



# **OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI**

## **Kliiniline protokoll**

Tallinn 2021

## Eessõna

Opioidisõltuvuse asendusravi kliinilise protokoll aluseks on võetud Maailma Terviseorganisatsiooni 2009. aasta juhised „*Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*“ (1). Ühtlasi on dokumendi koostamisel kasutatud psühhiaatritele koostatud Leedu kliinilist protokollit „*Pharmacotherapy for Opioid Dependence: Treatment with Methadone*“ (2), mis on välja antud koostöös ÜRO narkootikumide ja kuritegevuse bürooga (*United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC*) 2009. aastal, ja Austraalia Uus-Lõuna-Walesi osariigi 2006. aastal välja antud juhendit „*Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines for Methadone and Buprenorphine Treatment*“ (3).

Opioidisõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll töötas välja Tervise Arengu Instituut koostöös Eesti Psühhiaatrite Seltsi, Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi ja Eesti Kopsuarstide Seltsiga. Protokollit väljatöötamiseks olid kaasatud ka opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajad Lääne-Tallinna Keskhaigla AS, SA Viljandi Haigla, Wismari Haigla AS, Tervisekeskus Elulootus OÜ, Tartu Ülikooli Kliinikumi SA, Corrigo OÜ, Narva Sõltuvuste Ravikeskuse OÜ, Aasa Kliiniku OÜ ning Eesti psühhotropsete ainete sõitlaste ühing MTÜ LUNEST.

Opioidisõltuvuse asendusravi kliiniline protokoll on suunatud eelkõige opioidisõltuvusega isikutele asendusraviteenust osutavatele ravimeeskondadele tervishoiuasutustes.

Opioidisõltuvuse asendusravis kasutatakse Eestis kõige enam metadooni, mistõttu on juhendi põhiohk suunatud metadoonile. Peale metadooni kasutatakse opioidisõltuvusravis teisigi opioidseid preparaate, seetõttu käsitletakse protokollis ka muid enam kasutatavaid ravimeid, nagu buprenorfiin, naltreksoon.

Eestis on opioidisõltuvuse asendusravi toimunud siiani Eesti Psühhiaatrite Seltsi 2008. a koostatud Opioidsõltuvuse ravijuhise (4) ja selle põhjal 2012. a Tervise Arengu Instituudi (TAI) välja töötatud metadoonasendusravi teenusekirjelduse (5) alusel. Käesolev kliiniline protokoll asendab 2001. aastal välja antud Narkomaania ravijuhist (6), eespool nimetatud kaht dokumenti ja 2013. a koostatud Opioidsõltuvuse asendusravi kliinilise protokollit (7).

Eestis võeti metadoon opioidisõltuvuse võõrutusravis kasutusele Wismari Haigla AS-is 1999. aastal. Metadooni kasutati võõrutusravis aastani 2001, pärast seda alustati metadoonil põhinevat pikaajalist asendusravi. Opioidisõltuvuse asendusravi teenust laiendati 2003. aastal ülemaailmse AIDS-i, tuberkuloosi ja malaariaga võitlemise fondi rahastusel (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*). Praegu osutavad opioidisõltuvuse asendusravi ambulatoorse psühhiaatria tegevusloaga tervishoiuasutused. Riiklikult rahastatud teenused on märgitud [www.narko.ee](http://www.narko.ee) kodulehel.

## Sisukord

Eessõna.....	2
Sisukord .....	3
1. Opioidisõltuvus ja opioidisõltuvuse ravi .....	4
2. Asendusravimite farmakoloogilised omadused .....	6
3. Patsiendi hindamine.....	10
4. Asendusravi .....	15
5. Asendusravi erisused.....	26
6. Sotsiaalne ja psühholoogiline abi.....	35
7. Opioidisõltuvuse asendusravi õiguslik korraldus .....	37
8. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajale esitatavad nõuded.....	38
Kasutatud kirjandus.....	39
Lisa 1. OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI INDIVIDUAALSE RAVIPLAANI VORM .....	41
Lisa 1a. INDIVIDUAALSE RAVIPLAANI KOOSTAMISE JUHEND .....	42
Lisa 2. OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI TEENUSELE KAASAMISE HINDAMISINTERVJU .....	44
Lisa 3. OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI TEENUSEGA LIITUMISE RAVILEPING .....	51

# 1. Opioidisõltuvus ja opioidisõltuvuse ravi

## 1.1. Opioidisõltuvuse mõiste ja RHK-10

1.1.1. Opioidisõltuvusele on iseloomulik erinevate kognitiivsete, käitumuslike ja psühholoogiliste tunnuste kogum. Opioidisõltuvus ei kujune ilma regulaarse opioidide tarvitamiseta, kuid regulaarsest tarvitamisest üksi ei piisa sõltuvuse kujunemiseks. Opioidisõltuvus diagnoositakse pärast patsiendi anamneesi võtmist, sealhulgas selgitatakse välja psühhotropsete ainete kasutamine ja eelneva sõltuvusravi taust, hinnatakse eluolu, töist tegevust ja õiguslikku olukorda.

1.1.2. Rahvusvahelise haiguste ja nendega seotud terviseprobleemide statistilise klassifikatsiooni (RHK-10) alusel diagnoositakse opioidisõltuvuse sündroom, kui viimase kaheteistkümnepäevase perioodi jooksul on esinenud vähemalt kolm järgnevalt nimetatud kuuest kriteeriumist:

- tugev soov või kompulsioon vajadus opioide tarvitada;
- raskused opioidide tarvitamisele omase käitumise kontrollimisel (tarvitamise alustamine, lõpetamine või tarvitavad kogused);
- opioidide tarvitamise lõpetamisel või vähendamisel esinevad füsioloogilised võõrutusnähtud, mis on omased võõrutussündroomile (aevastamine, haigutamine, vesised silmad, laienenud pupillid, kõhulahtisus, erinevad valud kehas, kompulsioon vajadus manustada opioide, unetus, depressiivne meeleolu, rahutus, ärritus);
- opioidide suurema taluvuse tundemärgid: on vaja kasutada opioidide suuremaid doose, et saada mõju, mis varem saadi väiksemate doosidega (opioidide taluvus võib suureneda mitu korda ja ületada doosi, mis tervel inimesel võib põhjustada hingamispuudulikkust või isegi surma);
- opioidide tarvitamise tõttu jäetakse muu tegevus või huvid järjest enam kõrvale;
- üha enam aega kulutatakse opioidide hankimisele ja nende mõjust taastumisele;
- opioidide pidev tarvitamine, vaatamata selgelt nähtavatele kahjulikele tagajärgedele, nagu näiteks komplikatsioonid süstimisel.

1.1.3. Opioidisõltuvuse sündroom on psüühiline ja käitumuslik häire, mida põhjustab opioidide tarvitamine. Haiguse etioloogia otsustav tegur on asjaolu, et opioidide pidev tarvitamine aktiveerib keskajus motivatsioonisüsteemid, mida tavaliselt aktiveerivad sellised olulised stiimulid nagu toit, vesi, oht või seksuaalpartner. Muutunud ajutegevuse tulemus on muutused mõtlemises ja käitumises, mis võivad olla märkimisväärsed. Teisisõnu, opioidisõltuvus on krooniline haigus, mida põhjustavad muutused ajutegevuses, nagu see on omane teistelegi neuroloogilistele ja psüühilistele haigustele. Haiguse kujunemist mõjutavad individuaalsed psühholoogilised, geneetilised, sotsiaalsed ja keskkonnategurid, mis on väga olulised haiguse kujunemise algfaasis.

1.1.4. Opioidisõltuvuse sündroomi peamine tunnus on pidev soov (sageli tugev, mõnikord vastupandamatu) tarbida opioide, mis on tingitud dopamiini ainevahetusest, endorfiinide ja kesknärvisüsteemi teiste neuromediaatorite talitlushäiretest.

1.1.5. Opioidisõltuvust iseloomustavad tagasilangused, seetõttu on tagasilanguse ennetamine ja pidev meditsiiniline ning psühhosotsiaalne tugi opioidisõltuvuse ravi oluline osa.

## 1.2. Opioidisõltuvuse ravi

1.2.1. Opioidisõltuvuse ravi koosneb farmakoloogilistest ja psühhosotsiaalsetest sekkumistest ning sellel on erinevad eesmärgid: opioidide illegaalse tarvitamise lõpetamine või vähendamine, opioidide tarvitamisega kaasneva kahju vähendamine, opioidisõltuvusega isikute elukvaliteedi ja heaolu parandamine.

1.2.1.1. Opioidisõltuvuse ravi on vabatahtlik.

1.2.2. Opioidisõltuvuse ravimeetodi valikul lähtutakse patsiendi üldise tervisliku seisundi põhjaliku hindamise tulemustest ja tema vajadustest ning ravimeetodite valiidsusest, arvestades olemasolevat tõendusmaterjali ja ravi vastuvõetavust ning kättesaadavust patsiendile.

