad, balstoties uz šļirču apmaiņas punkta datiem un izmantojot *truncated poisson* aprēķinu metodi, tika mēģināts aprēķināt injicējošo narkotiku lietotāju skaitu Rīgā. Aprēķinātais narkotiku lietotāju skaits bija ap 1500, kas netika publiskots rezultāta ticamības trūkuma dēļ, jo, piemēram, ārstniecības iestāžu dati liecināja par lielāku narkotiku lietotāju skaitu.

2003. gadā Phare 2000 programmas ietvaros, izmantojot ārstniecības reizinātāja metodi, tika aprēķināts, ka problemātisko opioīdu lietotāju skaits Rīgā bija robežās no 4108 līdz 4786 (Lāce un Trapencieris, 2003).

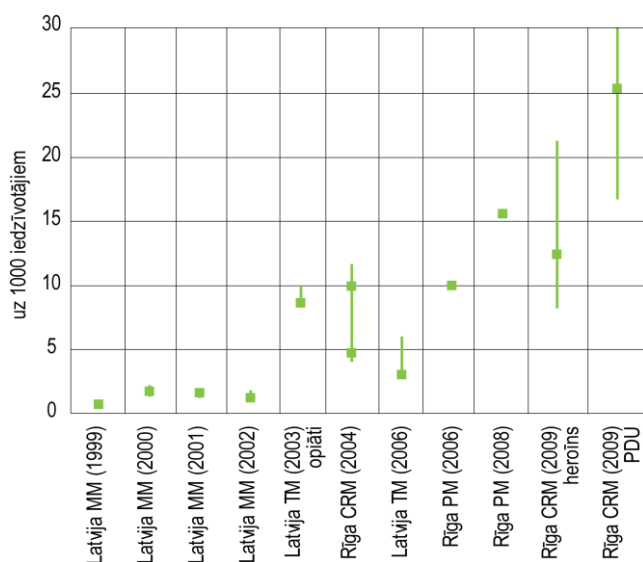
2004. gadā ar EMCDDA atbalstu Trapencieris mēģināja aprēķināt problemātisko narkotiku lietotāju skaitu Latvijā izmantojot mirstības reizinātāja un *capture-recapture* metodes. Tika secināts, ka, izmantojot mirstības reizinātāja metodi, tiek iegūts relatīvi zems narkotiku lietotāju skaits (1521-2917), kas visticamāk skaidrojams ar trūkumiem nāves gadījumu reģistrēšanā, jo ne vienmēr narkotiku lietotājiem tiek veiktas autopsijas, un kā nāves cēlonis tiek reģistrēts ar narkotikām nesaistīts iemesls, kas vistiešāk ietekmē aprēķināto skaitu. *Capture-recapture* metodes izmantošana, izmantojot trīs datu avotus (ārstniecības dati, asins donoru datubāze,

tuberkulozes reģistrs un Nāves cēloņu datu bāze), nesniedza ticamus rezultātus, jo neviena no trīs datu avotu kombinācijām nepārklājās, savukārt dažādu divu avotu pārklājumi liecināja, ka 2002. gadā Rīgā bija 2254-4788 problemātisko narkotiku lietotāju.

2006. gadā tika veikts vēl viens mēģinājums aprēķināt PDU skaitu, izmantojot trīs datu avotu (ārstniecības, ekspertīžu un kohortas pētījuma) *capture-recapture* metodi. Tomēr arī ieguldītais darbs, apvienojot datu avotus, nevainagojās ar sekmēm, un kļūdas robežas aprēķiniem, izmantojot šo metodi, nevarēja noteikt. Ticamākie statistiskie modeļi liecināja, Rīgā 2005. gadā bija 12382 problemātisko narkotiku lietotāju.

Laika posmā no 2006. līdz 2009. gadam vairāku nesekmīgu *capture-recapture* metodes izmantošanas gadījumu dēļ, kā arī tāpēc, ka pieejamos datu avotos netika uzlabotas vācamo datu definīcijas, šīs metodes izmantošana netika aktualizēta un tika izmantotas ārstniecības un policijas reizinātāju metodes. Šajā laika posmā tika noskaidrots, ka narkoloģisko pacientu reģistrā netiek iekļauta informācija par aptuveni pusi ārstēto narkotiku lietotāju, kas, iespējams, traucē veikt precīzus aprēķinus. Piemēram, izmantojot policijas reizinātāja metodi, aprēķinātais PDU skaits Rīgā 2006. gadā bija 4757, bet 2008. gadā – 7456. Tā kā aprēķinu kļūdas robežas nav zināmas, tad grūti viennozīmīgi spriest, vai narkotiku lietotāju skaits ir pieaudzis šajā laika posmā.

#### 4.1. attēls. Ar dažādām metodēm<sup>12</sup> aprēķinātais problemātisko narkotiku lietotāju skaits Latvijā, uz 1000 iedzīvotājiem



Avots: Trapencieris, 2010

Pēdējos (2009. gadā) aprēķinos, kuru veikšanai tehnisko atbalstu sniedza Glāzgovas Universitāte, tika veikts rūpīgs darbs, analizējot daudzus pieejamos datu avotus, lai noskaidrotu, kāpēc Latvijā nav iespējami PDU aprēķini, izmantojot *capture-recapture* metodi. Arī šī projekta ietvaros pētnieki nespēja aprēķināt narkotiku lietotāju skaitu Latvijā kopumā, jo radās daudzas problēmas, apvienojot datu avotus. Tāpēc tika veikti tikai vienas narkotiku lietotāju grupas, heroīna lietotāju, aprēķini Rīgā. Tika secināts, ka Rīgā 2008. gadā bija 5912 (95% T.I. 3913–10164) heroīna lietotāji. 4.1. tabulā atspoguļots aprēķinātais heroīna lietotāju skaits Rīgā dzimumu un vecumu grupās.

Ekstrapolējot aprēķināto heroīna lietotāju skaitu uz visiem narkotiku lietotājiem Rīgā un Latvijā (neņemot vērā aprēķinu kļūdas robežas), secināts, ka Rīgā varētu būt aptuveni deviņi tūkstoši problemātisko heroīna un/vai amfetamīnu lietotāju, savukārt Latvijā – 18 tūkstoši (Hay, 2009). Izmantojot citus pieņēmumus, kas balstīti uz vairāku gadu laikā veiktajiem kohortas pētījumiem,

<sup>12</sup> MM – ang. Mortality Multiplier – mirstības reizinātāja metode; TM – ang. Treatment Multiplier – Ārstniecības reizinātāja metode; PM – ang. Police Multiplier – Policijas reizinātāja metode; CRM – ang. capture-recapture method

Trapencieris secinājis, ka Latvijā varētu būt 19706–24130 problemātisko narkotiku lietotāju<sup>13</sup>, no kuriem 9853–12065 dzīvo Rīgā (Trapencieris, 2010).

#### 4.1. tabula. Aprēķinātais heroīna lietotāju skaits Rīgā 2008. gadā

Vecuma grupas	Dzimums	Zināmie narkotiku lietotāji	Aprēķinātais skaits	Zemākā aprēķinu robeža	Augstākā aprēķinu robeža
<b>Kopā</b>	<b>Kopā</b>	<b>1609</b>	<b>5912</b>	<b>3913</b>	<b>10164</b>
<b>Kopā</b>	<b>Vīrieši</b>	<b>1185</b>	<b>3791</b>	<b>2517</b>	<b>6585</b>
15-24	Vīrieši	321	1287	625	4278
25-34	Vīrieši	616	1886	1110	4271
35-64	Vīrieši	248	532	289	2008
15-24	Kopā	477	2585	1182	9070
25-34	Kopā	817	2683	1613	5670
35-64	Kopā	315	669	366	2502
<b>Kopā</b>	<b>Sievietes</b>	<b>424</b>	<b>2121</b>	<b>n.a</b>	<b>n.a</b>
15-24	Sievietes	156	1298	n.a	n.a
25-34	Sievietes	201	797	n.a	n.a
35-64	Sievietes	67	137	n.a	n.a

Avots: Hay, 2009

## 4.2. Dati par problemātisku narkotiku lietošanu ārpus ārstniecības sistēmas

Latvijā jau vairākus gadus tiek veikts narkotiku lietotāju kohortas pētījums, kura metodoloģija aplūkota pētījuma pārskatos un arī iepriekšajos nacionālajos ziņojumos (skat. Trapencieris u.c. 2009; Sabiedrības veselības aģentūra, 2008b).

Šajā sadaļā apkopoti galvenie narkotiku lietotāju kohortas pētījuma ceturrtā posma rezultāti un to salīdzinājums ar iepriekš veiktajiem kohortas pētījuma posmiem.

### Vielu pamēģināšana

Atbilstoši kohortas pētījuma rezultātiem vecāko kohortas dalībnieku vidū hanka<sup>14</sup> ir visbiežāk minētā pirmā pamēģinātā viela, savukārt jaunāko vidū – amfetamīni. Tas norāda uz faktu, ka pēdējo desmit gadu laikā hankas popularitāte narkotiku lietotāju vidū ir ievērojami samazinājusies, taču pieaugusi amfetamīnu, heroīna un citu rūpnieciski ražoto vielu popularitāte un pieejamība. Šādas atziņas ir saskaņā arī ar citos ar narkotiku lietošanu saistītos indikatoros novēroto, tāpēc pētījumā iegūtā informācija, iespējams, ir ar augstu ticamības līmeni.

Tā kā kohortas pētījumā iespēju robežās tiek aptaujāti vieni un tie paši cilvēki, tad procentuāls pirmās lietotās vielas dalījums ir praktiski tāds pats kā iepriekšējos pētījuma posmos novērotais. Visbiežāk pirmā pamēģinātā nelegālā viela ir marihuāna vai hašišs, kuru kā pirmo lietojis aptuveni katrs trešais (35%) respondents (skat. 4.2. tabulu). Kā nākamās biežāk minētās ir amfetamīni (19%), hanka (12%), heroīns (10%), efedrīns (9%) un ekstazī (6%). Citas vielas kā pirmo pamēģināto vielu minējuši mazāk kā pieci procenti respondentu. Nozīmīgākās izmaiņas - strauji samazinājies hankas, kā pirmās pamēģinātās vielas, lietotāju skaits.

<sup>13</sup> Izmantojot centrālo aprēķināto heroīna lietotāju skaitu – 5912. Zemākā ekstrapolācijas robeža noteikta, pieņemot, ka 60% PDU ir heroīna lietotāji, savukārt augstākā – pieņemot, ka 49% lieto heroīnu. Tiek arī izmantots pieņēmums, ka 50% PDU dzīvo Rīgā.

<sup>14</sup> „Mājas” apstākļos ražots opioīds

**4.2. tabula. Pirmā pamēģinātā viela 2009. gadā aptaujāto narkotiku lietotāju vidū, %**

	Iepriekšējos posmos aptaujātie	2009. gadā no jauna iesaistītie	Kopā
Marihuāna, hašišs	33	52	35
Amfetamīni	18	26	19
Hanka	12	2	12
Heroīns	10	6	10
Efedrīns	9	6	9
Ekstazī	6	0	6
Citas vielas	12	8	9
<b>Kopā</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Tāpat kā iepriekšējos trīs pētījuma posmos visbiežāk minētais jebkuru nelegālo vielu pamēģināšanas vecums ir 16 gadi. 2008. gadā nedaudz ir samazinājies līdz 13 gadu vecumam nelegālo narkotisko un psihotropo vielu pamēģinātāju īpatsvars (2009. gadā – 2%, 2008. gadā – 7%, 2007. gadā – 9% respondentu, 2006. gadā – 11%).

Visagrākais vielu pamēģināšanas vecums (viszemākā vecuma mediāna) novērojams ekstazī un marihuānas vai hašiša pamēģināšanā, savukārt „problemātisko”<sup>15</sup> vielu – heroīna, hankas, amfetamīnu – pamēģināšanas vecuma mediāna ir nedaudz augstāka (skat. 4.3. tabulu).

**4.3. tabula. Pirmās pamēģinātās vielas lietošanas uzsākšanas vecums dzimuma grupās**

	Vidējais vecums ( <i>mean</i> )			Vecuma mediāna ( <i>median</i> )			Jaunākais	Vecākais
	V	S	K	V	S	K		
Ekstazī	14,5	15,6	15,4	16	16	16	10	20
Marihuāna, hašišs	16,0	16,8	16,2	16	16	16	12	35
Hanka	17,8	17,7	17,7	17	18	17,5	12	26
Amfetamīni	19,2	19,2	19,2	18	18	18	10	35
Heroīns	19,7	19,2	19,5	18	19	18	14	53
Efedrīns	20,4	19,4	20,0	19	18	19	14	41

Avots: Trapencieris u.c., 2009

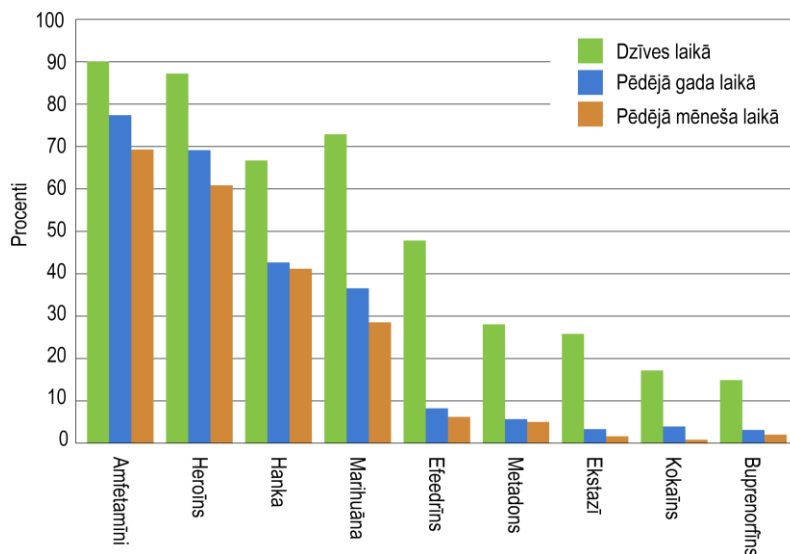
## Narkotisko vielu lietošanas izplatība

Līdzīgi kā iepriekšējos pētījuma posmos visbiežāk dzīves, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā ceturtā kohortas pētījuma respondentu lietotās vielas ir amfetamīni un heroīns, kuras attiecīgi dzīves laikā pamēģinājuši 90% un 87% respondentu, pēdējā gada laikā – attiecīgi 74% un 66%, savukārt pēdējā mēneša laikā amfetamīnus lietojuši 65%, bet heroīnu – 57% narkotiku lietotāju.

Citas kohortas dalībnieku dzīves laikā lietotās vielas, kas sarindotas dilstošā secībā, ir marihuāna vai hašišs (73%), hanka (67%), efedrīns (48%), ekstazī (26%), kokaīns (17%). LSD vai citus halucinogēnus, kā arī inhalantus pamēģinājis aptuveni katrs desmitais narkotiku lietotājs, savukārt aizvietojošā terapijā izmantotās vielas metadonu un buprenorfinu attiecīgi 28 un 15 procenti kohortas dalībnieku (skat. 4.2. attēlu).

<sup>15</sup> Atbilstoši EMCDDA definīcijai „problemātiskā” narkotiku lietošana ietver narkotiku regulāru vai ilgtermiņa opiātu, kokaīna un/vai amfetamīnu lietošanu.

**4.2. attēls. Vielu lietošana dzīves, pēdējo 12 mēnešu un pēdējo 30 dienu laikā 2009. gada kohortas dalībnieku vidū, %**



Avots: Trapencieris u.c., 2009

Vielu lietošanā statistiski nozīmīgas atšķirības novērojamas amfetamīnu, efedrīna, ekstazī, heroīna, hankas, metadona un LSD lietošanā dzīves laikā dalījumā pa respondentu vecuma grupām. Gados jaunākie respondenti ievērojami biežāk minējuši amfetamīnus, ekstazī un LSD, savukārt vecākie respondenti – efedrīnu, hanku, metadonu (skat. 4.4. tabulu).

**4.4. tabula. Dzīves laikā lietotās (pamēģinātās) vielas dalījumā pa respondentu vecuma grupām, %**

	Jaunāki par 24 gadiem	25-29 gadi	30-34 gadi	35-44 gadi	45 gadi un vecāki	Kopā
Amfetamīni*	97,6	95,1	92,2	81,2	72,9	90,0
Heroīns	78,2	94,4	85,4	89,1	88,1	87,2
Marihuāna*	71,0	68,1	69,9	79,2	83,1	72,9
Hanka*	41,9	70,1	68,0	80,2	84,7	66,7
Efedrīns*	27,4	26,4	56,3	76,2	79,7	47,8
Metadons*	8,9	25,7	29,1	40,6	50,8	28,1
Ekstazī*	29,8	38,9	23,3	11,9	13,6	25,8
Kokaīns	12,1	20,1	16,5	18,8	18,6	17,1
Buprenorīns	17,7	16,7	11,7	14,9	10,2	14,9
Inhalanti	8,1	13,2	9,7	14,9	15,3	11,9
LSD	10,5	11,1	11,7	5,9	11,9	10,2
Sēnes	6,5	7,6	3,9	7,9	5,1	6,4
Metamfetamīns	8,1	2,8	2,9	6,9	11,9	5,8
Kreks	2,4	4,2	3,9	1,0	1,7	2,8

\* statistiski nozīmīgas atšķirības

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Atsevišķu vielu lietošanā dzīves, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības starp respondentu dzimuma grupām ( $p < 0,05$ ):

- sievietes biežāk kā vīrieši dzīves laikā pamēģinājušas kokaīnu (25% sievietes salīdzinājumā ar 13% vīriešu),



- ekstazī (dzīves laikā 37% sieviešu un 20% vīriešu, pēdējā gada laikā – attiecīgi 6% un 3%),
- sēnes (5% sieviešu un 2% vīriešu),
- vīrieši biežāk nekā sievietes norādījuši, ka dzīves laikā apreibinājušies, lietojot inhalantus (15% vīriešu un 6% sieviešu).

## lecionītākās vielas

Kohortas pētījuma dati liecina, ka jaunākie narkotiku lietotāji biežāk lieto amfetamīnus pēdējā mēneša laikā, savukārt vecākie – heroīnu vai hanku (*skat 4.5. tabulu*).

**4.5. tabula. Biežāk norādīto vielu lietošana pēdējā mēneša laikā pēc vecuma, %**

	Jaunāki par 24 gadiem	25-29 gadi	30-34 gadi	35-44 gadi	45 gadi un vecāki	Kopā
Amfetamīni*	81,5	76,1	73,3	55,4	37,5	69,3
Heroīns*	55,5	62,3	52,5	69,6	70,8	60,8
Hanka*	18,5	42,8	34,7	62,0	66,7	41,2

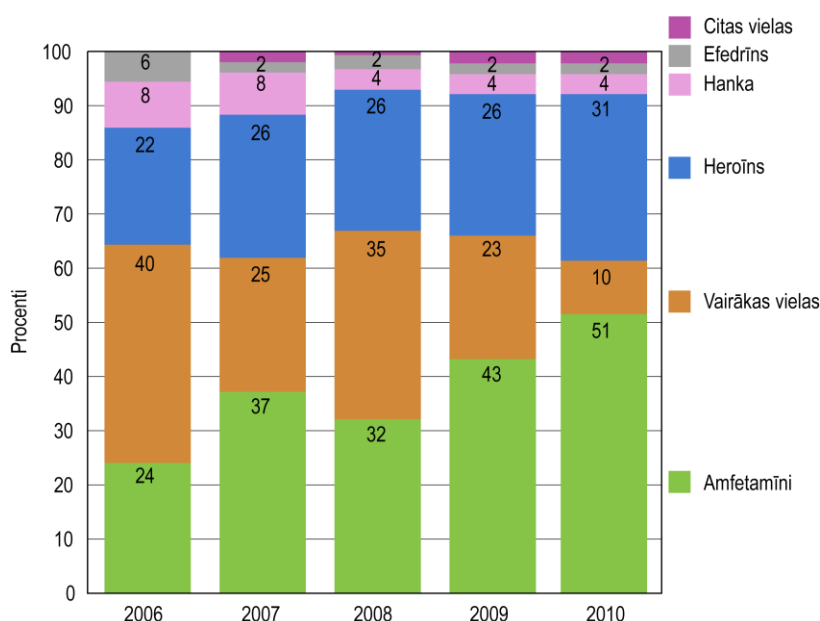
\* Statistically significant differences

Avots: Trapencieris, Sniķere u.c., 2009

Atbilstoši jautājumiem par pēdējo sešu mēnešu laikā visbiežāk lietotām injicētajām vielām secināms, ka aptuveni divas trešdaļas (69%) kohortas dalībnieku lieto tikai vienu vielu un savu izvēli nemaina, savukārt viena trešdaļa – lieto to, kas ir pieejamāks, vai arī cenšas panākt dažādus narkotiku lietošanas izraisītus efektus, piemēram, lai „nomierinātos” vai aizmigtu pēc amfetamīna izraisītā bezmiega stāvokļa, lieto heroīnu.

Atbilstoši šiem datiem 43% kohortas ceturrtā posma respondentu lieto tikai amfetamīnus, savukārt 26% – tikai heroīnu (*skat. 4.3. attēlu*). Tādu, kas lieto tikai hanku vai efedrīnu, ir ļoti maz – attiecīgi četri un divi procenti respondentu. To vidū, kuri norādījuši, ka pēdējo sešu mēnešu laikā lietojuši vairāk kā vienu vielu (23%), visbiežāk minētā kombinācija ir amfetamīni un heroīns. Interesanti, ka tikai heroīna lietotāju īpatsvars visos pētījuma posmos ir praktiski nemainīgs, savukārt izmaiņas novērojamas tikai amfetamīna un vairāku vielu lietotāju īpatsvarā.

**4.3. attēls. Tikai vienas vielas lietotāju īpatsvars<sup>16</sup> četros kohortas posmos (% no atbildējušiem)**



Avots: Trapencieris, Sniķere u.c., 2009

<sup>16</sup> Lietojuši pēdējo sešu mēnešu laikā

Lielākā daļa atkārtoti aptaujāto kohortas dalībnieku nav mainījuši biežāk lietoto vielu. Viena gada laikā aptuveni katrs piektais amfetamīna vai heroīna lietotājs maina biežāk lietoto vielu, savukārt divu gadu robežās (no 2007. līdz 2009. gadam) aptuveni trešdaļa heroīna lietotāju to nomainījuši pret amfetamīniem vai hanku (atšķirības starp otro un trešo vai trešo un ceturto pētījuma posmu). Kā iespējamie skaidrojumi minami: 1) heroīna vieglāka pieejamība pretstatā sarežģītākai amfetamīna pieejamībai, 2) heroīna zemā kvalitāte, 3) amfetamīnu vai hankas zemāka cena.

Tā, piemēram, 82% no 2008. gadā amfetamīnus visbiežāk lietojošajiem to lietojuši arī 2009. gadā, savukārt heroīna lietotāju vidū šis rādītājs ir 75%. Vislielākās izmaiņas novērojamas hankas lietotāju īpatsvarā jeb tikai 38% to visbiežāk lieto arī 2009. gadā. Citas vielas, piemēram, efedrīnu, metadonu, kā visbiežāk lietoto vielu pēdējo 12 mēnešu laikā minējuši mazāk kā desmit respondenti, līdz ar to ir grūti izdarīt viennozīmīgus secinājumus, taču arī tās atspoguļotas tabulā zemāk (skat. 4.6. un 4.7. tabulu zemāk).

**4.6. tabula. Trešajā un ceturtajā posmā aptaujāto kohortas dalībnieku visbiežāk lietotā viela, %**

2009 2008	Amfeta-mīni	Efedrīns	Heroīns	Hanka	Metadons	Buprenor- fīns	Marihuāna	N/A	Skaitis
Amfetamīni	82	0	16	1	1	0	0	0	213
Efedrīns	63	25	0	13	0	0	0	0	8
Heroīns	17	1	75	6	0	0	0	1	160
Hanka	14	0	38	38	3	3	3	0	29
Metadons	0	0	14	0	29	0	0	57	7
Buprenor- fīns	33	0	33	0	0	33	0	0	3
Marihuāna	0	0	0	50	0	0	50	0	2
<b>Skaitis</b>	<b>213</b>	<b>5</b>	<b>166</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>426</b>

Avots: Trapencieris u.c., 2009

**4.7. tabula. Otrajā un ceturtajā posmā aptaujāto kohortas dalībnieku visbiežāk lietotā viela, %**

2009 2007	Amfeta-mīni	Efedrīns	Heroīns	Hanka	Metadons	Buprenor- fīns	Marihuāna	N/A	Skaitis
Amfetamīni	78	0	19	2	0	0	1	1	128
Efedrīns	50	25	25	0	0	0	0	0	4
Heroīns	23	2	65	5	2	0	1	2	96
Hanka	12	0	44	35	3	0	3	3	34
Metadons	22	0	22	11	11	0	0	33	9
Buprenor- fīns	0	0	100	0	0	0	0	0	1
Marihuāna	50	50	0	0	0	0	0	0	2
N/A	10	20	20	0	20	0	0	0	10
<b>Skaitis</b>	<b>132</b>	<b>6</b>	<b>107</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>284</b>

Avots: Trapencieris u.c., 2009

## Ārstēšanās no narkotiku atkarības

2009. gada narkotiku lietotāju kohortas pētījuma rezultāti norāda, ka dzīves laikā ar narkotiku lietošanas izraisītām problēmām ārstējies katram otrais (51%) kohortas dalībnieks. Pēdējā gada laikā ārstējušies 15%, savukārt pēdējā mēneša laikā – divi procenti narkotiku lietotāju. Salīdzinājumā ar 2008. gada pētījuma datiem ir būtiski samazinājies pēdējā gada laikā ārstējušos kohortas dalībnieku īpatsvars (skat. 4.8. tabulu). Jāatzīmē, ka salīdzinoši daudz (38 jeb 7%) aptaujāto narkotiku lietotāju nevēlējās norādīt, vai viņi pēdējā gada, vai pēdējā mēneša laikā ir ārstējušies.

Aptuveni puse (47%) atkārtoti aptaujāto respondentu, kuri 2008. gadā ir ārstējušies, to ir darījuši arī 2009. gadā.

#### 4.8. tabula. Kohortas dalībnieku ārstēšanās no narkotiku atkarības, %

	2007. gads	2008. gads	2009. gads
Dzīves laikā	48	50	51
Pēdējo 12 mēnešu laikā	17	26	15
Pēdējo 30 dienu laikā	2	3	2

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības respondentu dzimuma grupās. Aptaujāto narkotiku lietotāju vidū visbiežāk minētais pirmās ārstēšanās vecums ir 25 gadi, turklāt amfetamīna lietotāju vidū tas ir nedaudz zemāks salīdzinājumā ar heroīna lietotājiem, attiecīgi 23,4 gadi un 25,2 gadi.

2009. gada pētījuma dati var liecināt, ka ārstniecības sistēma ir kļuvusi narkotiku lietotājiem nepieejamāka, t.i., no tiem, kas 2009. gada laikā ārstējušies, lielākā daļa (90%) to darījuši tikai vienu reizi – salīdzinājumam: 2007. gadā 72% no pēdējo 12 mēnešu laikā ārstētiem pacientiem pēc palīdzības vērsušies vienu reizi, savukārt 2008. gadā – 52% (skat. 4.9. tabulu).

#### 4.9. tabula. Pēdējo 12 mēnešu laikā ārstēto kohortas dalībnieku ārstēšanās reīzu skaits trīs kohortas pētījumu posmos, %

	2007. gads	2008. gads	2009. gads
Vienu reizi	72	52	90
Divas reizes	21	31	8
Trīs un vairāk reizes	7	18	2

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Visbiežāk minētā ārstniecības iestāde, kurā pēdējā gada laikā ārstējušies nedaudz mazāk kā puse (46%), ir Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs, savukārt Detox un Bikur-Holim attiecīgi minējuši 14% un 13%.

Līdzīgi kā liecināja kohortas pētījuma otrā un trešā posma dati 2009. gadā metadona un buprenorfīna programmās kādu brīdi iesaistījušies attiecīgi 14% un 4% kohortas dalībnieku. Atbilstoši respondentu sniegtajām atbildēm pēdējā mēneša laikā metadona programmā ārstējušies 11 narkotiku lietotāji, savukārt buprenorfīna programmā – četri.

## Saskare ar tiesībsargājošām iestādēm

### Ekspertīzes

Salīdzinājumā ar pētījuma trīs iepriekšējo posmu datiem problemātisko narkotiku lietotāju kohortā veikto ekspertīžu līmenis ir palicis praktiski nemainīgs (skat. 4.10. tabulu). Atbilstoši ceturtnā kohortas pētījuma datiem pēdējo 12 mēnešu laikā aptuveni ceturtnajai daļai (26%) narkotiku lietotāju veikta narkotisko vielu ekspertīze vismaz vienu reizi. Pozitīvi ekspertīzes rezultāti bijuši gandrīz visiem narkotiku lietotājiem (97% „pārbaudīto” jeb 25% kohortas dalībnieku).

#### 4.10. tabula. Narkotiku lietotāju nokļūšana ekspertīzē (% no atbildējušiem)

	Līdz 24 gadiem	25–29 gadi	30–34 gadi	35–44 gadi	45 gadi un vecāki	Kopā
2006. gads	23	27	25	16	12	22
2007. gads	30	34	23	7	13	24
2008. gads	28	36	17	18	20	26
2009. gads	26	26	25	30	17	26

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Vīrieši biežāk nekā sievietes pēdējā gada laikā nosūtīti uz ekspertīzi, attiecīgi 29% un 19% ( $p=0,014$ ), savukārt nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības vecuma grupās, t.i., visu vecuma grupu lietotāji vienādi bieži nokļūst policijas redzeslokā un tiek nosūtīti uz ekspertīzi. Līdzīgi kā 2008. gada pētījumā arī 2009. gada dati liecina, ka heroīna lietotājiem biežāk kā amfetamīna lietotājiem tiek veikta ekspertīze (attiecīgi 33% un 26%).

#### ieslodzījums

Lai saprastu narkotiku lietošanas izplatību ieslodzījumā, 2008. un 2009. gadā izmantotajās aptaujas anketās papildus iepriekš uzdotajiem jautājumiem par respondenta nokļūšanu ieslodzījumā tika iekļauti arī daži jautājumi par narkotiku lietošanas pieredzi ieslodzījuma laikā.

Atbilstoši respondentu sniegtajām atbildēm aptuveni puse respondentu (51%) dzīves laikā ir bijuši ieslodzījumā. 2006., 2007. un 2008. gada pētījuma posmos šis rādītājs attiecīgi bija 48%, 55% un 47%.

Ieslodzījumā dzīves laikā bijuši 57% vīriešu un 39% sieviešu ( $p<0,001$ ), kā arī likumsakarīgi, ka gados vecākie narkotiku lietotāji ir biežāk bijuši cietumā salīdzinājumā ar gados jaunākiem.

Aptuveni puse (49%) 2009. gadā aptaujāto narkotiku lietotāju, kuri atradušies ieslodzījumā, tur pabijuši vienu reizi, aptuveni katrs piektais (20%) – divas reizes, savukārt 11% – trīs un vairāk reizi. 20% narkotiku lietotāju nenorādīja ieslodzījuma reizu skaitu. No ieslodzījumā pabijušiem 14% pēdējo reizi bijuši ieslodzīti pēdējo trīs gadu laikā.

Atbilstoši anketā iekļautai informācijai narkotikas cietumā lietojis aptuveni katrs trešais (39%) ieslodzījumā pabijušais 2009. gada kohortas pētījuma dalībnieks, savukārt 15% respondentu nevēlējās norādīt, vai lietojuši narkotikas. Ievērojama daļa respondentu (25%) vai nu atteicās norādīt, vai nevēlējās norādīt, kādas vielas lietojuši ieslodzījumā, savukārt no vielu norādījušiem aptuveni līdzīgs īpatsvars norādījuši heroīnu un amfetamīnu, attiecīgi 23% un 20%.

## 5. Narkoloģisko pacientu ārstēšana: ārstniecības pieprasījums un pieejamība

### 5.1. Narkoloģisko pacientu ārstēšanas politika

Ārstēšanas politiku, koordināciju un uzraudzību valsts līmenī organizē un nodrošina Veselības ministrija, bet valsts noteikto finansēšanas modeli, atbilstoši noslēgtajiem līgumiem, realizē Veselības norēķinu centrs

Latvijā narkotiku lietotāju ārstēšanu nosaka Ārstniecības likums, kā arī 2002. gada 24. septembra Ministru kabineta noteikumi Nr. 429 "Alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarības slimnieku ārstēšanas kārtība". Bērnu, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi narkotisko, psihotropo, toksisko vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, obligāto ārstēšanu nosaka Bērnu tiesību aizsardzības likums un 2003. gada 16. decembra Ministru kabineta noteikumi Nr. 726 „Kārtība, kādā veicama obligātā ārstēšana bērniem, kuriem radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu, narkotisko, psihotropo vai citu apreibinošu vielu lietošanas dēļ, un kārtība, kādā sociālās korekcijas izglītības iestādēs bērniem nodrošināma obligātā ārstēšana no alkohola, narkotisko un psihotropo vielu atkarības”.

Iepriekš minētie noteikumi nosaka to ārstniecības iestāžu darba organizāciju, kurās strādā ārsts narkologs vai arī ir narkoloģiskā profila gultas un tiek organizēta narkotiku lietotāju ārstniecība. Tā balstās uz ārstēšanas sistēmu, ko nodrošina ārstniecības personas, kam ir medicīniskā izglītība (narkologi) un kuriem ir tiesības uzstādīt diagnozi saskaņā ar SSK-10 klasifikāciju<sup>17</sup>. Ārstniecības procesā tiek iesaistītas arī medicīnas māsas, kā arī pēdējos gados ārstniecības atbalsta personas – psihologi, veidojot multidisciplināru ārstēšanas komandu.

Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, to ārstniecības pakalpojumu veidus un apjomus, kuri tiek apmaksāti no valsts budžeta un pakalpojuma saņēmēja līdzekļiem, samaksas kārtību par minētajiem pakalpojumiem, kā arī kārtību, kādā centralizēti veidojamas plānveida veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas pretendentu rindas, nosaka 2006. gada 19. decembra Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”.

Valstī narkotiku lietotāju sociālo rehabilitāciju nosaka Sociālo palīdzības un sociālo pakalpojumu likums un Bērnu tiesību aizsardzības likums. Detalizētāka sociālās rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas kārtība no valsts budžeta līdzekļiem atspoguļota 2006. gada 6. novembra Ministru kabineta noteikumos Nr. 914 „Kārtība, kādā no psihoaktīvām vielām atkarīgās personas saņem sociālās rehabilitācijas pakalpojumus”.

2009. gada 30. jūnijā tika pieņemts politikas plānošanas dokuments „Par Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programmu 2009.–2013. gadam”. Programmas mērķis ir ierobežot HIV infekcijas izplatību un panākt, ka vairs nepalielinās jauno HIV infekcijas gadījumu skaits. Viena no programmas mērķa grupām ir arī injicējamo narkotiku lietotāji. Lai sasniegtu programmā noteiktos apakšmērķus, noteikti divpadsmit rīcības virzieni, no kuriem divi ir saistīti ar ilgtermiņa farmakoterapijas attīstību valstī:

- paplašināt pieejamību ilgtermiņa farmakoterapijai un uzlabot injicējamo narkotiku lietotāju veselības aprūpi;
- nodrošināt kaitējuma mazināšanas pasākumus, tai skaitā ilgtermiņa farmakoloģisko opioīdu atkarības ārstēšanu ieslodzījuma vietās.

<sup>17</sup> Starptautiskais slimību klasifikatora 10. redakcija

## 5.2. Ārstēšanas sistēmas

Saskaņā ar 2006. gada 19. decembra Ministru kabineta noteikumiem Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” ambulatorais narkologs ir viens no tiešās pieejamības speciālistiem. Tiešās pieejamības speciālistu darba samaksai tiek piemērots ikmēneša fiksētais maksājums (tāmes finansējums), kas sastāv no darba samaksas un narkologa kabineta uzturēšanas izdevumiem. Tas nozīmē, ka būtiskākais faktors pakalpojumu apmaksā ir nevis speciālista veikto aprūpes epizožu skaits, bet gan speciālista pakalpojumu pieejamība noteiktajā vietā un apjomā. Saskaņā ar iepriekšminētajiem noteikumiem, šādam apmaksas modelim, sākot no 2010. gada, tiek piemēroti nosacījumi, ka Veselības norēķinu centrs (VNC) divas reizes gadā izvērtē apmeklējumu skaitu, un, ja tas ir mazāks par pusslodzi (1 slodzei atbilst 10 apmeklējumi dienā), tad tiek mainīti apmaksas nosacījumi – veicot apmaksu atbilstoši noteiktiem aprūpes epizožu tarifiem.

Pacientu iemaksa līdz 2009. gada 1. martam pie ārsta narkologa bija 2 Ls. Sakarā ar ekonomisko situāciju valstī no 2009. gada 1. marta līdz 31. decembrim pacientu iemaksa tika palielināta līdz 5 Ls. Savukārt no 2010. gada 1. janvāra tā atkal tika pazemināta līdz 3 Ls. Pacienti, kas ārstējas stacionārā ar alkohola, narkotisko, psihotropo un toksisko vielu atkarību (diagnožu kodi atbilstoši SSK-10: F10-F19), pacientu iemaksa par vienu diennakti šobrīd ir 5 Ls (līdz 2009. gada 1. martam – 1 Ls). Šie nosacījumi neattiecas uz bērniem, kuriem nepiemēro pacientu iemaksu, kā arī pacientiem, kas ārstējas ilgtermiņa farmakoterapijas programmās.

Valstī ar atkarības slimnieku ārstēšanu nodarbojas arī privātas institūcijas/ārstu privātprakses, kurās strādā narkologi. Vēršoties pēc palīdzības pie privātārsta, pacients pats apmaksā visus ar ārstēšanos saistītos izdevumus.

Stacionārā narkoloģiskā palīdzība tiek sniegta narkoloģiskā profila gultās<sup>18</sup>, kas atrodas specializētajos psihiatrijas centros, reģionālajās daudzprofila slimnīcās, kā arī citās ārstniecības iestādēs.

Jāatzīmē, ka narkotiku lietotāji, kuriem tiek sniegta neatliekamā medicīniskā palīdzība, piemēram, narkotiku pārdozēšanas gadījumos, lielākoties tiek stacionēti universitātes slimnīcās, reģionālajās daudzprofila slimnīcās un lokālajās daudzprofila slimnīcās, kurās arī var nebūt specializētās narkoloģiskā profila gultas.

Kopumā ārstēšanas sistēma, izņemot būtisku pacienta līdzmaksājuma pieaugumu 2009. gadā, kas, iespējams, samazina pakalpojuma pieejamību, pēdējo piecu gadu laikā nav būtiski mainījies.

### Ambulatorā psihosociālā intervence

Ambulatoro psihosociālo intervenci (*outpatient psychosocial interventions*) valstī nodrošina ārsti narkologi sadarbībā ar medicīnas māsām, atsevišķās iestādēs ir izveidotas arī multidisciplinārās komandas, kurās iesaistīti psihologi.

Ambulatoros narkoloģiskās palīdzības pakalpojumus par valsts budžeta līdzekļiem 2009. gadā sniedza 39 ārstniecības iestādes (48 speciālisti). Šie valsts apmaksātie narkologi strādā specializētos psihiatrijas centros, specializētās psihiatrijas slimnīcu un daudzprofila slimnīcu ambulatorās nodaļās, lokālo daudzprofila slimnīcu ambulatorās nodaļās/kabinetos, pašvaldību ārstniecības iestāžu narkoloģiskajos kabinetos, ārstu narkologu praksēs un citas iestādes. Daļa šo speciālistu nodrošina arī ilgtermiņa farmakoterapiju ar metadonu un buprenorfīnu.

2009. gadā atbilstoši VNC datiem samazinājies ambulatoro apmeklējumu skaits pie narkologa: 2009. gadā vienam ārstam narkologam dienā vidēji bija 2,7 ambulatorie apmeklējumi (2008. gadā – vidēji 4,6 apmeklējumi dienā). Iespējams, ka apmeklējumu skaita

<sup>18</sup> Tajā skaitā detoksikācijas gultas, Minesotas programmas, Motivācijas programma, medicīniskā rehabilitācija



samazināšanos ietekmēja pacientu iemaksu paaugstinājums, kā arī bezdarbs, iedzīvotāju migrācija uz citām ES valstīm darba meklējumos u.c. faktori.

Ambulatorā psihosociālā intervencē tiek izmantota motivējošā intervence, kognitīvi biheiviorālā terapija, atbalsta terapija sociālu jautājumu risināšanā (*skat., piemēram, WHO, 2009*).

Bērniem, kas ir narkotiku lietotāji, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā 2009. gadā izveidota speciāla ambulatora programma: „Personības izaugsmes sociālpsholoģiskā treniņa seminārnodarbības pusaudžiem”. Mērķauditorija ir 12–18 gadus veci jaunieši ar izmainītas uzvedības iezīmēm, kuri pašreizējās dzīves periodā izjūt sociālās adaptācijas grūtības. Pusaudžiem vienu reizi nedēļā tiek piedāvātas strukturētas nodarbības (90 minūtes). Vienā grupā tiek iekļauti 8–10 pusaudži. Nodarbību plānā ir darbs ar pašnovērtējumu, vispārējo vērtību orientāciju, saskarsmes iemaņām, notiek pārrunas par sociālām lomām, konfliktiem un to risināšanas veidiem, dažādām emocionālām izpausmēm. Nodarbības tiek vadītas jauniešiem saprotamā veidā, pielietojot spēles, tēlus un kustības, tā palīdzot nostiprināt pārliecību „nē” pateikšanai, ja tiek piedāvātas atkarību izraisošas vielas.

Paralēli darbojas arī atbalsta grupas vecākiem, kuru bērni lieto atkarību izraisošās vielas.

Citas speciālas ārstniecības programmas, kas ir orientētas uz īpašām lietotāju grupām, piemēram, marihuānas vai amfetamīna lietotājiem, kā arī pacientiem ar dubultām diagnozēm, valstī joprojām nav pieejamas.

### **Stacionāra psihosociāla intervence un detoksikācija**

Stacionāra psihosociāla intervence ietver ārstēšanos stacionāra tipa iestādēs no īstermiņa stacionārām programmām līdz terapeitiskajām komūnām.

2009. gadā stacionārā palīdzība narkoloģijā tika nodrošināta 350 narkoloģiskās gultās 10 ārstniecības iestādēs, no tām valsts budžeta finansētas bija 316 gultas un 5 cietuma slimnīcas narkoloģiskās gultas, bet pārējās 29 narkoloģiskās gultas nodrošināja privātās ārstniecības iestādes<sup>19</sup>.

2009. gadā saruka arī valsts finansēto gultu skaits divās medicīniskās rehabilitācijas programmās, kas darbojās pēc terapeitisko kopienu principa, kā arī notika strukturāls reorganizācijas process, samazinot šo programmu pieejamību pacientiem.

Sociālo rehabilitāciju bērniem un pieaugušajiem, kas arī darbojas pēc terapeitiskās kopienas principa, nodrošina trīs iestādes, kurām ir līgumattiecības ar Labklājības ministriju. Valstī darbojas dažas privātās un reliģiskās organizācijas, kas piedāvā sociālās rehabilitācijas pakalpojumus.

### **Ilgtermiņa farmakoloģiskā opioīdu atkarības ārstēšana ar metadonu un buprenorfinu**

Ārstēšanas pieeja, izmantojot metadonu ilgtermiņa farmakoloģiskā opioīdu atkarības slimnieku ārstēšanai, valstī darbojas no 1996. gada, bet, izmantojot substitūcijā buprenorfinu – no 2005. gada. Projekta „HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users and in Prison Settings in Estonia, Latvia and Lithuania 2006–2010” ietvaros Latvijā tika jau otro gadu izsludināti grantu konkursi, kuri snieguši iespēju ārstēšanas iestādēm un pašvaldību sociālajiem dienestiem, sagatavojot granta pieteikumu un iesniedzot to projekta administrētājiem – UNODC Baltijas birojam, saņemt finansējumu, lai izveidotu metadona programmas kabinetus (telpu remonts, iekārtošana u.c.).

2009. gadā tika paplašināta ilgtermiņa farmakoloģiskā opioīdu atkarības slimnieku ārstēšanas programmu pieejamība vēl divās vietās Latvijā, bet 2010. gadā plānota vēl 7 programmu atvēršana valstī.

<sup>19</sup> Specializētajā narkoloģiskā ārstēšanas profilā ārstējas visi pacienti ar diagnožu kodiem atbilstoši SSK-10: F10-F19



Latvijā metadona programma darbojas kopš 1996. gada, savukārt buprenorfīna – kopš 2005. gada. Līdz šim metadona programma īstenota vienā vietā Latvijā – Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrā, Tvaika ielā<sup>20</sup>. Salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm Latvijā ir zemākais metadona programmu klientu skaits (EMCDDA, 2010). Ārstniecības personu un klientu nepilnīga izpratne par programmas ieguvumiem, pakalpojuma neorientēšana uz klientu, salīdzinoši zemais finansējums, kas neļauj programmas veidot citviet Latvijā, ir daži no iemesliem, kāpēc Latvijā metadona programma nav attīstījies pietiekami strauji, tajā ārstējot arvien vairāk narkotiku lietotājus<sup>21</sup>.

Ilgtermiņa farmakoloģiskajā opioīdu atkarības pacientu ārstēšanā ar metadonu tiek pielietoti atsevišķi procesu vadības elementi, izmantojot apbalvojuma sistēmu (*contingency managment*)(NIDA, 2009), piemēram, urīna testu regulārs monitorings, kur negatīva testa gadījumā tiek sniegta atļauja metadona devas vairākām dienām ņemt līdzī uz mājām. Ņemot vērā, ka narkoloģisko ārstēšanu nodrošina ārsti narkologi, kas vienlaicīgi nodarbojas arī ar alkohola atkarības pacientu ārstēšanu, kuri arī vairumā gadījumu ir psihiatri, plaši tiek izmantota medikamentoza ārstēšana, piemēram, opioīdu antagonists (piemēram, naltrexon) recidīvu novēršanas terapijai, serotonīna selektīvās atpakaļsaistīšanās inhibitori (SSAI) u.c. simptomātiski medikamenti.