1.2.3. Opioidisõltuvusega isikutele on Eestis kättesaadavad järgmised teenused:

- ambulatoorne opioidisõltuvuse asendusravi;
- statsionaarne lühiajaline võõrutusravi;
- pikaajaline statsionaarne võõrutusravi;
- pikaajaline statsionaarne rehabilitatsioon;
- ambulatoorsed nõustamisteenused;
- tugiisiku teenused;
- eneseabi- ja tugirühmad.

1.2.4. Arstid peavad opioidisõltuvusega isikutele pakkuma erinevaid ravivõimalusi, võttes arvesse patsiendi hindamise tulemusi, kuid väljakujunenud sõltuvuse korral on soovitatav eelistada ravimeid, mis on opioididele pika vastandtoimega (metadoon või buprenorfiin).

1.2.5. Opioidisõltuvuse ravis kasutatakse kõige rohkem asendusravi, mille käigus viiakse opioidisõltuvusega isik illegaalsete opioidide tarvitamiselt üle legaalsele pikatoimelisele asendusravimile. Olemas on kaks asendusravimit, mille efektiivsus on teaduslikult tõendatud. Need on metadoon ning buprenorfiin. Toimeainena sisaldavad buprenorfiini näiteks Buprenorphine G.L.Pharma ning buprenorfiini koos naloksooniga Suboxone ja Bupensanduo.

1.2.6. Asendusravi opioidsete ravimitega vähendab märkimisväärselt illegaalsete opioidide tarvitamist ja aitab patsientidel ravist paremini kinni pidada, võrreldes võõrutusravi, platseebo ja üksnes psühhosotsiaalsete meetmetega.

1.2.7. Metadooni ja buprenorfiini õigete annuste manustamise korral jätkab rohkem patsiente metadoon- kui buprenorfiinraviga. Mõlemad ravimid pärsivad tõhusalt illegaalsete opioidide tarvitamist.

1.2.8. Tuginedes teaduslikele andmetele, mis näitavad metadooni ja buprenorfiini efektiivsust opioidisõltuvuse asendusravis, on mõlemad ravimid lisatud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) hädavajalike ravimite näidisinimekirja („17th List of Essential Medicines of the World Health Organization“).

1.2.9. Asendusravis võib üldistavalt eristada kaht suunda:

- astmeline võõrutusravi, mille ajal alandatakse asendusravimi igapäevast annust järk-järgult, et patsient opioididest võõrutada;
- säilitusravi, mille eesmärk on patsient stabiliseerida ja parandada tema tervist ning psühhosotsiaalsed seisundit asendusravimi pikaajalise stabiilse annuse manustamisega ilma ravi lõpetamise kindla tähtajata.

1.2.9.1. Kiire võõrutusravi opioidsete ravimitega on soovitatav ainult statsionaarselt haiglas. Ambulatoorse ravi korral on soovitatav aeglane võõrutus, mis kestab vähemalt kuus kuud, mille järel patsient vajab pikaajalist psühhosotsiaalset tuge.

## 2. Asendusravimite farmakoloogilised omadused

### 2.1. Opioidid

2.1.1. Opioidid (heroiin, morfiin, metadoon jpt) toimivad retseptorite ( $\mu$ - ehk OP3-,  $\kappa$ - ehk OP2- ja  $\delta$ - ehk OP1- ning OP4-retseptor) kaudu närvisüsteemi molekulaarsel (rakulisel) tasandil. Opioidid võib jagada puhasteks agonistideks (nt heroiin, metadoon), osalisteks agonistideks (nt buprenorfiin), agonist-antagonistideks (nt pentasotsiin) ja antagonistideks (nt naloksoon).

2.1.2. **Puhas agonist** on retseptoriga suguluses (afiinne) aine, mis ühineb nendega, tekitades rakus muutusi, mis stimuleerivad füsioloogilist aktiivsust. Agonisti toime tugevus oleneb annusest, aine afiinsusest retseptoriga ja aine sisemisest aktiivsusest retseptori tasemel, seda mõjutavad farmakokineetilised tegurid (s.t kui palju ainet satub vereringesse ja jõuab sealt retseptoriteni). Morfiin, metadoon, heroiin, fentanüül, petidiin, hüdrokodoon ja oksükodoon on opioidide agonistid.

2.1.3. **Osaline agonist** on retseptoriga ühinev ravim, kuid ei anna maksimaalset stimulatsiooni. See hõivab retseptori, takistades täieliku agonistliku toime teket agonisti toimele, millel on retseptoriga väiksem afiinsus. Kõige tõenäolisemalt tekib selline toime, kui ainet manustatakse patsiendile, kes saab suurtes annustes puhast agonisti. Buprenorfiin on osaline agonist. Osaliste agonistide toimele on ka ülempiir, isegi järjest suuremate annuste korral.

2.1.4. **Segatud agonistid-antagonistid** annavad ühe retseptori juures agonistliku ja teise juures antagonistliku toime. Pentasotsiin, butorfanool ja nalbufiin on agonist-antagonistid.

2.1.5. **Antagonistidel** puudub farmakoloogiline toime, kuid nad võivad blokeerida agonisti toime. Naloksoon ja naltreksoon on opioidretseptorite antagonistid, mis neutraliseerivad (ingl *reverse*) agonistide, nt morfiini ja metadooni toime. Opioidide antagonistid, mis on opioidretseptoritele suure afiinsusega ehk reageerivad väga tugevalt opioidretseptoriga, tõrjudes opioidide agonistid retseptorilt välja ja kutsudes esile intensiivsed võõrutusnähud. Neid kasutatakse sageli opioidide üleannustamise korral vasturavimina opioidide toimele.

2.1.6. Opioidide korduvkasutamisel tekib taluvus, väheneb nende toime või on endise toime saavutamiseks vaja manustada suurem doos; tekib ka füüsiline sõltuvus, mille korral põhjustab opioidide ärajätmine ebameeldivaid sümptomeid. Taluvuse ja füüsilise sõltuvuse tekkimist nimetatakse **neuroadaptatsiooniks**.

2.1.7. Opioidide ärajäämanähtud on ärrituvus, ärevus, rahutus, halb eelaimus, lihas- ja kõhuvalud, külmavärinad, iiveldus, kõhulahtisus, haigutamine, pisaravool, piloereksioon, higistamine, nuuskamine, aevastamine, rinorröa, üldine nõrkus ja unetus. Sümptomid tekivad tavaliselt 1–3 päeva pärast metadooni viimase annuse ja 8–12 tundi pärast heroini ning 0,5–10 tundi pärast fentanüüli viimase annuse manustamist.

## 2.2. Metadoon

2.2.1. Metadooni farmakoloogilised omadused on järgmised:

- toime algus 30 minuti pärast;
- toime maksimum 2–3 tunni pärast;
- poolväärtusaeg 15–60 tundi;
- igapäevase annustamise esimese nädala vältel plasmakontsentratsioon tõuseb;
- metadoonitaseme stabiliseerumine organismis tekib 5–10 päeva pärast;
- ärajäämanähud tekivad 36–48 tunni pärast, intensiivsuse maksimum 3–8 päeva pärast.

2.2.2. Metadooni farmakokineetika<sup>1</sup>

2.2.2.1. Metadoon on sünteetiline opioid, mille farmakoloogiline toime sarnaneb morfiiniga. Metadoon on biosaadav suukaudse manustamise või süstimise teel. Metadooni peamine efekt väljendub  $\mu$ -retseptorite kaudu ja selle toime sarnaneb endogeensete opioididega, nagu enkefaliinid ja endorfiinid. Metadoon suurendab antidiureetilise hormooni ja histamiini vabanemist.

2.2.2.2. Metadoon võib suurendada serotoniini kontsentratsiooni sünaptsises, mistõttu teiste sünaptsises serotoniini taset tõstvate ravimite samaaegne kasutamine (selektiivsed serotoniini tagasihaarde inhibiitorid, uue põlvkonna migreeniravimid jne) tuleb hoolikalt täpsustada.

2.2.2.3. Suukaudsel kasutamisel on metadooni biosaadavus kõrge (85%), varieerudes erinevatel patsientidel. Plasmakontsentratsiooni piik esineb umbes 1–7,5 tundi pärast annustamist (keskmiselt 3–4 tundi). Toidu mõju metadooni biosaadavusele ei ole täpselt teada.

2.2.2.4. Metadoon on rasvlahustuv (lipofiilne) aine ja koguneb kudedes, sh kopsudes, neerudes, maksas, põrnas ja ajus. Metadooni kontsentratsioon neis kudedes on palju suurem kui veres. Metadooni liikumine nende kudede ja vere vahel on suhteliselt aeglane. Metadoon eritub sülge, rinnapiima ja läbib platsenta, jõudes looten.

2.2.2.5. Metadoon metaboliseerub maksas N-demetülatsiooni protsessi tulemusena inaktiivseteks metaboliitideks. Metabolismist võtavad osa tsütokroomi P450 isoensüümid, enamjaolt CYP3A4, ent osa on ka teistel ensüümidel: CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C18, CYP2C19 ja CYP2D6.

---

<sup>1</sup> Farmakokineetika kirjeldab ravimi imendumise, jaotamise, metabolismi ja eritumise protsesse ehk seda, mida organism teeb ravimiga.

2.2.2.6. Metadoon elimineerub uriini ja roojaga. Metadooni korduvmanustamise järel on metadooni eliminatsiooni poolväärtusaeg vahemikus 8 kuni 59 tundi (keskmine on 24 tundi). Madalale plasmakontsentratsioonile vaatamata võib metadooni aeglane eritumine maksast ja teistest kudedest pikendada selle toimet.

### 2.2.3. Metadooni farmakodünaamika<sup>2</sup>

2.2.3.1. Metadooni põhitoime on valu leevendamine, kesknärvisüsteemi ja hingamise supressioon, eufooria. Metadooni regulaarse manustamise korral kaovad või vähenevad märkimisväärselt otsesed opioididele iseloomulikud toimed neuroadptsiooni tulemusena (opioidide taluvus).

2.2.3.2. Metadoon mõjutab perifeerset närvisüsteemi, seetõttu alandab vererõhku, ahendab pupille, aeglustab peristaltikat ja motoorikat ja suurendab mõningate seedetrakti sulgurlihaste toonust. Metadooni pideval manustamisel kaovad või vähenevad märkimisväärselt eespool nimetatud toimed neuroadptsiooni tulemusena.

2.2.3.3. Metadoon võib mõjutada kognitiivseid võimeid ja tähelepanu, kirjeldatud on nii selle halvenemist kui ka paranemist stabiilse asendusravi foonil. Metadoonil põhineva ravi ajal võivad esineda kõhukinnisus, seksuaalfunktsiooni häired ja (aeg-ajalt) liighigistamine. Kõrvaltoimete teke võib vähendada patsiendi ravisoostumust.

2.2.3.4. Metadoon ei põhjusta ühegi elutähtsa organi ega organsüsteemi kahjustust. Peamine oht on üleannustamise risk, eriti ravi alguses ja kui metadooni kombineeritakse sedatiivsete ravimitega. Tulenevalt metadooni toime aeglasest algusest ja pikast poolväärtusajast võib toksiline toime muutuda eluohtlikuks mitu tundi pärast metadooni manustamist. Kliiniline järelevalve on kõige olulisem esimese 14 ravipäeva jooksul.

### 2.2.4. Metadooni koostoime teiste ravimitega

2.2.4.1. Sedatiivsed ained. Metadooni ja teiste sedatiivsete ainete (opioidid, alkohol, bensodiasepiinid, tritsüklilised antidepressandid, enamik trankvilisaatoreid ja sedatiivse toimega antihistamiinikumid) kombinatsioon võib olla surmav.

2.2.4.2. Opioidide antagonistid. Metadooni toimet saab peatada või pärssida opioidide antagonistidega (naltreksooni ja naloksooniga).

2.2.4.3. Buprenorfiin. Inimestel, kes saavad päevas 40 mg või enam metadooni, tekivad tõenäoliselt ärajäämanähud, kui neile manustatakse buprenorfiini. Metadooni manustavatel patsientidel ei ole soovitatav buprenorfiinile üle minna enne, kui metadooni annus on vähendatud doosini alla 40 mg/päevas.

2.2.4.4. Opioidide agonistid. Kui metadooniühendite tarvitamise ajal manustatakse muid opioide, võib metadoon oma farmakodünaamiliste toimete tõttu põhjustada üleannustamist ja surma.

2.2.4.5. Maksaensüümide inhibiitorid ja indutseerijad. Metadooni metaboliseerib tsütokroom P450 3A4 ensüümsüsteem. Seda süsteemi indutseerivad ravimid võivad kiirendada metadooni metabolismi ja ägestada ärajäämanähtusid; tsütokroom P450 inhibiitorid võivad metadooni

---

<sup>2</sup> Farmakodünaamika kirjeldab ravimi toime protsesse ehk seda, mida ravim teeb organismiga.



metabolismi aeglustada ning põhjustada üleannustamise. Kui metadooni saavale patsiendile plaanitakse ordineerida tsütokroom P450 mõjutavat ravimit, on vaja spetsialisti konsultatsiooni ja ülimat ettevaatust.

2.2.4.6. Väga aktiivne antiretroviirusravi. HIV-infektsiooni ravis kasutatavad ravimid mõjutavad metadooni farmakokineetikat ja väga aktiivset antiretroviirusravi saavate patsientidega tuleb olla ettevaatlik.

## 2.3. Buprenorfiin

2.3.1. Buprenorfiini farmakoloogilised omadused on järgmised:

- toime algus 30–60 minuti pärast;
- toime maksimum umbes 1–4 tunni pärast;
- poolväärtusaeg 20–72 tundi (keskmiselt 36 tundi);
- buprenorfiinitaseme stabiliseerumine organismis tekib 7–10 päeva pärast;
- ärajäämanähud tekivad 3–5 päeva pärast, sümptomid on tavaliselt kergemad kui muude opioidide ärajäämanähud.

2.3.2. Buprenorfiini farmakokineetika

2.3.2.1. Buprenorfiin on osaline ( $\mu$ -retseptor) opioidi agonist, mis on saadud morfiini alkaloidist tebainist. Farmakoloogiliste omaduste tõttu on buprenorfiinil põhinev asendusravi opioidisõltuvuse ja opioidide ärajäämanähtude ravi hea vahend.

2.3.2.2. Buprenorfiinil on suu kaudu manustatuna halb biosaadavus, sest läbib ulatusliku esmase metabolismi maksas ja peensooles. Keele alla manustatuna on selle biosaadavus mõõdukas (30–40%), tablett lahustub 2 kuni 7 minutiga. Lahustumine võib toimuda kiiremini, kui tabletid murda väikesteks tükkideks (see võib vähendada ka annuse varieeruvust). Tablettide purustamist või pulbristamist tuleb vältida, sest see soodustab allaneelamist.

2.3.2.3. Buprenorfiin on osaline agonist, seetõttu saavutab selle füsioloogiline ja toksiline toime platoo sublingvaalse annuse 4–8 mg juures (mõnel patsiendil on suuremate annuste juures toksilisus suurem). Seetõttu võivad heroini või metadooni suurte annustega harjunud inimesed leida, et buprenorfiin pole piisavalt hea alternatiiv. Enamikul patsientidel ilmneb buprenorfiini maksimaalne terapeutiline toime annusevahemikus 12–24 mg.

2.3.2.4. Buprenorfiinil on opioidretseptoritele suurem afiinsus kui fentanüülil, heroiinil või metadoonil ja buprenorfiin võib need ained opioidretseptorilt välja tõrjuda, kiirendades opioididest võõrutamist inimesel, kes on hiljuti metadooni, fentanüüli või heroini kasutanud. Buprenorfiin on rasvlahustuv ja suurem osa buprenorfiinist seondub plasmavalkudega.

2.3.2.5. Buprenorfiin metaboliseerub maksas tsütokroom P450 ensüümsüsteemi (CYP 3A4) abil norbuprenorfiiniks ja teisteks metaboliitideks, mis eritatakse väljaheite (70%) ja uriiniga (30%).

2.3.2.6. Buprenorfiini poolväärtusaeg on väga varieeruv: 20–72 tundi, keskmiselt 36 tundi. Buprenorfiini toime püsib väikese annuse (2 mg) korral kuni 12 tundi, kuid suuremate annuste

(24–32 mg) korral isegi kuni 72 tundi. Stabiilse annustamise korral saavutatakse püsiv kontsentratsioon 7 päevaga.

### 2.3.3. Buprenorfiini farmakodünaamika

2.3.3.1. Buprenorfiin tekitab vähem eufooriat ja sedatsiooni kui puhtad opioidide agonistid (heroiin, morfiin ja metadoon). Siiski on selle loomulik aktiivsus tavaliselt piisav, et vähendada tungi heroiini või fentanüüli järele ja ennetada või leevendada opioidisõltuvusega inimestel opioidide ärajäämanähtusid. Buprenorfiinil on tugev afiinsus opioidretseptoritele ja see vähendab heroiini, morfiini või fentanüüli toimet, takistades nende seondumist retseptoritega.

2.3.3.2. Kõrvaltoimed on tavaliselt külmetuse või gripiga sarnanevad sümptomid, peavalud, higistamine, unehäired, iiveldus ja tuju kõikumine. Kõrvaltoimed on harilikult kõige tugevamad ravi alguses ja kestavad mitu nädalat. Buprenorfiin mõjub kognitiivsetele võimetele ja tähelepanule. Buprenorfiinravi ajal võivad esineda kõhukinnisus, seksuaalfunktsiooni häired ja (aeg-ajalt) ka liighigistamine.