Kopš 2006. gada Latvijā darbojas UNODC projekts „*HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania*”, kura viens no uzdevumiem ir palielināt ilgtermiņa farmakoterapijas klientu skaitu, paplašināt īstenoto metadona programmu skaitu un uzlabot programmu kvalitāti, tam atvēlot arī finansējumu, piešķirot grantus, programmu un kabinetu izveidei, kā arī ārstniecības personu un ārstniecības palīgpersonu apmācībai un informēšanai. Pateicoties UNODC projekta atbalstam, 2009. gadā metadona programma ārpus Rīgas darbību uzsāka Jelgavā, savukārt 2010. gadā – arī Liepājā, Jūrmalā, Olainē, Salaspilī, Daugavpilī, Kuldīgā, Rēzeknē un Tukumā. Būtiski pieminēt, ka UNODC projekta darbības laikā veikts informatīvs un izglītojošs darbs ar ieslodzījuma vietu darbiniekiem un ieslodzītajiem ne tikai par HIV jautājumiem, bet arī ieslodzījuma vietu pārvaldes personāls izglītots par ilgtermiņa metadona farmakoterapijas nepieciešamību cietumos. 2009. gadā sagatavotas nepieciešamās izmaiņas tiesību aktos, kuras atļautu īstenot metadona programmu ieslodzījuma vietās. 2010. gadā plānots uzsākt metadona programmas pilotprojektu vienā no Latvijas ieslodzījuma vietām.

Datus par ilgtermiņa farmakoterapijas pacientiem skat. 5.3. sadaļā – Ārstniecības dati.

<sup>20</sup> Izņemot laika posmu, kad programma darbojās Jūrmalā, tomēr, nespējot ilglaicīgi piesaistīt pietiekamu daudzumu klientu, tika slēgta.

<sup>21</sup> Latvijā salīdzinājumā ar pārējām Baltijas valstīm ir viszemākais opioīdu lietotāju skaits, kuri ārstējas metadona programmā, piemēram, atbilstoši EMCDDA datiem 2008. gada beigās Latvijā metadona programmā ārstējās 103 pacienti, Lietuvā – 640, savukārt Igaunijā – 1008 opioīdu lietotāji.

### 5.3. Ārstniecības dati

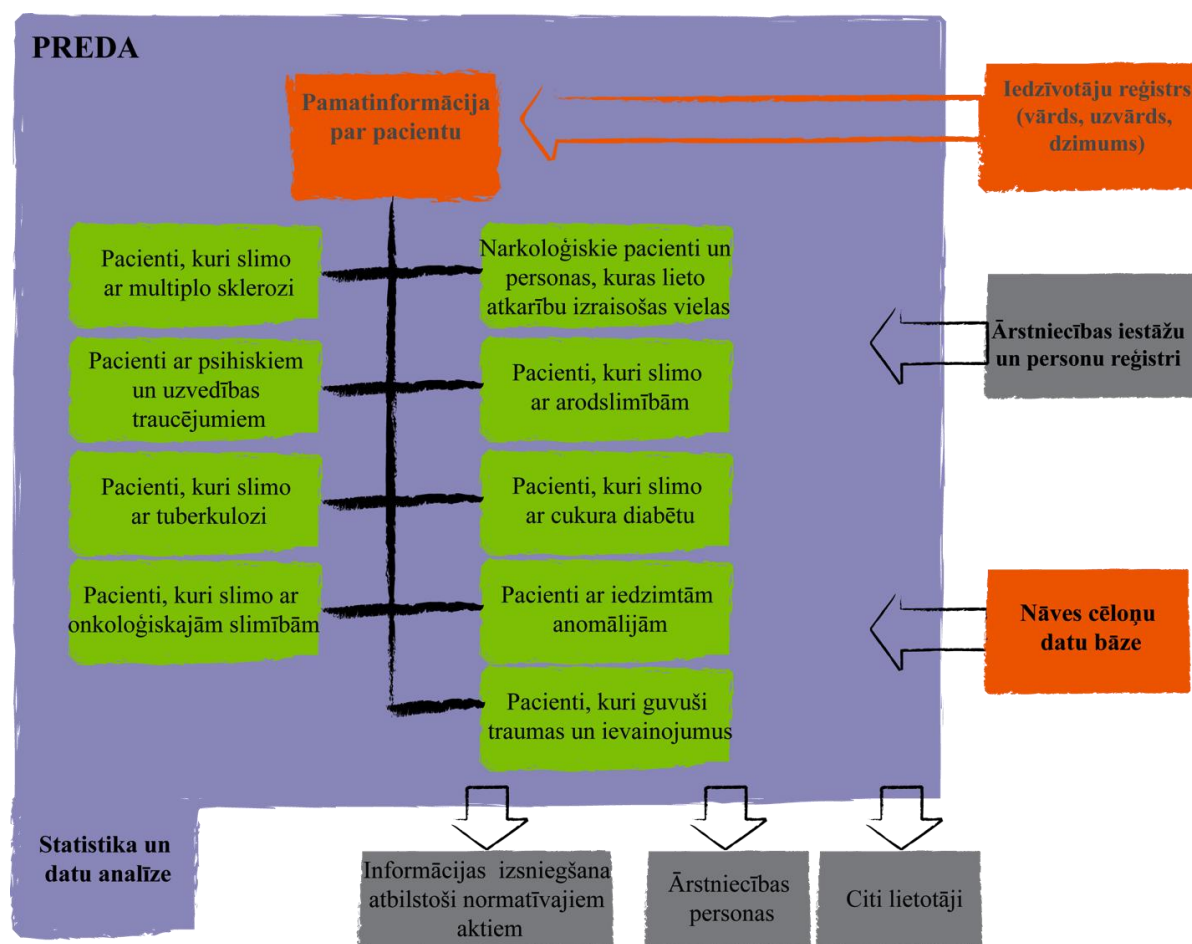
Šajā sadaļā analizēti dati, kas apkopoti PREDA, VNC Ambulatoro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmā (APANS), kā arī ar nozares statistikas pārskatiem. Atsevišķās šīs sadaļas vietās izmantota informācija atbilstoši Starptautiskam slimību klasifikatoram<sup>22</sup>, taču pārsvarā dati analizēti dalījumā pa vielu veidiem un iespēju robežās atbilstoši EMCDDA Ārstniecības pieprasījuma indikatora definīcijām.

### Ārstniecības datu ieguves sistēma

Kopš 2009. gada dati par pacientiem, kuriem diagnosticētas saslimšanas (SSK–10 diagnožu kodi F10–F19), tiek vākti Veselības ekonomikas centra (līdz 2009. gada 1. oktobra – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra) Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrā (PREDA – Patient REGISTER DATA). PREDA sistēma, kuras izveide uzsākta 2006. gadā, šobrīd aptver vairākus līdz šim dažādās iestādēs uzturētos valsts reģistrus (*skat. 5.1. attēlu*).

Ieviešot jauno sistēmu, narkoloģiskā slimnieka reģistrācijas karte papildināta ar jauniem mainīgajiem, piemēram, ģimenes stāvokli, narkotiku injicēšanas pieredzi, lietošanas biežuma papildu kategorijām, ārstniecības veidu.

#### 5.1. attēls. Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistra shēma



Avots: PREDA, 2009

<sup>22</sup> (SSK-10 diagnozes F11–F19, izņemot F17 – tabaku)

## Ārstniecības datu un definīciju problēmas

### *Datu par pacientiem neiekļaušana datu vākšanas sistēmās*

PREDA sistēma ir ne tikai datu avots statistikai par narkotiku lietotājiem un nozīmīgs pamats, lai plānotu uz zināšanām balstītus pasākumus, bet arī tiesību aktos atrunātos gadījumos, piemēram, krimināllietu ietvaros tiesībsargājošām iestādēm ir tiesības pieprasīt informāciju, vai indivīdam ir bijuši garīga rakstura vai ar narkotiku, vai alkohola lietošanu saistīti traucējumi. Šis apstāklis ir viens no nozīmīgākajiem iemesliem, kāpēc ārstniecības iestādes ne vienmēr datus par ārstētiem narkotiku lietotājiem iekļauj reģistrā, jo baidās, ka tādējādi pacienti varētu tikt stigmatizēti un diskriminēti, it īpaši tas attiecas uz sociāli integrētiem narkotiku lietotājiem, kuri izvēlas vērsties pie speciālistiem, kuri datus par pacientu nesūtīs iekļaušanai reģistrā.

Nākotnē nopietni jāstrādā pie tā, lai pacientu datu konfidencialitāte un drošība būtu pirmajā vietā, un dati atspoguļotu pēc iespējas precīzāku situāciju valstī, kas, savukārt, ļautu tos pilnvērtīgāk izmantot plānošanā un tendenču skaidrošanā.

2010. gadā tikai veikta PREDA un Veselības norēķinu centra datu salīdzināšana par pacientiem ar atkarību izraisošo vielu lietošanas izraisītiem traucējumiem. Šī analīze liecināja, ka aptuveni katrā otrajā gadījumā dati par ārstētajiem narkotiku lietotājiem netiek iekļauti PREDA sistēmā. Laika posmā no 2007. līdz 2009. gadam PREDA sistēmā nav iekļauti vairāk kā 13 tūkstoši pacientu, kuriem pēc Veselības norēķinu centra datiem sniegts pakalpojums ar kādu no diagnozēm F10-F19, no kuriem 2314 pacienti ir ar narkotikām saistītām diagnozēm (F11-F19, izņemot F17).

### *Pacientu, kuri netiek ārstēti ambulatori, iekļaušana PREDA sistēmā*

Vēsturiski veidojusies kārtība, kā tiek vākti dati par narkoloģiskiem pacientiem, paredz, ka šo slimnieku uzskaiti veic ambulatorie narkologi. Veidojot PREDA sistēmu, kārtība ir palikusi nemainīga. Lai Latvijas dati atbilstu starptautiskiem standartiem, būtu nepieciešams atspoguļot datus par stacionāri un ambulatori ārstētiem pacientiem. Atbilstoši pašreizējai kārtībai tiek reģistrēti pacienti, kas ne vienmēr atbilst ārstēšanas definīcijai. Tā, piemēram, 2009. gada dati liecina, ka aptuveni puse pirmreizējo pacientu, kas reģistrēti PREDA, nav saņēmuši ambulatoru pakalpojumu, bet gan uzņemti reģistrā atbilstoši stacionāru izrakstiem (75 indivīdi) vai ekspertīžu signāla kartēm (98 indivīdi).

Iespējams, atspoguļojot informāciju par pirmreizēji ambulatori ārstētiem pacientiem 2010. gadā, šī situācija jāņem vērā, un dati būtu jākorrigē. Nenoliedzami būtisks apsvērums, pieņemot šādu lēmumu, ir datu nesalīdzināmība ar iepriekšējiem gadiem, kad reģistra kartē šī informācija nebija pieejama. Tomēr nozīmīgs ieguvums būtu datu pilnvērtīgāka izmantošana, raksturojot dažādas pacientu grupas un pakalpojumus.

### *Informācija par pacientiem reģistrā nav aktualizēta*

PREDA sistēmā iekļautā informācija par pacientiem nereti netiek aktualizēta, un lielā daļā gadījumu informācija par lietotajām vielām, lietošanas stāžu, izglītību, nodarbinātību utt. Kontingentā uzskaitītie pacienti atspoguļo situāciju pirms vairākiem gadiem. Tā, piemēram, salīdzinot Veselības norēķinu centra datus ar RPEDA sistēmā iekļautiem pacientiem, kuri 2009. gada beigās atradās uzskatē, secināms, ka informācija par 15748 pacientiem (t.sk. par 1783 pacientiem ar diagnozēm F11-F19, izņemot F17) varētu būt "novecojusi", t.i., pēdējo trīs gadu laikā PREDA sistēmā nav veiktas nekādas izmaiņas, kā arī nav bijuši ambulatorie apmeklējumi atbilstoši VNC APANS datiem. Ņemot vērā, ka atkarību izraisošo vielu lietošana ir mainīga, un ir dzīves posmi, kad indivīds lieto šīs vielas vairāk vai mazāk, kā arī pārtrauc vielu lietošanu, tad būtu svarīgi panākt "dinamiskumu" reģistrā, kas ļautu labāk plānot pieejamos pakalpojumus.

### *Datu trūkums par gada laikā ārstētiem pacientiem*

Vēsturiski situācijas atspoguļošanai narkomānijas un alkoholisma jomā ir izmantoti divi indikatori: 1) pirmreizēji reģistrētie pacienti un 2) reģistrēto slimnieku kontingents. Atbilstoši EMCDDA Ārstniecības pieprasījuma indikatoram dalībvalstīm nepieciešams apkopot detalizētu informāciju arī par gada laikā ārstniecības pakalpojumu saņēmušiem indivīdiem. Šī informācija ir būtiska ne tikai starptautiski salīdzinot datus, bet tā plānošanas procesā izmantojama arī nacionālā līmenī. Diemžēl šobrīd PREDA sistēmā iekļautā informācija to nepieļauj, jo slimnieku kontingents nenozīmē, ka pacients gada laikā vērsies pie ārsta, savukārt pirmreizēji reģistrētie gadījumi ir tikai daļa no gada laikā ārstētiem pacientiem.

2010. gadā tika plānots atspoguļot informāciju par gada laikā ambulatori ārstētiem pacientiem, balstoties uz Veselības norēķinu centra APANS datiem, kas savā ziņā ir ar ierobežotu iekļauto informācijas apjomu (pieejami tikai dati par dzimumu, vecumu un diagnozi), taču tika plānots, ka, apvienojot APANS datus ar PREDA reģistra datiem, varētu iegūt plašāku informācijas apjomu par pacientu. Diemžēl šis mēģinājums netika realizēts – lai arī tika noskaidrots gada laikā ambulatori ārstēto skaits, par aptuveni katru otro pacientu detalizēta informācija PREDA sistēmā nebija iekļauta. Tomēr tika noskaidrots, ka aptuveni katrs piektais pacients ar atkarības traucējumu diagnozēm (F10-F19) tiek diagnosticēts ārpus specializētās narkoloģiskās aprūpes, t.i., pie ģimenes ārstiem.

Nākotnē ļoti būtiski ir reģistrā iekļaut tādu konceptu kā “epizode”, kas ļautu noskaidrot gada laikā ārstēto pacientu skaitu un detalizētu informāciju, kā arī precīzāk ļautu noskaidrot “slimnieku kontingentu”.

### *Datu trūkums par stacionāros ārstētiem pacientiem*

Kopš 2009. gada nav iestādes, kura būtu atbildīga par stacionāros ārstēto pacientu datu vākšanu atbilstoši narkoloģiskās informācijas pielikumam (veidlapa Nr. 066/N-u). Līdz šim datus valstī apkopoja Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs, bet ņemot vērā apstākļus, ka šai iestādei nav uzdots veikt šādu funkciju, tā vairs neapkopo datus valsts mērogā. Iepriekš šie dati bija neatsverams datu avots gan raksturojot ārstniecības sistēmu, gan sniedzot datus EMCDDA, jo tie bija atbilstošāki TDI definīcijai kā PREDA sistēmā iekļautie dati.

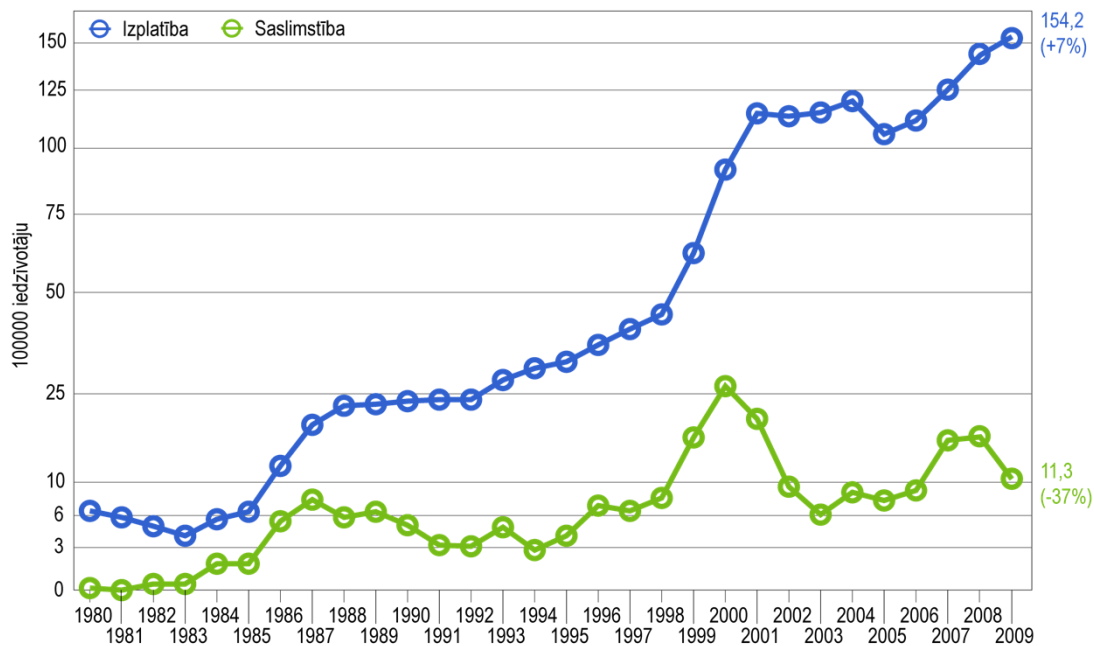
Labākais risinājums šajā situācijā būtu izmaiņu veikšana nepieciešamajos tiesību aktos, kas paredzētu šo datu iekļaušanu PREDA sistēmā. Datus par pacientu būtu jāievada tai iestādei vai ārstam, kas ārstējis pacientu, bet šobrīd to dara tikai ambulatorie narkologi, kas nereti Reģistra kartes aizpilda atbilstoši stacionāru izrakstu kartēm vai ekspertīžu rezultātiem. Kamēr šāds vai cits risinājums netiks ieviests, paplašināta un pilnīga informācija par stacionāros ārstētiem pacientiem valstī nebūs pieejama, un vienīgie dati, kas atspoguļo tikai pacientu dzimumu un vecumu, ir Veselības norēķinu centra VIS APANS dati. Diemžēl šobrīd pieejamie dati nav uzskatāmi par pietiekamiem, un jāmeklē veidi, kā paplašināt apkopojamās informācijas kvalitāti, lai veiksmīgāk plānotu un veidotu dažādām pacientu grupām orientētus pakalpojumus, kas balstīti uz zināšanām un pierādījumiem

### **Nozares statistikas pārskata dati**

Saskaņā ar nozares statistikas pārskata datiem 2009. gadā bijuši 435 (jeb 19,3 uz 100 000 iedzīvotājiem) pirmreizējās reģistrēšanas gadījumi, t.i., pacienti, kuriem uzstādīta ar narkotiku lietošanu saistīta diagnoze pirmo reizi dzīves laikā, no kuriem 254 gadījumos (11,3 uz 100 000 iedzīvotājiem) uzstādīta ar atkarības sindromu vai psihozēm saistīta diagnoze.

2009. gada beigās reģistrētā psihoaktīvo vielu (izņemot alkoholu un tabaku) atkarības vai psihožu izplatība Latvijā bija 3468 jeb 154,2 uz 100 000 iedzīvotājiem. Salīdzinājumā ar 2008. gadu saslimstība samazinājusies par 37%, savukārt izplatība pieaugusi par 7% (skat. 5.2. attēlu).

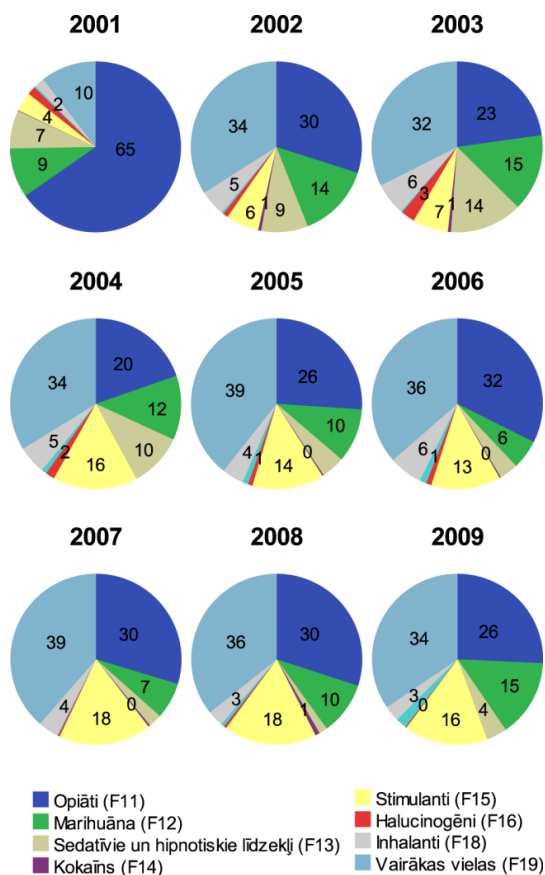
**5.2. attēls. Saslimstība un izplatība ar psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītu atkarības sindromu un psihozēm (F11–F19.2–9) 1980.–2009. gadā, uz 100 000 iedzīvotājiem**



Avots: Nozares statistiskais pārskats. VEC, 2010

Pēdējo gadu laikā visbiežāk tiek uzstādīta ar vairāku vielu lietošanu saistīta diagnoze (F19), kas reģistrēta 34% pirmreizējo reģistrācijas gadījumu. Kā nākamās biežāk minētās ir saistītas ar opiātiem (F11), stimulantiem (F15) un kanabinoīdiem (F12), kas reģistrētas attiecīgi 26, 16 un 15 procentos gadījumu (skat. 5.3. attēlu).

**5.3. attēls. Pirmreizēji reģistrētiem pacientiem uzstādītās diagnozes 2001.–2009. gadā, %**



Avots: Nozares statistikas pārskats. Veselības ekonomikas centrs, 2010

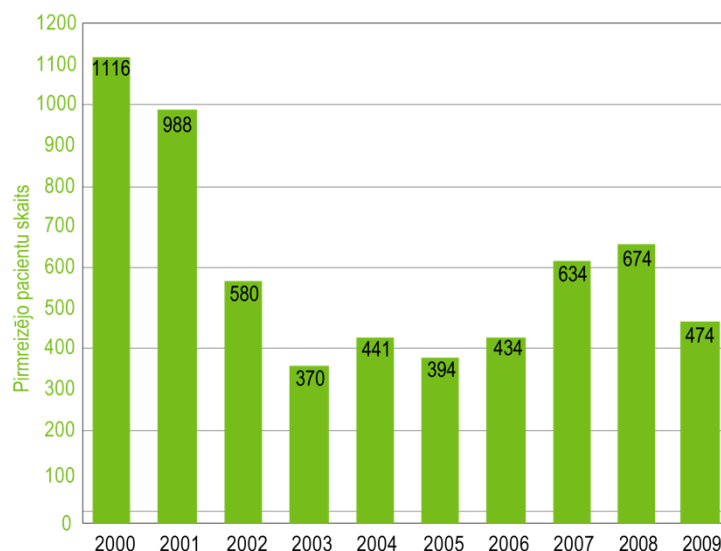
## Ambulatorā ārstniecība

Kopš pirmā pacienta 1976. gadā līdz 2009. gada 31. decembrim Latvijā reģistrēti 8589 indivīdi, kuriem uzstādīta diagnoze, kas saistīta ar psihoaktīvo vielu<sup>23</sup> intoksikāciju, pārmērīgu lietošanu un/vai atkarību.

No 1993./1994. gada pirmreizēji reģistrēto pacientu skaits, kuriem uzstādītas diagnozes, kas saistītas ar psihoaktīvo vielu lietošanu (izņemot alkoholu un tabaku), sāka ievērojami pieaugt. Pirmreizēji ārstēto pacientu skaits sasniedza maksimumu 2000. gadā (un ievērojami samazinājās līdz 2003. gadam, savukārt laika posmā no 2005. līdz 2008. gadam šo pacientu skaits katru gadu pieauga. Pirmreizēji reģistrēto pacientu skaits 2009. gadā salīdzinājumā ar 2008. gadu ir būtiski samazinājies, attiecīgi 474 un 674 indivīdi<sup>24</sup> (skat. 5.4. attēlu).

Daži iespējamie skaidrojumi: valsts ekonomiskās situācijas pasliktināšanās, kas negatīvi ietekmējusi pacientu vēršanos pēc palīdzības, vairāku valsts apmaksātu stacionāru motivācijas un rehabilitācijas programmu slēgšanu. Jau iepriekšējos nacionālajos ziņojumos uzsvērts, ka informācija par ārstētiem pacientiem bieži vien netiek nosūtīta iekļaušanai PREDAS sistēmā, taču nav pamata uzskatīt, ka 2009. gadā salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem informācija biežāk netiktu sūtīta iekļaušanai reģistrā.

### 5.4. attēls. Ambulatori pirmreizēji ārstēto<sup>25</sup> pacientu skaits 2000.–2009. gadā, absolūtos skaitļos



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

2009. gadā pirmreizēji ārstēto/reģistrēto pacientu vidū aptuveni katrā piektā (21,5%) bijusi sieviete. Pēdējo gadu laikā ārstētais/reģistrētais sieviešu īpatsvars ir nedaudz zemāks kā 2003.–2005. gadā novērotais, taču šīs nelielās procentuālās un skaitliskās izmaiņas ir grūti skaidrot (skat. 5.1. tabulu).

<sup>23</sup> Izņemot gadījumus, kad reģistrēta diagnoze, kas saistīta ar alkohola (F10) vai tabakas (F17) lietošanu.

<sup>24</sup> Atbilstoši ārstniecības pieprasījuma indikatora (ang. Treatment Demand Indicator – TDI) datiem. Tā kā datu bāzes struktūra un datu ievades kārtība pieļauj iepriekšējos gados ārstēto pacientu ievadi un korekciju veikšanu vēsturiskos datos, tad informācija salīdzinājumā ar iepriekšējos nacionālajā ziņojumā atspoguļoto var nedaudz mainīties. Piemēram, 2009. gada nacionālajā ziņojumā minēts, ka 2008. gadā pirmreizēji ārstējušies 659 indivīdi.

<sup>25</sup> Atbilstoši Ārstniecības pieprasījuma indikatoram. Pacients par pirmreizēju tiek uzskatīts tad, kad tas pirmo reizi tiek iekļauts Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistrā ar kādu no SSK-10 diagnozēm F11–F19 (izņemot F17 - tabaka), turklāt uzrādīta kāda no vielām. Atbilstoši izmantotajai definīcijai, ja pacients iepriekš ārstējies saistībā ar alkohola izraisītām problēmām un vēlāk ar narkotiku problēmām, par pirmreizēju šajā kontekstā tiek uzskatīta tā reģistrācija, kas ir saistīta ar narkotikām. Saskaņā ar 2010. gadā iegūtajiem datiem no Veselības norēķinu centra ievērojama daļa pacientu tiek reģistrēti, balstoties uz stacionāra izrakstu kartēm un "signāla taloniem" no ekspertizēm – gadījumi, kad netiek veikts ambulatora apmeklējums. Atspoguļojot ambulatoro ārstēšanu valstī, šie gadījumi nebūtu jāklasificē kā ārstēšanas gadījumi, taču datu salīdzināšanas nolūkā ar iepriekšējiem gadiem šie jauniegūtie pierādījumi nav ņemti vērā.



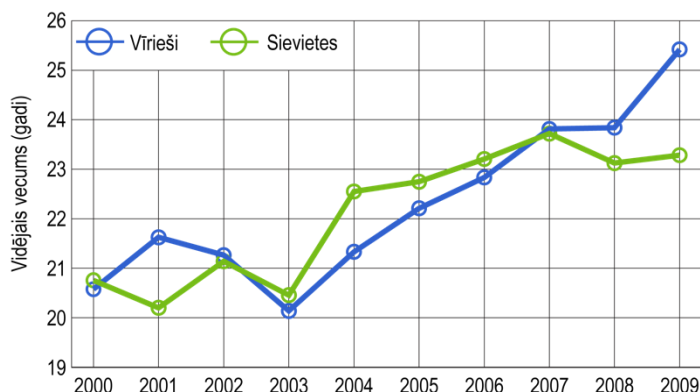
**5.1. tabula. Sieviešu īpatsvars pirmreizēji ārstēto (reģistrēto) pacientu vidū 2000.–2009. gadā, %**

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Sieviešu īpatsvars	20,5	20,2	22,1	24,3	24,7	24,1	20,0	21,5	19,1	21,5

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Vidējais 2009. gadā pirmreizēji ārstēto pacientu vecums bija 25 gadi; vīriešu vidū nedaudz augstāks nekā sievietēm, attiecīgi 25,4 un 23,3 gadi (*skat. 5.5. attēlu*).

**5.5. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu vidējais vecums 2000.–2009. gadā**



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Jaunākajam 2009. gadā pirmreizēji ārstētam pacientam bija deviņi gadi, savukārt vecākajam – 64 gadi. 12% pirmreizēji ārstēto bija jaunāki par 15 gadiem, 19,8% – 15–19 gadus veci, 24,1% – 20–24 gadus veci, 18,1% – 25–29 gadus veci, 11,8% 30–34 gadus veci, 7,4% 35–39 gadus veci, savukārt 6,5% bija vecāki par 40 gadiem (*skat. 5.2. tabulu*).

**5.2. tabula. Pirmreizēji ārstēto pacientu dalījums vecuma grupās 2000.–2009. gadā, %**

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Jaunāki par 15 gadiem	14,9	14,1	19,3	28,4	19,0	16,8	16,1	12,5	12,0	12,0
15–19 gadi	34,6	35,9	32,6	34,6	36,5	31,5	25,8	22,6	22,3	19,8
20–24 gadi	32,4	27,2	22,8	16,5	19,7	20,8	24,7	24,1	25,7	24,1
25–29 gadi	10,2	11,5	13,6	7,8	10,2	16,5	16,4	21,9	20,5	18,4
30–34 gadi	4,3	5,5	5,5	7,3	5,7	4,8	8,1	9,1	10,7	11,8
35–39 gadi	2,2	2,8	3,1	2,7	2,5	4,3	4,1	5,7	4,7	7,4
40 gadi un vecāki	1,4	2,9	3,1	2,7	6,3	5,3	4,8	4,1	4,2	6,5

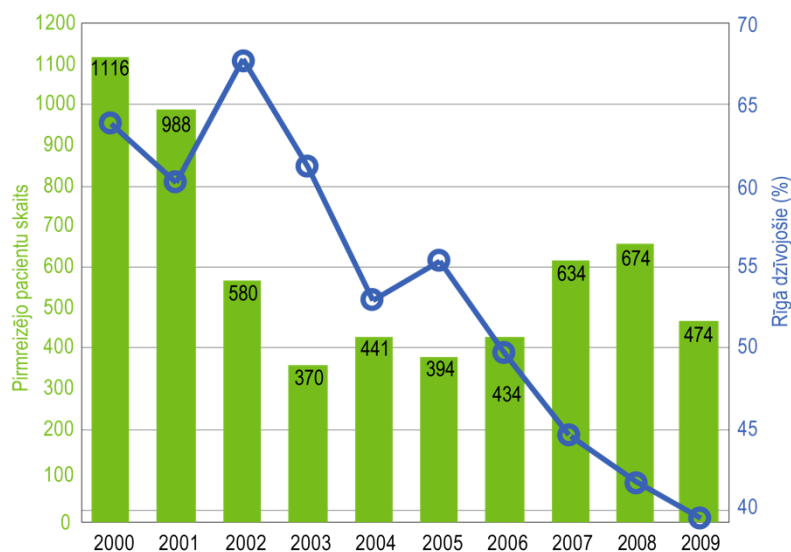
Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Pēdējo gadu laikā novērotā tendence, ka arvien augstāks ārpus Rīgas dzīvojošo pacientu īpatsvars vēršas pēc palīdzības pie narkologa, saglabājusies arī 2009. gadā. Rīgā dzīvojošo pirmreizējo pacientu īpatsvars samazinājies no 67% 2002. gadā līdz 39% 2009. gadā (2007. gadā – 45%; 42% – 2008. gadā) (*skat. 5.6. attēlu*). Vēl salīdzinoši augsta saslimstība reģistrēta - Kurzemes reģionā (18,1%), Pierīgas reģionā (17,3%) un Latgales reģionā (13,5%). Zemgales un Vidzemes reģionos dzīvojošo 2009. gadā pirmreizēji ārstēto pacientu īpatsvars ir ievērojami zemāks, attiecīgi 9,5% un 2,3%. 5.7. attēlā atspoguļots pirmreizēji ārstēto narkotiku lietotāju īpatsvars uz 1000 attiecīgā reģiona iedzīvotājiem.

Būtiski pieminēt, ka augstāks ārstēto/reģistrēto narkotiku lietotāju skaits ir urbanizētā vidē salīdzinājumā ar lauku reģioniem, tomēr pēdējo gadu dati liecina, ka arvien lielākam skaitam ārstēto narkotiku lietotāju dzīves vieta klasificējama kā lauku vide. Šādu secinājumu

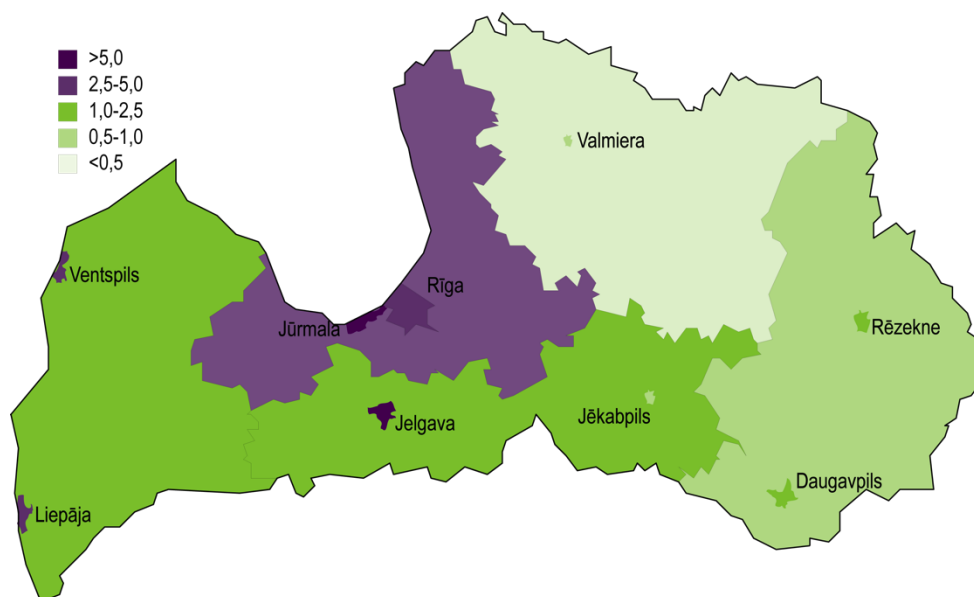
interpretējot jābūt uzmanīgiem, jo kopumā ārpus lielajām pilsētām tiek reģistrēts salīdzinoši neliels ārstēto narkotiku lietotāju skaits.

### 5.6. attēls. Pirmreizēji ārstēto (reģistrēto) pacientu īpatsvars (%) Latvijā un Rīgā, 2000.–2009. gads



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

### 5.7. attēls. Pirmreizēji ārstēto/reģistrēto narkotiku lietotāju skaits Latvijas reģionos un valsts nozīmes pilsētās 2009. gadā, uz 1000 iedzīvotājiem

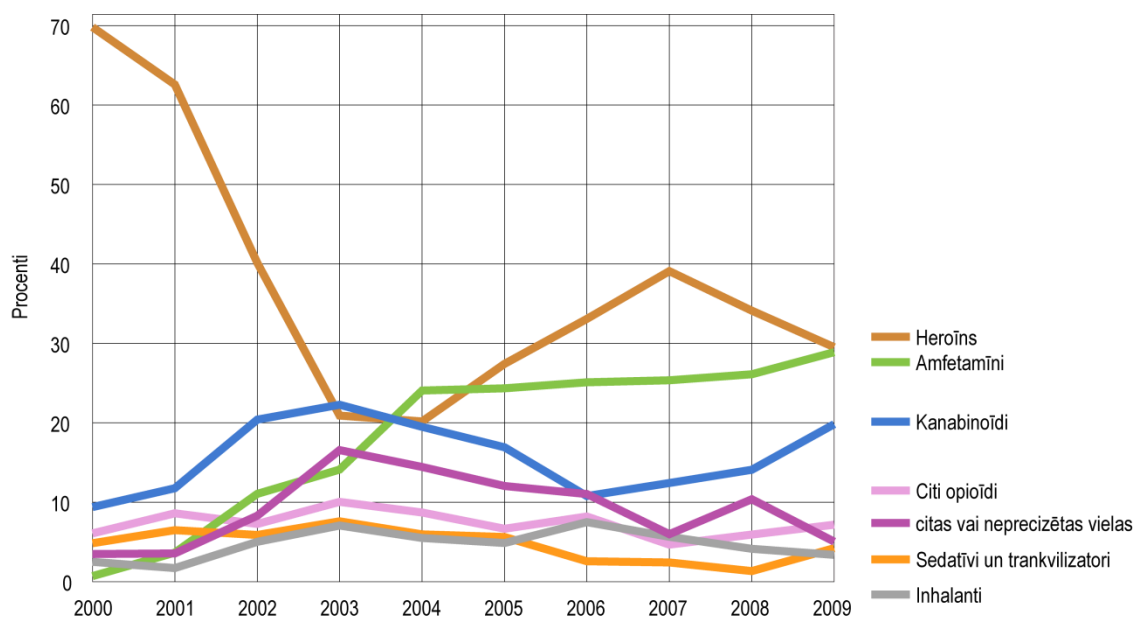


Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Līdzīgi kā iepriekšējos gados novērots, visbiežāk minētā primāri lietotā viela ir heroīns, tad amfetamīni un marihuāna vai hašišs. No 474 pirmreizējiem ambulatoras ārstēšanas/ reģistrācijas gadījumiem 2009. gadā 190 pacientiem (jeb 29,5%) heroīns minēts kā primāri lietotā viela, 137 (28,9%) – amfetamīni, 94 (19,8%) – marihuāna/hašišs, savukārt 34 pirmreizēji ārstētiem pacientiem (jeb 7,2%) kā galvenokārt lietotā viela minēti citi opioīdi (pārsvarā *hanka*<sup>26</sup>). 5.7. attēlā atspoguļots ārstēto dažādu vielu lietotāju īpatsvars.

<sup>26</sup> Mājas apstākļos no magonēm ražots opiāts.

**5.8. attēls. Pirmreizēji ārstēto/reģistrēto narkotiku lietotāju primāri lietotā viela 2000.–2009. gadā, %**



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Saskaņā ar datiem par pirmreizēji ambulatori ārstēto/reģistrēto pacientu diagnozēm novērojams, ka visbiežāk pacientiem tiek uzstādīta ar vairāku vielu pārmērīgu lietošanu, intoksikāciju vai atkarību saistīta diagnoze (F19), nākamās visbiežāk uzstādītās diagnozes – ar opioīdiem, stimulantiem un kanabinoīdiem saistītās. Būtiski pieminēt, ka pēdējo desmit gadu laikā ievērojami pieaudzis amfetamīnus un marihuānu primāri lietojušo īpatsvars, kuriem kā pirmā uzstādīta ar atkarību saistīta diagnoze. Tā, piemēram, 2000. gadā ar atkarību saistīta diagnoze tika uzstādīta katram desmitajam (9,5%) marihuānas/hašiša lietotājam, savukārt 2009. gadā šādi diagnosticēts aptuveni katrs ceturtais (24,5%). Atkarības diagnožu īpatsvaru heroīnu, amfetamīnus un marihuānu primāri lietojušo vidū var aplūkot 5.3. tabulā.

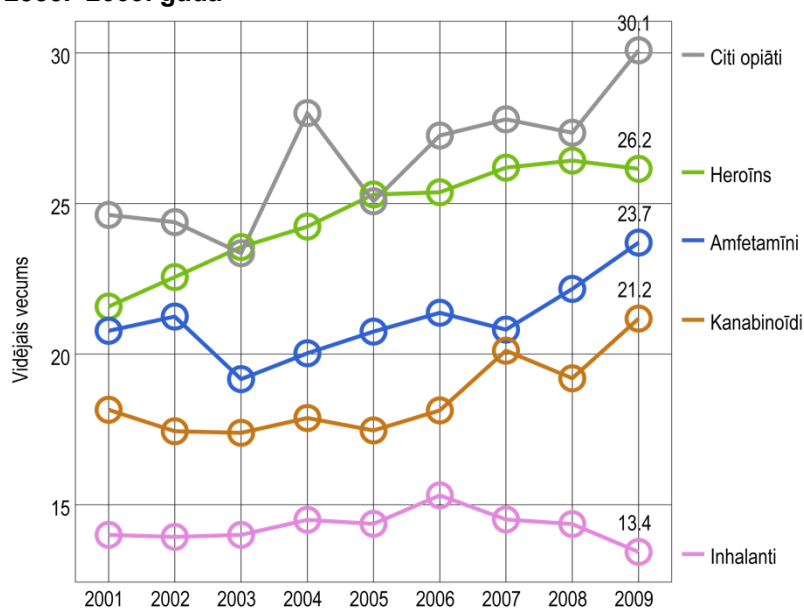
**5.3.tabula. Ar atkarību saistītu diagnožu īpatsvars ārstēto primāri heroīnu, amfetamīnus un marihuānu lietojušo vidū 2000.–2009. gadā, %**

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.
Heroīns	75,5	72,0	62,1	90,9	95,5	96,3	95,0	97,9	94,3	93,6
Amfetamīni	12,5	16,7	32,8	34,6	40,0	40,0	38,3	45,9	52,8	48,9
Marihuāna/hašišs	9,5	1,7	14,4	3,7	14,1	10,6	15,2	18,2	23,2	24,5

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

Ārstniecības dati liecina, ka dažādu vielu lietotājiem ir atšķirīgs pirmreizējās ārstēšanas/reģistrācijas vecums. Tā, piemēram, pirmreizēji inhalantu lietotāji pirmo reizi pēc ārstniecības vērsušies ievērojami agrāk nekā citu vielu lietotāji – vidēji 13,4 gadu vecumā. Ievērojami vēlāk kanabinoīdu lietotāji (21,2 gadu vecumā), amfetamīnu lietotāji (23,7 gadu vecumā), heroīna lietotāji (26,2 gadu vecumā), savukārt visvecākie ir pirmreizēji ārstētie citu opioīdu lietotāji. Pēdējo gadu laikā novērotais liecina, ka praktiski visu vielu lietotāju pirmreizējais ārstēšanās vecums palielinās (skat. 5.8. tabulu). Šāda tendence varētu liecināt, ka narkotiku lietotāji ārstniecības sistēmā vērsas tikai tad, kad jau ir salīdzinoši nopietnas narkotiku lietošanas problēmas un ārstniecības sistēma nespēj agrīni diagnosticēt gados jaunus narkotiku lietotājus.

**5.8. attēls. Pirmreizēji ārstēto/reģistrēto narkotiku lietotāju vidējais vecums dalījumā pa primāri lietotajām vielām 2000.–2009. gadā**



Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

2009. gadā pirmreizēji ambulatori ārstētie/reģistrētie pacienti visbiežāk paši vērsušies pēc palīdzības (44% gadījumu). Savukārt 21% gadījumu ārstniecību iniciējušas tiesībsargājošās iestādes (t.sk. balstoties tikai uz ekspertīzes rezultātu), 16% gadījumu – ārstniecības iestādes (pārsvarā no narkoloģiskiem stacionāriem saņemtās pacientu izraksta kartes, gadījumi bez turpmāka ambulatora apmeklējuma), savukārt 15% gadījumu nosūtītājs uz ārstniecību netika norādīts. Novērojamas šādas atšķirības starp pacientu dzimuma grupām: 1) sievietes biežāk kā vīrieši pašas vērsušās pēc palīdzības (55% un 41%), 2) vīriešiem biežāk nekā sievietēm kā nosūtītājs uz ārstniecību minēta tiesībsargājošā iestāde (24% un 11%).

Ārstniecības pieprasījuma indikatora datus visbiežāk norādītais heroīna lietošanas veids ir injicēšana (99% pacientu). 21% amfetamīnu primāri lietojošiem nav norādīts vielas lietošanas veids, savukārt no tiem, kuriem ir norādīts – nedaudz vairāk kā puse (59%) to lieto injicējot, 25% – šņaucot, 14% – ēdot/dzerot, bet 2% norādījuši – vielu lieto smēķējot vai inhalējot.

Pirmreizēji ārstēto/reģistrēto pacientu vidū dalījumā pēc primāri lietotās vielas novērojamas lietošanas biežuma atšķirības, kas atspoguļotas 5.4. tabulā. No tiem indivīdiem, kuriem norādīts lietošanas biežums, visbiežāk tiek lietots heroīns – katru dienu heroīnu lieto 76% pirmreizējie ārstētie heroīna lietotāji.

**5.4.tabula. Biežāk norādīto primāro vielu lietošanas biežums 2009. gadā pirmreizēji ārstēto/reģistrēto pacientu vidū, %**

	No tiem, kuriem zināms lietošanas biežums				Nav zināms lietošanas biežums
	Nav lietojis pēdējā mēneša laikā	Reizi nedēļā vai retāk	2-6 dienas nedēļā	Katru dienu vai vairākas reizes dienā	
Heroīns	0	6	18	76	4
Amfetamīni	1	42	27	30	36
Marihuāna/hašišs	2	63	20	15	51

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010

## Ilgtermiņa farmakoloģiskā opioīdu atkarības ārstēšana

Atbilstoši valsts statistiskā pārskata datiem 2009. gada 31. decembrī divās metadona programmās (RPNC Rīgā un slimnīcā „Ģintermuiža” Jelgavā) ārstējās 139 pacienti, no kuriem 30 bija sievietes (Veselības ekonomikas centrs, 2010). RPNC administrētajā programmā 2009. gada beigās ārstējās 109, savukārt Jelgavā un Liepājā – attiecīgi 25 un 5 pacienti. 2009. gada laikā pirmreizēji metadona programmā uzņemts 61 pacients (54 vīrieši un 7 sievietes), savukārt ārstēšanos pārtraukuši 39 pacienti (*skat. 5.5. tabulu*).