### 2.3.4. Buprenorfiini koostoime teiste ravimitega

2.3.4.1. Sedatiivsed ained. Buprenorfiini ja sedatiivsete ainete (opioidid, alkohol, bensodiasepiinid, tritsüklilised antidepressandid, enamik trankvilisaatoreid ja sedatiivse toimega antihistamiinikumid) kombinatsioon võib olla ohtlik (on esinenud surmajuhtumeid).

2.3.4.2. Opioidide antagonistid. Buprenorfiinil on opiaadiretseptoritele suurem afiinsus kui naltreksoonil või naloksoonil. Buprenorfiini üleannustamise raviks on vaja naloksooni väga suuri annuseid (10–35 mg).

2.3.4.3. Opioidide agonistid. Buprenorfiin võib tekitada võõrutusnähtusid, kui inimene tarvitab seda teiste opioidide mõju kestmise ajal. Seetõttu ei saa metadooni saavaid patsiente buprenorfiinile hõlpsasti üle viia enne, kui annus on väiksem kui 40 mg päevas. Buprenorfiin võib takistada muude, analgeesiaks kasutatavate opioidide toimet.

2.3.4.4. Maksaensüümide inhibiitorid ja indutseerijad. Buprenorfiini metaboliseerib tsütokroom P450 3A4 ensüümisüsteem. Teoreetiliselt võivad buprenorfiini kontsentratsiooni mõjutada ained, mis pärsvivad või stimuleerivad selle ensüümi aktiivsust. Seda mõjutavad paljud ravimid, eelkõige enamik antikongulsante, mis seda ensüümi indutseerivad. Siiski ei ole teatatud kliinilistest juhtumitest, kui oleks esinenud olulisi koostoimeid buprenorfiiniga.

## 3. Patsiendi hindamine

### 3.1. Potentsiaalse patsiendi hindamine

3.1.1. Esmase hindamise eesmärk on luua patsiendiga usalduslik suhe, selgitada välja asendusravi sobivus isikule, informeerida patsienti ravi võimalustest ja selgitada asendusravi olemust, andes talle võimalus langetada teadlik otsus asendusravi alustamise kohta, nõustada patsienti kahju vähendamisel, eelkõige siis, kui too soovib mõtlemisaega ravi alustamise üle.

3.1.2. Patsiendil ei tohi tekkida tunne, et ravimeeskonna korraldatud hindamine on takistuste rada, mille peab läbima ravile saamiseks.

3.1.3. Ravikeskuse vahetamisel tuleb teha kõik võimalik, et vältida ravi katkemist. Planeeritud suunamisel ühest ravikeskusest teise teeb ravikeskus senise ravi kokkuvõtte (epikriisi) e-tervise andmekogusse ja uues ravikeskuses otsustab ravimeeskond, kas esmalt lähtutakse eelmise ravikeskuse raviskeemist või korraldab ravi jätkav meeskond kohe seisundi hindamise. Kui patsient satub kinnipidamisasutusse, lähtutakse senise ravikeskuse määratud ravimiannustest või toimetab ravimi patsiendile senini ravi osutanud ravikeskus. Esimese võimaluse korral teeb senine raviasutus e-tervisesse kokkuvõtte koos ravisoovitustega.

3.1.4. Patsiendi esmakordse pöördumise korral raviasutusse teeb esmase nõustamise õde (vaimse tervise õde) või muu spetsialist. Kavandatakse patsiendi hindamine, mida teevad psühholoog, sotsiaaltöötaja ja psühhiaater. Hindamine lõpeb raviplaani koostamise ja ravilepingu sõlmimisega. Asendusravimi ja selle annuse määramine on arsti otsus. Arst võib oma vastutusel teha asendusravi alustamise otsuse ka enne lõplike uuringu- ja hindamistulemuste saabumist.

3.1.5. Hindamine on pidev protsess. Ravi alguses ei pruugi patsient olla valmis andma kogu vajalikku infot oma psühhosotsiaalse olukorra kohta. Põhjus võib olla halb tervislik ja füüsiline seisund või emotsionaalne kriis ning usaldamatus teiste inimeste, sealhulgas ravimeeskonna vastu. Esmalt on oluline stabiliseerida patsiendi seisukord ja luua ravimeeskonna ning patsiendi usalduslik suhe.

## **3.2. Patsiendi esmase hindamise peamised küsimused**

### **3.2.1. Opioidide tarvitamine**

3.2.1.1. Milliseid opioide isik tarvitab, nende kogused, tarvitamise sagedus ja viisid, praeguse tarvitamisepisoodi pikkus, viimati tarvitatud annuse aeg ning tarvitamistava (tarvitatud narkootikum, kogus, sagedus) viimase kolme päeva jooksul.

3.2.1.2. Sõltuvushäire diagnoos RHK-10 klassifikatsiooni alusel.

3.2.1.3. Vanus opioidide tarvitamise alustamisel, regulaarsel tarvitamisel ning sõltuvuse kujunemisel.

3.2.1.4. Abstinentsi ehk võõrutusnähtude sündroomi episoodid ja pikkus.

3.2.1.5. Üledooside episoodid (tahtlikud või tahtmatud).

### **3.2.2. Teiste psühhotroopsete ja narkootiliste ainete tarvitamine**

3.2.2.1. Alkoholi, illegaalsete narkootikumide ja retseptiravimite tarvitamine, praegu manustatavad ravimid.

3.2.2.2. Erinevate ainete koostarvitamisest põhjustatud üledooside episoodid.

### **3.2.3. Tervislik seisund**

3.2.3.1. Nakkushaiguste esinemine (HIV, viiruslikud hepatiidid, tuberkuloos).

3.2.3.2. Teised kaasuvad somaatilised haigused.

3.2.3.2. Psüühikahäired.

3.2.3.4. Rasedus.

#### 3.2.4. Psühhosotsiaalne olukord

3.2.4.1. Sotsiaalne olukord (töökoht, haridus, kutseoskused, eluase, finantsolukord, perekonnaseis).

3.2.4.2. Psühholoogiline seisund (meeleolu, kognitsioon, enesevigastamine ja enesetapukatsed).

3.2.4.3. Riskiv seksuaalkäitumine, kaasatus prostitutsiooni.

3.2.4.4. Vägivaldne käitumine teistega.

3.2.4.5. Koduvägivald.

3.2.4.6. Kriminaalne käitumine (eelmistele ja praegustele kuritegude süüdistused ning süüdimõistmised, eelnevad vanglakaristused).

3.2.4.7. Patsiendist sõltuvad alaealised.

3.2.5. Eelmised ravikatsed: mis asutuses, mis tüüpi ravi, aeg, võõrutusnähtude (abstinentsi) aeg, ravi edukus ja tagasilanguse põhjused.

3.2.6. Motivatsioon (miks isik soovib praegu abi saada, mis motiveerib seda sammu astuma, tõuke põhjus, patsiendi eesmärgid ja ootused ravile).

#### 3.2.7. Objektiivne vaatlus

3.2.7.1. Narkootikumide tarvitamise tundemärgid (süstimiskohad, nahapõletikud, võõrutusnähud).

3.2.7.2. Teistele haigustele viitavad tundemärgid (nt maksahaigused, valvulaarsed südamehaigused).

3.2.7.3. Uriinianalüüs võib olla kasulik näitaja, et patsiendi juttu kinnitada.

### 3.3. Opioidisõltuvuse diagnoosimine

3.3.1. Opioidisõltuvuse kindlaks tegemine eeldab põhjaliku anamneesi võtmist narkootikumide tarvitamise kohta ja füüsiliste tundemärkide läbivaatust. Abiks võib olla kinnitava tõendusmaterjali kogumine teistest raviasutustest, kus isik on eelnevalt uimastite tarvitamise tõttu ravil olnud, ja uriinianalüüs.

3.3.2. Anamneesi võtmine nõuab narkootikumide tarvitamise alguse, kestuse ja ulatuse ning selle tõttu elus toimunud muutuste põhjalikku dokumenteerimist. Opioidisõltuvuse diagnoosimiseks kasutatakse RKH-10 klassifikatsiooni.

3.3.2.1. Mitmele kriteeriumi kohta võib saada vastuse, kui paluda patsiendil rääkida oma tüüpilisest päevast. Millal ta ärkab, kuidas ta ennast ärgates tunneb. Kui ta tunneb end ärgates halvasti, paluda patsiendil täpsemalt kirjeldada oma enesetunnet. Kui patsient ei tunne ennast ärgates halvasti, urige, millal pärast ärkamist tal tavaliselt tekivad võõrutusnähud, kuidas see väljendub. Millal ja kus võtab patsient esimese doosi päeva jooksul. Kuidas tema päev algab, kas ta sööb hommikueinet, kellega ta päeva jooksul kohtub, kus nad käivad, millega ta tegeleb vabal ajal, mis ei ole seotud uimastite tarvitamisega, milline on tema sotsiaalne võrgustik, millega ta õhtuti tegeleb, kas tal on kerge uinuda, kas ta võtab täiendavaid ravimeid, et õhtuti magama jääda.

3.3.3. Paljud opioidisõltlased, eelkõige need, kes süstivad, on ise kogenud üledoseerimist või näinud pealt, kuidas keegi on saanud üledoosi. Tahtmatu üledoseerimine juhtub tavaliselt opioiditaluvuse kõikumise, uimasti puhtuse, üldise tervisliku seisundi ning teiste ainete samaaegse kasutamise (eelkõige koos alkoholi ja bensodiasepiinidega) tõttu. Opioidisõltuvatel isikutel, kes on hiljuti vanglast vabanenud, on suurem üledoseerimise risk, sest vanglas viibides on nende opioiditaluvus märgatavalt vähenenud. Paljudel opioidisõltuvusega isikutel on kaasuvad psühhiaatrilised probleemid, seetõttu ei ole tahtlik üledoseerimine haruldane, mistõttu on oluline kindlaks teha, kas minevikus kogetud üledoseerimise juhtumid on olnud õnnetused ehk tahtmatud või tahtlikud.

3.3.4. Füüsilisel läbivaatusel tuleb peale opioidide tarvitamise tundemärkide kehal pöörata tähelepanu võimalike võõrutusnähtude sümptomitele.

3.3.4.1. Opioidide võõrutusnähu sümptomid on laienenud pupillid, ärevus, valu lihastes ja luudes, lihaskrambid, unehäired, higistamine, kuuma- ja külmahood, haigutamine, kananahk, pisaravoolus (märjad silmad), nohu, iiveldus, kõhulahtisus, südamekloppimine, kiirenenud südamelöögid, kõrgenenud vererõhk.

3.3.4.2. Opioidimürgistuse tundemärgid on ahenenud pupillid, sügelus ja kratsimine, uimasus ja unisus, alanenud vererõhk, aeglustunud pulss, aeglustunud hingamine.

3.3.4.3. Opioidiüledoosile viitavad nõelaotsasuurused pupillid, teadvuse kaotus, hingamise seiskumine, madal vererõhk, aeglustunud südametegevus (bradükardia), vedeliku kogunemine kopsudesse.

3.3.5. Uriinianalüüs näitab hiljuti tarvitatud opioidi sisaldust organismis. Opioididele positiivne uriinianalüüs ei tähenda automaatselt, et inimesel on opioidisõltuvus, kuid see on täiendav abivahend, et välja selgitada patsiendi opioiditarvitamist. Kui peale negatiivse uriinianalüüsi on ravi alguses märgata vähest opioiditaluvust, tuleb raviga olla ettevaatlik ja vajaduse korral hinnata uuesti patsiendi opioidisõltuvuse taset.

### **3.4. Asendusravi näidustused**

3.4.1. Asendusravi metadooniga on näidustatud isikutele alates 18-eluastast, kellel on diagnoositud opioidisõltuvus (opioidide tarvitamise tõttu on diagnoositud psüühika- või käitumishäire, sõltuvussündroom (RHK-10, F11.2). Alaealistel alates 14-eluastast on valikravim buprenorfiin.

3.4.2. Opioidisõltuvusega kaasneb tavaliselt neuroadptsioon (vaata punkt 2.1.6) opioididele, kuid see ei pruugi alati nii olla. Üldjuhul ei sobi asendusravi isikutele, kellel ei ole välja kujunenud neuroadptsioon opioididele. Teatud juhtudel on siiski mõistlik pakkuda asendusravi ka nendele isikutele, kelle taluvus ja füüsiline sõltuvus opioididest ei ole ilmne.

3.4.2.1. Pikaajased opioidisõltlased, kes on võõrutatud opioididest ja puuduvad võõrutusnähtud, kuid tunnevad, et neil on suur tõenäosus langeda tagasi opioidide regulaarse tarvitamise juurde, on mõistlik võtta ravile, kui nad seda soovivad.

3.4.2.2. Vanglast vabanenud opioidisõltuvusega isikud on samuti põhjendatud võtta ravile, kui nad seda soovivad, isegi kui nad vanglas viibides ei tarvitanud narkootikume, sest vabadusse naasmise järel jätkavad paljud sõltlased narkootikumide tarvitamist.

### **3.5. Asendusravi vastunäidustused**

3.5.1. Maksatalitluse häired (tsirroos, kollatõbi). Raske, mittekompanseeritud hepatiit.

3.5.2. Hingamispuudulikkus, äge astma.

3.5.3. Patsient ei ole võimeline andma asendusravi teadlikku nõusolekut (nt raske psüühikahäire tõttu).

### **3.6. Ravimisel ettevaatust nõudvad asjaolud**

3.6.1. Tarvitatud on erinevaid psühhotroopseid aineid, eelkõige rahusteid ja uinuteid.

3.6.2. Alkoholisõltuvus. Kui patsient tuleb asendusravimi manustamisele alkoholijoores, tuleb talle anda tavapärasest annusest pool või sellel päeval asendusravimit mitte anda. Kõigil opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajatel peab olema alkomeeter.

3.6.2.1. Silmanähtavas narkojoobes patsiendile ei tohi sellel päeval metadooni anda. Eelnevalt tuleb veenduda, et joobesarnane olek ei ole tingitud muust terviseseisundist.

3.6.3. Muud kaasuvad psüühika- ja käitumishäired (näiteks psühhoos, raske isiksushäire).

3.6.4. Väike või ebaselge opioiditaluvus (nt pärast patsiendi vabanemist kinnipidamisasutusest, mitme aine sõltuvus).

3.6.5. Somaatilised haigused (peavigastus või kõrge koljusisene rõhk, neerupuudulikkus, bronhiaalastma ja teised hingamissüsteemi häired, kilpnäärme vaegtalitus ehk hüpotüreoos, Addisoni tõbi, eesnäärme liigsurendumus ehk hüpertroofia).

3.6.6. Elektrokardiogrammis QT-intervalli piknemise risk (QT-intervall on juba pikenenud südamehaiguse tõttu või on määratud ravimeid, mis võiksid pikendada QT-intervalli). Sellisel juhul on eelistatum asendusravim Buprenorfiin.

3.6.7. Patsient tarvitab retseptiravimeid, mis pärsivad või aktiveerivad P450 isoensüüme.

### **3.7. Raviplaani koostamine**

3.7.1. Raviplaani eesmärk on ravi saajale kavandada tema sõltuvushäirest ja tervislikust seisundist lähtuvalt vajalik ravi ning tegevus sõltuvusega kaasnevate sotsiaalse toimetuleku probleemide lahendamiseks ja tagasilanguse ennetamiseks. Raviplaan koostatakse raviplaani vormi alusel (lisa 1) lähtuvalt ravimeeskonna hindamistulemustest (lisa 2). Esmane raviplaan valmib esmase hinnangu põhjal enne ravi alustamist ja vajaduse korral täiendatakse seda ravi esimestel nädalatel ning hiljem uute asjaolude ilmnemisel. Raviplaan lisatakse tervisekaardile.

3.7.2. Raviplaani koostamise põhimõtted

3.7.2.1. Patsienti tuleb teavitada ravi sisust ja ravi võimalikest kõrvalmõjudest. Patsiendil peab olema realistlik ootus ravile, mistõttu on oluline enne ravi alustamist selgitada välja patsiendi ootused ja teavitada teda igakülselt asendusravi olemusest.

3.7.2.2. Oluline on kaasata patsient raviplaani koostamisse, arvestada tema soove ja realistlikult hinnata tema võimeid ravieesmärkide saavutamisel. Kui patsient on kaasatud ravieesmärkide seadmisel, allub ta üldjuhul paremini ravile.

3.7.2.3. Raviplaani tuleb regulaarselt, vähemalt kord kolme kuu jooksul koos patsiendiga üle vaadata ja vajaduse korral kohandada eesmärke ning tegevust või seada uued eesmärgid.

## 4. Asendusravi

### 4.1. Ravi alustamine

#### 4.1.1. Algannuse määramine

4.1.1.1. Asendusravi on soovitatav alustada keskkonnas, kus on võimalik patsienti jälgida. Erilist ettevaatust üleannustamise ennetamiseks tuleb rakendada patsientidel:

- kellel on vähenenud või teadmata opioiditaluvus;
- kes kasutavad mitut uimastit, eelkõige kesknärvisüsteemi pärssivaid aineid;
- kellel on kaasuv alkoholisõltuvus;
- kellel on kaasuv psühhiaatriline haigus või saavad samal ajal psühhotropset ravi;
- kellel on muud kaasuvad haigused.

#### 4.1.1.2. Ohutust suurendavad järgmised asjaolud:

- patsiendi ja meedikuga head kontakti toetava ravisuhte rajamine;
- ettevaatlik annustamine ravi alguses;
- patsiendi sagedane jälgimine esimese kahe ravinädala jooksul;
- põhjalik selgitus toksiliste toimete ja ärajäämanähtude kohta ravi alguses ning säilitusetapis.