**5.5. tabula. Farmakoloģisko opioīdu atkarības terapijas pacientu skaits 2007.–2009. gadā**

		Gada laikā programmā uzņemtie pacienti			Gada laikā programmu pārtraukušie			Gada laikā programmā iekļautie			Gada beigās programmā			
		Kopā	Pirmo reizi dzīves laikā			K	S	V	K	S	V	K	S	V
			K	S	V									
Metadons	2009	75	61	7	54	39	7	32	163	37	126	139	30	109
	2008	69	44	13	31	41	14	27	132	38	94	103	27	76
	2007	55	45	11	34	29	8	21	85	24	61	75	21	54
Buprenorfīns	2009	19	18	0	18	15	3	12	n.a	n.a	n.a	50	7	43
	2008	35	28	3	25	33	4	29	n.a	n.a	n.a	61	10	51
	2007	45	42	8	34	71 <sup>27</sup>	16	55	n.a	n.a	n.a	59	11	48
Kopā	2009	94	79	7	72	54	10	44	n.a	n.a	n.a	189	37	152
	2008	104	72	16	56	74	18	56	n.a	n.a	n.a	164	37	127
	2007	100	87	19	68	100	24	76	n.a	n.a	n.a	134	32	102

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010; NFP aprēķini pēc VNC APANS datiem

Atbilstoši VNC APANS datiem 2009. gada laikā metadonu saņēmuši 163 indivīdi, no kuriem aptuveni ceturtdaļa (22,7%) bija sievietes. Jaunākajam metadona programmas klientam 2009. gadā bija 21 gads, vecākajam – 62 gadi, vecuma modas (visbiežāk minētais vecums) – 25 un 32 gadi. Aptuveni 15% (jeb 27 pacienti) bija vecāki par 45 gadiem (*skat. 5.6. tabulu*).

**5.6. tabula. Metadona programmā gada laikā ārstēto pacientu vecums 2008. un 2009. gadā (%)**

	2008. gads	2009. gads
Jaunāki par 20 gadiem	0,0	0,0
20–24 gadi	12,1	8,0
25–29 gadi	29,5	38,0
30–34 gadi	18,2	21,5
35–39 gadi	8,3	6,7
40–44 gadi	9,8	9,2
45–49 gadi	11,4	8,0
50–54 gadi	8,3	6,1
55–59 gadi	2,3	1,8
60–64 gadi	0,0	0,6

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010; NFP aprēķini pēc VNC APANS datiem

Pēc VNC APANS datiem 2009. gada laikā metadona programmas klientiem izdalītas 1354 devas medikamenta (salīdzinājumam: 2008. gadā 1097 devas). Metadona devas lielumu Latvijā katram pacientam nosaka individuāli viņa ārstējošais ārsts, un ārstniecības procesā tā var mainīties. Dati par individuālām pacientu metadona dienas devām netiek apkopoti vienotā datubāzē, taču 2010. gadā VEC veiktais pētījums metadona klientu vidū norāda, ka visbiežāk

<sup>27</sup> No tiem 53 somu tautības pacienti (11 sievietes and 42 vīrieši) tika izslēgti no programmas.

pacienti tiek izsniegts 80 ml metadona dienā (mazākā norādītā deva ir 35 ml un 150 ml vislielākā deva) (Trapencieris & Pelne, 2010).

## Veselības norēķinu centra dati

Dati par ārstētajiem narkotiku lietotājiem tiek apkopoti arī Veselības norēķinu centra Vadības informācijas sistēmas (VIS) datubāzēs APANS un SPANS par attiecīgi ambulatoros un stacionāros pakalpojumus saņēmušiem pacientiem. Šajās datubāzēs tiek atspoguļota pacientiem uzstādītā diagnoze atbilstoši SSK-10 klasifikatoram, dzimums un vecums, taču netiek iekļauta detalizēta informācija par pacientu, piemēram, izglītība, nodarbošanās, lietotās vielas un to lietošanas biežums.

### VIS APANS dati

Atbilstoši VIS APANS datiem 2009. gadā ar narkotiku lietošanu saistītas diagnozes (F11-F19, izņemot F17) uzstādītas 2776 unikāliem pacientiem. Atbilstoši šiem datiem gada laikā vismazāk minētā ir ar opiātiem saistīta diagnoze (F11) – 1155 (41,6%) indivīdiem. 727 pacientiem (26,2%) reģistrēta vairāku vielu (F19) pārmērīgas lietošanas, intoksikācijas vai atkarības diagnoze, 287 (10,3%) – ar stimulantu lietošanu saistīta diagnoze (F15), savukārt 267 – ar kanabinoīdiem saistīta diagnoze (F12). 5.7. tabulā atspoguļots atbilstoši VIS APANS datiem gada laikā ārstēto unikālo pacientu skaits un īpatsvars dalījumā pa diagnozēm 2007.–2009. gadā.

**5.7. tabula. Ambulatoros pakalpojumus saņēmušo unikālo indivīdu skaits dalījumā pa diagnozēm<sup>28</sup> 2007.–2009. gadā, absolūtos skaitļos un %**

	2007. gads		2008. gads		2009. gads	
	n	%	n	%	n	%
Opiāti (F11)	1119	45,2	1296	41,3	1155	41,6
Kanabinoīdi (F12)	197	8,0	282	9,0	267	9,6
Sedatīvi (F13)	194	7,8	169	5,4	151	5,4
Kokaīns (F14)	28	1,1	47	1,5	43	1,5
Stimulanti (F15)	265	10,7	362	11,5	287	10,3
Halucinogēni (F16)	38	1,5	51	1,6	38	1,4
Inhalanti (F18)	128	5,2	142	4,5	108	3,9
Vairākas vielas (F19)	508	20,5	791	25,2	727	26,2
<b>Kopā</b>	<b>2477</b>	<b>100,0</b>	<b>3140</b>	<b>100,0</b>	<b>2776</b>	<b>100,0</b>

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010; NFP aprēķini pēc VNC VIS APANS datiem

VIS APANS dati liecina, ka aptuveni katrā ceturtā ambulatoro pakalpojumu saņēmušī ir sieviete : 2007. gadā – 28,8%, 2008. gadā – 25,7%, bet 2009. gadā – 26,5%. Vidējais ambulatoros pakalpojumus 2009. gadā saņēmušo unikālo pacientu vecums ir 32,6 gadi (standartnovirze 15,9 gadi). Dati norāda, ka ambulatoru pakalpojumu saņēmušo sieviešu vecums ir lielāks nekā vīriešiem, piemēram, 2009. gadā vīriešu vidējais vecums bija 29,9 gadi ( $\pm 12,4$  gadi), savukārt sieviešu vidū – 40,4 gadi ( $\pm 21,1$ ).

Dati liecina, ka ievērojamu daļa ar narkotikām saistītas diagnozes ir uzstādījuši speciālisti, kas nav narkologi vai psihiatri, piemēram, ģimenes ārsti, pediatri, radiologi, internisti, laboratorijas ārsti u.c. speciālisti. Grūti spriest, cik lielā mērā šo speciālistu uzstādītās diagnozes ir precīzas, vai datus nav ievades, vai citu kļūdu. Tā, piemēram, 2009. gadā 39 (35 unikāliem pacientiem) ambulatoros talonos uzrādīta F11-F19 (izņemot F17) diagnoze bērniem, kas jaunāki par deviņiem gadiem – lielākoties gadījumu šīs diagnozes norādītas kā neprecizēti vielu lietošanas traucējumi (F1x.9) vai cita veida traucējumi (F1x.8). Turklāt salīdzinoši daudz pacientu (33

<sup>28</sup> Tabulā atspoguļoti unikālie indivīdi. Viens pacients gada laikā var vērsties pie vairākiem ārstiem ar dažādām diagnozēm – tabulā atspoguļota gada laikā pēdējā konstatētā diagnoze atbilstoši datumam.



ambulatorie taloni) ar F11-F19 (izņemto F17) diagnozēm ir vecuma skalas otrā galā, t.i., pacienti, kuri ir vecāki par 80 gadiem. Tikai analizējot datus, ir grūti spriest, cik lielā mērā šī informācija ir ticama, piemēram, marihuānas izraisīti psihiski traucējumi piecus gadus veciem bērniem vai inhalantu izraisīts delīrijs 85 gadus veciem indivīdiem.

Ja šādi lielā mērā neticami rezultāti (diagnozes) ir loģiski pārbaudāmi (un tādējādi arī iespējams veikt datu kvalitātes kontroli atbilstoši pacientu vecumam), tad nav zināms, cik lielā mērā arī datu bāzē uzrādītās diagnozes ir precīzas citām vecuma grupām. Nākotnē būtu jāstrādā pie datu kvalitātes uzlabošanas, sadarbībā ar speciālistiem izstrādājot algoritmus, kas ļautu neticamus gadījumus identificēt un novērst neprecizitātes jau datu ievades procesā, kā arī rūpīgāk kontrolējot datu sniedzējus. Tā kā šos datus izmanto pakalpojumu un nozares plānošanā, norēķinos par pakalpojumu, tad datu kvalitātes uzlabošana ir ļoti būtisks, ja ne noteicošais aspekts, kam jāpiešķir augstākā prioritāte.

## VIS SPANS dati

Atbilstoši VIS SPANS datiem 2009. gadā stacionāros ārstējušies 625 pacienti ar F11–F19 diagnozēm (izņemot F17 – tabaka). Salīdzinājumam 2007. un 2008. gadā ārstējušies 779 un 798 unikālie pacienti (1039 stacionāru epizodes). Līdzīgi kā 2007. un 2008. gadā visbiežāk norādītās 2009. gadā ārstējušos unikālo pacientu diagnozes saistītas ar opiātiem (F11), vairākām vielām (F19) un stimulantiem (F15)(*skat. 5.8. tabulu*).

**5.8. tabula. Stacionāros ārstēto narkotiku lietotāju skaits 2007.–2009. gadā, absolūtos skaitļos**

	2007. gads		2008. gads		2009. gads	
	Epizodes	Unikālie pacienti	Epizodes	Unikālie pacienti	Epizodes	Unikālie pacienti
<b>Opiāti (F11)</b>	<b>667</b>	<b>401</b>	<b>696</b>	<b>390</b>	<b>525</b>	<b>301</b>
Atkarība, psihozes	656	390	689	385	515	292
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	11	11	7	5	10	9
<b>Vairākas vielas (F19)</b>	<b>373</b>	<b>193</b>	<b>400</b>	<b>250</b>	<b>346</b>	<b>216</b>
Atkarība, psihozes	290	122	271	144	250	128
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	83	71	129	106	96	88
<b>Stimulanti (F15)</b>	<b>129</b>	<b>84</b>	<b>126</b>	<b>82</b>	<b>104</b>	<b>48</b>
Atkarība, psihozes	105	61	106	64	84	33
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	24	23	20	18	20	15
<b>Sedatīvi (F13)</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
Atkarība, psihozes	11	11	25	23	10	10
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	9	9	12	10	10	10
<b>Kanabinoīdi (F12)</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>17</b>
Atkarība, psihozes	6	6	7	6	9	9
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	16	16	13	12	9	8
<b>Inhalanti (F18)</b>	<b>48</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>15</b>
Atkarība, psihozes	17	16	5	4	6	5
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	31	23	14	12	12	10
<b>Kokaīns (F14)</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Atkarība, psihozes	6	6	4	4	4	4
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	2	2	1	1	0	0
<b>Halucinogēni (F16)</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Atkarība, psihozes	5	5	2	2	0	0
Pārmērīga lietošana, intoksikācija	8	7	3	2	4	4
<b>Kopā</b>	<b>1280</b>	<b>779</b>	<b>1308</b>	<b>798</b>	<b>1039</b>	<b>625</b>

Avots: Veselības ekonomikas centrs, 2010; NFP aprēķini atbilstoši VNC VIS APANS datiem

Līdzīgi kā APANS datos, katrā ceturktā stacionāru pacienīe ir sieviete, 2009. gadā – 25,1%, 2008. gadā – 24,4%, 2007. gadā – 24,6%. Vidējais stacionāros ārstēto pacienīu vecums 2009. gadā bija 27,3 gadi (standartnovirze 9,8). Opiātu un vairāku vielu atkarības pacienīu vidējais vecums ir līdzīgs, attiecīgi 28,2 (+/-6,8) un 28,8 (+/-9,7) gadi. Ievērojami jaunāki ir ar stimulantu atkarību diagnosticētie (24,9 gadi; standartnovirze 7,8), kā arī stimulantu un vairāku vielu pārmērīgie lietotāji, attiecīgi 23,3 (+/-7,8) un 22,8 (+/-9,8) gadi.

## 6. Ar narkotiku lietošanu saistītās sekas

Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības un ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi un lietotāju mirstība ir divi būtiskākie indikatori, kas sniedz plašu informāciju par ar narkotiku lietošanu saistītām sekām. Pēdējo trīs gadu laikā nav vērojamas lielas izmaiņas HIV prevalencē. To iespējams skaidrot ar šīrču apmaiņas konsultatīvo punktu darbību, kas ieņem nozīmīgu lomu infekcijas slimību izplatības samazināšanā. Šā brīža lielākā problēma ir HIV transmisijas izmaiņas, proti, no intravenozas transmisijas uz heteroseksuālu.

Joprojām valstī ir daudz tā dēvēto slēpto B un C hepatīta gadījumu, un reālais inficēto personu, tajā skaitā narkotisko vielu lietotāju, skaits ir daudz lielāks. Pagaidām nav pieejami dati par citām ar narkotiku lietošanu saistītām seksuāli transmisīvām slimībām.

Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu analīzei tiek izmantoti divi datu avoti – Mirušo personu datu bāze (*General mortality register*) un speciālā reģistra dati (*Special mortality register*).

### 6.1. Ar narkotiku lietošanu saistītās infekcijas slimības

#### Ziņošanas (monitoringa) sistēmu dati

##### HIV/AIDS

Latvijā HIV/AIDS epidemioloģisko uzraudzību kopš 2009.gada septembra veic Valsts aģentūras Latvijas Infektoloģijas centrs (LIC) HIV/AIDS ierobežošanas programmas realizācijas koordinācijas nodaļa. Valstī kopumā 2009.gada laikā epidemioloģiskās uzraudzības tīkla laboratorijās un zema sliekšņa centros HIV infekcijas diagnosticēšanai pārbaudīti 134919 asins paraugi (ieskaitot asins donorus), tātad salīdzinājumā ar 2008. gadu (n=152010) izmeklēto personu skaits samazinājies par 11,2%. No visiem izmeklētajiem asins paraugiem 3,0% (n=176) ņemti injicējamo narkotiku lietotājiem (INL), kas salīdzinājumā ar iepriekšējo gadu ir par 1,9% mazāk (*skat. 6.1.tabulu*).

**6.1. tabula. Kopējais izmeklēto asins paraugu skaits HIV infekcijas diagnosticēšanai un izmeklēto INL asins paraugu īpatsvars Latvijā laikā no 2003.–2009.gadam**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kopējais izmeklēto asins paraugu skaits epidemioloģiskās uzraudzības tīkla laboratorijās un HPP <sup>29</sup>	164936	155128	142333	153193	148619	152010	134919 <sup>30</sup>
Kopējais izmeklēto asins paraugu skaits <sup>31</sup> epidemioloģiskās uzraudzības tīkla laboratorijās un HPP (atskaitot donorus)	82,424	84,054	85,538	85,117	79,279	72,444	59,331 <sup>32</sup>
Izmeklēto INL asins paraugu skaits	987	212	363	349	386	357	176

Avots: Latvijas Infektoloģijas centrs, 2010

Saskaņā ar LIC datiem līdz 2009.gada beigām valstī bija reģistrēti 4614 (2008.gadā - 4339) HIV inficēšanās gadījumi (204 uz 100 000 iedzīvotājiem), no kuriem 826 personām diagnosticēta AIDS stadija. Minētajā laikā reģistrēti arī 559 personu, kuras dzīvo ar HIV (*people living with HIV, PLHIV*), nāves gadījumi. Kopumā pagājušajā gadā valstī reģistrēti 275 (2008.gadā – 358) jauni HIV inficēšanās gadījumi, kas ir par 83 gadījumiem mazāk kā 2008.gadā.

<sup>29</sup>t.sk. valsts apmaksātie testi, privāti veiktie testi, izmeklējumi asins donoriem

<sup>30</sup>t.s.k. 1238 testi narkotiku lietotājiem HPP

<sup>31</sup>Neieskaitot asins donorus

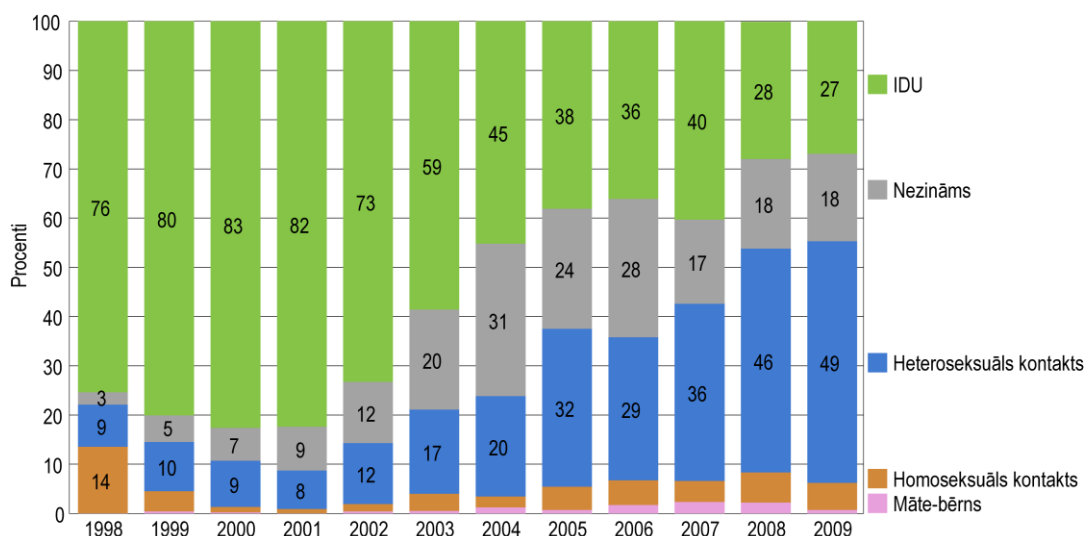
<sup>32</sup>Primārā HIV diagnostika epidemioloģiskās uzraudzības tīkla laboratorijās

Salīdzinot ar vidējiem HIV prevalences rādītājiem Eiropā, Latvija pieskaitāma pie Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīm, kurās infekcijas izplatība ir augsta (2008.gadā Latvijā reģistrētā HIV prevalence bija 158 gadījumi uz miljons iedzīvotājiem, bet vidēji ES – 61 gadījums uz miljons iedzīvotājiem) (UNGASS, 2010).

2009.gadā valstī reģistrēti 275 jauni HIV inficēšanās gadījumi, kas ir aptuveni par 23% mazāk kā 2008.gadā (n=358) un 2007.gadā (n=350).

Kopš 2008.gada vadošais HIV transmisijas ceļš Latvijā ir heteroseksuāli dzimumkontakti. Līdz tam lielākā daļa personu bija inficējušās ar HIV, izmantojot kopīgus piederumus narkotiku injicēšanai. Un tā 2009.gadā 49,1% (n=135) jauno HIV gadījumu bija iegūti heteroseksuālās transmisijas ceļā, 26,9% (n=74) – narkotiku injicēšanas ceļā, 5,5% (n=15) – homoseksuālu kontaktu ceļā, 0,7% (n=2) – vertikālās transmisijas ceļā, bet 17,8% (n=49) gadījumu inficēšanās ceļš nav zināms (skat. 6.1.attēlu).

### 6.1. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu sadalījums transmisijas grupās 1998.–2009. gadā, %



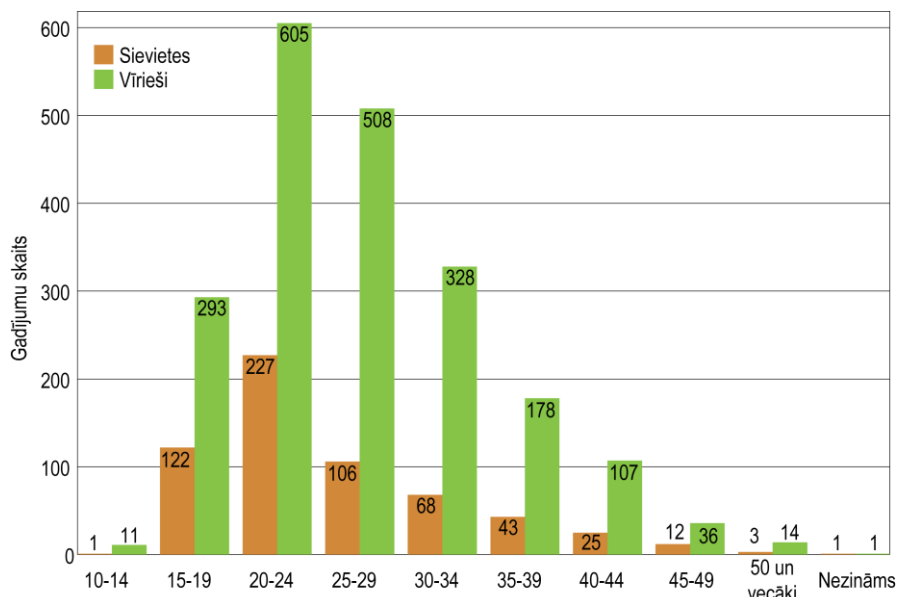
Avots: Latvijas Infektoloģijas centrs, 2010

No visiem jaunajiem HIV gadījumiem 2009.gadā 61,8% (n=170) gadījumu tika konstatēti vīriešiem un 38,2% (n=105) - sievietēm. Ir secināts, ka laikā, kad epidēmija sasniedza augstāko punktu – 2000./2001.gadā, infekcija vairāk izplatījās vīriešu vidū. Ar katru nākamo gadu reģistrēto jauno HIV gadījumu skaits vīriešu vidū samazinājās, taču jauno gadījumu skaits sievietes vidū saglabājās stabils. Šāda situācija tiek uzskatīta par tipisku valstīs, kur epidēmija koncentrēta INL populācijā. Proti, vīrieši inficējas, lietojot kopīgus piederumus narkotiku injicēšanai, bet sievietes inficējas seksuālo kontaktu laikā ar šiem vīriešiem. Tas nozīmē, ka, lai gan heteroseksuālās transmisijas gadījumu skaits pieaug, nebūtu korekti apgalvot, ka tas norāda uz epidēmijas ģeneralizēšanos vispārējā sabiedrībā seksuālo kontaktu ceļā. Šie heteroseksuālās transmisijas gadījumi precīzāk raksturojami nevis kā heteroseksuāls kontakts, bet kā sekss ar INL. Patiesa epidēmijas seksuālā transmisija valstī būtu vērojama gadījumā, ja INL seksa partneres kalpotu kā pārneses grupa (*bridging group*) un izplatītu infekciju tālāk vīriešu vidū, kuri narkotikas neinjicē. Respektīvi, būtu vērojama situācija, ka valstī arvien biežāk inficētos vīrieši, kuri nav INL un kuriem nav seksuālu attiecību ar narkotiku injicētājām sievietēm vai vīriešiem un kuri nav inficēti ne ar B, ne C vīrushepatītu. Taču pagaidām šādas pazīmes Latvijā nav vērojamas (UNGASS, 2010).

Viens no minētās tendences – vērojama jauno HIV gadījumu, kas iegūti INL ceļā, samazināšanās – iemesliem varētu būt Latvijā aktīvā HIV profilakses tīkla injicējamo narkotiku lietotājiem darbība. Īpaši tā aktivitāte pieaugusi pēdējos gados, jo ar UNODC atbalstu ir izdevies palielināt gan HIV profilakses punktu skaitu, gan paplašināt sniegto pakalpojumu klāstu un apjomu (skat. sadaļu par ar narkotiku injicēšanu saistīto infekciju profilaksi) (UNGASS, 2010).

Kopumā līdz 2009.gada 31.decembrim Latvijā reģistrētas 2689 personas (58,3% no visiem reģistrētajiem gadījumiem), kuras infekciju ieguvušas narkotiku injicēšanas ceļā, no tām 77,4% (n=2081) ir vīrieši. Trešā daļa (30,1%, n=832) no šīm personām infekcijas diagnosticēšanas brīdī bijušas vecumā no 20-24 gadiem (*skat. 6.2.attēlu*).

**6.2. attēls. Kopējais HIV gadījumu, kas iegūti narkotiku injicēšanas ceļā, skaits dzimumu un vecuma grupās līdz 2009.gada 31.decembrim, absolūtos skaitļos**



Avots: Latvijas Infektoloģijas centrs, 2010

Aplūkojot jaunus gadījumus, kas pārnesti narkotiku injicēšanas ceļā, var secināt, ka to sadalījums pa dzimumiem kopš 1999.gada saglabājies līdzīgs – ik gadu no visiem minētās transmisijas ceļā inficētajiem aptuveni ceturtdaļa (20-25%) ir sievietes.

No visām personām, kas inficējās INL ceļā līdz 2009.gada beigām (n=2689), 18,6% (n=499) diagnosticēta AIDS stadija. 14,5% (n=390) HIV inficēto INL miruši.

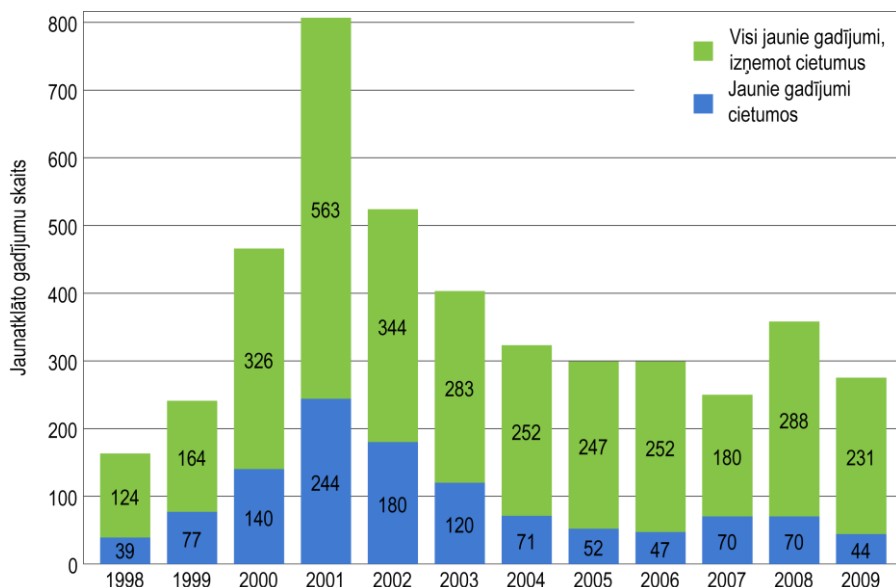
No visiem 2009.gadā reģistrētajiem gadījumiem (n=74), kas iegūti narkotiku injicēšanas ceļā, diviem konstatēta AIDS stadija. Divas personas ir mirušas.

Līdz pagājušā gada beigām diagnosticēti 1155 HIV inficēšanās gadījumi (t.i. 25% no visiem reģistrētajiem infekcijas gadījumiem) ieslodzījuma vietās. No visiem jaunajiem ik gadus reģistrētajiem HIV gadījumiem 20-30% tiek diagnosticēti ieslodzītajiem. Tā, piemēram, 2008.gadā cietumos diagnosticēti 20% no visiem konkrētajā gadā reģistrētajiem gadījumiem, savukārt 2009.gadā – 16% (*skat. 6.3.attēlu*).

Aplūkojot infekcijas gadījumus ieslodzīto vidū saistībā ar transmisijas veidu, jāsecina, ka tendences ir tādas pašas kā vispārējā populācijā – samazinās gadījumu skaits, kas iegūti narkotiku injicēšanas rezultātā un palielinās heteroseksuālos kontaktos inficēto skaits (*skat. 5.attēlu*). No 2009.gadā ieslodzīto vidū reģistrētajiem infekcijas gadījumiem (n=44) 27 (61,4%) iegūti INL ceļā, 13 (29,6%) – heteroseksuālos kontaktos, viens gadījums – homoseksuālos kontaktos, bet trīs gadījumos transmisijas ceļš nav zināms.

Lielākā daļa HIV infekcijas gadījumu ieslodzīto vidū tiek diagnosticēti inkarcerācijas brīdī, kad normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā ieslodzītajiem veic veselības pārbaudi, t.sk. piedāvā veikt HIV testu (šī intensificētā ieslodzīto testēšana ir viens no faktoriem, kas izskaidro augsto cietumos diagnosticēto jauno gadījumu īpatsvaru ik gadus reģistrēto HIV gadījumu vidū). Ieslodzījuma laikā atkārtotas HIV pārbaudes tiek veiktas tikai atsevišķos gadījumos atbilstoši klīniskām indikācijām vai personas pieprasījumam. Tas nozīmē, ka valstī trūkst informācijas par to, cik personu infekciju ieguvušas tieši atrodoties ieslodzījumā (UNGASS, 2010).

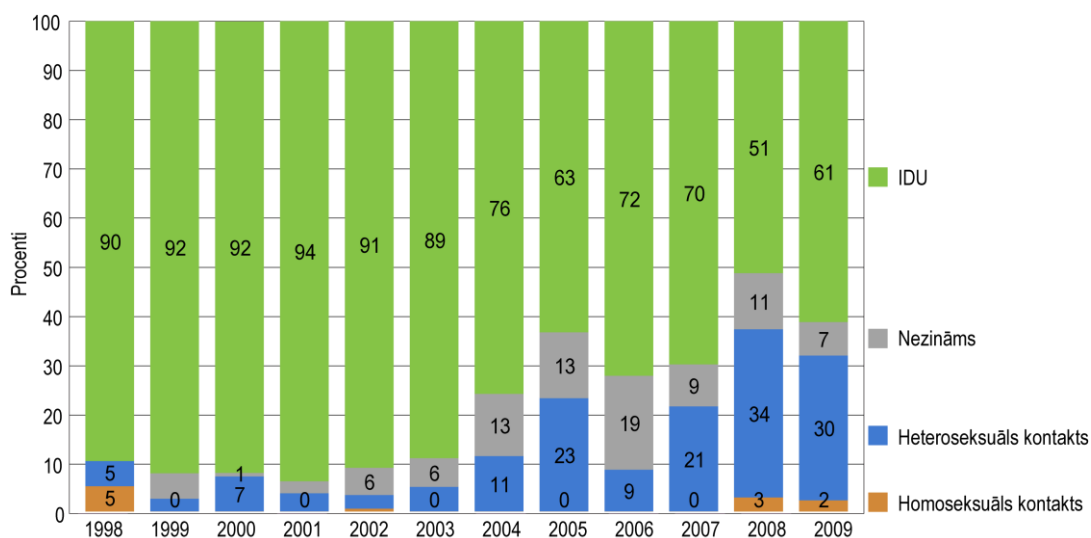
### 6.3. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu skaits valstī kopumā un ieslodzījuma vietās diagnosticēto gadījumu īpatsvars no 1998. līdz 2009. gadam



Avots: Latvijas Infektoloģijas centrs, 2010

Saskaņā ar Veselības ministrijas datiem 2008./2009.gadā cietumos atradās ap 400-450 PLHIV. Ņemot vērā, ka Latvijas 12 ieslodzījuma vietās ieslodzīto skaits 2010.gada 1.janvārī bija 7055, aptuvenā HIV prevalence ieslodzījuma vietās ir 6% (prevalence vispārējā populācijā – 0,2%). Ap 95% inficēto ieslodzīto ir narkotiku injicēšanas pieredze (Ieslodzījuma vietu pārvalde, 2010; UNGASS, 2010).

### 6.4. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu ieslodzīto vidū sadalījums transmisijas grupās no 1998. līdz 2009. gadam



Avots: Latvijas Infektoloģijas centrs, 2010.

2009.gadā tika publicēts pētījums, kurā arī apstiprinājās, ka Latvijas penitenciārā sistēma varētu būt viens no HIV epidēmijas dzinējspēkiem valstī. Proti, izmantojot Sabiedrības veselības aģentūras 2007./2008.gadā veiktā šķērsriezuma pētījuma „HIV un citu infekciju slimību prevalences un asociētās riska uzvedības izplatības noteikšana injicējamo narkotiku lietotāju un viņu seksa partneru vidū Latvijā, Lietuvā un Igaunijā” (veikts EK projekta ENCAP ietvaros, kas aprakstīts iepriekšējā gada Nacionālajā ziņojumā) datu bāzi, tika noskaidroti faktori, kas ietekmē HIV prevalenci injicējamo narkotiku lietotāju vidū Latvijā. Tika salīdzināta dažādu faktoru izplatība HIV inficēto un HIV neinficēto INL vidū. Tika aprēķināta nesamērotā, kā arī samērotā izredžu attiecība (*Odds Ratio, OR*) (izmantojot binārās loģistiskās regresijas analīzi). Pētījumā noskaidrojās, ka viens no faktoriem, kas cieši un statistiski ticami ir saistīts ar HIV pozitīvu



statusu INL vidū ir atrašanās ieslodzījumā dzīves laikā (nesamērotā OR=1,70; 95% TI 1,1-2,7). Respektīvi, tiem INL, kuri kaut reizi mūžā atradušies ieslodzījumā ir 1,7 reizes lielākas izredzes būt HIV inficētiem nekā tiem, kuri ieslodzījumā nav bijuši (atrašanās ieslodzījumā bija pašu respondentu ziņota, atbildot uz validētās PVO anketas jautājumu). Lai izslēgtu iespējamību, ka minēto sakarību izskaidro citi faktori, tika noteikta arī samērotā OR, taču pēc samērošanas minētā sakarība kļuva vēl ciešāka – OR=1,87 (95% TI=1,0-3,4) (samērošana tika veikta pēc šādiem faktoriem (t.i., tika izslēgta šādu faktoru ietekme uz rezultātu): dzimums, vecums, narkotiku injicēšanas stāžs, galvenā injicētā narkotiskā viela, kopīga šļirču lietošana ar zināmu HIV inficētu personu) (Karnīte A. et.al., 2009).

## Hepatīti A/B/C

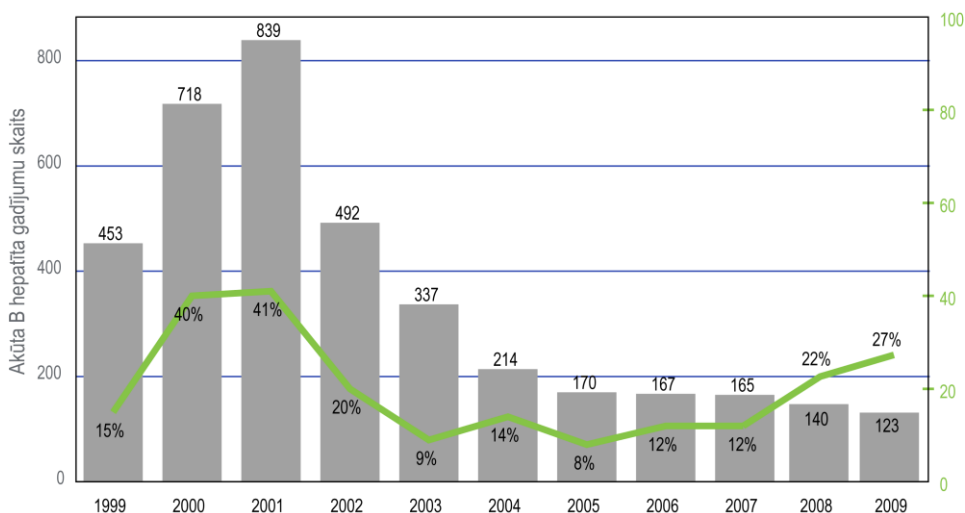
Latvijā HIV/AIDS epidemioloģisko uzraudzību veic Valsts aģentūras Latvijas Infektoloģijas centrs Infekcijas slimību epidemioloģiskās uzraudzības un imunizācijas nodaļa.

Straujš vīrushepatīta A pieaugums Latvijā tika novērots no 2007.gada novembra. Kopumā no 2007.gada 20.novembra līdz 2008.gada 31.decembrim bija apstiprināti 2817 A hepatīta saslimšanas gadījumi. Saslimušie indivīdi bija vecumā no pieciem mēnešiem līdz 86 gadiem (vidējais vecums 31,7 gadi). 2009.gadā situācija stabilizējās, taču kopējā saslimstība gada laikā joprojām bija augsta, reģistrēts 2291 inficētais, no kuriem 44,1% (n=1010) bija sievietes, bet 55,9% (n=1281) – vīrieši.

2009.gadā reģistrēti 123 (2008.gadā – 140) akūta vīrushepatīta B gadījumi, no tiem 43 (35,0%) bija sievietēm, bet 80 (65,0%) – vīriešiem. No šiem gadījumiem 33 jeb 26,8% tika iegūti INL ceļā (*skat. 6.5. attēlu*). Hronisks vīrushepatīts B identificēts 73 personām, no kuriem 3 iegūti, izmantojot kopīgus piederumus narkotiku injicēšanai.

Jāpiemin, ka ļoti augsts ir gadījumu īpatsvars, kuru transmisijas ceļš nav noskaidrots – 29,3% (n=36) akūta un 84,9% (n=62) hroniska hepatīta gadījumā. Iespējams, šī iemesla dēļ INL īpatsvars tiek novērtēts zemāks kā tas ir patiesībā, jo INL varētu būt arī nenoskaidrotās transmisijas gadījumu vidū.

### 6.5. attēls. Ikgadējo jauno akūtā vīrushepatīta B gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) un narkotiku injicēšanas ceļā iegūto gadījumu īpatsvars no 1999. līdz 2009. gadam

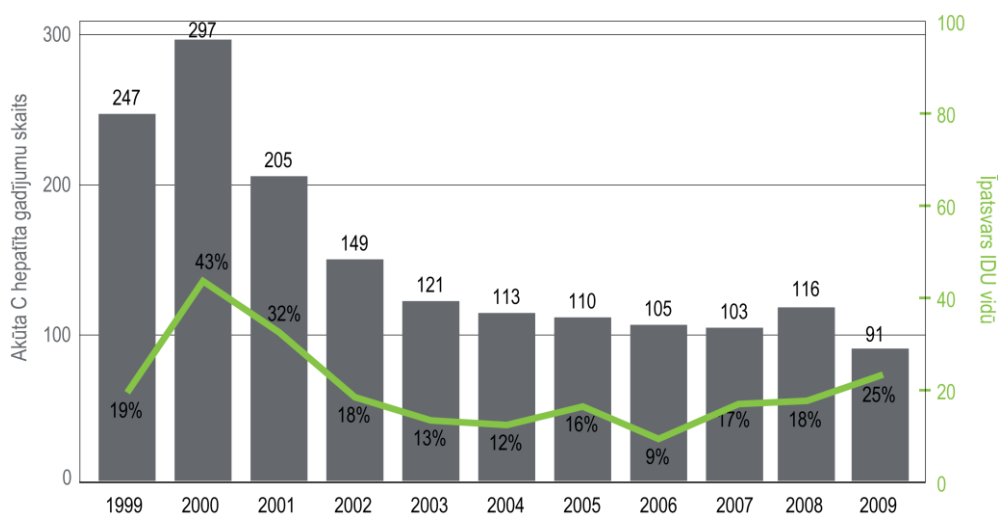


Avots: Latvijas infektoloģijas centrs, 2010.

Akūts vīrushepatīts 2009.gadā C reģistrēts 91 personai, no kurām 23 jeb 25,3% infekciju ieguvušas, injicējot narkotiskās vielas. 2008.gadā akūts C hepatīts bija reģistrēts 116 personām (*skat. 6.6.attēlu*). Hroniska hepatīta C infekcija identificēta 1271 personai, no kurām 112 jeb 8,8% bijuši injicējamo narkotiku lietotāji.

Arī vīrushepatīta C gadījumā vērojams ļoti augsts gadījumu ar nenoskaidrotu inficēšanās ceļu īpatsvars – 36,3% (n=33) akūta un 77,2% (n=981) hroniska hepatīta gadījumā. Tāpēc INL īpatsvars, iespējams, tiek novērtēts zemāk kā tas ir patiesībā.

**6.6.attēls. Ikgadējo jauno akūtā vīrushepatīta C gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) un narkotiku injicēšanas ceļā iegūto gadījumu īpatsvars no 1999. līdz 2009. gadam**



Avots: Latvijas infektoloģijas centrs, 2010

Kopš 2001. gada vērojama vīrushepatītu B un C jauno gadījumu skaita stabilizācija, taču kopš 2005. gada novērojams INL ceļā iegūto gadījumu īpatsvara pieaugums.

**Seksuāli transmisīvās infekcijas un tuberkuloze**

Datus par saslimstību ar tuberkulozi valsts mērogā kopš 2009.gada vāc un analizē Latvijas infektoloģijas centra Tuberkulozes un plaušu slimību klīnikas Metodiskās vadības, uzraudzības un analīzes nodaļa.

Pēdējos gados saslimstība ar pirmreizēju tuberkulozi (TBC) valstī samazinās (*skatīt 6.2.tabulu*), tāpat arī mirstība no tās, taču tā joprojām ir aktuāla problēma, tajā skaitā narkotisko vielu lietotāju un PLHIV vidū.

**6.2. tabula. Jauno pirmreizējās TBC gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem 2000.–2009. gadā valstī kopumā**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Jauno pirmreizējās TBC gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotāju	70.5	72.9	65.4	63.3	59.0	53.5	49.7	47.2	40.3	36.6

Avots: Latvijas infektoloģijas centrs, 2010

Kopumā 2009.gadā valstī reģistrēti 830 jauni saslimšanas gadījumi. Vīriešu vidū vērojami augstāki rādītāji kā sievietes vidū – 2009.gadā pirmreizējo saslimšanas gadījumu skaits uz 100 000 vīriešiem bija 53,5 (n=559), bet uz 100 000 sievietēm – 22,2 (n=271). 2009.gadā reģistrēti arī 123 (jeb 5,4 uz 100 000 iedzīvotāju) TBC recidīvi.

No tuberkulozes 2009.gadā mirušas 88 personas (3,9 gadījumi uz 100 000 iedz.). No tām 68 bija vīrieši (6,5 uz 100 000 iedz.) un 20 – sievietes (1,6 uz 100 000 iedz.).

44 personas no visiem saslimšanas gadījumiem (pirmreizējie un recidīvi) 2009.gadā identificēti narkotiku lietotāju vidū, no tiem 34 bija vīrieši un 10 – sievietes.

Latvijas infektoloģijas centrs uzskaita arī tos pacientus, kuriem konstatēta duāla infekcija, proti, tuberkuloze un HIV/AIDS. Pacientu skaits, kuri inficēti gan ar TBC, gan ar HIV kopš 2000.gada arvien pieaug. 2009.gadā reģistrētas 73 šādas personas (pirmreizējie gadījumi un recidīvi) (*skatīt 6.3. tabulu*), no kuriem 45 ir vīrieši un 28 – sievietes.

**6.3. tabula. Reģistrēto duālās TBC / HIV infekcijas gadījumu skaits Latvijā (absolūtos skaitļos) no 2000. līdz 2009.gadam**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HIV+TBC	14	27	25	40	40	53	46	56	72	73

*Avots: Latvijas infektoloģijas centrs, 2010*

Lielākais duālās infekcijas gadījumu skaits reģistrēts vecuma grupā no 25–34 gadiem (n=33).

Latvijas infektoloģijas centrs vāc un apkopo informāciju ne tikai par HIV/AIDS un vīrushepatītiem B un C, bet arī par citām seksuāli transmisīvām infekcijām. Šī informācija patlaban vēl netiek analizēta saistībā ar narkotisko vielu lietošanu.

Salīdzinot ar 2008.gadu, 2009.gadā samazinājies reģistrēto inficēšanās gadījumu skaits ar tādām seksuāli transmisīvajām infekcijām kā sifiliss (2005.gadā – 192 gadījumi un miljons iedz., 2009. gadā – 76,5) un gonoreja (2005.gadā – 301 gadījumi un miljons iedz., 2009 – 191), savukārt pieaudzis hlamidiozes gadījumu skaits (2005.gadā – 316 gadījumi un miljons iedz., 2009 – 498) (*skat. 2.tabulu*). Hlamidiozes gadījumu pieaugums pēdējo gadu laikā ir saistāms ar veiktajām izmaiņām epidemioloģiskās uzraudzības uzskaites sistēmā (t.i. kopš 2008.gada vidus par diagnosticētajiem gadījumiem ziņo ne tikai ārsti, bet arī laboratorijas).

**6.4. tabula. Reģistrēto seksuāli transmisīvo infekciju gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) no 2001. līdz 2009.gadam**

	Sifiliss	Gonoreja	Hlamidioze	HSV
2001	594	551	589	51
2002	679	555	582	49
2003	784	481	502	52
2004	584	537	528	59
2005	443	694	729	90
2006	483	746	820	67
2007	301	669	711	98
2008	234	487	704	94
2009	173	433	1127	74

*Avots: Latvijas infektoloģijas centrs, 2010*

**Saslimstība ar infekcijas slimībām**

Narkotiku lietotāju kohortas pētījumā iekļautie jautājumi par inficēšanās statusu ļauj noskaidrot laiku, kad kohortas dalībnieki pēdējo reizi veikuši testu, kas ir nozīmīgs testu veikšanas pieejamības un narkotiku lietotāju „apzinīguma” rādītājs.