4.1.1.3. Kui võimalik, tuleb patsiente 3–4 tundi pärast esimest annust jälgida, et ei ilmneks intoksikatsioon ega võõrutussümptomid.

#### 4.1.2. Metadooni algannuse määramine

##### 4.1.2.1. Algannuse määramisel tuleb võtta arvesse järgmisi asjaolusid:

- sõltuvuse raskus- ja taluvusaste (uimastikasutuse anamnees, kinnitavad tõendid, läbivaatuse ja jälgimise ajal tehtud tähelepanekud, uriinianalüüs, konsulteerimine meedikutega, kes on patsiendiga varem tegelenud);
- opioidi viimasest kasutamisest möödunud aeg;
- bensodiasepiinide või alkoholi samaaegne kasutamine.

4.1.2.2. Metadooni algannuse manustamise eesmärk on hoida patsient ravil, leevendada võõrutusnähte ja kindlustada patsiendi ohutus (vältida metadooni üledoosi ja surmajuhtumeid hingamispeetuse ehk supressiooni tõttu).

4.1.2.3. Algannuse valikul võetakse arvesse sõltuvuse raskust ja taluvustaset. Isikutel, kellel ei ole neuroadptsioon ilmne, peab asendusravi alustama äärmiselt ettevaatlikult. Esimese nädala metadooniannus ei tohi ületada 20 mg päevas, sellest väiksemat annust peetakse ohutuks isikule, kelle kehakaal on umbes 70 kg, isegi kui ta ei ole opioidide tarvitaja.

4.1.2.4. Kui metadooni algannus on 30 mg või enam, on vaja kasutada ettevaatusabinõusid ja jälgida metadooni mõju patsiendile. Täiendava annuse (5–10 mg) tohib manustada alles 3–4 tunni möödumisel metadooni esimesest manustamisest juhul, kui täheldatakse võõrutussümptomeid.

4.1.2.5. Kui metadooni vajalik algannus on suurem doosi kui 40 mg, tuleb olla äärmiselt ettevaatlik. Soovitatav on põhjalik psühhiaatri konsultatsioon või võtta patsient jälgimisele, et tagada ravi alustamine järelevalve all.

#### 4.1.3. Buprenorfiini algannuse määramine

4.1.3.1. Buprenorfiin tõrjub muud opioidid opioidretseptoritelt välja ja sellel on väiksem loomulik opioidne aktiivsus, seetõttu võib buprenorfiin kiirendada ärajäämanähtude teket, kui seda antakse muude opioidide kasutamise ajal. Buprenorfiini esimest annust, tavaliselt 4 mg, ei tohi anda enne, kui patsiendi viimasest lühitoimelise opioidi annusest on möödunud 8–12 tundi ja metadooniannusest 24–36 tundi.

4.1.3.2. Buprenorfiinga kiire alustamine suurema annusega (kuni 16 mg kolmandaks ravipäevaks) on ohutu ja efektiivne ning see on soovitatav terapeutilise toime ja ravisoostumuse parandamiseks. Sellele peab järgnema kliiniline jälgimine ja annuse kohandamine.

4.1.3.3. Buprenorfiini sisaldavad kahte tüüpi ravimid – ravimid, mille toimeaine on ainult buprenorfiin näiteks Buprenorphine või Subutex, ja ravimid, mille toimeaineteks on buprenorfiin ja naloksoon, näiteks Bupensan Duo või Suboxone.

4.1.3.4. Patsiendile tuleb selgitada, et buprenorfiini konkureeriva reageerimise ehk afiinsuse tõttu opioidretseptoritega, ei leevenda teiste opioidide kasutamine pärast buprenorfiiniga ravi alustamist ärajäämanähtusid.

## 4.2. Ravimiannuse stabiliseerimine ja säilitusannuse manustamine

4.2.1. Kahel esimesel ravinädalal on eesmärk stabiliseerida patsiendi seisund, nii et nad ei kõiguks mürgistus- ehk intoksikatsioonisümptomite ja ärajäämanähtude vahel. See ei tähenda tingimata, et patsient jõuab selle aja jooksul optimaalse säilitusannuseni. Pärast patsiendi esmast stabiliseerimist võib olla vaja annust kohandada.

#### 4.2.2. Metadooni doosi stabiliseerimine ja säilitusannuse manustamine

4.2.2.1. Metadooni annuse tiitrimine on järgmine:

- vähendage annust, kui toime maksimumi ajal (3–4 tundi pärast manustamist) esineb mürgistussümptomeid, raskeid või talumatuid kõrvaltoimeid;
- ärge suurendage metadooniannust esimese kolme ravipäeva jooksul, kui toime maksimumi ajal puuduvad selged ärajäämanähud, sest patsient tunnetab iga päevaga metadooni tugevamat toimet;
- kaaluge seisundist lähtuvalt annuse suurendamist 5–10 mg võrra iga kolme päeva järel;



- nädala koguanust ei tohiks suurendada kokku rohkem kui 20 mg võrra;
- maksimaalne annus esimese nädala lõpul ei tohiks ületada 40 mg;
- hoiatage patsienti, et ta annuse kohandamise ajal ei juhiks autot ega käsitseks masinaid;
- kui patsient on haiglas ja ravi tiitritakse spetsialisti järelevalve all, võib seda teha kiiremini.

4.2.2.2. Esimese kahe ravinädala jooksul esinevaid surmasid on seostatud metadooni annusevahemikuga 25–100 mg päevas, enamasti annusevahemikus 40–60 mg päevas.

4.2.2.3. Metadooni kontsentratsioon vereplasmas suureneb esimese annustamisnädala jooksul, mistõttu peab esimese kahe nädala jooksul patsienti võõrutus- ja mürgistusnähtude hindamiseks vaatlema iga päev. Kui kahtlustatakse ordineeritud opioididist või muust aimest tingitud intoksikatsiooni, peab arst patsiendi enne järgmise annuse manustamist üle vaatama. Oluline on metadooni väljastavate meditsiiniõdede pädevus tunda ära võimalikke võõrutusnähte ja mürgistussümptomeid.

4.2.2.4. Tavaliselt saab patsiendi seisundit stabiliseerida 30–50 mg metadooni manustamisega päevas, mis on tavaliselt piisav objektiivsete võõrutusnähtude mahasurumiseks. Kuid mõned patsiendid võivad jätkuvalt kogeda võõrutussümptomeid. Et hoida patsienti ravil ja suruda maha fentanüüli või heroini kasutamist, on siiski kõige tõhusam annus üle 60 mg päevas. Metadoon blokeerib fentanüüli ja heroini toime, suurendades opioiditaluvust ja vähendades selle ulatust, sidudes kesknärvisüsteemi retseptoreid ning vältides heroini metaboliitide sidumist. Metadooni efektiivne päevane annus on 60–100 mg (8).

4.2.2.5. Annust võib olla vaja suurendada veel pärast stabiilse annuseni jõudmist, aga seda ei tehta sagedamini kui kord nädalas. Annuse suurendamise näidustused pärast säilitusannuseni jõudmist on järgmised:

- ärajäämanähtude ebapiisav leevendamine 24 tunni jooksul;
- püsiv tung uimasti järele;
- keelatud opioidide jätkuv kasutamine.

4.2.2.6. Metadooni annuse suurendamisel tuleb meeles pidada, et uue stabiilse seerumikontsentratsiooni tekkeni kulub pärast iga annuse suurendamist kuni seitse päeva.

4.2.2.7. Üle 100 mg metadooni annuseid tuleb manustada patsientidele, kellele on iseloomulik metadooni kiire metaboliseerumine. Iga inimene talub metadooni erinevalt, umbes 30% ravi saajatest seedivad metadooni kiiresti ja seega tekivad kiiremini võõrutusnähud, mida saab mingil määral leevendada doosi suurendamisega, kuid soovitatav on sellisel juhul manustada ravimit kaks korda päevas. Üldiselt puudub tõendus, et üle 100 mg annus oleks enamikule patsientidest efektiivsem (9).

4.2.2.8. Metadooni annust ei pea muutma, kui selle päevane annus on üks kord vahele jäänud. Kui kahe päeva annused on järjest vahele jäänud, on soovitatav manustada tavapärane annus, kui ei esine mürgistusnähte. Kui vahele on jäänud järjest kolme päeva annused, on soovitatav metadooniannust vähendada poole võrra. Kui patsiendil on jäänud järjest vahele nelja päeva annused, on soovitatav manustada 40 mg metadooni või pool ettenähtud kogusest (valida

väiksem annus). Pärast viie või enama päevase annuse järjestikust vahelejäämist peab ravi jätkama, manustades alustuseks 20–30 mg metadooni, jätkates sarnaselt uue alustava patsiendiga.

4.2.2.9. Kui vastutav meditsiinipersonal märkab metadooniannuse väljaoksendamist, võib manustada uue annuse. Kui patsient oksendab 15 minuti jooksul pärast metadooni tarvitamist, on soovitatav manustada uus annus. Kui patsient oksendab 15–30 minuti jooksul pärast metadooni tarvitamist, on soovitatav manustada pool tavapärasest annusest. Kui patsient oksendab enam kui 30 minutit pärast ravimi tarvitamist, ei pea uut metadooniannust manustama.

#### 4.2.3. Buprenorfiini annuse stabiliseerimine ja säilitusannuse manustamine

##### 4.2.3.1. Buprenorfiiniannuse tiitrimine on järgmine:

- buprenorfiiniannuseid saab esimese ravinädala jooksul kiiresti ja ohutult suurendada 2–8 mg võrra päevas;
- annust ei tohiks suurendada, kui patsiendil tekivad kõrvaltoimed (nt iiveldus, pearinglus, ärevus, uimasus);
- vähendage annust, kui toime maksimumi ajal (1–4 tundi pärast manustamist) esineb mürgistussümptomeid, raskeid või talumatuid kõrvaltoimeid;
- enamikku patsiente saab stabiliseerida igapäevase 12–24 mg annusega;
- maksimaalne igapäevane annus ei tohiks esimese nädala lõpul ületada 32 mg;
- harva on põhjust määrata buprenorfiini suurem annus kui 32 mg;
- patsiente tuleb hoiatada, et nad annuse kohandamise ajal ei juhiks autot ega käsitseks masinaid.

4.2.3.2. Buprenorfiini pika plasma-poolväärtusaja tõttu saab seda ravimit enamikule patsientidest edukalt manustada ka üle päeva või kolm korda nädalas, ilma et ärajäämanähud süveneksid või terapeutiline toime väheneks. Kõigile patsientidele, kes on saanud kaks nädalat iga päev stabiilse annuse, võib proovida annustada üle päeva või kolm korda nädalas.

4.2.3.3. Buprenorfiiniannust võib suurendada kiiremini (kuni 8 mg päevas), kuid efektiivsuslagi saabub suhteliselt kiiresti: on vähe tõendeid, et suurem päevaannus kui 32 mg lisaks terapeutilist toimet. Tähtsatud on, et osal patsientidel tekib terapeutilise toime vähenemine suure annuse kasutamisel, sest sel juhul suureneb buprenorfiini antagonistlik toime.

### 4.3. Patsiendi jälgimine ja ravimi kõrvaltoimete leevendamine

4.3.1. Õige manustamise korral on metadoon ohutu ravim. Metadooni ja buprenorfiini kõrvalnähud ja toksilisus on sarnased morfiini ning teiste opioididega.

4.3.2. Tõendeid on patsientide surmajuhtumite kohta ravi esimese ja teise nädala jooksul. Need surmajuhtumid olid seotud nii arsti määratud metadooni liiga suurte algannustega kui ka mõne teise depressandi (nt rahustid) samaaegse kasutamisega, ravimite kombineeritud toime tõttu kesknärvisüsteemile ning individuaalse tundlikkuse (nt maksa talitlushäire) tõttu. Buprenorfiini üledoseerimise oht väiksem.

4.3.3. Suurem surmajuhtude risk opioidide üleannustamise tõttu on patsientidel, kes on lõpetanud asendusravi ja alustanud uuesti fentanüüli või heroini kasutamist. Arst peab patsienti ohtude eest hoiatama. Opioidide üledoseerimisega seotud surmarisk väheneb, kui patsient jätkab asendusravi.

4.3.4. Metadoon ja buprenorfiin võivad põhjustada unehäireid, iiveldust, oksendamist (eelkõige ravi alguses), kõhukinnisust, uriinipeetust, unisust ja higistamist; harva orientatsioonihäireid, hingamisteede peetust ehk supressiooni. Metadoonasendusravi esimestel nädalatel võib esineda eufooriat, samuti võib kõrvalnähtuna esineda libiido langus. Buprenorfiinravi harva kõrvaltoimena võivad esineda hallutsinatsioonid.

4.3.4.1. Kui patsiendil on kõhukinnisus, on soovitatav tarvitada rohkem aedvilju (puu- ja köögivilju) ning juua palju vett.

4.3.4.2. Kui ravimi talumatuse korral esineb ülemäärast higistamist, on soovitatav ravimi päevast annust vähendada. Tuleb aga arvesse võtta, et higistamine võib olla hoopis võõrutusnähu sümptom.

4.3.4.3. Vähenenud libiidot ja seksuaalhäireid reguleeritakse annuse vähendamisega, ent tagasilanguse suuremat võimalust tuleb hoolikalt arvesse võtta.

4.3.4.4. Unetuse korral on soovitatav õpetada patsiendile lõdvestumisoskusi ja anda teadmisi unehügieenist, soovitada vähendada või lõpetada alkoholi, kofeiini ning nikotiini tarvitamine. Rahusteid ja uinuteid ei soovitata kasutada.

4.3.4.5. On tõendeid, et mõnel juhul, kui metadooni päevane annus ületab 100 mg, võib see põhjustada QT-intervallide pikenemist elektrokardiogrammis. See võib põhjustada ventrikulaarse tahhükardia suuremat riski (*Torsades de Pointes*). Pikemate QT-intervallide korral on soovitatav vähendada metadooni annust. Kaaluda (koos patsiendiga) võimalust asendada metadoon buprenorfiiniga, pidades meeles, et ravimi vahetamine võib põhjustada võõrutusnähte ja tagasilangust. Kui patsient kasutab mõnd teist ravimit, mis võib samuti QT-intervalli pikendada, peab selle ravimi tarvitamise uuesti üle vaatama.

4.3.4.6. Sarnaselt teiste opioididega vähendab metadoon sülje eritumist. Narkootikumide kasutajatel on alatoitumuse ja sagedaste mürgistuste tõttu probleemid hammastega. Sageli on hammaste kehv seisund pandud metadooni arvele. Sülje eritumist võib stimuleerida närimiskummi närimisega. Soovitatav on pöörata suuhügieenile suuremat tähelepanu.

4.3.5. Asendusravi saava patsiendi revisoostumuse hindamiseks ja keelatud ainete ning ravimite kasutamise tuvastamiseks teeb raviasutus pistelisi, ette teatamata uriiniproove. Selline kontrollimeede määratakse kindlaks patsiendi ravilepingus. Kontrolli tegemise otsustab raviasutuse arst või õde, lähtudes patsiendi kliinilisest seisundist või muudest teguritest. Analüüsist keeldumine on samaväärne positiivse analüüsitulemusega, mis tähendab, et patsient rikub ravilepingut.

4.3.5.1. Esimesel kahel kuul tuleb teha uriinianalüüs soovituslikult vähemalt kolm korda kuus. Alates kolmandast kuust tehakse uriinianalüüs vähemalt üks kord kuus või kui tekib kahtlus patsiendi joobeseisundi kohta.

4.3.5.2. Patsiente tuleb kohe ravi alustamisel teavitada ja ravilepinguga kindlaks määrata, et ravimi koju kaasa saamise üks eeldus on neli järjestikust puhast uriinianalüüsi (kord nädalas).

4.3.5.2. Uriini kiiranalüüsid näitavad ainult hiljutist ainete kasutamist. Pärast fentanüüli või mõne teise opiooni kindlakstegemist, eelkõige siis, kui neid on süstitud, on soovitatav patsiendiga arutada järkjärgulist päevase metadooniannuse suurendamist, et saavutada metadooni blokeeriv toime. Välja tuleb selgitada psühhosotsiaalsed tegurid, mis stimuleerivad psühhoaktiivsete ainete kasutamist, et nende mõju vähendada.

4.3.5.3. Kui patsient vaidlustab uriini kiiranalüüsi tulemuse ja sellest sõltuvad raviotsused, tuleb tema kiiranalüüsi tulemus üle kontrollida kordusanalüüsiga või laboris.

4.3.6. Patsiente tuleb regulaarselt läbi vaadata ja hinnata, ka neid, kes paistavad stabiilsed. Läbivaatuste sagedus oleneb küll patsiendi stabiilsusest, kuid psühhiaatril on soovitatav kõik patsiendid läbi vaadata vähemalt kord kolme kuu jooksul ehk neli korda aastas. Ebastabiilsele patsiendile tuleb kasuks sagedasem arstiga kohtumine. Patsiendi läbivaatusel tuleb dokumenteerida kõik tema mured ja soovid seoses raviga, asendusravimi annuse sobivus, ravimite kõrvalmõjud ja koostoimed, teiste ravimite ja ainete (alkohol, tubakas) tarvitamine, tervislik seisund (füüsiline ja psühholoogiline), sotsiaalne toimetulek, riskikäitumine, HIV, B- ja C-hepatiit, maksatalitus ning patsiendi edasine raviplaan.