Tā kā testa veikšanas rādītājs ir kumulatīvs, tad 2009. gadā salīdzinājumā ar iepriekšējos pētījuma posmos novēroto, ir augstāks jebkad hepatītu testu veikušo īpatsvars (70% – 2007. gadā, 74% – 2008. gadā, 86% – 2009. gadā) (*skat. 6.5. tabulu*). Atbilstoši respondentu atbildēm nedaudz mazāk kā katrs otrais (46%) narkotiku lietotājs klasificējams kā nesen testu veikušais. Salīdzinājumā ar 2008. gada pētījuma datiem ir novērojams šīs proporcijas samazinājums, kuras novērotais pieaugums 2008. gadā bija saistīts ar SVA AIDS profilakses centra veikto pētījumu, kura ietvaros narkotiku lietotājiem tika sniegta bezmaksas iespēja veikt hepatīta pārbaudīti.

**6.5. tabula. HIV un hepatīta testu veikušo respondentu īpatsvars trīs kohortas pētījuma posmos, % no atbildējušiem**

	2007. gads			2008. gads			2009. gads		
	B hepatīts	C hepatīts	HIV	B hepatīts	C hepatīts	HIV	B hepatīts	C hepatīts	HIV
Testu jebkad veikušie	70		87	74		89	86		96
Nesen testu veikušie <sup>33</sup>	52		67	62		75	46		70
Pozitīvu inficēšanās statusu norādījušie no visiem testu veikušiem	22	53	20	17	61	18	16	66	17

Avots: Trapencieris u.c., 2009

Atbilstoši 2009. gadā norādītajam 16% un 66% testu veikušo respondentu uzskata, ka ir attiecīgi inficēti ar B vai C hepatītu, savukārt attiecīgi 29% un 10% nezina savu B vai C hepatīta statusu.

2009. gada pētījuma rezultāti liecina, ka lielākā daļa (96%) aptaujāto narkotiku lietotāju dzīves laikā veikuši HIV testu. No HIV testu veikušiem 6% nemācēja atbildēt, kad veikuši pēdējo HIV testu, savukārt 70% to veikuši salīdzinoši nesen (39% – 2008. gadā; 28% – 2009. gadā) (skat. 25. tabulu).

Tikai 2% testu veikušo kohortas dalībnieku nevēlējās izpaust HIV statusu, savukārt divi procenti nezina vai arī nav bijuši pēc atbildes. Testu veikušie 17% respondentu atzina, ka pēdējā testa rezultāts bijis pozitīvs. Salīdzinājumam 2006. gada aptaujā pēdējā HIV testa rezultāts pozitīvs bija 14% testu veikušo respondentu, 2007. gadā – 20%, bet 2008. gadā – 18%. Tā kā aptaujā iegūtie rezultāti nav laboratoriski pārbaudīti, ir grūti pateikt, cik lielā mērā respondentu sniegtā informācija ir precīza.

## 6.2. Citas ar narkotiku lietošanu saistītas veselības problēmas un sekas

### Veselības stāvoklis

Atbilstoši kohortas pētījuma datiem veselību kā sliktu novērtējuši 11% narkotiku lietotāju, savukārt kā viduvēju – 34%. Salīdzinājumā ar vispārējo 15–64 gadus vecu Latvijas iedzīvotāju veselības stāvokli narkotiku lietotāju veselības pašnovērtējums ir ievērojami zemāks (skat. 6.6. tabulu), savukārt, ja datus analizē atbilstoši vecumam, tad atbilstošo vecuma grupu kohortas dalībnieku veselības problēmas ir vēl nopietnākas. Līdzīgi kā vispārējais veselības stāvoklis arī narkotiku lietotāju garīgās vai fiziskās veselības līmenis ir zemāks kā iedzīvotājiem kopumā.

<sup>33</sup> No tiem, kuri veikuši testu un norādījuši veikšanas gadu. Par nesen testu veikušiem tiek uzskatīti tie, kuri testu veikuši aptaujas vai arī iepriekšējā gadā.

**6.6. tabula. Narkotiku lietotāju un 15–64 gadus vecu iedzīvotāju veselības pašvērtējums, %**

	Narkotiku lietotāji	15–64 gadus veci iedzīvotāji
Lieliska	2	6
Ļoti laba	8	18
Laba	45	47
Viduvēja	34	25
Slikta	11	4

Avots: Trapencieris u.c., 2009; Koroļeva, Goldmanis u.c., 2008

Jāsecina, ka narkotiku lietotāju aprūpei primārajā aprūpē var būt nepieciešams daudz lielāks valsts finansējums nekā līdz šim. Ideālā variantā kaitējuma mazināšanas programmās vai centros jaunu klientu piesaistei vai esošo klientu „noturēšanai” redzeslokā apsverama iespēja pakalpojumu klāstā iekļaut vismaz primāro veselības aprūpi.

### Pārdozēšana

Rīgas Austrumu klīniskās universitātes Toksikoloģijas centrs ir apkopojis datus par saindēšanās un pārdozēšanas bez letālām sekām gadījumu skaitu no 2005. līdz 2009. gadam. Tehniskas kļūmes dēļ nav pieejami dati par 2008. gadu. Informācija aptver tikai Rīgas iedzīvotājus, kas minētājā laika posmā ārstējušies Toksikoloģijas centrā narkotisko vielu pārdozēšanas rezultātā.

Pieejamie dati liecina, ka visbiežāk Toksikoloģijas centrā ārstējušies no opiātu un stimulantu pārdozēšanas (skat. 6.7. tabulu). Katru gadu tiek reģistrēti daži saindēšanās gadījumi ar kanabionīdiem, savukārt no 2005. līdz 2009. gadam reģistrēti 3 kokaīna (2007. un 2009. gads) un 2 halucinogēnu pārdozēšanas gadījumi. Katru gadu Toksikoloģijas centrā nonāk pacienti, kas saindējušies ar nezināmām vielām, piemēram, 2009.gadā tika reģistrēti 42 šādi gadījumi (skat. 6.7. tabulu), kad pacienti ārstējās no saindēšanās ar nezināmām vielām, savukārt 38 pacienti ārstējās no nezināmas narkotiskās vielas pārdozēšanas<sup>34</sup>. Narkotisko vielu pārdozēšanas rezultātā centrā biežāk nokļūst vīrieši, attiecīgi 2009.gadā ārstējās 110 vīrieši un 33 sievietes.

**6.7. tabula. Saindēšanās gadījumu skaits dalījumā pa lietotajām vielām un dzimumiem 2005.–2009<sup>35</sup>. gadā**

	2005			2006			2007			2009		
	V	S	K	V	S	K	V	S	K	V	S	K
Opioīdi	60	7	67	71	16	87	59	7	66	31	3	34
Kokaīns	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1
Stimulanti (izņemot kokaīnu)	22	2	24	38	9	47	48	12	60	13	8	21
Halucinogēni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Kanabionīdi	3	2	5	6	1	7	4	3	7	5	1	6
Nezināma viela	28	26	54	32	23	55	10	12	22	27	15	42
Nezināmas narkotikas pēc iest. dg.	17	2	19	14	11	25	24	5	29	33	5	38

Avots: Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Toksikoloģijas centrs, 2010

Atsevišķos gadījumos Toksikoloģijas centrā tika uzņemti pacienti, kas vienlaicīgi bija lietojuši vairākas vielas. Visbiežāk reģistrēti gadījumi, kad citas vielas lietotas kombinācijā ar heroīnu un amfetamīnu (skat. 6.8. tabulu). Vairākos gadījumos kopā ar narkotiskajām vielām lietots arī alkohols.

<sup>34</sup> Atbilstoši RAKUS Toksikoloģijas centra diagnostikas datiem

<sup>35</sup> Tehnisku iemeslu dēļ 2008. gada dati nav pieejami

### 6.8. tabula. Biežākās vielu kombinācijas, absolūtos skaitļos

	2005			2006			2007			2009		
	V	S	K	V	S	K	V	S	K	V	S	K
Heroīns + citas vielas	2	1	3	14	1	15	5	0	5	22	0	22
Amfetamīni + citas vielas	1	0	1	14	0	14	10	3	13	7	3	10
Narkotiskās vielas + alkohols	5	1	6	15	2	17	21	4	25	13	2	15

Avots: Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Toksikoloģijas centrs, 2010

Pieejamie dati liecina, ka kopš 2005.gada Toksikoloģijas centrā no heroīna un amfetamīna pārdozēšanas lielākoties ārstējušies pacienti vecumā līdz 40 gadiem (skat. 6.9. tabulu). Attiecīgajā laika periodā nav reģistrēts neviens gadījums, kad centrā nonācis pusaudzis līdz 15 gadu vecumam. Visvairāk pārdozēšanas gadījumi reģistrēti vecuma grupā no 20 līdz 29 gadiem. Piemēram, 2009.gadā attiecīgajā vecuma grupā ārstējušies 20 pacienti no heroīna pārdozēšanas un 9 pacienti no amfetamīna pārdozēšanas. Amfetamīna pārdozēšanas gadījumos salīdzinoši augsts rādītājs ir vecuma grupā no 15 līdz 19 gadiem (2009.gadā – 7 gadījumi), savukārt no heroīna pārdozēšanas attiecīgajā vecuma grupā ārstējušies tikai daži pacienti (2009.gadā – 1 gadījums), tomēr reģistrēti vairāk pacientu vecumā pēc 30 gadiem, attiecīgi 2009.gadā reģistrēti 8 heroīna un 3 amfetamīna pārdozēšanas gadījumi.

### 6.9. tabula. Heroīnu un amfetamīnus pārdozējušo skaits vecuma grupās 2005.-2009. gadā

	Amfetamīni				Heroīns			
	2005	2006	2007	2009	2005	2006	2007	2009
15–19 gadi	7	8	14	7	4	1	4	1
20–29 gadi	13	17	25	9	38	46	35	20
30–39 gadi	4	4	12	3	5	17	14	8
40 gadi un vecāki	0	1	4	0	3	1	1	0
Kopā	24	30	57	19	50	65	54	29

Avots: Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas Toksikoloģijas centrs, 2010

2009. gada kohortas pētījuma aptaujas anketā jautājums par pārdozēšanu iekļāva papildu atbilstīgu variantus, kas ļāva labāk un precīzāk analizēt datus, taču līdz ar to datu salīdzināmība ar iepriekšējiem posmiem ir ierobežota.

2009. gada kohortas pētījumā norādīts, ka dzīves laikā kaut vienu reizi pārdozējis katrs trešais (34%) narkotiku lietotājs; no pārdozējušiem pēdējā gada laikā tā gadījies 24%, bet 76% pārdozējuši pirms vairāk kā gada.

Sieviešu vidū salīdzinājumā ar vīriešiem dzīves laikā pārdozējušo īpatsvars ir nedaudz augstāks, taču šis atšķirības nav statistiski nozīmīgas – dzīves laikā attiecīgi pārdozējuši 32% vīriešu un 38% sieviešu.

Salīdzinājumā ar iepriekš veiktajiem kohortas pētījuma posmiem pārdozēšana rādītājs 2009. gadā pēdējo sešu mēnešu laikā (6%) ir zemāks nekā iepriekš novērotais (16% – 2006. gadā, 12% – 2007. gadā, 13% – 2008. gadā), taču šis izmaiņas visticamāk ir saistītas ar izmaiņām jautājuma formulējumā. Vēl viens skaidrojums pārdozētāju īpatsvara samazinājumam ir amfetamīna lietotāju īpatsvara pieaugums salīdzinājumā ar iepriekšējiem posmiem.

2009. gadā novērojams, ka amfetamīna lietotāju vidū pārdozēšana ir retāk novērojama salīdzinājumā ar heroīna lietotājiem – attiecīgi dzīves laikā pārdozējuši 28% šī brīža amfetamīna un 43% šī brīža heroīna lietotāju.

Pēdējā pārdozēšanas reizē 57% gadījumu palīdzējuši draugi vai paziņas, 43% – medicīnas darbinieki, savukārt 15% gadījumu palīdzējis ģimenes loceklis.



## Psihiskās blakussaslimšanas (co-morbidity)

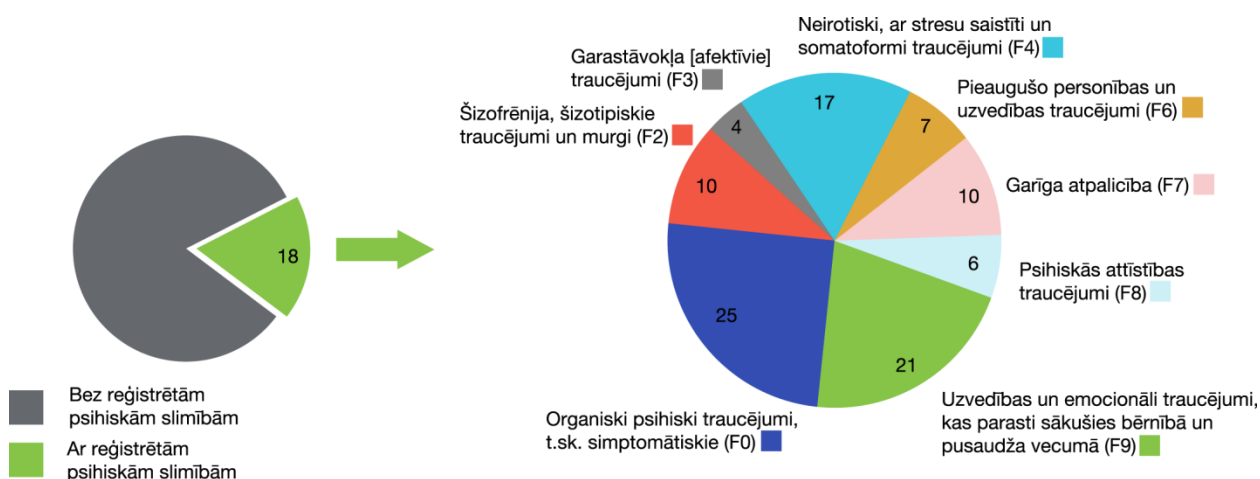
2009. gada Nacionālajā ziņojumā iekļauta pētījuma par duālajām diagnozēm pamatinformācija un metodoloģija. Šis pētījums realizēts, apvienojot PREDA sistēmā iekļautās narkoloģisko un psihiatrijas pacientu datu bāzes. Tā ietvaros noskaidrots duālo diagnožu<sup>36</sup> īpatsvars ārstēto narkotiku lietotāju vidū un pacientu grupas, kurām biežāk diagnosticēti šie traucējumi.

Atkarību un psihiatrijas jomā tiek lietoti vairāki termini diagnožu saistības aprakstīšanai, no kuriem visbiežāk izmantotie ir “duālā diagnoze” un “komorbiditāte”. Duālo diagnožu gadījumā atspoguļota veselībai kaitīga atkarību izraisošo vielu lietošana un/vai atkarība kopā ar psiholoģiska un/vai psihiatriska rakstura traucējumiem. Atkarības vielu lietošana un garīgās veselības traucējumi var pastāvēt vienlaikus vai arī pievienoties cits citam laika gaitā. Iepriekš pasaulē veiktu pētījumu dati liecina, ka atkarību izraisošo vielu lietošana var izraisīt psihiatriskus simptomus un sindromus vai pastiprināt tos, savukārt psihiskas saslimšanas var veicināt problemātisku atkarību izraisošo vielu lietošanu (Pulmanis, Trapencieris un Taube, 2010).

Pētījums veidots kā retrospektīvs kohortas pētījums, apvienojot *Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistru par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem* un *Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistru par narkoloģiskajiem pacientiem un personām, kuras lieto atkarību izraisošās vielas* un analizējot datus par pacientiem, kuri iekļauti abos reģistros. Lai arī informācija tika apkopota, šī pētījuma ietvaros netika analizētas duālās diagnozes alkoholu un tabakas pacientu vidū.

Kopumā kohortā iekļauti 7286 subjekti, kuriem no 1998. līdz 2008. gada uzstādīta ar narkotiku lietošanu saistīta diagnoze (F11-F19, izņemot F17 – tabaka). Pētījuma ietvaros noskaidrots, ka aptuveni katram piektajam narkotiku lietotājam pirms vai pēc pirmreizējās ar narkotikām saistītās diagnozes ir uzstādīta ar psihiskās veselības traucējumiem saistīta diagnoze (F00-F99, izņemot F10-F19). Visbiežāk narkotiku lietotāju vidū konstatētā psihiatriskā diagnoze ir uzvedības un emocionāli traucējumi, kas parasti sākušies bērnībā un pusaudža vecumā (F90–F98) – 33%, tad organiski psihiski traucējumi, ieskaitot simptomātiskos (F00–F09) – 21%, kā arī neirotiski, ar stresu saistīti un somatoformi traucējumi (F40–F48) – 15%. Citas diagnozes reģistrētas retāk, taču tās norādītās attēlā zemāk.

### 6.7. attēls. Narkotiku lietotājiem uzstādītās psihiatriskās diagnozes, %



Avots: Pulmanis, Trapencieris & Taube, 2010

Pētījuma datu analīze liecina, ka aptuveni 11% pācipientiem abas no duālajām diagnozēm (psihiatrijas un narkoloģiskā) diagnosticētas praktiski vienlaicīgi (sešu mēnešu laikā), 31% – psihiatriska diagnoze noteikta kā otrā pēc narkoloģiskās, savukārt 58% – kā pirmā noteikta psihiatriskā pirms narkoloģiskās. Analizētie dati norāda, ka sievietēm biežāk nekā vīriešiem ir

<sup>36</sup> Šajā kontekstā narkotiku lietošanas problēmas un psihiskās problēmas.

duālās diagnozes (OR=1,2; 95% T.I. 1,1–1,4; p<0,001), latviešiem biežāk nekā nelatviešiem (OR=1,5; 95% T.I. 1,3–1,7; p<0,001). Līdzīgi kā citviet pasaulē noskaidrots – amfetamīnus lietojošiem ir biežāk arī psihiatriski traucējumi nekā heroīnu primāri lietojošiem (OR=2,1; 95% T.I. 1,8–2,7; p<0,001).

## Riskantā uzvedība

### Injekcijas piederumu kopīga izmantošana

Inficēties ar infekcijas slimībām injekciju ceļā iespējams, ne tikai lietojot kopīgu šļirci vai adatu, bet arī izmantojot citus iepriekš lietotus injekcijas piederumus, piemēram, karoti, filtru, ūdeni, tāpēc citās valstīs, piemēram, Norvēģijā narkotiku lietotājiem bez maksas ir pieejamas ne tikai šļirces vai adatas, bet pilns vienreizēji lietojams injicēšanās komplekts.

2009. gada pētījuma aptaujas anketā atbilžu variantos tika veiktas korekcijas, kas precīzāk ļāva noskaidrot riskantus injicēšanas paradumus. Līdzšinējās dihotomiskās pazīmes (vai lietojis kopīgus piederumus pēdējo sešu mēnešu laikā) vietā respondenti tika lūgti atbildēt par kopīgu injicēšanās piederumu, kā arī šļirci vai adatu lietošanu pēdējā mēneša, pēdējo sešu mēnešu un pēdējā gada laikā. Līdz ar šīm izmaiņām rezultātu salīdzināmība ir tikai daļēja.

Atbilstoši respondentu atbildēm kohortas pētījuma ceturtajā posmā pēdējo sešu mēnešu laikā kopīgu šļirci vai adatu izmantojis katrs ceturtais respondents (24%), savukārt citus injicēšanās piederumus, piemēram, vati, karoti, ūdeni u.c., kurus kāds jau izmantojis – gandrīz katrs trešais (32%). Salīdzinājumā ar iepriekšējos posmos novēroto ievērojami ir samazinājusies respondentu daļa, kuri kopīgi lietojuši šļirces/adatas vai citus injicēšanās piederumus, taču šeit jāņem vērā izmaiņas jautājuma un atbilžu formulējumā, kas ietekmējusi rezultātu salīdzināmību.

Jaunais jautājuma formulējums ļauj noskaidrot kopīgas injicēšanas paradumus jebkad dzīves laikā, pēdējā gada, kā arī pēdējo 30 dienu laikā. Atbilstoši šim dalījumam dzīves laikā kopīgas šļirces vai adatas lietojuši 40% respondentu, 28% – pēdējā gada laikā, pēdējā mēneša laikā – gandrīz katrs piektais narkotiku lietotājs (18%), savukārt 12% respondentu kopīgas šļirces vai adatas lietojuši pirms vairāk kā gada.

To respondentu vidū, kuri par injicēšanās piederumu kopīgu izmantošanu atbildējuši vismaz divos kohortas pētījuma posmos (n=561), gandrīz katrs trešais (30%) narkotiku lietotājs nav lietojis kopīgus injicēšanās piederumus pēdējo sešu mēnešu laikā nevienā no pētījuma posmiem. Trešdaļa narkotiku lietotāju (33%) kopīgu injicēšanās piederumu lietošanu norādījuši vienā pētījuma posmā, 29% – divos posmos, savukārt septiņi procenti respondentu kopīgus injicēšanās piederumus lietojuši visos trīs pētījuma posmos.

Gados jaunākie narkotiku lietotāji ievērojami biežāk visos pētījuma posmos norāda, ka lieto kopīgus injicēšanās piederumus salīdzinājumā ar gados vecākiem narkotiku lietotājiem (*skat. 6.10. tabulu*).

**6.10. tabula. Kopīgu injicēšanās piederumu izmantošana atkārtoti aptaujāto narkotiku lietotāju vidū, %**

	Jaunāki par 24 gadiem	25-29 gadi	30-34 gadi	35-44 gadi	45 gadi un vecāki	Kopā
Nav lietojuši kopīgus injicēšanās piederumus	21	32	32	41	54	34
Norādījuši, ka kopīgi lietojuši injicēšanās piederumus vismaz vienā pētījuma posmā	53	40	50	41	44	45
Visos pētījuma posmos norādīts, ka lietojuši injicēšanās piederumus	26	28	18	18	2	21

Avots: Trapencieris u.c., 2009

**6.11. tabula. Kopīgu jebkādu injicēšanās piederumu izmantošana pēdējo sešu mēnešu laikā atkarībā no respondenta vecuma, % no atbildējušiem**

	Līdz 24 gadiem	25–29 gadi	30–34 gadi	35–44 gadi	45 gadi un vecāki	Kopā
2007. gads	61	46	36	36	25	45
2008. gads	68	65	59	41	32	58
2009. gads	37	43	30	28	14	33

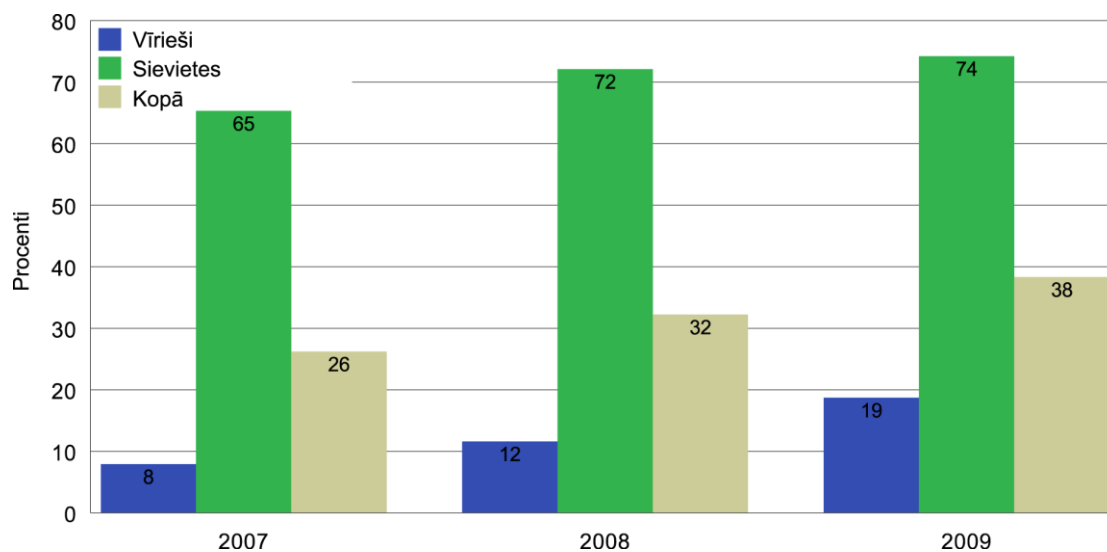
Avots: Trapencieris u.c., 2009

Pozitīvi vērtējama mobilās vienības izveidošana (noteiktās dienās pa noteiktu maršrutu braucošs autobuss, kurā iespējams apmainīt šļirces, iegūt prezervatīvus un konsultācijas) 2009.gadā lielākajā Rīgas kaitējuma mazināšanas punktā.

### Seksuālās attiecības par naudu, narkotikām

Dzīves laikā aptuveni vienai trešdaļai (38%) narkotiku lietotāju ir bijušas seksuālas attiecības par naudu, narkotikām vai citiem materiāliem labumiem, salīdzinājumam – 2007. un 2008. gadā šādi norādījuši attiecīgi 26% un 32% respondentu. Lai arī 2009. gada pētījuma dati norāda, ka 19% vīriešu ir bijušas seksuālas attiecības par naudu, narkotikām vai citiem materiāliem, sievietes vidū šis īpatsvars ir ievērojami augstāks (74%) (skat. 6.8.attēlu).

**6.8. attēls. Seksuālo pakalpojumu sniegšana par naudu, narkotikām vai citiem materiāliem labumiem vīriešu un sieviešu vidū, % no atbildējušiem**



Avots: Trapencieris u.c., 2009

Dzīves laikā seksuālas attiecības par naudu bijušas 31% narkotiku lietotāju, 28% tās bijušas, saņemot narkotikas, savukārt 17% respondentu norādījuši, ka saņēmuši cita veida materiālos labumus. Pēdējā gada laikā seksuālas attiecības, saņemot naudu, bijušas 22% respondentu, narkotikas – 18%, savukārt citus materiālus labumus – 12%.

Nav novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības seksuālo pakalpojumu sniegšanā par dažādiem labumiem pēdējā gada laikā atšķirīgās respondentu vecuma grupās, tomēr gados jaunāko (līdz 24 gadus vecu un 25–29 gadus vecu) respondentu vidū šis īpatsvars ir nedaudz augstāks salīdzinājumā ar gados vecākiem respondentiem (26% līdz 29 gadus vecu respondentu vidū salīdzinājumā ar 15–20% citu vecuma grupu respondentiem). Dažādu vielu lietotāju vidū atšķirības nav statistiski nozīmīgas, taču piebilstams, ka seksuālo pakalpojumu sniedzēju īpatsvars ir augstāks amfetamīna lietotāju vidū nekā heroīna lietotāju vidū novērotais (attiecīgi 31% un 25%).

### 6.3. Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi un lietotāju mirstība

Ar narkotiku lietošanu saistītās nāves ir sarežģīts fenomens, kas veido vērā ņemamu procentu no visiem nāves gadījumiem jaunu cilvēku vidū daudzās Eiropas valstīs. Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA) sadarbībā ar valstu nacionālajiem ekspertiem ir definējuši epidemioloģisko indikatoru, kas ietver divas sastāvdaļas – nāves, ko tieši izraisījušas nelegālās narkotiskās vielas, pārdozēšanu, un nāves problemātisko narkotisko vielu lietotāju vidū.

Latvijā informāciju par nāves gadījumiem, kas saistīti ar narkotisko vielu lietošanu, apkopo un analizē divas institūcijas: 1) Veselības ekonomikas centrs<sup>37</sup> (VEC) ir atbildīgs par Nāves cēloņu datu bāzes uzturēšanu (*General Mortality Register (GMR)*) un 2) Valsts Tiesu medicīnas ekspertīzes centrs (VTMEC) – par mirušo personu speciālā reģistra datiem (*Special Mortality Register (SMR)*). VEC administrētajā Nāves cēloņu datu bāzē tiek iekļauta informācija par visu valsti, un tajā dati tiek iegūti no miršanas apliecībām, kas sākotnēji no visiem valsts rajoniem tiek nosūtītas Centrālām statistikas birojam, tad vienu reizi mēnesī – VEC, kas iegūtos datus kodē, apstrādā, savada datu bāzē un veic analīzi.

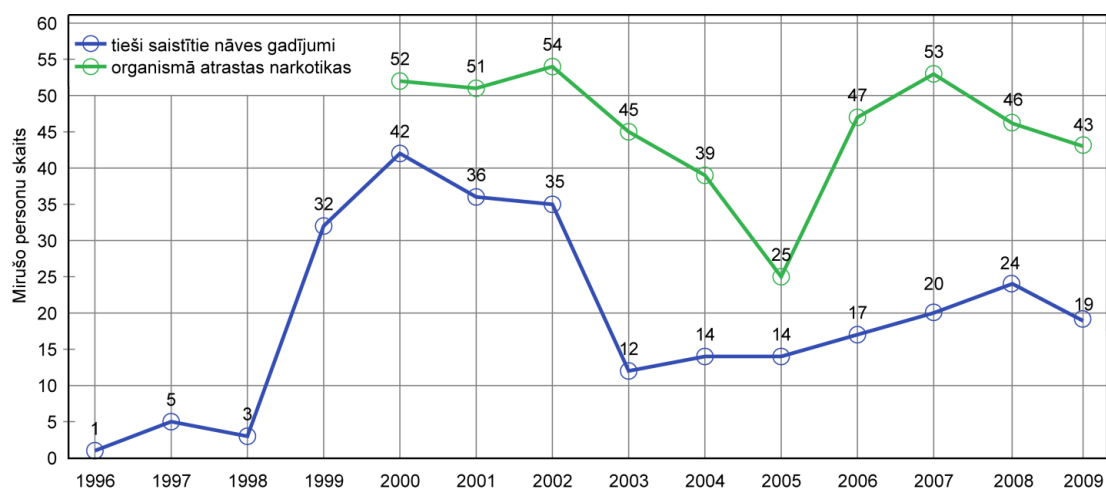
Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centra darbības galvenais mērķis ir tiesu medicīnisko ekspertīžu veikšana.

Abas institūcijas sadarbojas un gada laikā salīdzina mirušo personu datu bāzes, jo sākotnēji abu institūciju dati atšķiras – cilvēkam nomirstot, miršanas apliecība un iespējama nāves cēlonis tiek ierakstīts uzreiz, bet, veicot līķa sekciju, rezultāti tiek saņemti vēlāk. Ja diagnozes (sākotnēji ierakstītā un vēlāk atklātā) nesakrīt, tās tiek nosūtītas labošanai. Šī iemesla dēļ abu institūciju datu bāzes tiek regulāri salīdzinātas un tajās veic nepieciešamās izmaiņas līdz pat attiecīgā gada beigām.

### Statistiskā informācija

Atbilstoši GMR datiem 2009. gadā reģistrēti 19 ar narkotisko vielu lietošanu tieši saistīti nāves gadījumi, jeb par 5 gadījumiem mazāk nekā 2008.gadā un par vienu gadījumu mazāk nekā 2007.gadā. Līdzīgi kā iepriekšējos gados no reģistrētajiem vairums mirušo personu bija 20 līdz 39 gadus veci, pārsvarā vīrieši (18 vīrieši un 1 sieviete).

### 6.9. attēls. Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi, 1998.–2009. gads



Avots: GMR un SMR, 2009

<sup>37</sup>Izveidots saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 29.jūlija rīkojumu 509. „Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju”, pārņemot noteiktas funkcijas no Sabiedrības veselības aģentūras, Medicīnas profesionālās izglītības centra, Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras un Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūras, kas līdz šim uzturēja GMR.

Mirušo personu vidējais vecums bija 28,1 gads – jaunākajam mirušajam bija 19 gadi, bet vecākajam – 50 gadi. No visiem gadījumiem tīša saindēšanās (X61 un X62) nav reģistrēta nevienā gadījumā, trīs gadījumos nodoms nav bijis zināms, bet vairumā gadījumu saindēšanās (X41 un X42) notikusi netīši ar dažādām vielām.

Morfīns nāvi izraisījis 10 gadījumos (T40.2), vienu nāves gadījumu – heroīns (T40.1), divus gadījumus – amfetamīns/metamfetamīns (T43.6), savukārt sešos gadījumos vielas nav tikušas konkrēti norādītas. No 11 gadījumiem, kuros nāve iestājusies opiātu pārdozēšanas rezultātā, trīs gadījumos papildus konstatēta alkohola klātbūtne organismā, trīs gadījumos – benzodiazepīni, bet vienā gadījumā opiātu kombinācijā ar metamfetamīnu.

Psihotropo medikamentu lietošana (T42) izraisījusi 12 nāves gadījumus, no kuriem visos nāves gadījumos benzodiazepīnu lietošana izraisījusi nāvi. Benzodiazepīnus pārdozējušo vidējais vecums bija 43,8 gadi (24-74 gadi). No šiem gadījumiem septiņi bija vīrieši un piecas sievietes.

Atbilstoši SMR datiem 2009. gadā kopumā reģistrēti 43 nāves gadījumi personām, kuras lietojušas narkotiskās un psihotropās vielas (39 vīrieši un 4 sievietes). Salīdzinot ar 2008.gadu, atbilstoši SMR datiem vērojams nāves gadījumu samazinājums personām, kuru bioloģiskajās vidēs atklātas narkotiskās vielas. Atbilstoši VTMEC sniegtajai informācijai no 43 mirušajām personām 18 gadījumos konstatēta pārdozēšana, septiņos gadījumos dažādi savainojumi, astoņos gadījumos – pašnāvības un astoņos gadījumos – nevardarbīga nāve.

Sintētiskas vielas, tai skaitā to kombinācijas ar citām psihotropām vielām un/vai alkoholu, tika konstatētas 21 mirušas personas organismā, 18 gadījumos organismā atrasti opiāti, vienā gadījumā – kokaīns kombinācijā ar psihotropām vielām, savukārt trīs gadījumos – konstatēta narkotiku klātbūtne, taču konkrētas vielas nav noteiktas.

No 18 gadījumiem, kad organismā konstatēta opiātu klātbūtne, 12 gadījumos atrasti tika opiāti (bez citām vielām), divos gadījumos – opiāti, alkohols un sintētiskās vielas, bet četros gadījumos – opiāti un psihotropās vielas.

Jāatzīst, ka ar narkotisko vielu lietošanu saistīto mirušo personu skaits valstī faktiski varētu būt daudz lielāks, pirmkārt, jau tādēļ, ka ne visiem mirušajiem tiek veiktas toksikoloģiskās analīzes, otrkārt, iespējams, ka esošā aparatūra nespēj noteikt kādu jaunu vielu klātesamību, treškārt, pastāv iespēja, ka dažas vielas ir ātrāk gaistošas nekā citas.

Ministru kabineta noteikumi Nr.215 „Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai”, kas stājās spēkā 2007.gada 12.aprīlī nosaka, ka personas nāvi konstatē ģimenes ārsts, kas arī aizpilda un izsniedz miršanas apliecību „normālas” nāves gadījumā. Nedabīgas vai vardarbīgas nāves gadījumā personas līķi uz autopsiju nosūta policija. Nedabīgas vai vardarbīgas nāves gadījumā autopsija tiek apmaksāta no valsts līdzekļiem. Galvenā problēma un izskaidrojums faktam, ka tieši pēdējā gada laikā strauji samazinājies veikto autopsiju skaits, ir jau pieminētie Ministru kabineta noteikumi. Pastāv bažas, ka ne vienmēr ģimenes ārsts nosūta personas līķi autopsijai un toksikoloģisko analīžu veikšanai, bet gan reģistrē citu nāves cēloni. Tas var novest pie fakta, ka mirušo personu skaits no narkotisko vielu pārdozēšanas turpmākajos periodos var „neizskaidrojami” samazināties. 6.xx. tabulā atspoguļots Latvijā un Rīgā veikto autopsiju skaits 2005.-2009. gadā, kas norāda, ka šajā laika posmā autopsiju skaits ir samazinājies vairāk nekā divas reizes.

**6.12. tabula. No 2005. līdz 2009. gadam veikto autopsiju skaits Latvijā un Rīgā**

	Rīga	Latvija kopā
2005	2828	6217
2006	2883	5984
2007	2083	4332
2008	1521	3402
2009	1255	2841

*Avots: Valsts tiesu medicīnas ekspertīzes centrs, 2010*

To, ka narkotiku lietotājiem bieži kā nāves cēlonis, neveicot autopsiju, tiek ierakstīti nāves cēloņi, kas nav saistīti ar narkotiku lietošanu, ilustratīvi demonstrē Latvijā veiktie mirstības kohortas pētījumi narkotiku lietotāju vidū. Detalizētu informāciju par kohortas pētījumiem skatīt šī ziņojuma 12. nodaļā.



## 7. Ar narkotiku lietošanu saistīto veselības problēmu un seksu samazināšana

### 7.1. Ar narkotiku lietošanu saistīto nāves gadījumu samazināšana

Neatliekamā medicīniskā palīdzība Latvijā bez maksas tiek sniegta visiem valsts iedzīvotājiem, taču pagaidām Latvijas Reitox Nacionālā fokālā punkta rīcībā nav datu no neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta. Jau tuvākajā nākotnē plānots uzsākt sadarbību ar dienestu, kā arī ar lielāko republikas slimnīcu uzņemšanas nodaļām, lai identificētu personas, kam sniegta narkotisko vielu palīdzība pārdozēšanas gadījumos.

Nozīmīga loma narkotisko vielu pārdozēšanas novēršanā ir farmakoloģisko opioīdu atkarīgo pacientu ārstēšanās programmām. Latvijā 2008.gadā tika pieņemti būtiski grozījumi normatīvajos dokumentos, kas paredz metadona programmas paplašināšanas iespējas (līdz šim ārstēšana ar metadonu bija iespējama tikai Rīgā, Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrā).

Turklāt būtisku lomu pārdozēšanu samazināšanā pilda šļirču apmaiņas konsultatīvie punkti, kur punktu darbinieki informē lietotājus par drošu lietošanu un to, kā jārikojas, ja radušās aizdomas par pārdozēšanu. Diemžēl samazinātā finansējuma dēļ krasi samazināts ielu sociālo darbinieku skaits.

Eiropas projektā „Expanding Network for Comprehensive and Coordinated Action on HIV/AIDS Prevention among IDUs and Bridging Population, ENCAP” tika izdota brošūra „Pārdozēšana. Informācija, kas paredzēta narkotiku lietotājiem” latviešu un krievu valodās. Brošūrā sniegta detalizēta informācija par pārdozēšanas simptomiem ar opiātiem un stimulantiem, pirmās palīdzības sniegšanu u.c. Brošūras, kā arī bezmaksas konsultācijas pieejamas visos šļirču apmaiņas konsultatīvajos punktos.

### 7.2. Ar narkotiku lietošanu saistīto infekcijas slimību samazināšana un ārstēšana

#### Profilakse

Kopš 1997.gada, kad tika Rīgā tika izveidots pirmais šļirču apmaiņas kabinets Latvijā, HIV profilakses un kaitējuma mazināšanas pakalpojumu klāsts un apjoms narkotiku injicētājiem ar katru gadu palielinājies. 2009.gadā valstī kopumā darbojās jau 18 HIV profilakses punkti (HPP, HIV profilakses tīkls) 16 pilsētās. Minēto punktu pakalpojumu klāsts ir plašs un katrā konkrētajā pilsētā pielāgots klientu vajadzībām – šļirču apmaiņa, ielu darbs, HIV brīvprātīgā konsultēšana un testēšana, dezinfektantu nodrošināšana, informēšana, izglītošana un konsultēšana par dažādiem veselības, psiholoģiskiem un sociālas dabas jautājumiem utt. (UNGASS, 2010.).

Saskaņā ar LIC sniegto informāciju ielu darbs 2009.gadā tika veikts 9 pilsētās (no tām trijās – 12 mēnešus gadā, divās – 6 mēnešus, vienā – 5, vienā – 4 mēnešus). Sešās pilsētās ielu darbinieki pārvietojušies kājām, divās pilsētās darbojas mobilās vienības (mikroautobusus), bet vienā pilsētā (Rīgā) ielu darbs tiek veikts, pārvietojoties ar kājām un ar mikroautobusu.

2009.gadā HIV profilakses tīklā izsniegtas 282 701 šļirces un savāktas 242 555 izlietotās šļirces. Tāpat veikti 1238 HIV testi (no tiem pozitīvi – 109 testi jeb 8,8%) un 129 vīrushepatīta C testi (no tiem pozitīvi bija 69 jeb 35,9%).

2009.gadā HIV profilakses tīklā reģistrēti 4474 jauni klienti, bet kā pastāvīgi („regulārie”) klienti, t.i., tādi, kas HPP apmeklējuši vismaz vienu reizi mēnesī, atzīmēti 9446, tomēr šis skaitlis ir neprecīzs (mazāks par patieso), jo ne visur (īpaši ielu darbā) regulārie klienti tiek uzskaitīti.

2009.gadā HIV profilakses tīklā reģistrēti 36 778 tiešie kontakti ar klientiem (kontakts starp INL un HPP darbinieku) un 21 118 sekundārie kontakti (INL veic šļirci/ adatu apmaiņu citiem INL, kuri nenonāk tiešā kontaktā ar HPP darbiniekiem).

HPP tīkls Latvijā ir labās prakses piemērs sadarbībai starp valsti, pašvaldībām un nevalstisko sektoru (NVO). Valsts apmaksā un nodrošina tīkla metodisko vadību (veicot HPP darbinieku kapacitātes paaugstināšanu, apmācību) un koordinē tā darbību, kā arī rūpējas par tehnisko nodrošinājumu – šļircēm, adatām, HIV testiem, dezinfektantiem, informatīvajiem materiāliem (kopš 2009.gada 1.septembra atbildīgā institūcija – Latvijas Infektoloģijas centrs (saskaņā ar MK 29.07.09. rīkojumu Nr.509 Valsts aģentūra „Sabiedrības veselības aģentūra” tika reorganizēta un augstāk minēto funkciju pārņēma LIC). Savukārt pašvaldības (14 no 18 HPP ir pašvaldību sociālo dienestu struktūrvienības) pamatā sedz telpu izmaksas un nodrošina darbinieku atalgojumu. Divi no 18 HPP ir valsts finansēti un divi ir NVO (UNGASS, 2010, LIC sniegtā informācija) (UNGASS, 2010.).

HIV profilakses pasākumiem (informēšana, izglītošana u.tml.), kā arī citiem veselības veicināšanas pasākumiem Latvijas ieslodzītuma vietās valsts budžeta resursi nav atvēlēti. Šādas aktivitātes cietumos lielākoties organizē NVO dažādu projektu ietvaros. Taču tās parasti beidzas līdž ar projekta beigšanos. Kaitējuma mazināšanas programmas (farmakoloģiskā opioīdu atkarības ārstēšana, šļirci apmaiņa, prezervatīvu izplatīšana u.tml.) ieslodzītuma vietās nav pieejamas vispār (UNGASS, 2010).

Viens no lielākajiem starptautiskajiem HIV profilakses un kaitējuma mazināšanas aktivitāšu atbalstītājiem INL un ieslodzīto vidū Latvijā jau kopš 2006.gada ir UNODC, realizējot četru gadu projektu „HIV/AIDS profilakse un atbilstoša aprūpe ieslodzītuma iestādēs un intravenozo narkotiku lietotāju vidū Latvijā, Igaunijā un Lietuvā” (*“HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania”*). Viena no galvenajām projekta aktivitātēm ir mazo grantu programma. Granti tiek īstenoti trīs jomās – HIV profilakses programmu ieviešana ieslodzītuma vietās, šļirci apmaiņas programmas kapacitātes paaugstināšana un farmakoterapijas pieejamības veicināšana.

No 2007. līdz 2009.gadam īstenoti 10 projekti ieslodzītuma vietās - grantu ietvaros ieslodzītuma vietas (5 no 10 projektiem) ir izstrādājušas un ieviesušas HIV profilakses programmas, kas lielākoties ietver interaktīvas informēšanas un izglītošanas programmas dažādām ieslodzīto grupām. Arī „HIV.LV”, „AGIHAS”, „Apziņas ekoloģija” (NVO) ieviesušas projektus ieslodzītuma vietās, kuru laikā īstenotas dažādas aktivitātes – gan informatīvi izglītojošas nodarbības, gan ieslodzīto konsultēšana, sarakstoties ar viņiem, informatīvo materiālu sagatavošana un izdošana, ieslodzīto brīvprātīga HIV konsultēšana un testēšana, semināri ieslodzītuma vietu darbiniekiem u.c. (UNODC, 2009).

Turklāt no 2007. līdz 2009.gadam ieviesti 23 projekti Šļirci apmaiņas programmas kapacitātes paaugstināšanai, t.sk. izveidoti jauni stacionārie HPP 5 pilsētās – Saldū, Ventspilī, Cēsīs, Jūrmalā un Rīgā (LIC Tuberkulozes un plaušu slimību Rīgas Ambulatorajā nodaļā), kā arī izveidota mobilā vienība (mikroautobuss) Daugavpilī.

### **Kaitējuma mazināšanas programmas vērtējums**

Salīdzinājumā ar 2008. gada pētījuma datiem jebkad šļirci apmaiņas punktus apmeklējušo kohortas dalībnieku īpatsvars ir pieaudzis līdz 77% (2008. gadā – 74%, 2007. gadā – 61%).

94% respondentu dzīves laikā kaut vienu reizi izmantojuši ielu darbinieku pakalpojumus, savukārt Rīgā 2008. gadā darbu uzsākušās mobilās vienības pakalpojumus – gandrīz katrs ceturtais (26%) narkotiku lietotājs.

Dati par kaitējuma mazināšanas programmas izmantojumu dzīves laikā narkotiku lietotāju vidū nenorāda statistiski nozīmīgas atšķirības ne dzimuma, ne tautības, ne vecuma grupās (*skat. 4.10. tabulu*).

**4.10. tabula. Dzīves laikā kaitējuma mazināšanas programmu aktivitāšu izmantojušo narkotiku lietotāju īpatsvars (%)**

	HIV profilakses punkts	Ielu darbinieki	Mobilā vienība
<b>Kopā</b>	<b>77</b>	<b>94</b>	<b>26</b>
Vīrieši	79	95	24
Sievietes	74	91	29
Latvieši	70	93	23
Krievi	78	93	24
Romi	92	92	54
Citas tautības	79	100	29
Jaunāki par 24 gadiem	72	90	22
25–29 gadi	76	94	27
30–34 gadi	79	94	31
35–44 gadi	83	96	24
45 gadi un vecāki	78	93	25

Avots: Trapenciens u.c., 2009

Aplūkojot šļirču apmaiņas punktu un ielu darbinieku pakalpojumu izmantošanas reižu skaitu pēdējos sešos mēnešos, secināms, ka nevienu reizi HIV profilakses punktus nav apmeklējuši 38% kohortas dalībnieku, savukārt ielu darbinieku pakalpojumus nav izmantojuši 14% narkotiku lietotāju. Salīdzinājumam 2008 un 2007. gada rādītāji HIV profilakses punkta apmeklēšanai bija attiecīgi 29% un 41%, savukārt ielu darbinieku pakalpojumu izmantošanai – 14% un 21%.

**4.11. tabula. HIV profilakses punktu, ielu darbinieku un mobilās vienības pakalpojumus izmantojušo narkotiku lietotāju īpatsvars (%)<sup>38</sup>**

	HIV profilakses punkts		Ielu darbinieki		Mobilā vienība	
	Pēdējo 6 mēnešu laikā	Pēdējo 30 dienu laikā	Pēdējo 6 mēnešu laikā	Pēdējo 30 dienu laikā	Pēdējo 6 mēnešu laikā	Pēdējo 30 dienu laikā
Griezušies pēc pakalpojuma						
2007.gads	57	41	78	76		
2008.gads	62	41	80	84		
2009.gads	58	40	85	80	24	20
Regulāri klienti <sup>39</sup>						
2007.gads	9	9	32	38		
2008.gads	6	3	35	47		
2009.gads	16	7	36	33	6	6

Avots: Trapenciens u.c., 2009

Farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas pieejamības veicināšanas aktivitātes ietvaros īstenoti 3 projekti, tai skaitā izveidoti metadona kabineti Liepājā un Jelgavā.

Projekta aktivitātes plānots turpināt arī 2010.gadā (UNODC, 2009).

Jāpiemin, ka 2009.gada 30.jūnijā (ar MK rīkojumu Nr.437) tika pieņemta "Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programma 2009.–2013.gadam". Tajā iekļautas

<sup>38</sup> No tiem, kuri norādījuši reižu skaitu

<sup>39</sup> Atbilstoši attiecīgā laika posma (pēdējo sešus mēnešu vai pēdējo 30 dienu) apmeklētājiem. Par regulāriem klientiem pēdējo sešu mēnešu laikā uzskatāmi tie, kas apmeklējuši vairāk kā 20 reizes, savukārt pēdējo 30 dienu laikā – četras vai vairāk reizes (jeb aptuveni reizi nedēļā).

aktivitātes HIV izplatības ierobežošanai, t.sk. arī INL un ieslodzīto vidū – HPP tīkla darbības nodrošināšana un kapacitātes celšana, ilgtermiņa farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas pieejamības paplašināšana, INL veselības aprūpes uzlabošana, HIV diagnostikas uzlabošana ieslodzījuma vietās, cietumu darbinieku un ieslodzīto zināšanu paaugstināšana par HIV/AIDS, ART terapijas nodrošināšana PLHIV u.c. (LR MK, 2009.). Tomēr jāuzsver, ka sakarā ar ekonomisko recesiju valstī programmas aktivitāšu (sevišķi profilakses pasākumu) īstenošanai nav piešķirts adekvāts finansējums. Tā, piemēram, 2009.gadam paredzētais budžets bija aptuveni 2,2 miljoni LVL (3,1 milj. EUR), no kuriem vairāk kā puse (57%) paredzēti ART nodrošināšanai, 27% paredzēti INL ārstēšanai un rehabilitācijai, līdz ar to citām būtiskām preventīvajām aktivitātēm atvēlēta salīdzinoši neliela daļa resursu un vairākiem pasākumiem, piemēram, profesionāļu apmācībai, NVO iesaistei u.c. līdzekļi 2009.gadam nav paredzēti vispār. Līdz ar to var secināt, ka resursu sadalījums ārstēšanai un prevencijai ir disproporcionāls (UNGASS, 2010).

Turklāt programmā nav ietverts finansiāls atbalsts pašvaldībām HIV profilakses programmu uzturēšanai. Arī līdz šim pašvaldības līdzekļus HPP uzturēšanai atvēlējušas brīvprātīgi. Tas nozīmē, ka finansiālā atbildība starp valsti un pašvaldību HPP darbības jomā nav konkretizēta. Un tas ir nopietns apdraudējums HPP tīkla darbības ilgtspējai. Līdzīgi ir ar citām programmā minētajām atbildīgajām institūcijām – ieslodzījuma vietu pārvaldi, Izglītības un zinātnes ministriju u.c. – arī tām nav piešķirts papildu finansējums, lai gan atbildība par programmā paredzētajām aktivitātēm ir noteikta (UNGASS, 2010).

Lai varētu aktualizēt, plānot un veikt mērķtiecīgus ar narkotiku injicēšanu saistīto infekciju profilakses pasākumus, arī turpmāk ir nepieciešams sistemātiski apzināt un aktualizēt specifiskās riska grupas, kurās infekciju prevalence ir augsta, kā arī apzināt ar infekciju pārnesi saistīto riska uzvedību. Tāpēc iepriekš minētajā nacionālajā HIV programmā ir ielānota šādu pētījumu veikšana dažādās mērķa grupās – INL, MSM, PNP u.c. populācijās.

Tā 2010.gadā Latvija plāno piedalīties EMIS (Eiropas Vīriešu, kuriem ir sekss ar vīriešiem, interneta aptauja, *European Men-for-Men Internet Survey*) pētījumā, kuru koordinē Roberta Koha Institūts Vācijā. Pētījumā piedalīsies 27 dalībvalstis un aptaujas anketā iekļauti arī jautājumi par dzīves laikā veiktajiem infekciju testiem un to rezultātiem, par paaugstināta riska seksuālo uzvedību, par profilakses pasākumu ievērošanu un pieejamību, kā arī par narkotiku un alkohola lietošanas paradumiem.

Tāpat 2011./2012.gadā Latvija plāno piedalīties BORDERNETwork projekta, kuru koordinē *SPI Research gGmbH* Vācijā, ietvaros veiktajā pētījumā par infekciju prevalenci un asociēto riska uzvedību (t.sk. narkotiku lietošanu) PNP vidū.

## Ārstniecība

2009.gadā Latvijā saistībā ar sarežģīto ekonomisko situāciju valstī veiktas ievērojamas institucionālas reorganizācijas infekciju uzraudzības un ārstēšanas jomā. Proti, saskaņā ar MK 29.07.2009. rīkojuma Nr.509 "Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju" 1.1. un 2.1.3.1.apakšpunktiem ar 2009.gada 1.septembri beidza pastāvēt Valsts aģentūra "Sabiedrības veselības aģentūra" un tās funkcijas infekcijas slimību profilakses un uzraudzības, tai skaitā HIV infekcijas un seksuāli transmisīvo infekciju, jautājumos pārņēma valsts aģentūra "Latvijas Infektoloģijas centrs".

Turklāt saskaņā ar MK 17.08.2009. rīkojumu Nr.562 "Par Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūras pievienošanu valsts aģentūrai "Latvijas Infektoloģijas centrs"" 1.punktu no 2009.gada 1.oktobra Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūra, kas līdz tam veica TBC profilaksi, uzraudzību un ārstēšanu, arī pievienota Valsts aģentūrai "Latvijas Infektoloģijas centrs".

Pirms minētajām strukturālajām pārmaiņām HIV, TBC un narkotiku atkarības ārstēšanu nodrošināja vairākas atsevišķas iestādes. Piemēram, PLHIV bija jādodas uz Tuberkulozes un plaušu slimību valsts aģentūru TBC izmeklējumu veikšanai un ārstēšanai, lai gan HIV aprūpi un

ārstēšanu veica LIC. Reformu rezultātā gan HIV, gan TBC aprūpi veic viena un tā pati iestāde (UNODC, 2010).

Vīrushepatītu diagnostika un ārstēšana arī ir pieejama LIC, tomēr šo ārstēšanu valsts nesedz 100% apmērā, ir nepieciešams pacienta līdzmaksājums, kas, protams, ierobežo pakalpojumu pieejamību (UNODC, 2010).

Runājot par ārstēšanas pakalpojumiem cietumos, jāuzsver, ka veselības aprūpe penitenciārajā sistēmā ir atdalīta (atbildīgā iestāde – TM) no vispārējās veselības aprūpes sistēmas (atbildīgā iestāde – VM). Minētais funkciju dalījums veido nevienlīdzīgu veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanu ieslodzītajiem un pārējai sabiedrībai. Tā kā veselības aprūpes budžets ieslodzītāja vietām ir ļoti zems un no tā nav iespējams segt ne HIV, ne TBC ārstēšanas izdevumus, VM ir apņēmusies šo terapiju nodrošināt ieslodzītajiem par saviem resursiem. Tā kā minēto ārstēšanu ieslodzītie saņem bez maksas. Tomēr cietumniekiem pašiem ir jāsedz liela daļa aprūpes un ārstēšanas izdevumu, tai skaitā oportūnisko slimību ārstēšanu. Turklāt secināts, ka ART saņem pārāk maza daļa ieslodzīto PLHIV – aptuveni 5%, kas varētu būt saistīts gan ar ierobežotajiem finanšu resursiem valstī ART nodrošināšanai, gan ar ieslodzīto PLHIV zināšanu trūkumu par šīs infekcijas aprūpi un ārstēšanu, gan ar problēmām ar ART saistīto izmeklējumu un citu pakalpojumu saņemšanā (UNGASS, 2010).

HIV ārstēšanas nodrošināšana kā viena no prioritātēm ir iekļauta nacionālajā HIV programmā 2009.-2013.gadam, taču jāatzīst, ka tai atvēlētie resursi nav pietiekami, piemēram, ART medikamentu iegādei budžets 2009.gadā, salīdzinot ar 2008.gadu, ir samazināts par 26%. Līdz ar to ir secināts, ka valsts budžets sedz ART izmaksas tikai 50% PLHIV, kam tā būtu nepieciešama (UNGASS, 2010; WHO/UNODC, 2009).

Sakarā ar dažādām problēmām saistībā ar ART nodrošinājumu Latvijā 2009.gada martā Latvijā notika PVO/UNODC darba grupas vizīte, kas sniedza atzinumu par HIV ārstēšanas un aprūpes pieejamību Latvijā („*Evaluation of the access to HIV/AIDS treatment and care in Latvia*“). Ekspertu atzinumā konstatēts, ka Latvijā ART ir vienas no augstākajām izmaksām Eiropā, kas kavē terapijas nodrošināšanu visiem PLHIV, kuriem tā nepieciešama. Tāpat identificēta ierobežota ART pieejamība INL un ieslodzīto vidū stigmatizācijas un ierobežoto resursu dēļ. Proti, lai gan, piemēram, lielākā daļa PLHIV Latvijā infekciju ieguvušas INL ceļā, mazāk par trešdaļu no personām, kuras saņem ART, ir ar INL pieredzi. Tika identificēta arī ļoti individualizēta ART piemērošana HIV pacientiem Latvijā – 2009.gadā LIC bija nozīmējis vairāk kā 67 dažādus ART režīmus, kas arī veidoja papildu izmaksas. Labā prakse ir izmantot standartizētas ārstēšanas shēmas, sevišķi ierobežotu resursu apstākļos.

Konstatētas arī problēmas ART medikamentu iepirkumu procedūrā, kas vairākkārt pēdējo gadu laikā rezultējušās ar terapijas pārtraukumiem medikamentu trūkuma dēļ.

Tāpat secināts, ka HIV ārstēšana un aprūpe valstī ir ļoti centralizēta – PLHIV veselības monitoringu un ART medikamentus var saņemt tikai vienā vietā Latvijā – Rīgā, LIC. Taču līdz ar PLHIV skaita palielināšanos valstī, ir konstatēta nepieciešamība paplašināt ART pieejamību, t.sk. tuvāk PLHIV dzīvesvietai. Konstatēts arī tas, ka PLHIV, kuriem nepieciešams saņemt ART un kuri piedalās farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas programmās, abas terapijas netiek nodrošinātas vienā vietā / lokalizācijā.

Ekspertu izstrādātie ieteikumi ietver ART izmaksu samazināšanu (iekļaujot visus ART izmantotos medikamentus valsts apmaksāto medikamentu sarakstā, cenu samazināšanu sadarbībā ar farmaceitiskajām kompānijām vai organizējot medikamentu paralēlo importu), ART pieejamības veicināšanu ārpus Rīgas, decentralizējot ārstēšanas pakalpojumus, farmakoterapijas paplašināšanu (t.sk. ieviešanu cietumos), kā arī TB, HIV un farmakoterapijas integrēšanu un iespēju saņemt visas trīs terapijas vienā iestādē / lokalizācijā. Turklāt tika ieteikts pārskatīt LIC ārstēšanas vadlīnijas un tuvināt tās standartizētajam PVO klīniskajam protokolam Eiropas valstīs. Nepieciešams optimizēt arī medikamentu iepirkuma procedūru (UNGASS, 2010; WHO/UNODC, 2009).

2009.gadā pēc minētās ekspertīzes rezultātu saņemšanas, situācija sākusi mainīties – 2009.gada aprīlī atbilstoši PVO / UNODC ekspertu ieteikumam mainītas un apstiprinātas LIC HIV infekcijas ārstēšanas vadlīnijas, tās tuvinātas PVO ieteiktajiem terapijas un aprūpes algoritmiem.

Turklāt 2009.gada nogalē tika pieņemti grozījumi MK 31.10.2006. noteikumos Nr.899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība". Tā paredz no 2010.gada 1.janvāra papildināt kompensējamo diagnožu sarakstu ar HIV diagnožu grupu, savukārt kompensējamo zāļu sarakstu papildināt ar medikamentiem šīs infekcijas ārstēšanai, lai iekļautu tos vienotā ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu iegādes izdevumu kompensācijas sistēmā. Tā rezultātā ART ārstēšana kļuvusi decentralizētāka. Proti, lēmumu par ART uzsākšanu vai terapijas režīma maiņu, tāpat kā iepriekš, pieņem ārstu konsīlijs LIC, taču medikamentu receptes (no viena līdz 3 mēnešiem labas līdzestības gadījumā) ir tiesīgi izrakstīt arī 6 infektologi ārpus Rīgas, Latvijas lielākajās pilsētās, tādējādi PLHIV medikamentus var doties saņemt tuvākajā aptiekā. Uzsāktas arī sarunas ar ģimenes ārstiem, patlaban atzīts, ka ģimenes ārsti nav gatavi uzsākt PLHIV aprūpi, vispirms būtu jāveic ārstu izglītošana HIV/AIDS ārstēšanas un aprūpes jautājumos (UNGASS, 2010; WHO/UNODC, 2009, LR VM, 2009).



## 8. Sociālā atstumtība un reintegrācija

Narkotisko vielu lietotāju sociālās atstumtības jautājums plašāk nav pētīts, tādēļ ziņojumā analizēti vispārējie atkarīgo sociālie apstākļi. Nacionālā ziņojuma ietvaros tika izmantoti divi avoti – ārstniecības indikators, proti, pirmreizēji ārstēto pacientu sniegtie dati, un ikgadējā problemātisko narkotisko vielu lietotāju kohortas pētījuma ceturtnā posma pētījuma rezultāti (Trapencieris, Sniķere u.c., 2009). Lai gan abi datu avoti nav pilnīgi, ir iespējams izdarīt svarīgākos secinājumus, kas raksturotu narkotisko vielu lietotāju sociālās atstumtības riskus.

Sociālās reintegrācija vairumā gadījumu tiek saistīta ar sociālo rehabilitāciju. Lai gan Latvijā ir izstrādātas programmas, aktivitātes atsevišķu grupu integrācijai sabiedrībā, specifiska programma narkotisko vielu lietotāju reintegrācijai nav. Kopumā var runāt par atsevišķiem projektiem un aktivitātēm, bet ne valstiski izstrādātu sistēmu, kas atkarīgo reintegrācijas procesā risināt tādus jautājumus kā dzīvesvieta, nodarbinātība un izglītība.

### 8.1. Sociālā atstumtība un narkotisko vielu lietošana

#### Sociālās atstumtības grupas un narkotisko vielu lietošana

Latvijā nav veikti pētījumi par sociālās atstumtības riskam pakļauto grupu saistību ar narkotisko vielu lietošanu, līdz ar to iespējams tikai hipotētiski apzināt noteiktas marginālās grupas, kuru vidū pastāvētu salīdzinoši augsts narkotisko vielu lietotāju īpatsvars.

Viena no visizteiktākajām marginālajām sabiedrības grupām ir bezpajumtnieki. Novērojumi nakts patversmēs liecina par ilgstošu bezdarbu bezpajumtnieku vidū, dzīvesvietas neesamību, nepietiekamu kvalifikāciju, sliktu veselības stāvokli, zemiem ienākumiem, motivācijas trūkumu (Užule, 2010). Zināms, ka bezpajumtnieku vidū pastāv nopietnas alkohola un atkarību problēmas, tomēr objektīvākai novērtēšanai pietrūkst konkrētu datu.

Narkotisko vielu lietošana apzināta arī starp cilvēkiem, kuri ir bijuši ieslodzījumu vietās. Kohortas pētījumā kopumā aptuveni 51% respondentu vismaz reizi atradušies ieslodzījumā. 2009. gadā cietumos tika konstatēti 240 narkotiku lietošanas gadījumi, konfiscēti 870,7114 gr narkotisko vielu un 832 tabletes<sup>40</sup>, kas apliecina narkotiku lietošanas aktualitāti cietumos. 2010. gadā uzsākts pētījums „Narkotiku lietošanas izplatību ieslodzīto vidū”, tā rezultāti palīdzēs precizēt situāciju cietumos.

Romi ir vēl viena sociālās atstumtības riska grupām. Salīdzinājumā ar vispārējiem rādītājiem valstī šai minoritātei raksturīgs zems izglītības līmenis, augsts bezdarbs. Turklāt sabiedrībā valda uzskats, ka romiem ir saistība ar kriminālajām aprindām – zādzībām, narkotiku izplatīšanu, krāpšanu u.tml. No visiem kohortas pētījuma dalībniekiem 4,5% bija romi, kas ir visaugstākais rādītājs minoritāšu vidū.<sup>41</sup>

#### Narkotisko vielu lietotāji un sociālās atstumtības riski

Sociālās atstumtības un narkotiku lietošanas saistību var analizēt arī no cita aspekta, proti, pievērsties narkotiku lietotāju sociālo apstākļu analīzei, īpaši rādītājiem, ar kuru palīdzību varētu identificēt sociālās atstumtības riskus – izglītībai, nodarbinātībai, ģimenes apstākļiem un ienākumu līmenim. Par 2009. gadu pieejami dati no kohortas pētījuma ceturtnā posma un dati par pirmreizēji ārstētajiem pacientiem. .

Kohortas pētījumā 2009. gadā piedalījās 531 problemātiskais narkotisko vielu lietotājs. No respondentiem 66% bija vīrieši un 34% – sievietes (Trapencieris, u.c. 2009). Vidējais vecums

<sup>40</sup> Valsts Policijas sniegtā informācija. Nepublicēti dati.

<sup>41</sup> CSP dati: Latvijā dzīvo 8570 romi, kas ir 0,4% no visiem iedzīvotājiem.

bija 31,4 gadi. Aplūkojot respondentu tautību, tāpat kā iepriekšējos gadus lielākā daļa respondentu bija krievu tautības (68%), tad latviešu tautības pārstāvji (22%) un mazākumtautības (10%). No mazākumtautībām vērojams romu īpatsvars, proti, 4,5% no aptaujātajiem.

### Izglītības līmenis

No kohortas 2009. gada respondenti vairāk kā trešdaļa (39%) norādīja, ka nav ieguvuši vidējo izglītību, 36% bija ieguvuši vidējo izglītību, 18% vidējo profesionālo, savukārt 5% mācījušies augstākajās izglītības iestādēs, 1% bija ieguvuši augstāko izglītību. No pirmreizēji ārstētajiem pacientiem vairāk kā puse (54,4%) norādīja, ka nav pabeiguši vidusskolu, savukārt 23,4% bija ieguvuši vidējo izglītību. Augstāko izglītību bija ieguvuši 1,9%, bet piektā daļa respondentu jeb 20,3% izglītības līmeni nenorādīja, kas, savukārt, apgrūtina datu analīzi. Lielāks īpatsvars to personu vidū, kas nav ieguvuši augstāko izglītību, ir skaidrojams ar vecuma atšķirību, proti, pirmreizēji ārstētie vidēji ir jaunāki par kohortas pētījumu dalībnieku skaitu (attiecīgi 25 gadi un 31,4 gadi). Turklāt 27,8 % respondentu vēl turpināja mācības skolā vai universitātē.

Vidējie izglītības rādītāji valstī ir augstāki. Salīdzinoši mazāk ir to cilvēku, kas nav ieguvuši vidusskolas izglītību, proti, 26%, savukārt krietni augstāki ir iegūtās arodizglītības un augstākās izglītības rādītāji, attiecīgi Latvijā vidējo profesionālo izglītību ir ieguvuši 30,2% un augstāko izglītību - 18,1% iedzīvotāju (CSP, 2007). Iegūtie dati apliecina, ka izglītības līmenis narkotisko vielu lietotāju vidū ir zemāks, kas, savukārt, mazina iespēju iegūt oficiālu, labi apmaksātu darbu, labus ienākumus, līdz ar to arī tuvina nabadzībai, noziedzībai un attiecīgi sociālai atstumtībai.

### Nodarbinātība

Līdzīgi kā citviet pasaulē, arī Latviju skāra nopietnas ekonomiskās problēmas. Bezdarba līmenis 2009. gada nogalē Latvijā bija 200,7 tūkst. darba meklētāju jeb 16,9% no ekonomiski aktīvajiem iedzīvotājiem. Salīdzinoši 2008.gadā oficiāli reģistrētie bezdarbnieki bija 91,6 tūkst. cilvēku jeb 7,5% no ekonomiski aktīvajiem iedzīvotājiem. Nedaudz vairāk kā ceturtdaļa (52,9 tūkst. jeb 26,4%) no darba meklētāju kopskaita bija ilgstošie darba meklētāji, to skaits, salīdzinot ar 2008.gadu, palielinājies par 29,8 tūkst. jeb nedaudz vairāk kā divas reizes (Par darbaspēka apsekojuma rezultātiem 2009. gadā, 2010).

Pieaugot bezdarba līmenim valstī, nestrādājošo skaits palielinājās narkotisko vielu lietotāju vidū. Tāpat kā iepriekšējos gados arī 2009. gadā narkotiku lietotāju vidū vērojams salīdzinoši augsts bezdarba līmenis. 36% kohortas pētījuma respondentu norādīja, ka nekur nemācas un nestrādā. Tikai 16% strādāja oficiālā darba vietā, savukārt 27% strādāja, balstoties uz mutisku vienošanos, tātad kopā 43% respondentu bija nodarbināti, 2008. gadā tie bija 50%. Jāmin, ka gandrīz piektā daļa (19%) respondentu savu nodarbinātības veidu neatklāja, bet 2% norādīja, ka mācās.

Savukārt starp pirmoreiz ārstētajiem 11,2% bija nodarbināti, bezdarbnieki bija 17,3%, cita nodarbinātība bija 18,1%, bet 27,8% vēl mācījās skolā vai studēja, 1,9% bija ekonomiski neaktīvā grupa, savukārt gandrīz trešdaļa (23,6%) nenorādīja savu nodarbinātību. Jāatzīmē, ka pirmreizēji ārstēto pacientu dati neatspoguļo reālo situāciju, jo par bezdarbnieku būtu jādefinē persona, kas ieguvusi bezdarbnieka statusu, taču šāda informācija nav pieejama, turklāt nav izprotams nodarbinātības statuss „cits”, un saglabājas augsts to personu īpatsvars, kuru nodarbošanās statuss nav zināms.

Kohortas pētījumā ir iekļauts jautājums par profesiju, un 2009. gadā savu nodarbošanos atklāja 63%. Gandrīz trešdaļa respondentu (25%) norādīja, ka strādā būvniecības nozarē, 8% respondentu bija krāvēji, 5% pārdevēji, 3% sargi vai apsargi, 3% nekvalificēti darba darītāji, 3% prostitūtas. Vēl 6% norādīja, ka veic gadījuma darbus.

## Ienākumi

Ienākumi un to avoti ir rādītājs, kas varētu iezīmēt narkotisko vielu lietotāju sociālās atstumtības riskus – nabadzību, nelegālos ienākumus, tuvošanos sabiedrības marginālajām grupām. Kohortas pētījumā iekļauti jautājumi par narkotiku lietotāju ienākumiem un to avotiem. Pētījuma rezultāti atspoguļo biežākos ienākumu avotus. 20,7% respondentu norādīja, ka līdzekļus iegūst no partnera, ģimenes vai draugiem, legālu darbu kā ienākumu avotu atzīmēja 18,8% respondentu, 9,1% saņēma sociālos pabalstus, bet bezdarbnieku pabalstu – 0,9%.

Procentuāli salīdzinoši augsts rādītājs ir nelegālajiem ienākumiem un ar noziedzību saistītajiem, proti, zādzībām (16,7%), prostitūciju (8,2%) un narkotiku tirdzniecību (6,1%). Kopā šādi ienākumu avoti veido 31%. Piektdaļa respondentu atzīmējuši (19,7%), ka bez minētajiem ir arī citi ienākumu avoti. Dzimumu griezumā novērojamas atšķirības, piemēram, vīrieši vairāk atzīmējuši, ka strādā algotu darbu (24% vīriešu un 15% sieviešu), bet sievietes vairāk iegūst līdzekļus no partnera, ģimenes vai paziņām (24% sieviešu un 17% vīriešu). Likumsakarīgi, ka prostitūciju kā ienākumu avotu praktiski minēja tikai sievietes (1% vīriešu un 16% sieviešu).

Pētījumā lūgts atzīmēt, kādi bijušie ienākumi pēdējo 30 dienu laikā. Vīriešiem tie bija 318,4 Ls, bet sievietēm 282,2 Ls. Oficiālie statistikas dati liecina, ka valstī vidējā mēneša samaksa 2009. gadā bija 342 Ls neto. Lai gan atšķirība starp narkotisko vielu lietotāju ienākumu un oficiālo vidējo valsts algu ir niecīga, jāatzīmē, ka tas ir tikai viens rādītājs un nebūt neliecina par atkarīgo turību. Jāņem vērā, ka narkotisko vielu lietotāji primāri savus līdzekļus iztērē vielas iegādei, nevis mājaisaimniecībai. Turklāt kohortas pētījumā norādīti arī neoficiālie ienākumi un tie atspoguļo pēdējā mēneša, nevis visa gada ienākumus, savukārt vidējā alga valstī būtu lielāka, ja ņemtu vērā ēnu ekonomikas ietekmi.

## Ģimenes apstākļi

Nav pieejami dati par narkotiku lietotāju dzīves vietu, tomēr kohortas pētījumā iekļauti jautājumi, kas atspoguļo ģimenes apstākļus. Tā tikai 10% no aptaujātajiem norādīja, ka dzīvo vieni, bet pārējie 90% dzīvo kopā ar kādu. 11% dzīvoja pie draugiem vai paziņām, savukārt 79% dzīvoja kopā ar partneri vai ģimenē. Sievietes biežāk nekā vīrieši atzīmējušas, ka dzīvo kopā ar partneri un/ vai bērniem, savukārt, vīrieši vairāk atzīmējuši, ka dzīvo kopā ar vecākiem.

Vairāk kā puse narkotiku lietotāju dzīvo kopā ar kādu, kas pārmērīgi lieto alkoholu vai narkotiskās vielas. Sievietes ievērojami biežāk norādīja, ka dzīvo kopā ar partneri, kurš lieto narkotikas (58% un 40%). Tradicionāli ģimenēs vīrieši trīs reizes retāk kā sievietes norādījuši, ka ģimenē kāds bez respondenta lieto narkotikas. Tas apliecina, ka narkotisko vielu lietotāja apkārtējā vide un ģimenes apstākļi nebūt nav labvēlīgi, lai pārtrauktu lietošanu.

## 8.2. Sociālā reintegrācija

Narkotisko vielu lietotāji nekad nav bijusi tā grupa, kuras iekļaušana vai sociālā reintegrācija ir bijusi primārais mērķis sociāli nozīmīgās jomās. Līdz ar to narkotisko vielu lietotāju sociālās reintegrācijas jautājumus vairāk risina atsevišķas pašvaldības, privātie uzņēmēji un kristīgās organizācijas. Tā kā nereti informācija ir konfidenciāla, kopējos datus apkopot par šo jautājumu nav iespējams. Analizējot pieejamo informāciju, var secināt, ka sociālās reintegrācijas aspektā var runāt par atsevišķiem gadījumiem, nevis izstrādātu sistēmu.

Ir izstrādātas vairākas programmas sociālās atstumtības risku mazināšanas. Valstiskā līmenī narkotiku lietotāji tiek apzināti kā sociālās atstumtības riskam pakļautā grupa. Tas ir atrunāts 2008. gadā pieņemtajā dokumentā „Ziņojums par nacionālo sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2008.-2010.gadam”, kurā kā specifiskās nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautās iedzīvotāju grupas definētas šādas: invalīdi un personas ar funkcionāliem traucējumiem, bezdarbnieki (īpaši ilgstošie bezdarbnieki), bezpajumtnieki, ieslodzītie un no ieslodzījuma vietām atbrīvotās personas, romi, cilvēktirdzniecības upuri, no

psihoaktīvām vielām (alkohola, narkotiskajām, toksiskajām vai citām apreibinošām vielām) atkarīgās personas, personas ar nepietiekošām, zemām vai darba tirgum neatbilstošām zināšanām un prasmēm un trūcīgās personas.

Trīs galvenie perioda uzdevumi sociālās atstumtības riska mazināšanai ir:

- sekmēt efektīvāku līdzdalību un integrāciju darba tirgū,
- uzlabot ienākumu atbalsta sistēmas;
- sekmēt pieejamību kvalitatīviem pakalpojumiem (Ziņojums par nacionālo sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2008.-2010.gadam).

Valstiskā līmenī sociāla reintegrācija cieši saistīta ar sociālo rehabilitāciju, taču starp abiem jēdzieniem ir būtiskas atšķirības. Rehabilitāciju var uzskatīt par vienu no reintegrācijas posmiem. Latvijā ir divas valsts finansētas medicīniskās rehabilitācijas programmas pilngadīgām personām: RPNC un VSAI slimnīca „Ģintermuiža”, kuras nodrošina narkotisko vielu atkarības pacientu ārstēšanu atbilstoši terapeitiskās kopienas principam līdz 12 mēnešiem. Nepilngadīgām personām un bērniem rehabilitāciju sniedz VSAI „Straupes narkoloģiskā slimnīca” un SIA „Dzīves Enerģija”, līdz 2009. gada septembrim valsts atbalstīja Rindzeles Narkomānu rehabilitācijas centru, kas šobrīd pievienots VSAI slimnīcai „Ģintermuiža”. Rehabilitācija bērniem ilgst no 3 līdz 18 mēnešiem, bet pieaugušajiem no 3 līdz 12 mēnešiem. Rehabilitāciju piedāvā arī kristīgās kopienas (*Kalna svētību kopiena, Neatkarība Balt, Dieva ģimene*) un privātie rehabilitācijas centri.

Lielākajās pašvaldībās atvērti atkarību profilakses centri, kuros bez profilaktiskajiem pasākumiem, sniedz informāciju par rehabilitācijas iespējām, izstrādā individuālo reintegrācijas plānu, veido atbalsta grupas atkarīgajiem un viņu ģimenēm.

Lai gan Latvijas plānošanas dokumentos nav atrunātas programmas, kas paredzētu mājokļa atbalstu, nodarbinātības vai izglītības programmas specifiski narkotisko vielu lietotājiem, pasliktinoties ekonomiskajai situācijai valstiskā līmenī tika izstrādātas aktivitāšu un sociālā atbalsta programmas, kas mazinātu ekonomiskās lejupslīdes sekas un sociālās atstumtības riskus. Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, 2009. gadā palielinājās sociālo pabalstu un pakalpojumu klāsts un tam piešķirtie valsts līdzekļi. Piemēram, tika paplašināta to pakalpojumu bāze, kas piedāvāja sociālos mājokļus, palīdzību komunālo pakalpojumu apmaksai, speciālus kursus kvalifikācijas celšanai. Bija pieejamas atsevišķas nodarbinātības programmas, kuras tika realizētas gan valstiskā līmenī, gan pašvaldībās. Minēto programmu mērķauditorija nav narkotisko vielu lietotāji un nevienā programmā šī grupa nav novērtēta kā potenciālie aktivitāšu izmantotāji. Tomēr svarīgi ir atzīmēt, ka nereti narkotisko vielu lietotāji atbilst kritērijiem (nabadzība, bezdarbs), kuri tiek ņemti vērā, lai sniegtu sociālo atbalstu vai piedāvātu kādu izglītības vai nodarbinātības programmu. Respektīvi, nav likumiski noteiktu šķēršļu, kas liegtu narkotisko vielu lietotājiem izmantot šo iespēju.

### **Bijušo ieslodzīto reintegrācijas projekts**

Bijušo ieslodzīto reintegrācijas stratēģija un atsevišķi pasākumi atrunāti *Ziņojumā par nacionālo sociālās aizsardzības un sociālās iekļaušanas stratēģiju 2008.-2010.gadam*. Atsevišķus nodarbinātības un izglītības projektus realizē pašvaldības un NVO. Viens no lielākajiem projektiem, kas tapis sadarbībā ar Norvēģijas valdības divpusējo finanšu instrumentu, ir ieslodzīto resocializācija Zemgales cietumos no 2008. gada 1. oktobra līdz 2011. gada aprīlim. Kopumā resocializācijas projekts ietver viena Latvijas reģiona – Zemgales – cietumus (Tieslietu ministrija, 2008).

Saistībā ar projektu 2009. gada 9. janvārī tika pieņemts MK rīkojums nr.7 „Ar brīvības atņemšanas sodu notiesāto personu resocializācijas koncepcija”. Koncepcija paredz, ka resocializācijas procesā ir jānosaka, vai persona ir narkotisko vielu atkarīga. Atkarīgos paredzēts iesaistīt aktivitātēs, kas iekļauj motivācijas celšanu, atkarības ārstēšanu. Kopumā piedāvātā rehabilitācija atbilst Latvijas likumdošanai – balstās uz brīvprātības principa. Šiem

cilvēkiem, tāpat kā ieslodzītājiem bez atkarības problēmām, resocializācijas procesa laikā paredzētas šādas programmas:

- izglītošana;
- sabiedriski lietderīga nodarbināšana;
- brīvā laika organizēšana;
- sadzīves prasmju attīstīšana – spēja dzīvot patstāvīgi;

Notiesāto sociālās rehabilitācijas formas ir programmas, konsultācijas, individuālas vai grupu nodarbības, un tās īsteno atbilstošas kvalifikācijas speciālisti, kas īpaši apmācīti darbam ar ieslodzītājiem (*Ar brīvības atņemšanas sodu notiesāto personu resocializācijas koncepcija, 2008*).

## 9. Ar narkotikām saistītie noziedzīgie nodarījumi un noziedzības profilakse

Sākot ar 2008.gada otro pusi, gan likumpārkāpumu tendences (t.sk. narkotisko vielu nelegālas aprites jomā), gan tiesību aizsardzības iestāžu atbilžu reakciju (t.sk. pretnarkotiku jomā) Latvijā ir sākusi zināmā mērā noteikt ekonomiskā krīze, kura ir primāri saistīta ar diviem pamata faktoriem – iedzīvotāju labklājības līmeņa samazināšanos un tiesību aizsardzības iestāžu resursu (gan materiāltechnisko, gan personāla) samazināšanu. 2009.gadā šī negatīvā ietekme turpinājās.

Apskatot narkotiku piedāvājuma samazināšanas jomā iesaistīto iestāžu (Valsts policija, ieslodzījuma vietu pārvalde un Valsts robežsardze) budžetu samazinājumu, secināms, ka to aktivitāšu iespējas pretnarkotiku jomā 2009.gadā tika būtiski negatīvi ietekmētas. Dienestu finansējuma samazinājums 2009.gadā salīdzinājumā ar 2008.gadu vidēji veidoja ap 30%.

Par dienestu aktivitāšu intensitātes samazināšanu resursu trūkuma dēļ liecina šādi fakti:

1. Valsts policija: 2009.gadā salīdzinājumā ar 2008.gadu finansiālo resursu nepietiekamības dēļ par 60,7% samazinājies personu skaits, kuras tika nogādātas medicīniskās pārbaudes veikšanai un kurām tika konstatēta narkotisko vai psihotropo vielu lietošana (reibuma stāvoklis vai tiešs kontakts ar narkotiskajām vai psihotropajām vielām), jo Valsts policija mazāk personu nogādā medicīniskās pārbaudes veikšanai, kā arī nogādā pārbaudei personas, kuras atrodas izteiktā narkotisko vai psihotropo vielu reibumā (Valsts policija, 2010);

2. Valsts robežsardze: ar dienesta suņiem 2009.gadā pārbaudīja 25060 automašīnas, 2008.gadā – 32950 automašīnas; dienesta suņi 2009.gadā tika izmantoti 9088 reizes (63292 stundas), 2008.gadā – 10216 reizes (84655 stundas) (Valsts robežsardze, 2010);

3. Ieslodzījuma vietu pārvalde: ar 2009.gada 30.jūnija grozījumiem tiesību aktos tika samazinātas ieslodzīto dienas uztura normas, samazinot ieslodzītajiem noteiktā uztura daudzumu, izņemot ieslodzītos, kuri vēl nav sasnieguši pilngadību vai tādus, kuriem ir veselības problēmas (ieslodzījuma vietu pārvalde, 2010).

### 9.1. Ar narkotisko vielu nelegālo apriti tieši saistītie likumpārkāpumi

9.1. tabula. Apsūdzēto personu dalījums atbilstoši Krimināllikuma pantam un piemērotajam drošības līdzeklim

Krimināllikuma pants	253	253 <sup>2</sup> (1.daļa)	253 <sup>2</sup> (2.daļa)	190 <sup>1</sup>	253 <sup>1</sup>	250	309	262	Kopā
<b>Piemērotais drošības līdzeklis (kopā)</b>	<b>147</b>	<b>291</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>149</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>635</b>
aizliegums atstāt valsti	3	3		2	1				9
uzturēšanās noteiktā dzīvesvietā	48	117	2	2	12	1	2	10	194
drošības nauda nodošana policijas uzraudzībā	4			11	1				16
sūtījumu saņemšanas adreses deklarēšana	63	109	2		50		2	4	230
apcietinājums	5	30		2	1			2	40
	24	32	2	1	84		1	2	146

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmas „Noziedzīgu nodarījumu reģistrs”, „Noziedzīgus nodarījumus izdarījušās personas”



**9.2. tabula. Apsūdzēto personu skaits dalījumā pa vecuma un dzimuma grupām un atbilstoši Krimināllikuma pantam**

Krimināllikuma pants	253	253 <sup>2</sup> (1.daļa)	253 <sup>2</sup> (2.daļa )	190 <sup>1</sup>	253 <sup>1</sup>	250	251	256	309	262	Kopā	
<b>Apsūdzēto personu kopskaits</b>	<b>363</b>	<b>778</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>339</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>1601</b>	
dzimums	vīrieši	292	637	9	27	265	0	4	3	13	42	1292
	sievietes	68	140	2	5	71	1	0	0	7	1	295
vecums	15-18	6	10	1	0	4	0	1	0	0	0	22
	18-20	9	35	2	0	20	0	0	0	1	1	68
	20-25	108	184	3	4	76	0	1	0	5	7	388
	25-30	86	273	0	10	62	0	0	0	6	13	450
	30-35	73	168	0	7	60	0	2	2	2	13	327
	35-40	44	71	1	6	45	0	0	0	2	7	176
	40-45	22	24	0	4	31	0	0	1	2	2	86
	45-50	9	10	1	2	22	0	0	0	0	0	44
	50-55	6	2	3	4	11	1	0	0	2	0	29
	55-60	0	1	0	2	5	0	0	0	0	0	8
	60>	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēma „Noziedzīgu nodarījumu reģistrs”

**9.3. tabula. Notiesāto personu dalījums atbilstoši attiecīgajam Krimināllikuma pantam**

Krimināllikuma pants	253	253 <sup>2</sup> (1.daļa)	253 <sup>2</sup> (2.daļa)	190 <sup>1</sup>	253 <sup>1</sup>	250	251	256	309	262	Kopā
<b>brīvības atņemšana (kopā)</b>	<b>56</b>	<b>169</b>		<b>2</b>	<b>83</b>				<b>2</b>	<b>6</b>	<b>318</b>
brīvības atņemšana (4 mēneši - 2 gadi)	23	110		1	5					2	141
brīvības atņemšana (2 - 5 gadi)	20	42			33					2	97
brīvības atņemšana (5 - 10 gadi)	12	17		1	45				2	2	79
brīvības atņemšana (11 gadi)	1										1
brīvības atņemšana nosacīti ar pārbaudes laiku (kopā)	<b>93</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>51</b>		<b>2</b>		<b>5</b>	<b>2</b>	<b>212</b>
<b>arests (8 - 30 dienas)</b>		<b>6</b>								<b>2</b>	<b>8</b>
<b>piespiedu darbs (kopā)</b>	<b>5</b>	<b>74</b>		<b>2</b>	<b>3</b>					<b>4</b>	<b>88</b>
<b>naudas sods (180 - 1800 Ls)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>7</b>							<b>9</b>

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmas „Noziedzīgu nodarījumu reģistrs”, „Noziedzīgus nodarījumus izdarījušās personas”

#### 9.4. tabula. Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits

Krimināllikuma pants	249	250	251	253 <sup>2</sup> (2.daļa)	256	309	262 <sup>***</sup>	190 <sup>1</sup>	253	253 <sup>1</sup>	253 <sup>2</sup> (1.daļa)	Kopā
<b>Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>30</b>	<b>3</b>	<b>118</b>	<b>43</b>	<b>127</b>	<b>440</b>	<b>441</b>	<b>1292</b>	<b>2499</b>

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēma „Noziedzīgu nodarījumu reģistrs”

#### 9.5. tabula. Personām piemērotie lēmuma veidi atbilstoši Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksam (LAPK)

LAPK pants	Sastādīto protokolu skaits	Uzlikts administratīvais sods	Atbrīvots no atbildības (LAPK 21.p.)	Izbeigta lietvedība (LAPK 239.p.)
<b>46.p.1.-2.d.</b>	2654	2546	0	34
<b>46<sup>1</sup>.p.1.d.</b>	14	7	0	0
<b>149<sup>15</sup>.5.d.</b>	126	136	0	3
<b>149<sup>15</sup>.7.d.</b>	78	79	0	0
<b>Kopā</b>	<b>2872</b>	<b>2768</b>	<b>0</b>	<b>37</b>

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēma „Administratīvos pārkāpumus izdarījušās personas”

#### 9.6. tabula. Ziņas par administratīvo sodu veidiem

LAPK pants	46.p.1.-2.d.	46 <sup>1</sup> .p.1.d.	149 <sup>15</sup> .5.d.	149 <sup>15</sup> .7.d.	Kopā
Administratīvais arests	188		130	76	<b>394</b>
Brīdinājums	9	1			<b>10</b>
Naudas sods	2403	6	136	79	<b>2624</b>
Audzinošā rakstura piespiedu līdzekļi	1				<b>1</b>
Aizliegums iegūt atpūtas kuģu vadīšanas tiesības			19	3	<b>22</b>
Aizliegums iegūt transportlīdzekļu vadīšanas tiesības			2	7	<b>9</b>
Atpūtas kuģu vadīšanas tiesību atņemšana			4		<b>4</b>
Transportlīdzekļu vadīšanas tiesību atņemšana			129	72	<b>201</b>
Kopējā summa (Ls)	105886	150	65360	33800	<b>205196</b>
Iekasētā summa (Ls)	29216.26	30	32530.91	18605.21	<b>80382.38</b>

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centra Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēma „Administratīvos pārkāpumus izdarījušās personas”

## 9.2. Ar narkotisko vielu nelegālo apriti netieši saistītie likumpārkāpumi

### Prostitūcijas saikne ar narkotisko vielu nelegālo apriti

Individuālā prostitūcija Latvijā ir atļauta un tiek reglamentēta ar Ministru kabineta 2008.gada 22.janvāra noteikumiem Nr.32 „Prostitūcijas ierobežošanas noteikumi”. Par individuālas prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpumiem ir paredzēta administratīva atbildība<sup>42</sup>,

<sup>\*\*\*</sup> Driving a motor vehicle under the influence of drugs

<sup>42</sup> Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksa 174.<sup>4</sup> pants. Prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšana

taču par prostitūciju ierobežojošo noteikumu pārkāpšanu, ja tā ir izdarīta atkārtoti gada laikā, ir paredzēta kriminālbildība<sup>43</sup>.

Dati par piemērotiem administratīviem sodiem par prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu tiek ievadīti Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmā „Administratīvos pārkāpumus izdarījušās personas”, dati par kriminālajiem sodiem - Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmā „Noziedzīgus nodarījumus izdarījušās personas”.

**9.7. tabula. Administratīvie protokoli par prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu**

Gads	Protokolu kopskaits	Sastādīja Valsts policija	Sastādīja pašvaldības policija	Izmaiņas	
				+/-	%
2007.	44	44	0	-	-
2008.	146	84	62	102	231,82
2009.	69	56	13	-77	-52,74

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs, 2010

Jāņem vērā, ka vienai un tai pašai personai var būt sastādīti vairāki administratīvie protokoli.

Novērojams būtisks kritums (vairāk kā par 50%) saistībā ar administratīvo protokolu sastādīšanu par prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu, kas visticamāk izskaidrojams ar tiesību aizsardzības iestāžu resursu fokusēšanu (resursu trūkuma apstākļos) uz nopietnākiem likumpārkāpumu veidiem. Specifiskas statistiskas atskaites par prostitūcijas saikni ar narkotisko vielu nelegālo apriti (piem., vai viena un tā pati persona ir izdarījusi likumpārkāpumus gan saistībā ar prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu, gan saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti) automātiskajā režīmā netiek producētas, tāpēc attiecīgā datu savstarpēja sasaiste pašlaik veicama manuālajā režīmā. Statistiskie dati rāda, ka ap 50% personu, kurām bijis piemērots administratīvais sods par prostitūcijas ierobežojošo noteikumu pārkāpšanu, tikušas sodītas arī par likumpārkāpumiem saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti (turklāt salīdzinājumā ar 2008.gadu, 2009.gadā par gandrīz 8% palielinājies to personu daudzums, kurām bijis piemērots kriminālsods par likumpārkāpumiem saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti).

**9.8. tabula. Vienas un tās pašas personas pārkāpumi saistībā ar prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu un narkotisko vielu nelegālo apriti**

Gads	Personas, kurām piemērots administratīvais sods par prostitūcijas ierobežojošo noteikumu pārkāpšanu	No tām: personas, kurām piemērots administratīvais sods saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti	No tām: personas, kuras ir krimināli sodītas saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti	Par likumpārkāpumiem saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti sodīto personu īpatsvars
2007.	44	14	5	43,2%
2008.	129	50	14	49,6%
2009.	65	19	12 <sup>44</sup>	47,7%

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs, 2010

Būtu jāņem vērā, ka prostitūtu skaits, kurām nav bijis piemērots administratīvais sods par prostitūcijas ierobežojošo noteikumu pārkāpšanu un kuras netika sodītas par likumpārkāpumiem saistībā ar narkotisko vielu nelegālo apriti, nav zināms.

<sup>43</sup> LR Krimināllikuma 163.pants

<sup>44</sup> 2 personas tika sodītas par LR Krimināllikuma 253.panta (Narkotisko un psihotropo vielu neatļauta izgatavošana, iegādāšanās, glabāšana, pārvadāšana un pārsūtīšana) pārkāpumu, 10 personas – par LR Krimināllikuma 253<sup>2</sup>.panta (Narkotisko un psihotropo vielu neatļauta iegādāšanās, glabāšana un realizēšana nelielā apmērā un narkotisko un psihotropo vielu lietošana bez ārsta nozīmējuma) pārkāpumu.

## Nepilngadīgie likumpārkāpēji

Pārsvārā narkotisko vielu nepilngadīgiem lietotājiem it tiešs sakars ar likumpārkāpumiem, jo narkotisko vielu iegāde prasa finanšu līdzekļus, kuri nepilngadīgo personu rīcībā parasti nav. Tiklīdz narkotisko vielu iegādei nepietiek līdzekļu, nepilngadīgā persona pārsvārā sāk izdarīt noziegumus. Statistiskie dati liecina par nepilngadīgo izdarīto noziedzīgo nodarījumu būtisku sarukumu, kas var tikt izskaidrots ar vairākiem faktoriem:

- būtiski sarūk (vairāk kā par 10%<sup>45</sup> salīdzinājumā ar 2008.gadu) pašu nepilngadīgo personu (vecumā no 14 līdz 17 gadiem ieskaitot) skaits (mazāks likumpārkāpēju skaits izdara vairāk noziedzīgu nodarījumu);

- nepilngadīgās personas pārsvārā izdara zādzības un laupīšanas, t.i., līdz vidējā smaguma nodarījumiem, un tieši šos nodarījumus biežāk neatklāj, jo galvenā tiesību aizsardzības iestāžu uzmanība (it īpaši ekonomiskas krīzes apstākļos) tiek pievērsta smagāko nodarījumu atklāšanai. Mēdz būt gadījumi, kad iedzīvotāji, kurus apzog nepilngadīgas personas, nemaz nevēršas policijā, uzskatot, ka nozagtās mantas nav bijušas pietiekami vērtīgas;

- datu reģistrācijas nepilnības, piem., norādes par nodarījuma izdarīšanu narkotiskā reibuma stāvoklī nav obligāti iekļaujamas informācijas sistēmā, tāpēc bieži vien norāde netiek pievienota.

Jāatzīmē, ka disproporcijas starp izdarīto noziedzīgo nodarījumu kopskaitu un to izdarījušo nepilngadīgo personu kopskaitu galvenokārt izskaidrojamas ar to, ka nepilngadīgie bieži izdara noziedzīgus nodarījumus grupā.

### 9.9. tabula. Nepilngadīgo izdarītie noziedzīgie nodarījumi

Parametrs	Gads			Izmaiņas (2008.-2009.)	
	2007.	2008.	2009.	+/-	%
<b>Izdarīto noziedzīgo nodarījumu kopskaits</b>	1350	1397	1038	-359	-25,70
t.sk. narkotisko vielu ietekmē	10	18	6	-12	-66,67
t.sk. zādzības narkotisko vielu ietekmē	3	2	0	-2	-100,00
t.sk. laupīšanas narkotisko vielu ietekmē	0	0	0	-	-
t.sk. alkohola reibumā	354	318	225	-93	-29,25
t.sk. psihotropo vielu iespaidā	5	5	2	-3	-60,00
t.sk. toksisko vielu iespaidā	0	2	1	-1	-50,00
<b>Nepilngadīgo personu, kuras izdarījušas noziedzīgos nodarījumus skaits</b>	2191	1812	1383	-429	-23,68
t.sk. narkotisko vielu ietekmē	0	14	3	-11	-78,57
t.sk. zādzības narkotisko vielu ietekmē	1	5	0	-5	-100,00
t.sk. laupīšanas narkotisko vielu ietekmē	0	0	0	-	-
t.sk. nepilngadīgie, kuri nestrādā un nemācās	284	344	193	-151	-43,90

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs, 2010

### Noziedzīgie nodarījumi, kas izdarīti narkotisko vielu reibumā

Integrētās iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmā „Administratīvos pārkāpumus izdarījušās personas” un apakšsistēmā „Noziedzīgu nodarījumu reģistrs” ir iespēja pievienot norādi par to, ka likumpārkāpumi izdarīti personai atrodoties narkotiskā reibuma stāvoklī, taču tā kā šo norāžu pievienošana nav obligāta, tas pārsvārā netiek darīts.

<sup>45</sup> LR Centrālās statistiskās pārvaldes dati <http://data.csb.gov.lv>

### 9.10. tabula. Narkotiskajā reibumā izdarītie noziedzīgie nodarījumi

Parametrs	Gads			Izmaiņas (2008.-2009.)	
	2007.	2008.	2009.	+/-	%
<b>Narkotisko vielu ietekmē<sup>46</sup> izdarīto noziedzīgo nodarījumu kopskaits</b>	554	756	567	-189	-25,00
t.sk. zādzības narkotisko vielu ietekmē	69	66	89	23	34,85
t.sk. laupīšanas narkotisko vielu ietekmē	9	13	12	-1	-7,69

Avots: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs, 2010

Statistiskie dati, neskatoties uz iespējam datu kvalitātes problēmām, apliecina būtisku pieaugumu (ap 35%) saistībā ar narkotisko vielu ietekmē izdarītajām zādzībām, taču narkotisko vielu ietekmē izdarīto noziedzīgo nodarījumu kopskaits ir par 25% samazinājies. Viens no situāciju ietekmējošiem faktoriem ir saistīts ar iedzīvotāju skaita samazināšanos valstī – piem., vairāk kā par 4,3%<sup>47</sup> salīdzinājumā ar 2008.gadu samazinājies iedzīvotāju skaits vecumā no 14 līdz 25 gadiem (ieskaitot).

### Narkotisko un psihotropo vielu neatļauta izsniegšana

Pavisam 2009.gadā konstatētas 2 noziedzīgas epizodes<sup>48</sup> saistībā ar narkotisko un psihotropo vielu (t.sk. „Sevredol” un „DHC Continus”) neatļautu izsniegšanu<sup>49</sup>. 2008.gadā konstatētas 153 attiecīgas epizodes, kuras kopš 2004.gada izdarīja viena un tā pati persona<sup>50</sup>.

## 9.3. Tiesību aizsardzības iestāžu veiktie pasākumi pretnarkotiku jomā

Piedāvājuma samazināšana tiek vērsta uz jebkuru nelegālo narkotisko vielu samazināšanu. Valsts policija, Muitas kriminālpārvalde un Valsts robežsardze ir galvenās institūcijas, kas darbojas narkotisko un psihotropo vielu, t.sk. kanabiss, piedāvājuma samazināšanas jomā. Minētās institūcijas veic noteiktos pasākumus, aktivitātes, operatīvo darbu savās jomās, sadarbojoties arī savā starpā un ar citu valstu attiecīgajiem dienestiem, kā arī ar Eiropolu un Interpolu, turklāt veicot arī izlūkošanas darbus, piesaistot kinologus. Plāni, kas saistīti ar narkotiku piedāvājuma samazināšanu, tiek izstrādāti, balstoties uz problēmām atsevišķās valsts teritorijās un pieejamo izlūkošanas informāciju.

### Valsts policijas veiktie pasākumi

Valsts policijas struktūrvienība, kura ir primāri iesaistīta pretnarkotiku aktivitātēs ir Galvenās Kriminālpolicijas pārvaldes Organizētas noziedzības apkarošanas pārvaldes Narkotiku apkarošanas birojs. Narkotiku apkarošanas birojs veic vispārīgo situācijas monitoringu un informācijas apkopošanu pretnarkotiku jomā visās Valsts policijas iestādēs, kā arī veic metodiskās vadības funkciju attiecībā uz Valsts policijas teritoriālajās iestādēs (reģionu līmenī) izveidotajām narkotiku apkarošanas nodaļām.

2009.gadā aktīva sadarbība informācijas apmaiņas un pārbaudes jomā par fiziskām un juridiskām personām, transportlīdzekļiem un citiem faktiem, kas varētu būt saistīti ar narkotisko un psihotropo vielu apriti, notika ar virkni pasaules valstu (Baltijas valstīm, Skandināvijas valstīm, ASV un Latīņamerikas valstīm, Krievijas Federāciju, Nīderlandi, Vāciju, Lielbritāniju u.c.). Tika uzturēta sadarbība ar Apvienoto Nāciju organizāciju (UNODC), Eiropolu, Interpolu un Eurojustu. Aktīvā sadarbība un informācijas apmaiņa sniedz rezultātus – ārvalstīs tika

<sup>46</sup> Norādes par nodarījuma izdarīšanu narkotiskā reibuma stāvoklī iekļaušana informācijas sistēmā nav obligāta, tāpēc bieži vien norāde netiek pievienota

<sup>47</sup> LR Centrālās statistikas pārvaldes dati <http://data.csb.gov.lv>

<sup>48</sup> Iekšlietu ministrijas Informācijas centra (Integrētas iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmas „Noziedzīgo nodarījumu reģistrs”) dati

<sup>49</sup> LR Krimināllikuma 250.pants Narkotisko un psihotropo vielu neatļauta izsniegšana

<sup>50</sup> Iekšlietu ministrijas Informācijas centra (Integrētas iekšlietu informācijas sistēmas apakšsistēmas „Noziedzīgo nodarījumu reģistrs”) dati

konfiscēts nozīmīgs narkotisko vielu daudzums, aizturēti organizēto noziedzīgo grupu dalībnieki un narkotisko vielu kurjeri.

Valsts policijas teritoriālajās struktūrvienībās tika izstrādāti atsevišķi pasākumu plāni narkotiku nelegālās aprites apkarošanai un ierobežošanai, ņemot vērā esošo situāciju attiecīgajās teritorijās.

Valsts policijas galvenie darba virzieni pretnarkotiku jomā ir:<sup>51</sup>

- piedalīties ANO, NATO un ES projektos, programmās, citās iniciatīvās un aktivitātēs sadarbības attīstīšanai ar Krievijas Federāciju, citām Austrumeiropas, Āzijas reģiona un Eiropas Savienības valstīm narkotiku nelegālās aprites apkarošanā;
- sadarbībā ar Latvijas un ārvalstu tiesību aizsardzības institūcijām veikt operatīvās un izmeklēšanas darbības, kopīgas operācijas, lai noskaidrotu, pārbaudītu un fiksētu, un pārtrauktu ar narkotisko un psihotropo vielu kontrabandu un tranzītu saistīto starptautisko noziedzīgo grupu aktivitātes;
- nostiprināt operatīvas pozīcijas un aktivizēt operatīvo darbu saistībā ar informācijas iegūšanu par personām un organizētām grupām, kuras nodarbojas ar narkotiku nelegālo apriti;
- turpināt darbu un veikt nepieciešamus pasākumus saistībā ar narkotisko un psihotropo vielu izplatīšanas ierobežošanu jauniešu vidē;
- veikt organizatoriskos pasākumus, lai panāktu pilnīgāku ar narkotiskajām un psihotropajām vielām saistīto statistikas datu iegūšanu un novērstu to neprecizitāti.

### Muitas kriminālpārvaldes veiktie pasākumi

Valsts ieņēmumu dienestā un Muitā ir izstrādāti vairāki iekšējie plānošanas un prioritāšu noteikšanas dokumenti, kuri attiecas arī uz narkotisko un psihotropo vielu nelikumīgas aprites novēršanu un apkarošanu, piem., "Valsts ieņēmumu dienesta muitas darbības stratēģija 2005.–2009.gadam"<sup>52</sup>, "Valsts ieņēmumu dienesta muitas iestāžu Kontrabandas novēršanas un apkarošanas stratēģija 2005. – 2009.gadam" un šo stratēģiju ikgadējs Taktisko mērķu apraksta dokuments. Ik ceturksni tiek veidoti attiecīgie progresa pārskati saistībā ar "Valsts ieņēmumu dienesta muitas iestāžu Kontrabandas novēršanas un apkarošanas stratēģijas 2005. – 2009.gadam" (t.sk. taktisko mērķu sasniegšanas) definēto uzdevumu izpildi.

Muitas veicamo aktivitāšu efektivitātes galvenie rādītāji pretnarkotiku jomā ir konfiscēto narkotisko vielu daudzums un radītais kaitējums noziedzīgajiem grupējumiem. Konfiscēto narkotisko vielu gadījumu skaits nav galvenais Muitas darbības efektivitātes rādītājs, jo atbilstoši šim rādītājam ir iespējams izdarīt secinājumus tikai par atsevišķu muitas struktūrvienību (kinologu un atsevišķu Muitas kontroles punktu) darba efektivitātes palielināšanos.

Galvenais Muitas veicamo aktivitāšu efektivitātes rādītājs pretnarkotiku jomā ir izņemt no nelegālās aprites pēc iespējas vairāk narkotisko vielu (apjoms) un radīt pēc iespējas lielāku kaitējumu organizētās noziedzības grupējumiem – tas tiek noteikts, uzskaitot un analizējot narkotisko vielu konfiscēšanas faktus (detalizēti), un aprēķinot organizētās noziedzības grupējumiem nodarīto kaitējumu (gan zaudējumus, gan neiegūto peļņu) naudas izteiksmē.

Narkotisko un psihotropo vielu nelikumīga pārvadāšana tiek konstatēta un apkarota:

<sup>51</sup> Valsts policijas Galvenās Kriminālpolicijas pārvaldes „Pārskats par narkotisko un psihotropo vielu nelegālo apriti un reģistrētajiem noziedzīgiem nodarījumiem Latvijā 2009.gadā”, 17. lpp..

<sup>52</sup> "Valsts ieņēmumu dienesta muitas darbības stratēģija 2005.–2009.gadam", apstiprināta ar Valsts ieņēmumu dienesta ģenerāldirektora 2005.gada 24.marta rīkojumu Nr.570



- izlūkošanas (mūsdienīgas operatīvās darbības un analītisko metožu kopums) darbību gaitā (piem., saņemot attiecīgas ziņas par plānoto pārvadājumu) un veicot mērķtiecīgu informācijas vākšanu un analīzi; Muitas kriminālpārvalde ir izveidota, apzinoties izlūkošanas darba veikšanas nepieciešamību;
- sadarbojoties ar citiem nacionāliem dienestiem (pārsvārā - Valsts policijas Organizētas noziedzības apkarošanas pārvaldi, Ieslodzījuma vietu pārvaldi un Valsts robežsardzi);
- sadarbojoties ar citu valstu (pārsvārā kaimiņvalstu) dienestiem; aktīva sadarbība ir ar ASV *Drug Enforcement Agency* pārstāvjiem; informācijas apmaiņai bieži tiek izmantotas Valsts policijas starptautisko sakaru iespējas, piem., Interpol un Europol kanāli;
- veicot muitas kontroli (it īpaši ar kinologu palīdzību).

### Valsts robežsardzes veiktie pasākumi

Valsts robežsardzes raksturīgā īpatnība narkotisko un psihotropo vielu nelikumīgas aprites ierobežošanas jomā ir uzsāktu kriminālprocesu nodošana citām iestādēm, jo Valsts robežsardzei nav kompetences kriminālprocesu virzībā minētajā jomā (arī konfiscētās vielas tiek nodotas attiecīgajām iestādēm).

Narkotisko un psihotropo vielu nelikumīga pārvadāšana tiek konstatēta un apkarota:

- operatīvo darbību gaitā (saņemot attiecīgas ziņas par plānoto pārvadājumu) – ap 70% informācijas par plānotajiem nelikumīgajiem pārvadājumiem tiek iegūti valsts iekšienē;
- sadarbojoties ar citiem nacionāliem dienestiem (pārsvārā - Valsts policijas Organizētas noziedzības apkarošanas pārvaldi, Muitas kriminālpārvaldi un Ieslodzījuma vietu pārvaldi);
- sadarbojoties ar citu valstu (pārsvārā - kaimiņvalstu) dienestiem (pārsvārā – Lietuvas, Baltkrievijas un Krievijas, dažkārt - Igaunijas robežsardzi);
- veicot imigrācijas kontroli (it īpaši ar kinologu palīdzību).

## 9.4. Narkotisko vielu nelegālā aprīte ieslodzījuma vietās

2010.gada 1.janvārī brīvības atņemšanas vietās atradās 7055 ieslodzītie, kas ir par 2,35% vairāk nekā 2009.gada 1.janvārī. No visām ieslodzītām personām konstatētie narkotisko vielu lietotāji ir 881, t.i., ap 12,5%. 2009.gadā brīvības atņemšanas vietās konstatēti 1653 narkomānijas gadījumi (Ieslodzījuma vietu pārvalde, 2010).

### Narkotisko vielu lietošana un problemātiska narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās

Pēdējais plaša mēroga pētījums par narkotiku lietošanu ieslodzījuma vietās tika īstenots 2003. gadā. Tika anketēti visi notiesātie 11 izlasē iekļautajos cietumos, sasniedzot 2867 respondentu lielu (jeb 61,2% notiesāto) neto izlasi (Sniķere, Trapencieris, Vanaga, 2003). Pētījumā tika izmantota anketa, kurā tika iekļauti jautājumi par dažādu narkotiku lietošanu ieslodzījuma laikā un pirms ieslodzījuma. Šajā pētījumā tika noskaidrots, ka pirms ieslodzījuma jebkuras nelegālās narkotikas vismaz vienu reizi pamēģinājuši 53% 15–64 gadus veci notiesātie, savukārt pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā pirms pašreizējā soda izciešanas tās lietojuši attiecīgi, 38% un 29% notiesāto. Atbilstoši ieslodzīto atbildēm aptuveni trešā daļa notiesāto (31%) vismaz vienu reizi lietojuši narkotikas ieslodzījumā, 17% – tās lietojuši pēdējā gada laikā un 7% – pēdējā mēneša laikā. Visbiežāk notiesāto vidū ieslodzījuma laikā lietotās

vielas ir marihuāna, hašišs (28%), amfetamīni (12%) un heroīns (10%). Pētījumā norādīts arī salīdzinoši augsts dažādu medikamentu lietošanas līmenis apreibināšanās nolūkā.

2010. gada rudenī plānots veikt arī salīdzināmu pētījumu notiesāto vidū, kas plānots līdzīga apjoma un tiks veikts pēc salīdzināmas metodoloģijas ar 2003. gadā veikto pētījumu. Šī pētījuma rezultāti tiks iekļauti nākamajā Nacionālajā ziņojumā.

### ieslodzītajiem veiktās analīzes

Par narkotiku lietošanas līmeni un ieslodzījuma vietās lietotajām vielām norāda arī nesen iegūtie dati par ieslodzījuma vietās veiktajām analīzēm (drug tests). Atbilstoši 2006.gada 30.maija MK noteikumiem Nr. 423 „Brīvības atņemšanas iestādes iekšējās kārtības noteikumi” ieslodzījuma vietās notiesātiem uz aizdomu pamata var veikt analīzes, lai konstatētu narkotiku reibumu. Narkotiku lietošana ieslodzījuma vietās ir krimināli sodāma. Iegūtie bioloģiskie paraugi tiek sūtīti Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centram, kurā tiek veikta paraugu pārbaude, izmantojot dažādas metodes, piemēram, GCMS. Šie dati iepriekš netika vākti elektroniskā formātā, taču 2010. gadā ar UNODC un Nacionālā fokālā punkta finansiālu atbalstu tika veikta 2008. un 2009. gada datu ievade. Atbilstoši šiem datiem ieslodzījuma vietas pārbaudei nosūtījušas 490 paraugus, no kuriem 2008.gadā RPNC veiktas 318 analīzes, savukārt 2009. gadā – 172 analīzes. No veiktajām analīzēm nedaudz vairāk kā divas trešdaļas (342 jeb 70%) norādīja par dažādu vielu klātbūtni organismā (skat. 9.11. tabulu). 2009. gadā veikto analīžu samazinājums drīzāk atspoguļo finansējuma samazinājumu ieslodzījuma vietās, kas atvēlēts analīžu veikšanai, nevis narkotiku lietošanas līmeņa samazināšanos ieslodzījuma vietās.

**9.11. tabula. 2008. un 2009. gadā ieslodzītajiem veikto analīžu skaits (absolūtos skaitļos)**

	2008. gads	2009. gads
Veiktās analīzes	318	172
Pozitīvās analīzes	215	127

Avots: RPNC dati 2010; NFP aprēķini

ieslodzītajiem, kuriem konstatēta narkotiku klātbūtne organismā, visbiežāk (62,9%) atklāta viena viela, 20,2% gadījumu atklāta divu vielu klātbūtne organismā, 9,1% – trīs vielas, savukārt 7,9% gadījumu atklātas četras un vairāk vielas. Dati norāda, ka 2009. gadā salīdzinājumā ar 2008. gadu biežāk tiek konstatēta vairāk kā vienas vielas klātbūtne organismā (skat. 9.12. tabulu).

**9.12. tabula. 2008. un 2009. gadā konstatēto vielu skaits ieslodzīto vidū (% no pozitīvām analīzēm)**

	2008. gads	2009. gads
Viena viela	67,7	54,3
Divas vielas	17,7	24,4
Trīs vielas	7,0	12,6
Četras un vairāk vielas	7,4	7,7

Avots: RPNC dati 2010; NFP aprēķini

Aplūkojot 2009. gada analīzēs atklātās vielas secināms, ka visbiežāk tiek atklāti amfetamīni – 56% gadījumu, benzodiazepīni (46%), opioīdi (35%) un kanabinoīdi (31%), kā arī nedaudz retāk barbiturāti (9%). Salīdzinot 2009. un 2008. gada datus, novērojams, ka 2009. gadā biežāk konstatēti opioīdi un benzodiazepīni, savukārt retāk amfetamīni (skat. 9.13. tabulu). Visbiežāk atklātās vielu kombinācijas vienā analīzē ir amfetamīni un benzodiazepīni.

**9.13. tabula. 2008. un 2009. gadā konstatētās vielas ieslodzīto vidū (% no pozitīvām analizēm)<sup>53</sup>**

	2008. gads	2009. gads
Amfetamīns/metamfetamīns un to atvasinājumi/zīmes	63,7	55,9
Benzodiazepīni un to atvasinājumi/zīmes	32,6	45,7
Kanabinoīdi (THC) un to zīmes	31,6	30,7
Opioīdi, to atvasinājumi/zīmes	19,1	34,6
Barbiturāti	7,9	10,2

Avots: RPNC dati 2010; NFP aprēķini

Vidējais ieslodzīto vecums, kuriem konstatēta narkotiku lietošana, ir 30,7 gadi (vecuma moda – 27 gadi, jaunākajam – 17 gadi un vecākajam 57 gadi). Pārsvarā analīzes veiktas ieslodzītajiem vīriešiem – divu gadu laikā tikai 4 gadījumos analīzes veiktas sievietēm.

## 9.5. Narkotisko vielu lietošanas profilakse ieslodzījuma vietās

Profilakses jomā 2009.gadā tika veikti dažādi profilaktiskie pasākumi, kas iekļāva lekcijas un informatīvas kampaņas ieslodzītajiem, reliģiska rakstura pasākumus. Ieslodzītie tiek iesaistīti dažādās resocializācijas programmās. 2009.gadā atkarības mazināšanas speciālās programmas (piem., līdzīgas „12 soļu” programmai) brīvības atņemšanas vietās netika īstenotas, taču vairākās brīvības atņemšanas vietās tika īstenotas ar psihotropo un narkotisko vielu lietošanas profilaksi saistītās programmas, piem., „Motivācijas programma jauniešiem pilnīgai psihoaktīvo vielu lietošanas pārtraukšanai ieslodzījumā, kā arī pēc atbrīvošanās”, „Deju kustību terapija” (mērķis - piemērojot kustību terapijas metodes, palīdzēt notiesātām personām iekšēji atbrīvoties no narkotiku un alkohola atkarības), „Vērtībizglītības un saskarsmes prasmju programma” (viens no programmas moduļiem ir veltīts atkarību profilaksei). Tika īstenoti arī projekti, kuri netiešā veidā ietekmē atkarības mazināšanu, piem., „HIV inficēto, AIDS pacientu un narkotiku atkarīgo dzīves kvalitātes uzlabošana ar veselības un sociālo aprūpi” (Ieslodzījuma vietu pārvalde, 2010).

Ieslodzījuma vietu pārvaldes darbinieki norāda, ka galvenais problemātiskais aspekts saistībā ar dažādu sociālās rehabilitācijas un sociālās uzvedības korekcijas programmu (t.sk. atkarību mazināšanas programmu) īstenošanu ir tāds, ka programmas pārsvarā tiek īstenotas ES vai dažādu organizāciju līdzfinansēto projektu ietvaros, beidzoties projektam, valsts budžeta līdzekļi projekta turpināšanai piešķirti netiek (programmu veicēji no ārējām organizācijām vairs nesaņem finansējumu, turpretī Ieslodzījuma vietu pārvaldes darbiniekiem ir daudz citu pienākumu, un viņi nevar veltīt laiku programmu īstenošanai), programmas tiek pārtrauktas. Dažkārt programmas tiek turpinātas tikai uz Ieslodzījuma vietu pārvaldes darbinieku entuziasma pamata, finansējuma trūkuma dēļ.

Neskatoties uz ieslodzīto ar narkotisko atkarību skaita palielināšanos ieslodzījuma vietās, narkotisko vielu atkarības ārstēšana ieslodzījuma vietās tiesisko (un ar to saistīto finansiālo) faktoru dēļ joprojām nenotiek (notiek vienīgi ieslodzīto narkotisko vielu lietotāju detoksikācija):

- ieslodzītiem ir tiesības atteikties no narkotisko vielu testa veikšanas,
- ieslodzījuma vietās strādājošie ārsti psihiatri nav tiesīgi uzstādīt narkoloģiskas slimības diagnozi.

Jautājuma tiesiskā nesakārtotība izraisa situāciju, ka narkotisko vielu lietotājs tiek noteikts tikai atbilstoši paša ieslodzītā teiktajam – t.i., ja sākotnējā apskatē (nonākot ieslodzījuma vietā) vai turpmāk, veselības sūdzību izskatīšanas laikā, ieslodzītais pats atzīst sevi par narkotisko vielu regulāru/ilgtermiņa lietotāju. Ieslodzītie reti atzīst sevi par narkotisko vielu lietotājiem, iespējams, satraucoties par stingrāku uzraudzību no ieslodzījuma vietas administrācijas puses. Tādējādi

<sup>53</sup> Analīzē var tikt atklātas vairāk vielas, līdz ar to summa var pārsniegt 100%.

jāpieņem, ka īstenībā narkotisko vielu lietotāju skaits ieslodzījuma vietās ir vairākas reizes lielāks nekā tiek parādīts oficiālajā statistikā.

Ieslodzījuma vietu pārvaldes veikto pasākumu novērtēšanas efektivitātes jomā būtu jāatzīmē, ka pašlaik sasniegtā progresa mērījumi saistībā ar personas dalību atkarības mazināšanas programmās netiek veikti (t.i., netiek salīdzināts, vai personas, kas piedalījās attiecīgajās programmās, neatsāk narkotisko vielu lietošanu). Galvenā problēma ir resursu nepietiekamībā, lai salīdzinātu personu, kas piedalījās attiecīgajās programmās, datus ar disciplinārprakses datiem, jo dati ir uz papīra informācijas nesējiem. Datu digitalizācija var būtiski atvieglot šo procesu.

Jāatzīmē, ka 2009.gadā tika uzsākta „Notiesātā riska un vajadzību novērtējuma” anketas aprobēšana (anketa izstrādāta, apgūstot somu un vācu pieredzi). Anketa sastāv no trim daļām: 1) saistībā ar izdarīto noziedzīgo nodarījumu, tiesas procesu, notiesātā attieksmi pret to u.c. (anketu aizpilda vecākais inspektors, kurš strādā ar konkrēto notiesāto), 2) sociālā informācija, piem., saistībā ar izglītību, ģimeni, dokumentiem u.c. – anketu aizpilda sociālais darbinieks, 3) psiholoģiskā rakstura informācija, t.sk. saistībā ar atkarībām (saistībā ar narkotisko atkarību apstrādājamiem datiem attiecas uz narkotisko vielu lietošanas vēsturi, lietojamām galvenajām vielām, lietošanas biežumu, nodarījumiem, kas izdarīti narkotiskajā reibumā vai nolūkā iegūt narkotiskās vielas, ar narkotisko vielu lietošanu saistīto vardarbību, narkotisko vielu lietošanas ietekmi uz darbu, izglītību, brīvo laiku, veselību, attiecībām ar ģimeni, partneri, draugiem, motivāciju ārstēties no atkarības ieslodzījuma laikā, iespējām uzsākt ārstēšanos vai piedalīties attiecīgajās programmās) – anketu aizpilda psihologs. Sākotnēji izstrādātā anketa bija paredzēta pilngadīgām personām, taču tiek veiktas aktivitātes, lai attiecinātu to arī uz nepilngadīgajām personām.

Tā kā anketā ir iekļauts daudz datu un ir iespējama savācamo datu neviennozīmīga izpratne, ir izstrādāta arī anketas aizpildīšanas metodoloģija. Plānots, ka ar anketas palīdzību tiks veikta regulāra novērtēšana un sasniegtā progresa mērīšana (anketu par katru notiesāto personu paredzēts aizpildīt ne retāk kā 1 reizi gadā).

Pašlaik vienīgā sekošana personas aktivitātēm narkotisko vielu lietošanas jomā pēc atbrīvošanas no ieslodzījuma vietas ir saistīta ar tiesas uzlikto pienākumu nosacīti atbrīvojamai personai turpināt narkotiskās atkarības ārstēšanu (to kontrolē Valsts probācijas dienests), jo Valsts probācijas dienests vai ieslodzījuma vietu pārvalde var izvirzīt kā nosacījumu pretendēt uz nosacīto atbrīvošanu turpināt narkotiskās atkarības ārstēšanu. Lai varētu noteikt programmu iedarbības ietekmi uz personām, kurām nav uzlikts pienākums turpināt narkotiskās atkarības ārstēšanu, būtu jāproducē statistika par šo personu (pēc atbrīvošanas no ieslodzījuma vietas) izdarītiem likumpārkāpumiem narkotiskajā reibumā vai nolūkā iegūt narkotiskās vielas.

Konsultācijas un psiholoģisko aprūpi ieslodzītajiem sniedz sociālie darbinieki un psihologi. Jāatzīmē, ka brīvības atņemšanas vietās strādājošo psihologu nav daudz, taču ieslodzīto skaits ir liels, līdz ar ko parasti psihologi paši nereaģē uz konstatētajiem narkomānijas gadījumiem un parasti iesaistās tad, kad ir saņemts attiecīgs iesniegums no ieslodzītā vai informācija no ieslodzījuma vietas administrācijas/darbiniekiem.

## 10. Narkotisko vielu tirgus

### 10.1. Pieejamība un piegāde

2009.gadā nav novērotas jaunas zīmīgas izmaiņas narkotisko un psihotropo vielu izplatības jomā. Nelegālajā aprītē turpina iezīmēties vispārējās ekonomiskās situācijas pasliktināšanās. Personu, kas iesaistītas šajās nelikumīgajās darbībās, vidū novērojams brīvo līdzekļu trūkums. Kā būtisks indikators šajā jomā ir jāuzskata kokaīna apgrozījuma samazinājums galvenokārt naudas līdzekļu trūkuma dēļ narkotiku lietotāju vidū. Par salīdzinoši stabilo nelegālā narkotisko un psihotropo vielu tirgus situāciju liecina tas, ka gan konfiscētā daudzuma, gan konfiskāciju skaita palielinājums novērojams vienīgi heroīna gadījumā (tā lietošanai ir sociāli ļoti negatīvas sekas). Turklāt šī tendence turpinās jau vairākus gadus. Jāatzīmē, ka arī reģionos pieprasītākās narkotiskās vielas ir marihuāna un amfetamīns. Kā jaunu iezīmi var minēt ieslodzīto palielināto aktivitāti narkotiku nelikumīgās aprites koordinēšanā (*Valsts Policija, 2010*).

#### Galvenās tendences

Heroīns. Konfiskāciju daudzuma īpatsvars kopējā narkotisko un psihotropo vielu konfiskācijas dinamikā norāda uz šīs vielas pastāvīgo un pat, iespējams, pieaugošo klātbūtni Latvijā jau kopš 2006.gada. Heroīns saglabā otro vietu atbilstoši konfiskāciju skaitam, apsteidzot pat marihuānas un amfetamīna konfiskāciju skaitu. Ir pieļaujama zināma sakarība ar noteiktas sabiedrības daļas vispārējo finansiālo un psiholoģisko stāvokli, kas stimulē sedatīvo narkotisko un psihotropo vielu, pie kurām faktiski pieder arī heroīns, pieprasījumu.

Aromātisko augu maisījumi. Popularitāti lietotāju vidū 2009.gadā bija ieguvuši aromātiskie augu maisījumi, kas bija brīvi pieejami un tika tirgoti ar dažādu interneta mājas lapu starpniecību. Augu maisījumu izplatība tika konstatēta ne tikai Rīgas teritorijā, bet valstī kopumā. Uz Latvijas pilsētām un to rajoniem eksotisko augu maisījumi tika nogādāti un izplatīti nakts klubos, tirdzniecības punktos vai ar kurjera starpniecību. 2009.gada novembrī vairākas augu maisījumu psihoaktīvās sastāvdaļas tika iekļautas kontrolējamo vielu sarakstā<sup>54</sup>. Tā rezultātā strauji samazinājās augu maisījumu pieejamība.

Ekstazī, amfetamīns, metamfetamīns. 2009.gadā vērojams konfiskācijas gadījumu skaita samazinājums, kas, iespējams, saistīts arī ar citu līdzīgas iedarbības vielu, piemēram, nātrija oksibutirāta vai piperizīna, kuram fiksēta pirmā konfiskācija ar lielu *ekstazī* tipa dizainiski noformētu tablešu skaitu, popularitātes palielināšanos lietotāju vidū. No dīleru ienākumu viedokļa *ekstazī* tablešu izplatīšana ir mazāk ienesīga nekā pulverveida vielu izplatīšana.

Marihuāna, hašišs. 2009.gadā plaši tika izplatīti eksotisko augu maisījumi, kuru iedarbība uz lietotāja organismu ir spēcīgāka nekā marihuānas lietošanas gadījumos. Marihuānas un hašiša pieprasījuma palielinājums bija vērojams, kad 2009.gadā vairāki sintētiskie kanabinoīdi tika iekļauti kontrolējamo vielu sarakstā.

Kokaīns. Ir vērojams *kokaīna* apgrozījuma samazinājums, kas norāda, ka narkotiku nelegālajā aprītē turpina iezīmēties vispārējā ekonomiskā situācija.

GHB: Novērota arī *nātrija oksibutirāta (GHB)* patēriņa palielināšanās, radot problēmas tiesībsargājošajām institūcijām, jo organismā ir grūti noteikt šīs vielas klātbūtni (*Valsts Policija, 2010*).

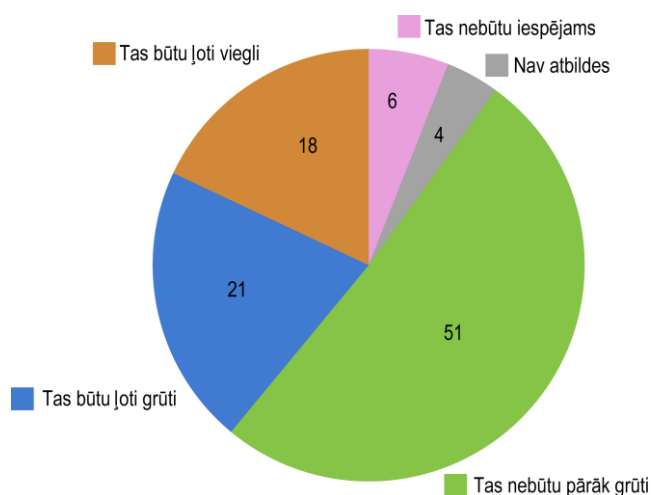
<sup>54</sup>2009. gada 28.novembrī stājās spēkā MK noteikumi Nr. 1297 "Grozījumi Ministru kabineta 2005.gada 8.novembra noteikumos Nr. 847 "Noteikumi par Latvijā kontrolējamajām narkotiskajām vielām, psihotropām vielām un prekursoriem", pakļaujot kontrolei vairākus sintētiskos kanabinoīdus: CP 47,497, kā arī trīs tā homologus C6, C8, C9; HU-210; JWH-018; JWH-073; JWH-250; JWH-398

## Pētījums par narkotiku pieejamību

2010. gada atbilstoši Latvijas Valsts policijas pasūtījumam tika veikts pētījums ES projekta „Jaunieši pret narkotikām” ietvaros (Klāsons, Spurava, Mangusa 2010). Pētījuma mērķis bija iegūt datus par jauniešu zināšanām un informētību par narkotiku lietošanas sekām un atbildību. Pētījumā bija jānoskaidro arī jauniešu viedoklis par narkotiku pieejamību un vielām, kuras tiek uzskatītas par narkotikām.

Kopumā tika aptaujāti 1255 skolēni, no kuriem 48% (n=598) bija zēni un 52% (n=657) meitenes. Respondenti tika izvēlēti no 47 vispārizglītojošām un profesionālajām vidusskolām, un vidēji katrā skolā aptaujāja 27 jauniešus. 82% skolēnu bija no vispārizglītojošām skolām, attiecīgi no profesionālajām vidusskolām – 18% respondentu. Pētījumā tika iekļautas skolas no visiem Latvijas reģioniem, respektīvi, 33% respondentu mācījās Rīgā, 43% citās pilsētās un 24% lauku skolās.

### 10.1. tabula. Narkotiku pieejamības vērtējums skolēnu vidū Latvijā, %



Avots: Klāsons, Spurava, Mangusa, 2010

Pētījumā tika uzdots jautājums „Kā tu domā, cik viegli vai grūti jaunietim no Tavas skolas, kurš vēlētos pamēģināt narkotikas, būtu tās iegūt?” Jautājums atspoguļo jauniešu domas, priekšstatus par to, vai narkotikas ir pieejamas. Vairākums aptaujāto apgalvojuši, ka jaunietim, kurš vēlētos pamēģināt narkotikas, tās nebūtu grūti iegūt. Respektīvi, 51% novērtējuši, ka iegūt narkotikas nebūtu pārāk grūti, bet 18% apgalvo, ka tas būtu ļoti viegli. Tikai 6% snieguši novērtējumu, ka narkotikas iegūt nebūtu iespējams, bet 21% – ka tas būtu ļoti grūti. Vidējais rādītājs 4 punktu skalā (kur 1 nozīmē ‘tas nebūtu iespējams’, bet 4 – ‘tas būtu ļoti viegli’) ir 2,8 punkti, kas liecina, ka narkotikas, pēc pašu jauniešu vērtējuma, ir visumā viegli pieejamas. To, ka narkotikas iegūt būtu ļoti viegli, salīdzinoši biežāk apgalvojuši 17 gadīgie (21%); Rīgā dzīvojošie (27%); profesionālās izglītības skolu audzēkņi (26%). Savukārt to, ka narkotikas iegūt nebūtu iespējams, salīdzinoši biežāk aptaujā minējuši 15 gadīgie (9%); Pierīgā (9%) un Latgalē (9%) dzīvojošie.

## Vietējās narkotikas un imports

Latvijā narkotiskās vielas lielākoties tiek ievestas. Pieejamā informācija liecina, ka vienīgā atklātā uz vietas ražotā narkotiskā viela ir marihuāna, citas narkotisko vielu ražotnes nav atklātas. 2009. gadā tika atklātas trīs marihuānas audzētavas – Valmierā, Liepājā un Jelgavā. Vienā gadījumā aizturēts jaunietis, kas sākotnēji audzējis stādus savām vajadzībām, bet vēlāk paplašinājis ražotni, kopā konstatēti tikai trīs stādi. Otrā gadījumā aizturēts kāds Lietuvas pilsonis, kurš Latvijas teritorijā kādā privātmāja audzēja marihuānu. Policija konfiscēja 5kg stādu un 70g izzāvētas marihuānas. Vislielākais daudzums marihuānas izņemts audzētavā, kas tika



atklāta 2009. gadā, kad tika izņemti 194 stādi. Vietējā produkcija nespēj apmierināt kopējo pieprasījumu, līdz ar to marihuāna tiek importēta.

Attiecībā uz narkotisko vielu ieviešanu Latvijas teritorijā, konstatējams, ka narkotisko vielu izcelsmes valstis un izplatības ceļi nav mainījušies. Latvija ģeogrāfiskajās atrašanās vietās un attīstītās infrastruktūras (3 lielas jūras ostas un 2 starptautiskās lidostas) dēļ ir pievilcīga tranzīta valsts jebkuru narkotiku pārvadājumiem.

2009.gada muitas dienesta darbības rezultātu analīze rāda, ka muitas kontroles punktos strādājošo struktūrvienību patstāvīgi atklāto narkotiku kontrabandas gadījumu īpatsvars ir atšķirīgs. Lielākais narkotiku aizturējumu skaits ir reģistrēts Rīgas lidostā, kurā ietilpst arī pasta sūtījumi, ievērojami mazāks narkotiku aizturējumu skaits ir reģistrēts Latvijas jūras ostās, turpretī uz ES ārējās robežas ar Krievijas Federāciju, kā arī ar Baltkrievijas Republiku nav konstatēts neviens narkotiku aizturēšanas gadījums. Šis apstāklis norāda uz to, ka ikdienas muitas kontrole, īpaši attiecībā uz narkotiku nelegālo pārvietošanu, ne vienmēr ir pietiekami efektīva.

Augsts risks narkotiku ieviešanai ir tiešie avio reisos no tādiem pasaules reģioniem, kuri ir starptautiski labi zināmi kā narkotiku izcelsmes valstis, piemēram, Tadžikija, Turcija, Nīderlande, starp kurām ar Rīgu ir tiešie avioreisi, kā arī aktīvai prāmju satiksmei starp Latviju un citām ES dalībvalstīm (*VID muita, 2010*).

#### Piegāde un tranzīts pa atsevišķām vielām:

MDMA jeb *ekstazī* ievēd no Rietumeiropas un izvēd tālāk uz Skandināviju un Krievijas Federāciju, izmantojot sauszemes ceļus.

Amfetamīns un metamfetamīns tiek ievēsts no Lietuvas, Polijas, Vācijas, Nīderlandes un Igaunijas. Tālāk sintētiskās narkotikas tiek izvēstas uz Skandināvijas valstīm un Krieviju. Galvenokārt tiek izmantots sauszemes un jūras transports, reģistrēti daudz vairāk metamfetamīna nekā amfetamīna transportēšanas gadījumi.

Marihuānu ievēd no Lietuvas, Nīderlandes un Spānijas, kā arī no Krievijas Astrahaņas reģiona, kur kaņepes tiek audzētas kā lauksaimniecības kultūra.

Hašišu, izmantojot dažādus ceļus, ievēd no Spānijas tranzītā caur citām ES valstīm un tālāk pārvēd uz Skandināvijas valstīm.

Kokaīns tiek ievēsts pa sauszemes un jūras ceļiem gan no Krievijas Federācijas, gan Eiropas Savienības valstīm un tālāk tiek transportēts uz Skandināvijas valstīm un Krievijas Federāciju.

Heroīns tiek transportēts no ES (Lietuvas), Turcijas, Moldovas, Tadžikijas, Afganistānas, Krievijas, izmantojot gaisa un sauszemes transportu, tālāk tas tiek nogādāts uz Skandināvijas valstīm. Atbilstoši izlūkošanas informācijas datiem, pēdējā gada laikā ir novērota tendence, ka narkotiku pārvadājumus, izmantojot starptautisko lidostu „Rīga” kā tranzīta lidostu, realizē rumāņu tautības personas heroīna pārvadājumiem. Risks - Rīgas lidostā tiešie reisi no Tadžikijas, Turcijas (*VID muita, 2010*).

Narkotiku izplatīšanas centrs valsts iekšienē ir galvaspilsēta Rīga, no kurienes tās tiek izplatītas tālāk uz lielākajām pilsētām un lauku rajoniem. Narkotikas tiek piegādātas no lielākām Latvijas pilsētām ar kurjeru vai dažreiz ar studentu starpniecību. Tās tiek realizētas izklaides pasākumos vai ar narkotiku kurjeriem. Saglabājas tendence, izmantojot visus iespējamus līdzekļus, samazināt tiešu kontaktu starp dīleri, narkotiskām vielām un klientu, tas tiek veikts, izmantojot telefona sakarus, kurjerus, slēpņus.

## 10.2. Narkotisko vielu konfiskācijas

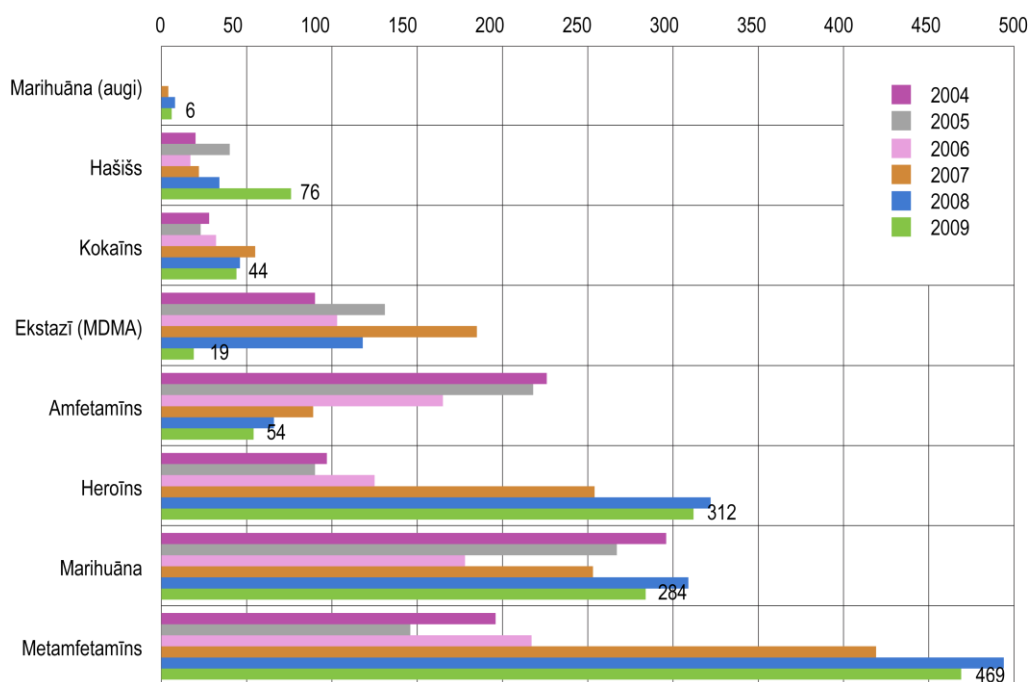
Atbilstoši Valsts policijas sniegtajām ziņām 2009. gadā kopumā reģistrēti 1265 vielu konfiskācijas gadījumi, kas ir par 134 gadījumiem mazāk kā 2008. gadā. Lielākoties vielas konfiscējusi Valsts policija – 1143 gadījumi, VID muita - 122 gadījumi. Salīdzinot ar iepriekšējo gadu, pieaudzis muitas reģistrēto konfiskāciju skaits, bet sarukuši valsts policijas rezultatīvie rādītāji. Policijas konfiskāciju skaita kritumu lielākoties var skaidrot ar ekonomisko situāciju valstī un reformām policijas struktūrās.<sup>55</sup>

10.1. tabula. Latvijā konfiscēto narkotisko vielu daudzums 2005.–2009. gadā

	2005. gads	2006. gads	2007. gads	2008. gads	2009. gads
Heroīns(kg)	0,004	0,157	1,75	1,75	2,14
Marihuāna (kg)	25,92	5,9	17,84	42,44	17,88
Marihuānas augi (kg)	N/A	N/A	34,48	157,52	34,28
Hašišs (kg)	1,55	0,358	0,254	6,88	1,45
Amfetamīns (kg)	3,79	11,03	5,78	4,8	1,30
Metamfetamīns (kg)	3,42	8,12	11,83	32,27	7,89
MDMA (ekstazī) (tab)	21937	4600	94753	3945	281
Kokaīns (kg)	0,68	1,12	11,9	5,15	0,44
LSD markas	2190	3	146	2	1

Avots: Valsts policijas Kriminālistikas pārvalde, 2010

10.2. attēls. 2004.–2009. gadā tiesībsargājošo iestāžu veikto narkotiku konfiskāciju skaits



Avots: Valsts policijas Kriminālistikas pārvalde, 2010

Marihuānas, hašiša un kaņepju stādu izņemšanas skaits palielinājies, bet samazinājies izņemto vielu daudzums (skat. 10.1. tabulu un 10.2. attēlu). To galvenokārt var skaidrot ar vērienīgu marihuānas audzēšanas atklāšanu 2008.gadā. Jāatzīmē, ka samazinājies vielu daudzums, ko konfiscējusi policija, bet pieaudzis muitas kopējais konfiscēto vielu skaits, ko varētu skaidrot ar marihuānas tranzīta pieaugumu. Heroīna konfiskāciju skaits līdzinās 2008.gada datiem, bet pieaudzis konfiscētās vielas daudzums. Tas atkārtoti apstiprina tendenci, ka heroīna aprīte

<sup>55</sup> ST13\_2010\_LV\_01; ST13\_2010\_LV\_02; ST13\_2010\_LV\_03

palielinājusies. Konfiscēto kokaīna, ekstazī (MDMA) un LSD daudzuma samazināšanos var skaidrot ar vielu aprites samazināšanos. Konfiscētā metamfetamīna un amfetamīna daudzuma samazināšanos, iespējams, var skaidrot ar jaunu vielu (piperzīni, GHB) ienākšanu tirgū un konfiskāciju skaita samazināšanos.

Latvijas Valsts policija konfiscējusi arī citas vielas. Pirmo reizi konfiscētas piperzīnu saturošas vielas, ko var skaidrot ar vielas pakļaušanu kontrolei un legālām iespējām to konfiscēt. Pieejamā informācija par izņemtajām vielām liecina par piperzīnu grupas un GHB narkotisko vielu popularitātes pieaugumu tirgū.

**10.2. tabula. Valsts policijas veiktās narkotisko vielu konfiskācijas 2009.gadā**

	grami	tabletes	gab.	ml.
1-(4-hlorfenil) piperazīnu saturošā viela/tabletes	122,1435	2274		
4-metilefedronu saturošās tabletes (mefedrons)		678		
Acetilētais opijs	1,2806			
Buprenorīnu saturošā viela/tabletes	1,0793	13		
Ciklobarbitālu/ diazepāmu saturošās tabletes		76		
Diazepāmu saturošā viela/tabletes	0,05	62		
Dihidrokodeīnu saturošās tabletes		38		
Fenazepāmu saturošā viela/tabletes	3,8641	143		
Fentanils	0,3591			
Gamma-butirolaktons (GBL)				25
Jēlopijs	1,9665			
Klonazepāmu saturošā viela/tabletes	98,622	1754		
Magoņu salmi	39277,33			
Meskalīnu saturošā viela	249,31			
Metadonu saturošās tabletes		5		
Morfīnu saturošās tabletes		56		
Nātrija oksibutirāts (GHB)	2673,5668			
Nitrazepāmu saturošās tabletes		132		
Oksazepāmu saturošā viela/tabletes	0,0512	25		
Pašizgatavots preparāts no efedrīna, kas satur efedronu				9
Psilocibes sēnes (izžāvētās)	1,9024			
Salvia divinorum (izžāvētā)	2,7778			
Triheksifenidilu saturošā viela/tabletes	4,223	266		
Zopiklonu saturošā viela/tabletes	0,1031	11		

Avots: Valsts policijas Kriminālistikas pārvalde, 2010

2009. gadā laikā valstī konfiscēto narkotisko vielu un psihotropo vielu vērtība (atbilstoši noskaidrotajām cenām melnajā tirgū) ir aptuveni 447,305 tūkstoši latu, sadarbībā ar VP ONAP ārvalstīs izņemto narkotisko un psihotropo vielu vērtība ir aptuveni 682 172 880 Ls.

### 10.3. Narkotisko vielu cenas un tīrība

Informāciju par narkotisko vielu mazumtirdzniecības cenām sniedz Valsts Policijas Kriminālpolicijas pārvaldes Organizētās noziedzības apkarošanas pārvaldes Narkotiku apkarošanas birojs (ONAP), kas informāciju iegūst no operatīvajiem darbiniekiem. Policijas pārstāvji ziņo, ka informācija iegūta no dīleriem, arestētajiem un informantiem, tomēr netiek paskaidrots, kāda bijusi aprēķinu metodoloģija un izlases apjoma stratēģija (*sample strategy*).

Sakarā ar ekonomisko situāciju Valsts Policijā tika reorganizētas vairākas institūcijas un atlaisti darbinieki. Nomainījās speciālisti, kas apkopoja narkotisko vielu mazumtirdzniecības cenas,

tāpēc pārtrūka informācijas pēctecība, respektīvi, datu par cenām līdz 2010. gada II pusei ir ļoti maz. Līdz 2009. gada septembrim datus par mazumtirdzniecības cenām sniedza lielākā daļa pašvaldību, jo ONAP oficiāli varēja pieprasīt šādu informāciju. Pēc reorganizācijas ONAP vairs šādu tiesību nav, līdz ar to par 2009. gadu nacionālā līmenī informācija apkopota par pirmajiem deviņiem mēnešiem. Tāpēc dati par narkotisko vielu mazumtirdzniecības cenām no 2009. gada nogales un par 2010. gadu teritoriāli aptver tikai Rīgu. Datu apkopošana par citiem reģioniem plānota, sākot ar 2011. gadu<sup>56</sup>.

Maksimālā un minimālā cena ir norādīta marihuānai, kokaīnam un amfetamīnam, tomēr cena norādīta kā intervāls, līdz ar to nevar noskaidrot visbiežāk minēto un vidējo cenu. Līdzīgi ir ar heroīna, ekstazī un LSD cenām, jo Valsts Policija norādījusi vienu fiksēto mazumtirdzniecības cenu. Balstoties uz pieejamo informāciju, nav iespējams veikt korektu analīzi, līdz ar to galvenos secinājumus par narkotisko vielu mazumtirdzniecības cenu izmaiņām var sniegt atbilstoši policijas darbinieku novērojumiem. Salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, situācija nav kardināli mainījusies. Kokaīna cena samazinājusies, jo sarucis maksāspējīgo lietotāju skaits. Nedaudz samazinājusies arī heroīna cena, ko skaidro ar ekonomisko situāciju valstī. Zemāka LSD cena noteikta, jo LSD, ekstazī un amfetamīnu sāka aizvietot metamfetamīns, kura izejvielu pieejamība, ražošanas process ir izdevīgāks un lielāku peļņu nesošs. Marihuānas un amfetamīna cena praktiski saglabājusies tajā pašā līmenī, jo joprojām tās ir vienas no pieprasītākajām narkotiskajām vielām gan Rīgā, gan reģionos (*Valsts Policija, 2010*).

**10.3. tabula. Narkotiku mazumtirdzniecības cenas<sup>57</sup> Euro, 2007.-2009.gads**

	2007. gads			2008. gads			2009. gads		
	min	max	mode	min	max	mode	min	max	mode
Marihuāna (g)	5,7	14	10	14	17	14	10	14	
Heroīns (g)	64,2	185,7	157	100	142,9	100			114
Kokaīns (g)	43	86	71	85,7	128,6	100	57	100	
Amfetamīni (g)	7	14	14	10	14	14	10	14	14
Ekstazī (tab)	4,2	10	5,8	5,7	7	5,7	6	6	6

Avots: Valsts Policija, 2010

Nelegālo narkotisko vielu pakāpi jeb vielu procentuālo daudzumu Latvijā nosaka Valsts policijas Kriminālistikas pārvaldes Ķīmisko ekspertīžu nodaļa.

Pieejamie dati no 2005. līdz 2009. gadam<sup>58</sup> apliecina, ka vidējā narkotisko vielu tīrība mainījusies 20% robežās, izņemot MDMA saturošās vielas, jo vidējā tīrība 5 gadu laikā svārstījies no 90 % 2007.gadā līdz 27% 2009.gadā, ko var izskaidrot ar to, ka samazinājies MDMA konfiskāciju skaits un konfiscēto vielu daudzums, attiecīgi MDMA procentuālo tīrību ietekmējušas dažu konfiscēto vielu zemā kvalitāte. Kopumā maksimālā vielas tīrība, salīdzinot ar 2008. gadu, samazinājusies ekstazī, amfetamīnam un kokaīnam. Latvijā kanabiss produkta tīrības līmenis (delta-9-tetrahidrokanabinola līmenis) netiek noteikts.

**10.4. tabula. Vielu tīrība**

	2005. gads	2006. gads	2007. gads	2008. gads	2009. gads
Heroīns (%)	N/A	38	33	29	28
Kokaīns (%)	39	31	25	28	26
Amfetamīns (%)	32	38	16	29	16
Metamfetamīns (%)	43	30	20	32	30
MDMA (mg/tab)	77	36	90	81	27

Avots: Valsts Policija, 2010

<sup>56</sup> ST16\_2010\_LV\_01

<sup>57</sup> min – zemākā cena, max – augstākā cena, mode – visbiežāk minētā cena

<sup>58</sup> ST14\_2010\_LV\_01

## B. DAĻA: Paplašinātās tēmas

### 11. Narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīniju analīze

Veselības aprūpes plānotāji un politikas veidotāji Eiropā arvien aktīvāk meklē veidus, kā narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanu padarīt kvalitatīvāku. Plānojot pieejamos ārstniecības pakalpojumus un tiem nepieciešamo finansējumu, arvien biežāk priekšroka tiek dota uz pierādījumiem balstītiem iejaukšanās pasākumiem. Līdz ar to narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīnijas ir kļuvušas par svarīgu rīku narkotiku atkarības ārstēšanas kvalitātes nodrošināšanā.

Saskaņā ar Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centra apkopoto informāciju (EMCDDA, 2009) 2008. gadā divdesmit ES valstīs ir izstrādātas narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanas vadlīnijas. Esošās vadlīnijas lielākoties attiecas uz farmakoloģisku opioīdu atkarības ārstēšanu, proti, 18 valstīs ir izstrādātas šādas vadlīnijas, bet 11 valstis ziņo par detoksikācijas vadlīnijām. Jāatzīmē gan, ka lielākajā daļā valstu vadlīnijām ir rekomendējošs raksturs, kas nozīmē, ka tās nav obligātas, lai varētu sniegt pakalpojumu vai saņemt valsts finansējumu.

Vadlīnijas, kas orientētas uz psihosociālo ārstēšanu un sociālo reintegrāciju Eiropas dalībvalstīs, ir sastopamas retāk. Tikai septiņas dalībvalstis (Bulgārija, Čehijas Republika, Vācija, Dānija, Nīderlande, Slovēnija, Apvienotā Karaliste) 2008. gadā ziņoja par psihosociālo iejaukšanās pasākumu vadlīnijām, un piecas (Čehijas Republika, Vācija, Portugāle, Slovēnija, Apvienotā Karaliste) par sociālās reintegrācijas vadlīnijām. Iespējams, ka šādu vadlīniju ir tik maz tādēļ, ka ir pieejams ierobežots skaits pierādījumu par šādu intervenču efektivitāti atkarīgo pacientu ārstēšanas procesā.

Arī regulāra un sistemātiska ārstniecības procesa novērtēšana tiek veikta tikai dažās Eiropas valstīs. Saskaņā ar 2008. gada datiem tikai piecas valstis ir veikušas farmakoloģisku opioīdu atkarības ārstēšanas un detoksikācijas novērtēšanu. Savukārt tikai Dānija, Vācija un Apvienotā Karaliste regulāri novērtē arī psihosociālās ārstēšanas iejaukšanās pasākumu rezultātus. Pārsvārā valstis ziņo par vienreizējiem vai neregulāriem ārstēšanas rezultātu novērtējumiem.

Balstoties uz „ES Narkotiku apkarošanas rīcības plāna 2009.–2012. gadam” 17. un 19. aktivitāti<sup>59</sup>, EMCDDA 2011. gadā ir paredzējis apkopot informāciju par ES dalībvalstu vadlīnijām un to lomu narkotiku atkarības ārstēšanas kvalitātes uzlabošanā ES dalībvalstīs.

Šī ziņojuma ietvaros, balstoties uz EMCDDA izstrādāto metodoloģiju, ir analizētas Latvijas narkotiku atkarības ārstēšanas vadlīnijas, to vēsturiskā attīstība, izstrādes un ieviešanas process, kā arī salīdzinātas Latvijas opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijas ar PVO izstrādātajām farmakoterapijas vadlīnijām. Turklāt vadlīniju analīzes procesā ir veiktas septiņas intervijas ar jomas ekspertiem, kas ir piedalījušies pašreizējo vadlīniju izstrādes procesā vai ir atbildīgi par vadlīniju apstiprināšanu un ieviešanu.

<sup>59</sup> 17. aktivitāte - izstrādāt, īstenot un apmainīties ar labas prakses vadlīnijām/kvalitātes standartiem attiecībā uz profilaksi, ārstēšanu, kaitējuma samazināšanu un rehabilitācijas intervencēm un pakalpojumiem;

19. aktivitāte - rast ES vienprātību par profilakses, ārstēšanas, kaitējuma samazināšanas un rehabilitācijas intervencu un pakalpojumu kvalitātes standartiem un kritērijiem, ņemot vērā konkrētu grupu vajadzības un valstu un starptautiskā mērogā veikto darbu.

## Vadlīniju definīcija

Saskaņā ar Vašingtonas Medicīnas institūta ekspertu 1992. gada definīciju (Field and Lohr, 1992) vadlīnijas ir sistemātiski izstrādāts dokuments, ar mērķi palīdzēt speciālistiem un pacientiem pieņemt lēmumu par noteiktiem apstākļiem atbilstošu intervenci.

Parasti vadlīnijas ietver noteiktu ieteikumu vai pasākumu kopumu, kam var sekot, īstenojot intervences. Ārstniecības vadlīnijās ir iekļauti ieteikumi, kuru pamatā ir zinātniski pierādījumi, ekspertu viedokļi, pakalpojuma lietotāju viedokļi un valsts veselības aprūpes sistēma. Piemēram, ārstniecības kvalitātes vadlīnijas var ietvert iespējamās ārstniecības procesus, proti, individuālo ārstēšanas plānošanu, iespējamās aprūpes veidus, atsevišķa ārstēšanās režīma plānošanu utt. Tāpat ārstniecības kvalitātes vadlīnijas var ietvert ārstniecības procesa novērtēšanu, piemēram, saistošās dokumentācijas, ārstniecības uzraudzības, pacientu apmierinātības, darbinieku apmierinātības un rezultātu novērtēšanu.

Ārstēšanas vadlīnijas var saukt arī par ārstēšanas standartiem, prakses vadlīnijām, klīniskām vadlīnijām, prakses ieteikumiem un rekomendācijām. Tās var būt atsevišķs dokuments vai daļa no ārstēšanas rokasgrāmatas.

## Klīniskās vadlīnijas vs. medicīniskās tehnoloģijas

Latvijā ārstēšanas procesu nosaka Ārstniecības likums<sup>60</sup>, kurā ir definēti divi termini, kas nosaka un regulē ārstniecības procesu un tā kvalitāti, proti, medicīnas tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas. Saskaņā ar Ārstniecības likumu medicīniskās tehnoloģijas tiek definētas kā ārstniecībā izmantojamās metodes un medicīniskās ierīces, bet klīniskās vadlīnijas tiek definētas kā sistematizēts konkrētu pacientu grupu ārstniecības procesa apraksts, kas veidots, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus, un kurā noteiktas nepieciešamās darbības, to veikšanas kārtība un pacientu ārstēšanas taktikas izvēlē būtiski kritēriji labāka ārstēšanas rezultāta sasniegšanai.

Medicīniskās tehnoloģijas ir tehnisks dokuments, kurā atrunātas visas iespējamās manipulācijas, ārstniecības procesā nepieciešamais aprīkojums, lietojamie medikamenti utt. Latvijā ir 16 apstiprinātas medicīniskās tehnoloģijas, kas attiecas uz narkoloģisko pacientu ārstniecību. Apstiprinātu medicīnisko tehnoloģiju ievērošana ārstniecības procesā un valsts finansējuma saņemšanā ir obligāta.

Klīniskās vadlīnijas ir plašāks dokuments, kas saskaņā ar ārstniecības likumā atrunāto definīciju balstīts uz zinātniskiem pierādījumiem. Vienas vadlīnijas var ietvert vairākas medicīniskās tehnoloģijas. Tomēr pretēji medicīniskajām tehnoloģijām, klīniskām vadlīnijām ir rekomendējošs raksturs, un to ieviešana ārstniecības iestādēs ir atkarīga no attiecīgās ārstniecības iestādes finansiālajām iespējām. Tajā pašā laikā Ārstniecības likumā ir norādīts, ka ārstniecība jāveic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus.

Turpmākajā ziņojumā analizētas trīs narkotiku atkarīgo ārstniecības vadlīnijas: Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas (2005); Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas (2006) un Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijas, izmantojot metadonu un buprenorfīnu (2007).

---

<sup>60</sup> 1997. gada 12. jūnija likums „Ārstniecības likums”. Pieejams elektroniski: <http://www.likumi.lv/doc.php?id=44108>



## 11.1. Klīnisko vadlīniju vēsturiskā attīstība

Latvijā klīnisko vadlīniju attīstības vēsture nav sena. Latvijas Narkologu asociācijas ekspertu darba grupa pirmās vadlīnijas “*Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas*” sagatavoja 2005. gadā. Otrās vadlīnijas – “*Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas*” – tika izstrādātas gadu vēlāk, proti, 2006.gadā. Savukārt vadlīnijas “*Opioidu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfīnu*” tika izstrādātas 2009.gadā. Visas vadlīnijas ir izstrādājuši Latvijas Narkologu asociācijas ekspertu darba grupa<sup>61</sup>.

Vēsturiski narkoloģijas nozare Latvijā izveidojās pagājušajā gadsimta 70. gados, kad tika izveidota pirmā narkoloģiskā ārstniecības iestāde. Nozare tika veidota ar mērķi samazināt PSRS augošo alkoholisma izplatību<sup>62</sup>. Arī šobrīd narkoloģijas nozare ietver alkohola, narkotisko un psihotropo, tabakas, kā arī azartspēļu atkarības ārstniecību. Līdz ar to arī pirmās vadlīnijās ir apkopota informācija ne tikai par narkotisko un psihotropo vielu atkarības ārstniecību, bet arī par alkohola un azartspēļu atkarību.

Līdzīgi kā narkoloģijas nozare Padomju Savienības laikā arī pirmās izstrādātās vadlīnijas par narkoloģisko pacientu ārstniecību tika balstītas uz Krievijas praksi, kur galvenā loma tika vērsta uz abstinences stāvokļa ārstēšanu un intoksikāciju. Šobrīd jomas eksperti norāda, ka šīs vadlīnijas būtu jāpārstrādā, lielāku uzmanību pievēršot multidisciplināras komandas darbam, nemedikamentozai ārstniecībai, kā arī dažādu pacientu grupu specifiskai ārstniecībai. Tajā pašā laikā eksperti norāda – lai gan pirmās vadlīnijas netika balstītas uz zinātniekiem pierādījumiem un starptautiskiem pētījumiem, labi, ka tās tika izstrādātas. Šobrīd tās papildināt un pārstrādāt būs daudz vieglāk, nekā izstrādāt pilnīgi jaunas vadlīnijas.

Līdz 2010. gadam Latvijā nebija vienotas kārtības, kādā veidā vadlīnijas ir jāizstrādā, jāapstiprina un jāieviešas. Visas trīs Latvijā esošās narkotiku atkarīgo pacientu ārstniecības vadlīnijas izstrādāja Latvijas Narkologu asociācijas izveidota darba grupa. Izstrādātās vadlīnijas tika prezentētas asociācijas sēdē un izplatītas asociācijas biedriem, proti, ārstiem narkologiem. Tā kā Latvijā vadlīnijām ir rekomendējošs raksturs, to lietošana nav obligāta, un līdz ar to nav zināms, cik aktīvi ārsti lieto šīs vadlīnijas. Eksperti gan cer, ka jaunie MK noteikumi būs par pamatu, lai nākotnē vadlīnijas ņemtu vērā, nosakot veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un apmaksas nosacījumus.

Eksperti arī viennozīmīgi atzīst, ka esošās vadlīnijas būtu jāpārstrādā atbilstoši starptautiskai praksei. Turklāt jaunu vadlīniju izstrādē noteikti jāiesaista multidisciplināra ekspertu komanda, kuru veidotu ne tikai ārsti speciālisti, bet arī mācību spēki. Eksperti arī norāda, ka daudz lietderīgāk būtu izmantot jau pasaulē apstiprinātas vadlīnijas, piemēram, Pasaules Veselības organizācijas jau izstrādātās vadlīnijas un adaptēt tās Latvijas situācijai, nevis radīt ko absolūti jaunu. Būtiski arī rast skaidrojumu – kas ir vadlīnijas, tehnoloģijas un standarti un kas kurā situācijā ir nepieciešams.

Saskaņā ar ekspertu teikto 2010.gada beigās tiks pārstrādātas vadlīnijas “*Opioidu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfīnu*”, par pamatu ņemot Pasaules Veselības Organizācijas 2009. gada vadlīnijas. Atbilstoši plānots izstrādāt arī jaunas metadona un buprenorfīna medicīnas tehnoloģijas. Nākotnē arī plānots pārstrādāt “*Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas*” un “*Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas*”, jo pasaulē tiek izmantotas arvien jaunas metodes un medikamenti šādu pacientu ārstēšanā, tāpēc vadlīniju atjaunošana ir likumsakarīga.

<sup>61</sup> Visas vadlīnijas ir pieejamas papīra formātā Latvijas Narkologu asociācijā.

<sup>62</sup> Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centra vēsture: <http://www.rpnc.lv/index.php?+smlx+saiYqHJPv64SeW647e%268>



## 11.2. Narkotiku atkarības ārstēšanas vadlīnijas Latvijā

Latvijā šobrīd ir trīs narkotiku atkarības ārstēšanas vadlīnijas, kuras ir izstrādājuši un apstiprinājuši Latvijas Narkologu asociācija:

- Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas, 2005;
- Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas, 2006;
- Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfīnu. Vadlīnijas profesionāļiem, 2009.

Šīs vadlīnijas pārsvarā ir informatīvs materiāls, kas sniedz pārskatu narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanā. Pārsvarā vadlīnijās ir apkopota informācija par medikamentozo ārstniecību, īpašu uzmanību pievēršot detoksikācijai. Jomas eksperti norāda, ka vadlīnijas būtu jāpārstrādā atbilstoši pasaules praksei, jo pirmā divas vadlīnijas ir gatavotas, balstoties uz Krievijas praksi, kur liela uzmanība tiek veltīta tieši akūtai ārstēšanai. Eksperti norāda, ka, pārstrādājot vadlīnijas, lielāka uzmanība būtu jāpievērš sociālpsiholoģiskajiem aspektiem narkotiku atkarīgo pacientu ārstēšanā. Turklāt būtu jādiferencē ārstniecība dažādām pacientu grupām un dažādu vielu atkarībām.

Turpmākā tekstā detalizētāk analizēta katra no trim vadlīnijām.

**Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas** (Narkoloģijas valsts aģentūra, 2005) ir dokuments, kurā koncentrētā veidā uzmanība pievērsta daudzām ar atkarību saistītām tēmām, sākot ar atkarības rašanās riska faktoriem, patogēnēzi, profilaksi, atkarības klīniskajām izpausmēm, beidzot ar dažādiem palīdzības veidiem - ambulatoru, stacionāru palīdzību, stacionāru psihoterapiju, rehabilitāciju, anonīmajām kustībām.

Sadaļa par ambulatoro palīdzību veltīta šādu tematu izklāstam: narkologa konsultācijas par alkohola, narkotisko un psihotropo vielu, tabakas, azartspēļu un jauno tehnoloģiju lietošanu vai atkarību; jautājums par to, kad tiek pieņemts lēmums par narkoloģiskās uzskaites un dinamiskās novērošanas nepieciešamību; kā arī jautājumi par viegla un vidēji smaga alkohola, narkotisko un psihotropo vielu abstinences stāvokļu ārstēšanu. Vadlīnijās minēti precīzi šo stāvokļu simptomi un nepieciešamās medikamentozās terapijas. Uzmanība vērsta arī uz medikamentozu palīdzību viegla un vidēji smaga opioīdu, psihostimulatoru atkarības abstinences stāvokļa gadījumā. Sniegts īss ieskats buprenorfīna un metadona aizvietojošo terapiju pielietošanā (kad nepieciešams izvēlēties metadonu/buprenorfīnu, medikamenta devas lielums).

Atsevišķas vadlīniju sadaļas veltītas azartspēļu un jauno tehnoloģiju atkarībai un ambulatorai terapijai, stacionārai psihoterapijai (motivācijas programma, Minesotas 12 soļu programma), rehabilitācijai, anonīmajām kustībām.

Lielākā vadlīniju daļa veltīta stacionārai palīdzībai akūtu intoksikāciju gadījumā (akūta alkohola, opioīdu, Indijas kaņepju, sedatīvo un miega zāļu, kokaīna, narkotisko un nenarkotisko stimulatoru, halucinogēnu, gaistošu organisko šķīdinātāju intoksikācija), kur koncentrētā veidā minēti simptomi, izmeklējumi un nepieciešamā medikamentozā terapija, kā arī stacionāra palīdzība abstinences stāvokļu gadījumos.

Vadlīniju nobeigums veltīts stacionārās palīdzības izklāstam psihotisku, psihisku, kognitīvu, personības uzvedības traucējumu gadījumos, kas radušies psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ (simptomi, izmeklējumi, terapija).

**Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas** (Narkoloģijas valsts aģentūra, 2006) pēc savas struktūras un būtības līdzinās “*Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijām*”, taču to mērķa grupa ir daudz plašāka. Ja pirmās vadlīnijas vairāk paredzētas

profesionāliem ārstiem narkologiem, tad “*Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas*” paredzētas plašākam speciālistu lokam, tajā skaitā ģimenes ārstiem un citiem ārstiem speciālistiem. Eksperti norāda, ka šīs vadlīnijas ir vairāk informatīvs materiāls, nevis klīniskās vadlīnijas, jo sedatīvo un miega zāļu lietošana nereti izplatīta visā sabiedrībā, turklāt šos medikamentus brīvi var izrakstīt jebkurš ārsts, tos nereti ordinē nepamatoti vai pārāk lielās devās un uz pārāk ilgu laiku, radot būtisku kaitējumu pacienta veselībai. Turklāt sedatīvo un miega līdzekļu lietošana vienmēr bijusi izplatīta narkotisko vielu atkarīgo personu vidū jau Padomju Savienības laikā.

*Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijās* uzmanība vērsta uz vairākām sedatīvo un miega līdzekļu grupām, proti, barbiturātiem, benzodiazepīniem un nātrija oksibutirātam (GHB).

Vadlīnijās aprakstīta barbiturātu grupas medikamentu lietošana, intoksikācijas fāzes, akūta intoksikācija (simptomi, izmeklējumi un terapija), pārdozēšanas pazīmes, atkarības klīniskās izpausmes, attīstības stadijas, abstinences stāvoklis (tā simptomi, nepieciešamie izmeklējumi un pielietojamā terapija), kā arī iespējamās komplikācijas.

Vadlīnijās sniegta arī benzodiazepīnu farmakokinētika, izplatītāko benzodiazepīnu salīdzinājums, informācija par medikamentu izrakstīšanas nepieciešamību, lietošanas indikācijas, nevēlamie efekti, kontrindikācijas. Līdzīgi kā sadaļā par barbiturātiem aprakstīta arī benzodiazepīnu akūta intoksikācija (simptomi, izmeklējumi un pielietojamā terapija), atkarība no benzodiazepīniem un abstinences stāvoklis.

Aprakstīta arī GHB intoksikācija, neatliekamā palīdzība intoksikācijas gadījumā un abstinence, kā arī abstinences ārstēšanas principi.

Vadlīniju pēdējā daļa veltīta psihotiskiem, psihiskiem, kognitīviem, personības un uzvedības traucējumiem pēc sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas: akūta intoksikācija ar delīriju – simptomi, izmeklējumi, terapija, abstinences stāvoklis ar delīriju – tā simptomi, izmeklējumi un izmantojamā terapija. Uzmanība vērsta arī abstinences stāvokļa ar delīriju komplikācijām, psihotiskiem traucējumiem, amnestisajam sindromam un psihotiskiem traucējumiem, kas sākušies vēlu pēc sedatīvo un miega līdzekļu lietošanas.

Vadlīniju nobeigumā sniegta informācija par ambulatoras un stacionāras palīdzības saņemšanas iespējām, rehabilitācijas iespējām, anonīmajām kustībām un iespējām saņemt ārstu narkologu konsultācijas.

***Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijas, izmantojot metadonu un buprenorfīnu*** (Sabiedrības veselības aģentūra, 2009) paredzētas jomas profesionāļiem un ir daudz specifiskākas kā abas iepriekšminētās vadlīnijas. Jāatzīmē arī, ka šīs ir jaunākās vadlīnijas, līdz ar to vairāk atbilst starptautiskajiem standartiem. Vadlīnijās ir atsauces uz starptautiskiem pētījumiem un literatūru, kā arī ņemti vērā Latvijā veiktās Farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas novērtēšanas rezultāti (Sīle, Pūgule 2008).

Vadlīnijās īsi aprakstīta metadona un buprenorfīna farmakoterapijas pielietojuma prakse pasaulē, epidemioloģiskie dati, ilgtermiņa farmakoterapijas efektivitāte un rentabilitāte, farmakokinētika, mijiedarbība ar citiem medikamentiem, blakusparādības un kontrindikācijas.

Vadlīniju tālākās nodaļas veltītas ilgtermiņa farmakoterapijas aprakstam, kur definēta pacienta izmeklēšana, indikācijas, kontrindikācijas un piesardzība medikamentu lietošanā. Ņemot vērā faktu, ka vadlīnijas ir orientētas tikai uz ilgtermiņa farmakoterapiju, izmantojot metadonu un buprenorfīnu, vadlīnijās nav iekļauta informācija par opioīdu antagonistu izmantošanu farmakoterapijā. Vadlīnijās ir informācija par metadona/buprenorfīna un buprenorfīna – naloksona kombinētā preparāta terapijas uzsākšanu, pāreju no metadona uz buprenorfīnu vai buprenorfīna – naloksona kombinēto preparātu un otrādi, minēto medikamentu lietošanas pārtraukšanu, pārdozēšanu. Turklāt norādīti kritēriji, kas nosaka pacienta izslēgšanu no terapijas

un tās pacientu grupas, kuras ir īpaši būtiski iesaistīt terapijā (piemēram, grūtnieces un HIV/AIDS, B/C hepatīta slimnieki).

Pēdējās trīs vadlīniju nodaļas veltītas īsam ilgtermiņa farmakoterapijas darba organizācijas, nepieciešamo resursu un novērtēšanas metodoloģijas aprakstam.

Detalizēts Latvijas Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīniju salīdzinājums ar PVO ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijām atrodams ziņojuma pēdējā nodaļā.

### 11.3. Vadlīniju izstrādes un ieviešanas process

Līdz šim Latvijā nebija vienas kārtības, kādā veidā vadlīnijas tika izstrādātas un ieviestas. Parasti tas bija medicīnisko asociāciju kompetences jautājums, kas izstrādāja un pēc tam izstrādātās vadlīnijas arī apstiprināja un izplatīja asociācijas locekļiem. Savukārt šobrīd klīnisko vadlīniju izstrādes, izvērtēšanas, reģistrēšanas un ieviešanas kārtību nosaka 2010.gada 25. maija Ministru kabineta noteikumi 469 „*Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas*”, kas ļoti stingri un konkrēti definē klīnisko vadlīniju izstrādes un ieviešanas procesu. Tomēr, ņemot vērā faktu, ka valsts nav piešķirusi papildu finansējumu vadlīniju izstrādei un vadlīniju izmantošanai, tām ir vairāk rekomendējošs raksturs, šobrīd nav mehānisma, kas motivētu gatavot uz zinātniskiem pierādījumiem balstītas vadlīnijas. Eksperti gan norāda, ka motivācija varētu būt tas, ka vadlīnijas nākotnē paredzēts ņemt vērā, nosakot veselības aprūpes pakalpojumu tarifus un apmaksas nosacījumus.

Jauno Ministru kabineta noteikumu mērķis ir veicināt pēc vienotiem kritērijiem veidotu un uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izstrādi valstī un to piemērošanu ārstniecībā, medicīniskās izglītības apmācības programmās, no valsts budžeta apmaksājamo veselības aprūpes pakalpojumu tarifu un apmaksas nosacījumu izstrādē, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas kvalitātes kontrolē un uzraudzībā.

MK noteikumi nosaka, ka tiesīgas izstrādāt vadlīniju projektu un iesniegt to Veselības ekonomikas centrā reģistrēšanai klīnisko vadlīniju datu bāzē ir ārstniecības personu profesionālās organizācijas vai ārstniecības iestādes un augstskolas, kuras īsteno akadēmiskās un otrā līmeņa profesionālās studiju programmas medicīnā.

Lai klīniskās vadlīnijas varētu tikt apstiprinātas un reģistrētas datu bāzē, izstrādātājam jāiesniedz pilns vadlīniju projekta teksts, vadlīniju projekta kopsavilkums, kā arī vadlīniju projekta izstrādes procesa apraksts, norādot informāciju par vadlīniju projekta izstrādātāju, recenzentiem, apspriešanu ārstniecības personu profesionālajā organizācijā, ārstniecības un zinātniskajās iestādēs, semināros vai konferencēs. Izstrādātājam jāiesniedz arī informācija par vadlīniju projekta veidu, norādot, vai tas ir oriģināls, adaptēts vai tulkots. Ja vadlīniju projekts ir adaptēts vai tulkots, izstrādātājam jāiesniedz vadlīniju oriģināla kopija.

Vadlīniju projektā ir jāietver šāda informācija:

- vadlīniju nosaukums;
- vadlīniju izstrādātājs;
- vadlīniju mērķis un uzdevumi;
- paredzamie vadlīniju lietotāji;
- ieguvumi, blakusefekti un riski, kas varētu rasties, ievērojot vadlīniju ieteikumus;

- vadlīniju piemērošanas mērķa grupa, norādot pacientu diagnozes vai diagnožu grupas un tām atbilstošo kodu saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas pieņemto Starptautiskās statistiskās slimību un veselības problēmu klasifikācijas 10.redakciju;
- pierādījumu informācijas avoti un kritēriji to izvēlei;
- ieteikumi ārstniecības personai par konkrētām ārstnieciskām darbībām, ietverot diagnostiku, profilaksi, ārstēšanas metodes, novērošanas taktiku, rehabilitāciju un norādot, kādas no vadlīnijās minētajām tehnoloģijām (zāles, medicīniskās ierīces, metodes, procedūras) var piemērot Latvijā;
- ieteikumu pierādījumu līmenis saskaņā ar šādu iedalījumu:

A līmenis – pierādījumi ar augstu ticamību, kas iegūti vairākos labas kvalitātes nejaušinātos klīniskos pētījumos, par kuriem veikta metaanalīze;

B līmenis – pierādījumi ar vidēju ticamību, kas iegūti atsevišķos labas kvalitātes nejaušinātos klīniskos pētījumos vai metaanalīzē par vairākiem labi organizētiem pētījumiem ar kontroles grupu (klīniski pētījumi bez nejaušināšanas, gadījumu kontroles pētījumi, kohortu pētījumi);

C līmenis – pierādījumi ar zemu ticamību, kas iegūti atsevišķos pētījumos ar kontroles grupu (klīniski pētījumi bez nejaušināšanas, gadījumu kontroles pētījumi, kohortu pētījumi);

D līmenis – nepietiekami pierādījumi, kas iegūti gadījumu sēriju novērojumos vai par kuriem saņemts vienprātīgs ekspertu ieteikums;

- vadlīnijās izmantoto ieteikumu sasaiste ar pierādījumiem, norādot konkrētas atsauces;
- vadlīniju izstrādes finansētājs.

Pēc vadlīniju projekta iesniegšanas Veselības ekonomikas centrs izvērtē vadlīniju izstrādātāja iesniegto dokumentu atbilstību iepriekšminētajām prasībām. Gadījumā, ja konstatēta dokumentu neatbilstība, Veselības ekonomikas centrs pieprasa vadlīniju izstrādātājam papildu informāciju.

Pēc iesniegto dokumentu atbilstības izvērtēšanas, Veselības ekonomikas centrs vadlīniju projektu nosūta izvērtēšanai Veselības ministrijas galvenajiem speciālistiem attiecīgajā veselības nozarē un Veselības nozares stratēģiskajai padomei<sup>63</sup>. Veselības ekonomikas centrs ir tiesīgs vadlīniju projektu nosūtīt izvērtēšanai arī citām ar veselības aprūpi saistītām institūcijām, ārstniecības personu profesionālajām organizācijām vai ekspertiem, kas ir konkrētās veselības nozares speciālisti un atbilst vismaz vienam no šādiem kritērijiem: ekspertam ir medicīnas zinātņu doktora grāds; eksperts ir augstskolas docents, asociētais profesors, profesors vai apmācīt tiesīga persona, vai vadošais pētnieks, vai arī ekspertam ir vismaz piecu gadu pieredze atbilstošā medicīnas specialitātē.

Ja iepriekš minētās institūcijas un eksperti mēneša laikā Veselības ekonomikas centrā nav iesnieguši nekādus komentārus vai labojumus par attiecīgo projektu, tad vadlīniju projekts ir uzskatāms par saskaņotu. Savukārt, ja iepriekš minētajām institūcijām un ekspertiem ir iebildumi vai komentāri pret vadlīniju projektu, Veselības ekonomikas centrs par tiem informē vadlīniju izstrādātāju, kas mēneša laikā izvērtē iebildumus un precizē vadlīniju projektu vai noraida iebildumus, sniedzot centram pamatotu rakstisku skaidrojumu.

Pēc vadlīniju apstiprināšanas tās tiek reģistrētas Veselības ekonomikas centra uzturētajā datu bāzē.

<sup>63</sup> Padome ir konsultatīva institūcija veselības politikas veidošanā un īstenošanā, un tās sastāvā ir veselības nozares biedrību, kā arī valsts un pašvaldību institūciju pārstāvji. Padomi izveido un tās nolikumu apstiprina veselības ministrs.

Savukārt ārstniecības iestādes ievieš vadlīnijas atbilstoši attiecīgās ārstniecības iestādes finansiālajām iespējām, kas nozīmē, ka klīnisko vadlīniju ieviešana šobrīd vēl nav obligāta, bet gan rekomendējoša rakstura.

#### 11.4. Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīniju salīdzinājums ar PVO vadlīnijām

Latvijā vadlīnijas „*Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfinu*” (Sabiedrības veselības aģentūra, 2009) tika izstrādātas 2009.gadā<sup>64</sup>. Galvenais iemesls šādu vadlīniju izstrādei bija farmakoterapijas paplašināšanās nacionālā līmenī, kas tika organizēta UNODC projekta „*HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users and in Prison Settings in Estonia, Latvia and Lithuania 2006-2010*” ietvaros. Šī projekta ietvaros tika veikta arī Farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas novērtēšana Latvijā (Sīle, Pūgule, 2008), kā rezultātā viena no rekomendācijām bija izstrādāt vienotas opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijas profesionāļiem, kas nodrošinās farmakoterapiju nacionālā līmenī.

Vadlīnijas „*Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfinu*” ir balstītas uz zinātniskiem pierādījumiem un starptautiskiem pētījumiem, tomēr jāatzīmē, ka vadlīnijām ir vairāk aprakstošs, nevis rekomendējošs raksturs. Respektīvi, vadlīnijas sniedz plašu informāciju par ilgtermiņa farmakoterapiju, tās efektivitāti un rentabilitāti, mijiedarbību ar citiem medikamentiem, blakusparādībām utt., bet nesniedz ieteikumus, kas būtu kurā gadījumā jāizvēlas labāk. Kā norāda jomas eksperti, ārsta ziņā ir izvēlēties labāko un piemērotāko ārstniecības metodi, savukārt vadlīnijās būtiski aprakstīt visus iespējamus variantus.

Būtiski atzīmēt, ka opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas nacionālās vadlīnijas ir šaurākas nekā PVO vadlīnijas, jo apraksta tikai ilgtermiņa farmakoterapiju, izmantojot metadonu, buprenorfinu un buprenorfīna - nalaksona kombināciju, līdz ar to vadlīnijās nav iekļauta informācija par opioīdu antagonistu izmantošanu opioīdu atkarības ārstēšanā.

Zemāk minētajā tabulā, kas veidota, balstoties uz EMCDDA izstrādāto metodoloģiju, salīdzinātas PVO vadlīnijas jeb tajās aprakstītie ieteikumi ar Latvijas opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapijas vadlīnijām un tajās sniegto informāciju. Zem tabulas sniegts paskaidrojums, gadījumos, ja PVO ieteikumi nav iekļauti vadlīnijās *Opioīdu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija, izmantojot metadonu un buprenorfinu* vai neatbilst konkrētai situācijai.

---

<sup>64</sup> Vadlīnijas papīra formātā pieejamas Latvijas Narkologu asociācijā.

PVO ieteikumi farmakoloģiskajai terapijai		Jā	Nē	Neatbilst konkrētai situācijai
1.	Ārstniecības veida izvēle			
1.1	Farmakoloģiskajā opioīdu atkarības ārstēšanas terapijā ārstam jāpiedāvā opioīdu abstinences terapija, jāpiedāvā opioīdu agonistu uzturošā terapija un opioīdu antagonistu (naltreksonu) uzturošā terapija, bet vairākiem pacientu jārekomendē opioīdu agonistu uzturošā terapija. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
1.2	Opioīdu atkarīgiem pacientiem, kam nav uzsākta opioīdu agonistu uzturošā terapija, jāapsver iespēja uzsākt antagonistu uzturošā terapija, izmantojot naltreksonu. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
2.	Opioīdu agonistu uzturošā terapija			
2.1	Opioīdu agonistu uzturošajā terapijā vairumam pacientu jāiesaka lietot metadons adekvātās devās, nevis buprenorfīns. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
2.2	Metadona indukcijas laikā, sākotnējā deva ir atkarīga no neuroadaptācijas līmeņa, tai nevajadzētu būt vairāk kā 20 mg, un noteikti ne vairāk par 30 mg. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
2.3	Vidējai metadona devai jābūt no 60 – 120 mg dienā. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Vidējai buprenorfīna devai jābūt vismaz 8 mg dienā. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Metadona un buprenorfīna devas (to iedarbība) sākotnējā ārstēšanas procesā stingri jāuzrauga. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Deva var tikt izsniegta līdzņemšanai pacientiem, kad izvērtēti riski, kas saistīti ar iespējamu nelikumīgu medikamenta izmantošanu. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
2.7	Opioīdu atkarības farmakoloģiskā ārstēšanā papildus regulāri jāpiedāvā psihosociāls atbalsts. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Opioīdu abstinences terapija			
3.1	Opioīdu abstinences terapijā pamatā jāizmanto opioīdu agonisti samazinātās devās, lai gan var tikt izmantoti arī <i>alpha-2 adrenergic</i> agonisti. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
3.2	Ārstiem nevajadzētu opioīdu abstinences terapijā regulāri lietot opioīdu antagonistus kombinācijā ar minimāliem sedācijas preparātiem. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
3.3	Ārstiem nevajadzētu opioīdu abstinences terapijā lietot opioīdu agonistus kombinācijā ar spēcīgiem sedācijas preparātiem. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Psihosociālajiem pakalpojumiem regulāri jābūt piedāvātiem kopā ar farmakoloģisku opioīdu abstinences ārstēšanas terapiju. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Grūtniecība			
4.1	Opioīdu agonistu aizvietojošā terapija jāizmanto opioīdu atkarības ārstēšanai grūtniecības laikā. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Opioīdu atkarības ārstēšanai grūtniecības laikā metadons ir primāri izvēlamais medikaments, nevis buprenorfīns. Lai gan ir maz zinātnisku pierādījumu par buprenorfīna lietošanas drošumu, tas arī var tikt piedāvāts. Vai vadlīnijās ir iekļauts šis ieteikums?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Paskaidrojums

1.1. Latvijas vadlīnijas attiecas uz farmakoterapiju, izmantojot metadonu, buprenorfīnu un buprenorfīna-nalaksone savienojumu, līdz ar to vadlīnijas nav sniegta informācija par opioīdu antagonistu (naltreksona) uzturošo terapiju. Tāpat vadlīnijās nav konkrēti norādīts, ka vairākiem pacientu jārekomendē opioīdu agonistu uzturošā terapija.

1.2. Sk. 1.1. paskaidrojumu.

2.1. Latvijas vadlīnijās nav konkrēti norādīts, ka vairumam opioīdu atkarīgo pacientu būtu jālieto metadons adekvātās devās, nevis buprenorfīns. Vadlīnijās ir sniegta plaša informācija par abiem medikamentiem, to efektivitāti, rentabilitāti utt. Turklāt ir norādīts kādos gadījumos, kurš medikaments būtu piemērotāks.

2.2. Latvijas vadlīnijās noteikts, ka metadona ilgtermiņa farmakoterapijas diennakts sākotnējā deva ir 10 – 40 mg.

2.3. Metadona ilgtermiņa farmakoterapijas diennakts sākotnējā deva ir 10 – 40 mg, ko pakāpeniski paaugstina. Vidējā metadona diennakts deva ir 60 – 120 mg. Maksimālā noteiktā deva ir 150 mg, tomēr ir iespējamas arī lielākas devas, izvērtējot pacienta individuālos veselības kritērijus.

2.4. Sākotnējā buprenorfīna dienas deva ir 2 – 4 mg, maksimālā 8 mg. Augstākā dienas deva ir 16 mg, taču vidējā terapeitiskā buprenorfīna deva ir 8 – 12 mg dienā.

2.6. Latvijas vadlīnijas ir norādīts, gadījumos, kad pacientam ir ģimenes ārsta izdota darba nespējas lapa, ir iespējamas saņemt metadona devu līdzņemšanai vai tā var tikt izsniegta ģimenes locekļiem, noformējot pieņemšanas-nodošanas aktu par metadona saņemšanu. Savukārt, ja pacientam ir darba līgums un sociālas darbinieks ir pārbaudījis darba vietu, kā arī, ja pacientam nav nekādu pārkāpumu metadona terapijas laikā, atbilstoši ārsta ieskatiem metadonu ir iespējams saņemt līdzņemšanai.

3.1. Latvijas vadlīnijas ir aprakstīta opioīdu abstinences terapija un lietojamie medikamenti, tomēr nav konkrēti norādīts, ka pamatā jāizmanto opioīdu agonisti samazinātās devās.

3.2. Latvijas vadlīnijās ir orientētas un opioīdu agonistu terapiju, līdz ar to nav norādīts, ka ārstiem nevajadzētu opioīdu abstinences terapijā regulāri lietot opioīdu antagonistus kombinācijā ar sedācijas preparātiem.



## 12. Ar narkotiku lietošanu saistītā mirstība: visaptveroša pieeja un tās saistība ar sabiedrības veselību

Šajā izvēlētās tēmas ziņojumā tiks aplūkota narkotiku lietotāju mirstība, kas ne vienmēr ir tieši saistīta ar narkotiku lietošanu, piemēram, pārdozējot narkotikas, bet arī netieša, piemēram, mirstība no HIV/AIDS, kas iegūts, lietojot narkotikas. Šajā ziņojumā iekļautā informācija aptver vairākus datu avotus – gan pieejamās statistikas datu analīzi, gan arī Latvijā īstenotos retrospektīvos kohortas pētījumus, izmantojot valstī pieejamās datu bāzes.

No sabiedrības veselības perspektīvas narkotiku lietošana ir viens no galvenajiem gados jaunu cilvēku nāves cēloņiem. Pasaulē veiktie pētījumi norāda, ka mirstība narkotiku lietotāju vidū ir ievērojami augstāka nekā tā paša vecuma iedzīvotāju vidū.

Ar narkotiku lietošanu tieši saistītā mirstība<sup>65</sup> Latvijā ir salīdzinoši zema. Pēdējo gadu laikā narkotiku pārdozēšanas gadījumu skaits Latvijā ir robežās no 12 līdz 24 gadījumiem katru gadu (skat. 6. nodaļu par ar narkotiku lietošanu saistītiem nāves gadījumiem un ST5). Ņemot vērā skaitliski mazo ikgadējo gadījumu skaitu, ar narkotiku lietošanu tieši saistīto nāves gadījumu skaita tendences ir grūti skaidrot, piemēram, vai un cik lielā mērā 2009. gadā novērotais ar narkotiku lietošanu tieši saistīto nāves gadījumu skaita samazinājums par pieciem nāves gadījumiem salīdzinājumā ar 2008. gadā reģistrēto atspoguļo situāciju valstī.

Ar EMCDDA un Čehijas Nacionālā fokālā punkta ekspertu atbalstu 2007. gadā Latvijā tika veikta 1999.–2006. gadā ārstēto narkotiku lietotāju nāves cēloņu analīze, apvienojot un retrospektīvi analizējot divus datu avotus: 1) Narkoloģisko slimnieku valsts reģistru un 2) Nāves cēloņu datu bāzi. Kohortas pētījuma metodoloģija bija līdzīga vairākās Eiropas dalībvalstīs izmantotajai, veicot t.s. „mirstības kohortas” pētījumus narkotiku lietotāju vidū (EMCDDA, 1999; EMCDDA 1999b). Detalizēti pētījuma rezultāti iekļauti arī 2008. gada nacionālajā ziņojumā (skat. Sabiedrības veselības aģentūra, 2008b). Šajā kohortas pētījumā tika iekļauti visi šajā laika posmā iekļautie narkotiku lietotāji, un mirstības rādītāji tika aprēķināti gan kohortai kopumā, gan arī trīs dažādu vielu lietotāju grupām: 1) heroīna lietotājiem, 2) citu opioīdu lietotājiem un 3) amfetamīnu lietotājiem. Šajā kohortā tika iekļauti arī t.s. ‘neproblemātiskie narkotiku lietotāji’, piemēram, primāri marihuānas, inhalantu vai citu vielu lietotāji, kuriem risks nomirt, iespējams, ir atšķirīgs no problemātiskiem narkotiku lietotājiem. Šajā kohortā tika iekļauti 10–44 gadus veci indivīdi un tiem tika sekots līdz apsekojuma beigām 2006. gada 31. decembrī. Atbilstoši pieejamajai informācijai pētījuma subjekti pēc noteiktas vielas tika klasificēti, balstoties uz pēdējo pieejamo informāciju reģistrā, piemēram, indivīds tiek iekļauts kohortā 1999. gada novembrī (risika laiks aprēķināts atbilstoši iekļaušanas datumam kohortā), kad tam konstatēta marihuānas lietošana, taču pēdējā ierakstā norādītā heroīna lietošana, līdz ar to šis indivīds klasificēts kā heroīna lietotājs.

2009. gadā, ņemot vērā iepriekšējā kohortas pētījuma rezultātus, tajā apzinātās problēmas un to iespējamās risinājumus, pēc analogiskas metodoloģijas tika pētīta opiātu lietotāju mirstība. Šī pētījuma ietvaros tika analizētas divas opiātu lietotāju kohortas: 1) narkotisko vielu ekspertīzē nokļuvušie opiātu lietotāji un 2) opiātu lietotāji PREDA sistēmā. Datu apvienošana veikta, balstoties uz unikālu personas identifikatoru, kas ļāva veikt datu salīdzināšanu starp iepriekšminētajiem datu avotiem un Nāves cēloņu datubāzi. Gan šajā, gan arī iepriekš pieminētā kohortas pētījumā tika iekļauti tikai tie narkotiku lietotāji, kuriem attiecīgajā datubāzē bija norādīts pilns personas identifikators, lai turpmākā pētījuma gaitā būtu iespējams

<sup>65</sup> Atbilstoši EMCDDA DRD protokolam par ar narkotiku lietošanu tieši saistītiem nāves gadījumiem tiek uzskaitīti „indivīdi, kuri miruši lietojot nelegālās narkotikas [...] Šie nāves gadījumi pārsvarā notiek īsi pēc narkotiku lietošanas”. Izmantotā definīcija aptver nāves gadījumus, kuri kodēti atbilstoši SSK-10 klasifikatoram: 1) psihiski un uzvedības traucējumi psihoaktīvu vielu (opioīdu, kanabinoīdu, kokaīna, citu stimulantu, halucinogēnu vai vairāku vielu) lietošanas dēļ (SSK-10 „F” kodi), 2) saindēšanās gadījumi (SSK-10 X un Y kodi), kas var būt nejauši, tīši vai ar nenoskaidrotu nolūku, un kuros iesaistītas narkotikas (SSK-10 T40.0-T40.9) vai psihostimulanti (SSK-10 T43.6).

noskaidrot subjekta statusu (dzīvs vai miris) Nāves cēloņu datubāzē. Atšķirībā no 2007. gadā veiktā pētījuma nedaudz tika koriģēta vecuma robeža, kad narkotiku lietotājs tiek iekļauts kohortā un kad tiek izslēgts no kohortas, kas šajā gadījumā bija 15–49 gadi.

Abu jaunāko analizēto kohortu ietvaros iegūtie rezultāti iekļauti EMCDDA standarta tabulās Nr.18 (ST18\_2010\_LV\_01 un ST18\_2010\_LV\_03). Latvijā veikto mirstības kohortu pētījumu datu kopsavilkums atspoguļots 12.1. tabulā zemāk.

**Table 12.1. Kohortas pētījumus aprakstošie rādītāji**

Nr.	Vecums	Pētījuma laiks	Mērķa grupa	Indivīdu skaits; nāves gadījumu skaits; Persongadu skaits	Narkotiku lietotāju mirstība (uz 1000 persongadiem)
1 Trapencieris, 2007	11-44*	1999-2006	Visi ārstētie narkotiku lietotāji	5323; 279; 19566	11,29
1(1) Trapencieris, 2007			Ārstētie heroīna lietotāji	2592; 196; 13379	14,65
1(2) Trapencieris, 2007			Ārstētie citu opioīdu lietotāji	490; 33; 2371	13,91
1(3) Trapencieris, 2007			Ārstētie amfetamīna lietotāji	551; 13; 1601	8,12
2(1) Trapencieris, 2010	15-49**	2000-2009	Ārstētie heroīna un citu opioīdu lietotāji	3,644; 341; 21,294	16,01
2(2) Trapencieris, 2010			Aizturētie heroīna un citu opioīdu lietotāji	4,825; 416; 24,873	16,72
2(3) Trapencieris, 2010			Aizturētie heroīna un citu opioīdu lietotāji***	2,711; 218; 13,699	15,91

\* Vecums "iestājoties" kohortā. Subjekti tika apsekoti no brīžā, kad tie tika uzņemti kohortā no 1999. gada 1. janvāra līdz 1) nāvei vai 2) apsekojuma beigām 2006. gada 31. decembrī.

\*\* Subjekti tika apsekoti no brīžā, kad tie tika uzņemti kohortā no 2000. gada 1. janvāra līdz 1) nāvei, 2) 50 gadu sasnēšanai vai 2) apsekojuma beigām 2009. gada 31. decembrī (skatoties, kurš no nosacījumiem piepildījās pirmais).

\*\*\* apvienojot ārstniecības un ekspertīžu datus atsevišķi tika aplūkoti tie, kuriem šajā laika posmā nebija neviena ārstniecības epizode.

### 1999.-2006. gada kohortas pētījuma apraksts

Laika posmā no 1999. līdz 2006. gadam 5323 11-44 gadus veci indivīdi tika iekļauti t.s. ārstēto narkotiku lietotāju kohortā, no kuriem 4209 (jeb 79,1%) bija vīrieši. Vidējais vecums iestājoties bija 20,95 gadi (21,15 vīriešiem un 20,16 sievietēm). Nedaudz mazāk kā pusei kohortas dalībnieku primāri lietotā viela pirmo reizi iestājoties bija heroīns (2566 jeb 48,2%), 722 (jeb 13,6%) – marihuāna vai hašiss, 503 (jeb 9,5%) – citi opiāti, 496 (jeb 9,3%) – amfetamīni, 452 (jeb 8,5%) – sedative vai citi medikamenti, 218 (jeb 4,1%) – inhalanti, 154 (2,5%) – citi vai neprecizēti stimulantu, 108 (2,0%) – halucinogēni, 26 (0,5%) – kokaīns, savukārt pārējiem nebija norādīta primāri lietotā viela. Pētījuma analīzes nolūkos tika noskaidrota pēdējā reģistrēšanās reizē norādītā viela, kas tika izmantota turpmākajā mirstības analīzē atbilstoši lietotajai vielai. 12.2. tabulā atspoguļots kohortas pētījuma dalībnieku skaits atbilstoši lietotajai vielai un ārstēšanas uzsākšanas vecumam.

No 5323 kohortā apsekotajiem subjektiem līdz 2006. gada beigām 279 (jeb 5,2%) bija nomiruši. No mirušajiem 234 (jeb 83,9%) bija vīrieši un 45 sievietes. Lielākā daļa mirušo (196 jeb 70%) bija klasificēti kā heroīna lietotāji. 33 mirušie bija klasificēti kā citu opiātu lietotāji, savukārt 13 – kā amfetamīnu lietotāji. Vidējais vecums nomirstot bija 27,08 gadi (27,47 vīriešiem un 25,04 sievietēm). Aptuveni trešā daļā (32,2%) mirušo bija 20-24 gadus veci, savukārt ceturtdaļa (22,2%) 25-29 gadus veci.

Aptuveni divām trešdaļām (176 jeb 63,1%) mirušo kā galvenais nāves cēlonis bija norādīts cēlonis, kas saistīts ar ārējās iedarbes sekām (SSK-10 kodi V01-Y98), no kuriem 48 gadījumos (jeb 17,2 mirušo) kā nāves cēlonis bija norādīta narkotiku pārdozēšana. 13 personām kā nāves cēlonis norādīts AIDS (SSK-10 B20-B24). Sirds asinsvadu slimības norādītas 40 gadījumos (SSK-10 I kodi), 19 gadījumos ar elpošanas sistēmu saistīti cēloņi (SSK-10 J kodi), savukārt 12 gadījumos – ar gremošanas sistēmu saistīti nāves cēloņi (SSK-10 K kodi).

**12.2. tabula. 1999.–2006. gada kohortas pētījuma subjektu lietotās vielas un vecums dzimuma grupās**

	Vīrieši	Sievietes	Kopā
<b>Kopā (skaits)</b>	<b>4209</b>	<b>1114</b>	<b>5323</b>
Vidējais vecums	21,15	20,16	20,95
<b>Heroīna lietotāji</b>			
Iestājoties kohortā (skaits)	2038	528	2566
Pēdējā zināmā ārstniecības epizode (skaits)	2061	531	2592
Vidējais vecums	21,95	20,98	21,75
<b>Amfetamīna lietotāji</b>			
Iestājoties kohortā (skaits)	377	119	496
Pēdējā zināmā ārstniecības epizode (skaits)	422	129	551
Vidējais vecums	21,02	18,21	20,36
<b>Citu vai neprecizētu opioīdu lietotāji</b>			
Iestājoties kohortā (skaits)	412	91	503
Pēdējā zināmā ārstniecības epizode (skaits)	397	93	490
Vidējais vecums	24,26	23,08	24,03

Kohortā apsekoto subjektu vidū 65 gadījumos norādītas dažādas vielas, kuras atrastas organismā. Visbiežāk norādītas neprecizētas vielas vai saindēšanās ar opioīdiem (*skat. 12.3. tabulu*).

**Table 12.3. Miršanas apliecībā norādītās vielas (T kodi)**

	Skaits
<b>Kopā</b>	<b>65</b>
Neprecizētas narkotikas (T40.6)	21
Citi opioīdi (T40.2)	19
Heroīns (T40.1)	4
Opijs (T40.0)	3
(T40.9)	2
Kanibinoīdi (T40.7)	1
Psihostimulanti (T43.6)	2
Pretepilepsijas, sedatīvie un parkinsonisma medikamenti (T42)	6
Citi (e.g. T50.9, T43.4, T39.3)	7

**Nestandardizētā mirstība**

Kohortā noskaidrotā nestandardizētā mirstība astoņu apsekošanas gadu laikā bija 11,29 uz 1000 persongadiem; vīriešu vidū augstāka nekā sieviešu vidū (attiecīgi 11,96 un 8,73). Visaugstākā nestandardizētā mirstība novērota 49-49 gadus veco narkotiku lietotāju vidū (56,79 uz 1000 persongadiem), savukārt viszemākā – 15-19 gadus veco vidū (6,6 uz 1000 persongadiem). Visjaunākajā vecuma grupā (11-14 gadīgo vidū) netika novērots neviens nāves gadījums. Nestandardizētā mirstība augstāka bija heroīnu (14,65 uz 1000 persongadiem) vai citu opioīdu lietotāju (13,91) vidū salīdzinājumā ar amfetamīnus primāri lietojošiem (8,12). Tā kā kohortā ir salīdzinoši neliels citu vielu lietotāju (izņemot heroīnu) skaits, tai skaitā arī mirušo skaits, uzmanīgi jāinterpretē rezultāti dalījumā pēc lietotās vielas.

## Tieši standartizētā mirstība

Tieši standartizētā mirstība, ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju skaitu 5 gadu vecuma un dzimumu grupās, narkotiku lietotāju vidū laikā no 1999. līdz 2006. gadam bija 19,8 uz 1000 persongadiem (vīriešu vidū – 12,87, sieviešu vidū – 9,05 uz 1000 persongadiem).

## Standartizētais mirstības rādītājs (SMR)

Standartizētais mirstības rādītājs (SMR) tiek izmantots kā riska mērījums, kas norāda, cik reizes augstāka mirstība ir attiecīgajā grupā (šajā gadījumā narkotiku lietotāju vidū) salīdzinājumā ar attiecīgā vecuma iedzīvotājiem kopumā.

Aprēķinātais SMR visu kohortā iekļauto narkotiku lietotāju vidū bija 7,5 (95% T.I. 6,65-8,43). Tā kā mirstība sieviešu vidū populācijā kopumā ir zema, tad aprēķinātais SMR 11-49 gadus vecām sievietēm ir augstāks nekā vīriešiem (13,24; 95% T.I. 9,66-17,72 un 5,07; 95% T.I. 4,44-5,76).

## 2000.-2009 gada kohortas rezultātu kopsavilkums

Tā kā šīs kohortas datu analīze vēl nav pabeigta, tad zemāk norādīti galvenie sākotnējie rezultāti un secinājumi.

- tika veikti trīs atsevišķu kohortu analīze: 1) ārstētie opiātu lietotāji, 2) aizturētie opiātu lietotāji un 3) aizturētie (bet neārstētie) narkotiku lietotāji. Kohortās iekļauto subjektu skaits atspoguļots 12.1. tabulā;
- nestandardizētā mirstība uz 1000 persongadiem 15-49 gadus vecu opiātu lietotāju vidū bija robežās no 16,01 (ārstētajiem opiātu lietotājiem) līdz 15,91 (“neārstēto” kohortā);
- standartizētais mirstības rādītājs (SMR) ārstēto kohortai 10 gadu laikā bija 9,09 (95% T.I. 8,15-10,11), aizturēto kohortai – 8,5 (7,71-9,36), savukārt tiem, kuri netika ārstējušies – 7,45 (6,50-8,51);
- visas trīs analizētās opiātu lietotāju kohortas norāda par līdzīgu mirstību, kas ir ievērojami augstāka nekā pārējo iedzīvotāju vidū novērotā. Jāņem vērā, ka aizturēto un ārstniecības kohortas lielā mērā savstarpēji pārklājas;
- ārstniecības reižu skaits, šķiet, kā aizsargājošs faktors: to pacientu vidū, kuriem bijusi tikai viena ārstniecības epizode, risks nomirt ir nedaudz augstāks nekā to vidū, kuri vairāk kā vienu reizi apsekojuma laikā vērsušies pie speciālista ( $p < 0,0001$ , RR 1,118; 95% TI 1,07-1,17).

12.4. tabulā atspoguļotas “izdzīvošanas varbūtības”(ang. *survival probabilities*), kas norāda, cik liela daļa narkotiku lietotāji būs dzīvi pēc attiecīgā laika posma. Tā, piemēram, dati norāda, ka amfetamīna lietotāju (Nr. 1(3)) vidū izdzīvošanas varbūtība pēc astoņiem gadiem, kad lietotas narkotikas, ir augstāka nekā heroīna lietotāju (Nr. 1(1)) vidū, attiecīgi 94,3% un 89,0%. Pēc 10 gadiem kopš vēršanās pēc palīdzības dzīvi palikuši 82,5-84,7% opiātu lietotāji. Turklāt “neārstēto” opiātu lietotāju vidū iespēja, ka tie būs miruši, ir augstāka.

**12.4. tabula. Izdzīvošanas varbūtība 1, 2, 3, 5, 8 un 10 gadus pēc narkotiku lietošanas uzsākšanas**

Nr. (skat 12.1. tabulu)	Pēc 1 gada	Pēc 2gadiem	Pēc 3gadiem	Pēc 5gadiem	Pēc 8 gadiem	Pēc 10 gadiem
1	0,987	0,974	0,964	0,948	0,912	
1(1)	0,979	0,963	0,951	0,932	0,890	
1(2)	0,983	0,967	0,952	0,938	0,898	
1(3)	0,994	0,986	0,979	0,957	0,943	
2(1)	0,977	0,958	0,945	0,925	0,889	0,847
2(2)	0,982	0,966	0,955	0,928	0,876	0,828
2(3)	,979	0,962	0,952	0,925	0,869	0,825

12.5. tabulā atspoguļoti kohortas pētījumos noskaidrotie nāves cēloņi atbilstoši galvenajām nāves cēloņu grupām.

**Table 12.5. Galvenais nāves cēlonis ārstēto un neārstēto narkotiku lietotāju kohortās, absolūtos skaitļos**

ICD 10	Nosaukums	1	2(1)	2(2)	2(3)
A00-B99 (izņemot B20-B24)	Infekcijas slimības	7	7	14	10
B20-B24	AIDS	13	47	68	31
C00-D48	Audzēji	7	3	4	3
D50-D89	Asins slimības	0	0	0	0
E00-E90	Endokrīnās, uztures un vielmaiņas slimības	1	2	0	0
F00-F99	Psihiski un uzvedības traucējumi	1	5	5	2
G00-G99/H00-H59/H60-H95	Nervu sistēmas /acu/ausu slimības	2	3	3	2
I00-I99	Asinsrites sistēmas slimības	40	61	79	44
J00-J99	Elpošanas sistēmas slimības	19	16	15	6
K00-K93	Gremošanas sistēmas slimības	12	18	21	10
N00-N99	Uroģenitālās sistēmas slimības	0	0	0	0
O00-O99	Grūtniecība	0	0	0	0
L00-L99	Ādas slimības	0	0	1	1
M00-M99	Skeleta, muskuļu un saistaudu slimības	0	0	0	0
Q00-Q99	Iedzimtas anomālijas	0	1	0	0
P00-P96	Perinatālā perioda stāvokļi	0	0	0	0
R00-R99	Simptomi un pazīmes	5	3	4	4
V01-Y98	Ārējie nāves cēloņi, t.sk. pārdozēšana	176	174	202	105
<b>Kopā</b>		<b>283</b>	<b>340</b>	<b>416</b>	<b>218</b>

## BIBLIOGRĀFIJA

Bebriša, I., Ieviņa, I. u.c. (2007). *Skolēnu atbiršana pamatskolā. Problēmas risinājumi*. Rīga: Baltijas Sociālo zinātņu institūts

BICEPS (2009). *Budžeta un nebudžeta sociālās izmaksas sastībā ar narkomāniju Latvijā 2008.gadā*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs. Pieejams elektroniski:  
<http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00dd941d0f6.pdf>

Centrālā statistikas pārvalde (2010). *Iedzīvotāju veselības apsekojuma rezultāti Latvijā. Statistisko datu krājums*. Rīga: Centrālās statistikas pārvalde

Centrālā statistikas pārvalde (2010). *Statistika par Latvijas vīriešiem un sievietēm*. Pieejams elektroniski:  
<http://www.csb.gov.lv/notikumi/statistika-par-latvijas-viriesiem-un-sievietem-26213.html>

Collins, D., Lapsley, H. (2008). *The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05*

De Joncheere K., Eramova I., Kehler J., et.al. (2009). *Evaluation of the access to HIV/AIDS treatment and care in Latvia*. UNAIDS/UNODC. Pieejams elektroniski:  
[http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Darbibas\\_parskati/report\\_ART\\_Latvia\\_2009.doc](http://www.apvienibahiv.lv/docs/729/Darbibas_parskati/report_ART_Latvia_2009.doc)

EMCDDA (2008). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2008.gada ziņojums*. Lisabona: EMCDDA

EMCDDA (2009). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Eiropā. 2009. gada ziņojums*. Lisabona: EMCDDA

EMCDDA (1999a). *Co-ordination of implementation, follow-up and analysis of cohort studies on mortality among drug users in European Union Member States*. Lisbon: EMCDDA

EMCDDA (1999b). *Implementation, follow-up and analysis of cohort studies on mortality among drug users in European Union member States*. Lisbon: EMCDDA

EU Drugs Action Plan for 2009- 2012 (2008/C 326/09)

Field, M.,J., Lohr, K.,N. (1992). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press.

FOGS (2010). *Final Evaluation Report of the European Early Intervention Project „FreD goes net”*. Cologne: FOGS

Haasen, C. (2008). *Quality of treatment services in Europe – drug treatment situation and exchange of good practice*. University of Hamburg Centre for Interdisciplinary Addiction Research (CIAR)

Haasen, C. (2008). *Models of good practice in drug treatment in Europe (“Moretreat”)*. University of Hamburg Centre for Interdisciplinary Addiction Research (CIAR)

Hagedorn, H., Hogan, M., Smith, J., L., Bowman, C., Curran, G., M., Espadas, D., Kimmel, B., Kochevar, L., Legro, M., W., Sales, A., E. Lessons learned about implementing research evidence into clinical practice. *Experiences from VA QUERI*. J Gen Intern Med. 2006 Feb; 21 Suppl 2:S21-4

Iekšlietu ministrija (2009). *Informatīvais ziņojums par valsts programmas „Narkotiku un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.- 2008. gadam” īstenošanu*. Rīga: Iekšlietu ministrija



Ieslodzījuma vietu pārvalde (2010). *2009.gada publiskais pārskats*. Rīga: Ieslodzījumu vietu pārvalde

Infectology Centre of Latvia (2010). *UNGASS Country Progress Report*. Pieejams elektroniski: [http://data.unaids.org/pub/Report/2010/latvia\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2010/latvia_2010_country_progress_report_en.pdf)

Kairiņš, A. (2010). *Ziņojums par noziedzīgo nodarījumu prevenciju un apkarošanu narkotisko vielu nelegālās aprites jomā Latvijā*. Rīga: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs

Karnīte, A., Briģis, Ģ., Ferdats, A., Brokere, I., Bulmistre, I., Upmace, I. (2009). *HIV prevalenci ietekmējošie faktori injicējamo narkotiku lietotāju vidū Latvijā*. Rīgas Stradiņa universitātes Zinātniskie raksti. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte

Klāsons, G., Spurava, G., Mangusa, L. (2010). *Pētījums ES projekta „jaunieši pret narkotikām” ietvaros. Pētījuma rezultātu ziņojums*. Rīga: Valsts policija

Koroļeva, I., Goldmanis, M. u.c. (2008). *Atkarību izraisošo vielu lietošanas izplatība iedzīvotāju vidū*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra

Koroļeva, I. et al. (2003). *Drug abuse prevalence in Latvia. Survey results*. Rīga: Narcology Centre, Institute of Philosophy and Sociology

Koroļeva, I., Kārklīņa, I. u.c. (2008). *Narkotiku lietošana izklaides vietās. Pētījuma rezultāti*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra

Koroļeva, I., Mieriņa, I. u.c. (2007). *ESPAD 2007. Atkarību izraisošo vielu lietošanas paradumi un tendences skolēnu vidū*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra

Koroļeva I., Trapencieris, M. (2003). *ESPAD 2003. Eiropas skolu aptaujas projekta par alkoholu un citām narkotiskajām vielām rezultātu analīze*. Rīga: Narkoloģijas valsts aģentūra

LR MK 2009.gada 30.jūnija rīkojums Nr.437 „Par Cilvēka imūndeficīta vīrusa (HIV) infekcijas izplatības ierobežošanas programmu 2009.–2013.gadam”.

LR MK 2005. gada 17. augusta rīkojums Nr. 559 „Narkotisko un psihotropo vielu atkarības un izplatības ierobežošanas un kontroles valsts programma 2005.- 2008. gadam”

LR MK 2009.gada 9.janvāra rīkojums Nr.7 „Ar brīvības atņemšanas sodu notiesāto personu resocializācijas koncepcija”. Pieejams elektroniski: [polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file51942.doc](http://polsis.mk.gov.lv/LoadAtt/file51942.doc)

Lace, Trapencieris (2003). *Survey of Drug users. Drug Abuse Prevalance in Latvia. Population survey report 2003*. Rīga: Narcology Centre, Institute of Philosophy and Sociology

Narkoloģijas valsts aģentūra (2005). *Narkoloģisko pacientu ārstēšanas vadlīnijas*. Rīga: Narkoloģijas valsts aģentūra

Narkoloģijas valsts aģentūra (2006). *Sedatīvo un miega zāļu lietošanas un atkarības ārstēšanas vadlīnijas*. Rīga: Narkoloģijas valsts aģentūra

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services (2009). *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide*

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). *NICE technology appraisal guidance 114. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence*. London: NHC

Sabiedrības veselības aģentūra (2009). *Opioidu atkarīgo pacientu ilgtermiņa farmakoterapija*,



izmantojot metadonu un buprenorfinu. Vadlīnijas profesionāļiem. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra

Pamatnostādņu projekts „Narkotisko un psihotropo vielu un to atkarības izplatības ierobežošanas un kontroles pamatnostādnes 2010.- 2016. gadam”. Pieejams elektroniski:

[http://www.mk.gov.lv/file/files/valsts\\_kanceleja/sab\\_lidzdaliba/2010/20100714\\_lem\\_nark\\_pamatn.pdf](http://www.mk.gov.lv/file/files/valsts_kanceleja/sab_lidzdaliba/2010/20100714_lem_nark_pamatn.pdf)

Perevoscikovs, J., Lucenko, I. et al. (2008). *Increase in hepatitis A cases in Latvia, in 2008, including an ongoing outbreak associated with a restaurant in Riga – preliminary report*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra. Pieejams elektroniski:

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18871>

Pulmanis, T., Trapencieris, M., Taube, M. (2009). *Duālo psihisko slimību izplatība ārstēto narkotiku lietotāju vidū Latvijā*. RSU Zinātniskās konferences tēzes. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte

Sabiedrības veselības aģentūra (2008a). *Ieteikumi no narkotiskajām un psihotropajām vielām brīvas un drošas vides radīšanai izklaides vietās*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra. Pieejams elektroniski: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00e31f00b36.pdf>

Sabiedrības veselības aģentūra (2008b). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2007. gadā. Nacionālais ziņojums*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra.

Safonova, M. (2010). *Ziņojums par valstī pieejamajiem datiem un rezultātiem, kas attiecas uz spriedumiem, kas saistīti ar narkotiskajām vielām - narkotisko vielu lietošana/glabāšana, ražošana, nelikumīga tirdzniecība vai izplatīšana un transportlīdzekļu vadīšana narkotisko vielu reibumā*. Rīga: Iekšlietu ministrijas Informācijas centrs

Sile, L., Pugule, I. (2008). *Farmakoloģiskās opioīdu atkarības ārstēšanas novērtēšana Latvijā*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra. Pieejamas elektroniski: <http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PharmacologicalTreatment/EvaluationPharmacolTreatLV.pdf>

Single, E., Collins, D., Easton, B., Harwood, H., Lapsley, H., Kopp, P., Wilson, E. (2003). *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse—2001 Edition*. World Health Organization.

Trapencieris, M. (2010). *Presentation materials*. UNODC seminar.

Trapencieris, M., Pelne, A. (2010). *Dzīves kvalitāte metadonu pacientu vidū saistībā ar alkohola lietošanu*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs

Trapencieris, M., Sniķere, S. u.c. (2008). *Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma trešā posma (2008. gada) rezultātu pārskats*. Rīga: biedrība „Dialogs”

Trapencieris, M., Sniķere, S. u.c. (2009). *Narkotiku lietošanas tendences un paradumi Latvijā: narkotiku lietotāju kohortas pētījuma ceturtais posms (2009. gada) rezultātu pārskats*. Rīga: biedrība „Dialogs”

UNODC (2010). *Grants in Latvia*. Available online: <http://www.unodc.org/balticstates/en/grants/latvia/all.html>

Užule, I. (2009). *Krīze pagarina rindas nakts patversmēs*. Interneta resurss: <http://lv.lv/?menu=doc&id=189422>

Valsts ieņēmumu dienests (2010). *Kopsavilkuma ziņojums par narkotisko vielu, psihotropo vielu un prekursoru nelikumīgu apriti Latvijā 2009. gadā*. Rīga: Valsts ieņēmumu dienests

Valsts ieņēmumu dienests (2010). *Latvijas Republikas Valsts ieņēmuma dienesta 2009. gada pārskats*. Rīga: Valsts ieņēmumu dienests

Valsts policija (2009). *Pārskats par narkotisko un psihotropo vielu nelegālo apriti un reģistrētajiem noziedzīgajiem nodarījumiem Latvijā 2008. gadā*. Rīga: Valsts policija

Valsts policija (2010). *Pārskats par narkotisko un psihotropo vielu nelegālo apriti un reģistrētiem noziedzīgajiem nodarījumiem Latvijā 2009.gadā*. Rīga: Valsts policija

Valsts policija (2010). *Pārskats par narkotisko un psihotropo vielu nelegālo apriti un reģistrētajiem noziedzīgajiem nodarījumiem Latvijā 2009. gadā*. Rīga: Valsts policija

Veselības ekonomikas centrs (2009). *Situācija narkomānijas problēmas jomā Latvijā 2008. gadā. Nacionālais ziņojums*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs. Pieejams elektroniski: <http://vec.gov.lv/uploads/files/4d00ddb08e61e.pdf>

Veselības ekonomikas centrs (2010). *Ārstniecības personu profesionālo apvienību/ ārstniecības iestāžu/ ārstniecības personu izstrādāto klīnisko vadlīniju saraksts*. Pieejams elektroniski: <http://www.vec.gov.lv/docs/new2010/2010.05.26-01.pdf>

Veselības ekonomikas centrs (2010). *Pārskats par psihiskiem un uzvedības traucējumiem psihoaktīvo vielu lietošanas dēļ*. Rīga: Veselības ekonomikas centrs

WHO (2009), *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Switzerland: WHO

# TABULU UN ATTĒLU SARAKSTS

1.1. tabula. Jauno kontrolei pakļauto psihoaktīvo vielu definētie daudzumi.....	11
2.1. tabula. Jebkuru nelegālo narkotiku lietošana dzīves, pēdējā gada un pēdējā mēneša laikā 2003. un 2007. gada pētījumos (%).....	17
2.2. tabula. Dažādu dzīves laikā lietoto nelegālo narkotiku izplatība dzimuma un vecuma grupās 2007. gadā (%) .....	18
3.1. tabula. Atkarības izraisošo vielu lietošanas profilakses veidi .....	20
4.2. tabula. Pirmā pamēģinātā viela 2009. gadā aptaujāto narkotiku lietotāju vidū, % .....	28
4.3. tabula. Pirmās pamēģinātās vielas lietošanas uzsākšanas vecums dzimuma grupās .....	28
4.2. attēls. Vielu lietošana dzīves, pēdējo 12 mēnešu un pēdējo 30 dienu laikā 2009. gada kohortas dalībnieku vidū, %.....	29
4.4. tabula. Dzīves laikā lietotās (pamēģinātās) vielas dalījumā pa respondentu vecuma grupām,%.....	29
4.3. attēls. Tikai vienas vielas lietotāju īpatsvars četros kohortas posmos (% no atbildējušiem) .....	30
4.6. tabula. Trešajā un ceturtajā posmā aptaujāto kohortas dalībnieku visbiežāk lietotā viela, %.....	31
4.7. tabula. Otrajā un ceturtajā posmā aptaujāto kohortas dalībnieku visbiežāk lietotā viela, % .....	31
4.8. tabula. Kohortas dalībnieku ārstēšanās no narkotiku atkarības, % .....	32
4.9. tabula. Pēdējo 12 mēnešu laikā ārstēto kohortas dalībnieku ārstēšanās reižu skaits trīs kohortas pētījumu posmos, % .....	32
4.10. tabula. Narkotiku lietotāju nokļūšana ekspertīzē (% no atbildējušiem) .....	33
5.1. attēls. Ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistra shēma.....	38
5.2. attēls. Saslimstība un izplatība ar psihoaktīvo vielu lietošanas izraisītu atkarības sindromu un psihozēm (F11–F19.2–9) 1980.–2009. gadā, uz 100 000 iedzīvotājiem.....	41
5.3. attēls. Pirmreizēji reģistrētiem pacientiem uzstādītās diagnozes 2001.–2009. gadā,% .....	41
5.4. attēls. Ambulatori pirmreizēji ārstēto pacientu skaits 2000.–2009. gadā, absolūtos skaitļos.....	42
5.1. tabula. Sieviešu īpatsvars pirmreizēji ārstēto (reģistrēto) pacientu vidū 2000.–2009. gadā, %.....	43
5.5. attēls. Pirmreizēji ārstēto pacientu vidējais vecums 2000.–2009. gadā.....	43
5.2. tabula. Pirmreizēji ārstēto pacientu dalījums vecuma grupās 2000.–2009. gadā, %.....	43
5.6. attēls. Pirmreizēji ārstēto (reģistrēto) pacientu īpatsvars (%) Latvijā un Rīgā, 2000.–2009. gads.....	44
5.5. tabula. Farmakoloģisko opioīdu atkarības terapijas pacientu skaits 2007.–2009. gadā.....	47
5.6. tabula. Metadona programmā gada laikā ārstēto pacientu vecums 2008. un 2009. gadā (%).....	47
5.7. tabula. Ambulatoros pakalpojumus saņēmušo unikālo indivīdu skaits dalījumā pa diagnozēm 2007.–2009. gadā, absolūtos skaitļos un % .....	48
5.8. tabula. Stacionāros ārstēto narkotiku lietotāju skaits 2007.–2009. gadā, absolūtos skaitļos.....	49
6.1. tabula. Kopējais izmeklēto asins paraugu skaits HIV infekcijas diagnosticēšanai un izmeklēto INL asins paraugu īpatsvars Latvijā laikā no 2003.–2009.gadam.....	51
6.1. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu sadalījums transmisijas grupās 1998.–2009. gadā, %.....	52
6.2. attēls. Kopējais HIV gadījumu, kas iegūti narkotiku injicēšanas ceļā, skaits dzimumu un vecuma grupās līdz 2009.gada 31.decembrim, absolūtos skaitļos .....	53
6.3. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu skaits valstī kopumā un ieslodzījuma vietās diagnosticēto gadījumu īpatsvars no 1998. līdz 2009. gadam .....	54
6.4. attēls. Ikgadējo jauno HIV gadījumu ieslodzīto vidū sadalījums transmisijas grupās no 1998. līdz 2009. gadam .....	54
6.5. attēls. Ikgadējo jauno akūtā vīrushepatīta B gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) un narkotiku injicēšanas ceļā iegūto gadījumu īpatsvars no 1999. līdz 2009. gadam .....	55
6.6.attēls. Ikgadējo jauno akūtā vīrushepatīta C gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) un narkotiku injicēšanas ceļā iegūto gadījumu īpatsvars no 1999. līdz 2009. gadam .....	56
6.2. tabula. Jauno pirmreizējās TBC gadījumu skaits uz 100 000 iedzīvotājiem 2000.–2009. gadā valstī kopumā .....	56
6.3. tabula. Reģistrēto duālās TBC / HIV infekcijas gadījumu skaits Latvijā (absolūtos skaitļos) no 2000. līdz 2009.gadam .....	57
6.4. tabula. Reģistrēto seksuāli transmisīvo infekciju gadījumu skaits (absolūtos skaitļos) no 2001. līdz 2009.gadam.....	57
6.5. tabula. HIV un hepatīta testu veikušo respondentu īpatsvars trīs kohortas pētījuma posmos, % no atbildējušiem.....	58

6.6. tabula. Narkotiku lietotāju un 15–64 gadus vecu iedzīvotāju veselības pašvērtējums, % .....	59
6.7. tabula. Saindēšanās gadījumu skaits dalījumā pa lietotajām vielām un dzimumiem 2005.–2009. gadā	59
6.7. attēls. Narkotiku lietotājiem uzstādītās psihiatriskās diagnozes, % .....	61
6.10. tabula. Kopīgu injicēšanās piederumu izmantošana atkārtoti aptaujāto narkotiku lietotāju vidū, % .....	62
6.11. tabula. Kopīgu jebkādu injicēšanās piederumu izmantošana pēdējo sešu mēnešu laikā atkarībā no respondenta vecuma, % no atbildējušiem .....	63
6.8. attēls. Seksuālo pakalpojumu sniegšana par naudu, narkotikām vai citiem materiāliem labumiem vīriešu un sieviešu vidū, % no atbildējušiem .....	63
6.9. attēls. Ar narkotiku lietošanu saistītie nāves gadījumi, 1998.–2009. gads .....	64
6.12. tabula. No 2005. līdz 2009. gadam veikto autopsiju skaits Latvijā un Rīgā .....	66
4.10. tabula. Dzīves laikā kaitējuma mazināšanas programmu aktivitāšu izmantojušo narkotiku lietotāju īpatsvars (%).....	69
4.11. tabula. HIV profilakses punktu, ielu darbinieku un mobilās vienības pakalpojumus izmantojušo narkotiku lietotāju īpatsvars (%) .....	69
9.1. tabula. Apsūdzēto personu dalījums atbilstoši Krimināllikuma pantam un piemērotajam drošības līdzeklim .....	78
9.2. tabula. Apsūdzēto personu skaits dalījumā pa vecuma un dzimuma grupām un atbilstoši Krimināllikuma pantam .....	79
9.3. tabula. Notiesāto personu dalījums atbilstoši attiecīgajam Krimināllikuma pantam .....	79
9.4. tabula. Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits.....	80
9.5. tabula. Personām piemērotie lēmuma veidi atbilstoši Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksam (LAPK) .....	80
9.6. tabula. Ziņas par administratīvo sodu veidiem .....	80
9.7. tabula. Administratīvie protokoli par prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu .....	81
9.8. tabula. Vienas un tās pašas personas pārkāpumi saistībā ar prostitūcijas ierobežošanas noteikumu pārkāpšanu un narkotisko vielu nelegālo apriņķi .....	81
9.9. tabula. Nepilngadīgo izdarītie noziedzīgie nodarījumi.....	82
9.10. tabula. Narkotiskajā reibumā izdarītie noziedzīgie nodarījumi .....	83
9.11. tabula. 2008. un 2009. gadā ieslodzītajiem veikto analīžu skaits (absolūtos skaitļos) .....	86
9.12. tabula. 2008. un 2009. gadā konstatēto vielu skaits ieslodzīto vidū (% no pozitīvām analīzēm).....	86
9.13. tabula. 2008. un 2009. gadā konstatētās vielas ieslodzīto vidū (% no pozitīvām analīzēm) .....	87
10.1. tabula. Narkotiku pieejamības vērtējums skolēnu vidū Latvijā, %.....	90
10.1. tabula. Latvijā konfiscēto narkotisko vielu daudzums 2005.–2009. gadā .....	92
10.2. attēls. 2004.–2009. gadā tiesībsargājošo iestāžu veikto narkotiku konfiskāciju skaits .....	92
10.2. tabula. Valsts policijas veiktās narkotisko vielu konfiskācijas 2009.gadā .....	93
10.3. tabula. Narkotiku mazumtirdzniecības cenas Eiro, 2007.-2009.gads .....	94
12.2. tabula. 1999.–2006. gada kohortas pētījuma subjektu lietotās vielas un vecums dzimuma grupās ..	107