#### 4.4. Asendusravimi kaasa andmine

4.4.1. Opioidagonistidel põhinev asendusravi toimub otseselt kontrollitava ravi põhimõttel. Asendusravimit võtab patsient iga päev raviasutuses õe vahetu kontrolli all. Otseselt kontrollitava manustamisega tagatakse asendusravimi korrapärane kasutamine ja seisundi jälgimine. Kui on kahtlus, et patsient ei täida kokkulepitud reegleid, võib temalt nõuda isiku tuvastamist (isikut tõendava dokumendi alusel), kontrollida suuõõnt pärast ravimi manustamist või suunata patsient uriinianalüüsile. Asendusravi opioidagonistidega algab otseselt kontrollitava ravina ja selle juurde võib tagasi pöörduda kohe, kui vajadus seda nõuab.

4.4.2. Patsiendile võib tema nõusolekul võimaldada asendusravimit kodus manustada kuni neli järjestikust päeva, kui tema tervislik seisund ja psühhosotsiaalne olukord on stabiliseerunud illegaalsete psühhoaktiivsete ainete kasutamise lõpetamise tõttu, toimunud on positiivsed muutused lähisuhete võrgustikus, ta töötab või otsib aktiivselt tööd, psüühiline seisund on stabiilne ning asendusravimi kuritarvitamise risk on minimaalne. Võimaldades asendusravimit kodus manustada, aitab see toetada ravimotivatsiooni ja soodustab sotsiaalset adapteerumist.

Ravimi kodus manustamise eeldused on järgmised:

- patsient on alates ravi algusest olnud kolm kuud ravil;
- patsientidele, kellel on püsiv töökoht, võib asendusravimi kaasa anda pärast kahe kuu pikkust kontrollitud ravi;
- patsient on kinni pidanud ravirežiimist:
  - patsient on andnud neli järjestikkust negatiivset uriinianalüüsi viimase nelja nädala jooksul;

- patsiendil ei ole tuvastatud alkoholijoovet viimase nelja nädala jooksul;
- patsient ei ole olnud psühhotroopsete ainete joobes viimase nelja nädala jooksul;
- patsiendil ei ole esinenud juhuslikke ega tahtlikke üledoose, ta ei ole väljendanud enesetapumõtteid viimaste kuude jooksul;
- patsient ei kuritarvita bensodiasepiine ega uinuteid (vt 5.6.6.4);
- patsiendiga on kokku lepitud ravimi kodus turvaliselt hoiustamise nõuded (vt 4.4.10).

4.4.3. Kui ravimeeskond otsustab anda patsiendile ravimi (eelkõige metadooni) koju kaasa kuni neljaks järjestikuseks päevaks, on soovitatav alustada ravimi koju kaasa andmist ühe kuni kahe päeva kaupa korraga ja niimoodi kuni paari nädala jooksul, et jälgida, kuidas patsient tuleb toime ravimi iseseisva manustamise ja hoiustamisega.

4.4.4. Kui patsiendil esineb ajutine või püsiv terviserike, mille tagajärjel tal ei ole võimalik iga päev asendusravil käia, tuleb keskusel ravim patsiendile toimetada (ravim manustatakse patsiendi elukohas õe kontrolli all) või sõlmitakse patsiendi lähedase või esindajaga kolmepoolne leping (patsient–ravikeskus–esindaja), millega esindaja kohustub toimetama ravimi keskusest patsiendi kätte. Ravimi kodune võtmine lähtub samadest põhimõtetest nagu on kirjeldatud punktis 4.4.2.

4.4.5. Kui patsient vahetab ajutiselt elukohta (töö vm põhjuse tõttu), on võimalik tema ravi üle viia teise ravikeskusesse sarnaselt punktis 3.1.3 kirjeldatud ravikeskuse vahetusega. Selle eeldus on, et ravikeskused lepivad ravi tingimused omavahel kokku, patsiendi seisundi kohta koostatakse e-tervisesse epikriis ja patsiendi ravilepingus tehakse muudatus. Kui ajutine elukoht on välisriigis, edastatakse info patsiendi ravi kohta ravikeskuste turvalisi andmesidevõimalusi kasutades.

4.4.6. Välisriiki sõitvatele patsientidele kehtivad ravimi kaasa andmise kohta samad reeglid, mis on kirjeldatud punktis 4.4.2. Kui patsient viibib välisriigis kauem kui neli päeva, tuleb ravi korraldada koostöös kohaliku ravikeskusega. Välisriiki reisimisel narkootilise ravimiga lähtutakse ravimiameti nõuetest: raviarst kirjutab retsepti konkreetseks päevade arvuks ja patsient ostab selle välja apteegist; ravimiamet väljastab tõendi, mille patsient esitab vajaduse korral tollikontrollis. Järgmisel visiidil ravikeskusesse tagastab patsient kasutatud ravimi mullpakendid õele kontrolliks ja ravirežiimist kinnipidamine registreeritakse ravidokumentides.

4.4.7. Erandeid võib kaaluda ka kriisiolukordades, nagu pandeemiapuhangud või üliirasked ilmastikutingimused, mis muudab ligipääsu tervishoiuasutusse võimatuks või kujutab ohtu patsiendi elule või turvalisusele.

4.4.8. Kui patsiendile antakse ravim kaasa ja tema uriinianalüüs narkootilistele ainetele osutub positiivseks, tuleb selgitada välja positiivse analüüsi põhjused. Kui tegemist on ühekordse eksimusega, millega ei ole kaasnenud naasmist endise tarvitamise juurde (tagasilangus), võib jätkata patsiendile asendusravimi andmist kodus manustamiseks. Patsiendi turvalisuse huvides võib kaaluda asendusravimi koju andmise korra muutmist. Kui kaks järjestikust uriinianalüüsi on osutunud positiivseks, tuleb ravimi kaasa andmine peatada. Ravimi koju kaasa andmist võib jätkata pärast seda, kui patsiendi seisund vastab eeldustele, mis on nimetatud punktis 4.4.2. Kui isik keeldub uriinianalüüsi andmisest, peetakse seda positiivseks tulemuseks.

4.4.9. Patsient, kellele on koju kaasa antud asendusravim, peab vastutama selle turvalise hoiustamise eest. Vältida tuleb ravimi sattumine teiste isikute kätte. Eriti ohtlikud on ravimid laste kätte sattudes.

4.4.10. Iga tervishoiuasutus peab hindama ravimi kuritarvitamise võimalikku riski ja küsima patsiendilt tõendusmaterjali tema liikumisvõime kaotamise, tööle asumise või välismaale sõitmise kohta.

4.4.11. Ravimi kaasa andmine tuleb dokumenteerida sellel päeval, kui ravim kaasa anti, märkides ära kohapeal võetud annuse suurus ja kaasa antud koguse(d) ning mis kuupäevadeks ravim kaasa anti.

4.4.12. Päevane ravimiannus antakse välja iga päeva jaoks eraldi pudelikeses ehk flakoonis. Sellele märgistatakse patsiendi nimi, aine nimetus, annus ja kasutamise kuupäev ning ravimi väljastanud tervishoiuasutuse nimi ja kontakt.

4.4.13. Kui kaasa antud doos hävineb või kaob rohkem kui kaks korda, tuleb ravimi kaasa andmine lõpetada, sest see näitab, et patsient või tema lähedane ei ole suuda vastutada talle kaasa antud ravimiannuste eest. Patsiendi kaotatud või hävitatud annuseid ei taastata.

4.4.14. Iga uriinianalüüsi tulemus ja kõik otsused patsiendile ravimi kaasa andmise ning selle peatamise või lõpetamise kohta peavad olema dokumenteeritud.

## 4.5. Asendusravimi vahetamine

### 4.5.1. Üleminek metadoonilt buprenorfiinile

4.5.1.1. Metadoonilt buprenorfiinile võib olla vaja üle minna, kui:

- metadooni kõrvaltoimed on talumatud;
- raseda ravi metadooniga ei ole osutunud edukaks või raseda kindel eelistus on buprenorfiin.

4.5.1.2. Väikseid metadooniannuseid (30 mg päevas või vähem) saavatel patsientidel kulgeb üleminek tavaliselt minimaalse ebamugavustundega. Suuremat metadooniannust saavatel patsientidel võivad esineda tugevad ärajäämanähud.

4.5.1.3. Enne buprenorfiinile üleminekut peab metadooni annus olema väiksem kui 40 mg päevas, eelistatavalt alla 30 mg päevas. Patsiendid peavad enne buprenorfiinravi alustamist saama stabiilses annuses metadooni vähemalt ühe nädala jooksul.

4.5.1.4. Buprenorfiini esimene annus tuleb manustada vähemalt 24 tundi pärast viimast metadooniannust. Esimene annus on enamasti 4 mg. Üldiselt on väiksemad buprenorfiini annused metadoonile ebapiisav asendus ja suuremad annused suurendavad ärajäämanähtude süvenemise riski.

4.5.1.5. Esimene annus on kõige parem manustada varahommikul, et võimaldada olulisemate üleminekusümptomite (nt ägenenud ärajäämanähud) leevendamist. Raskete üleminekusümptomite leevendamiseks tehakse raviplaan. Klonidiin (100 µg iga 3–4 tunni järel) võib olla kasulik ravim sümptomite leevendamiseks.

4.5.1.6. Kui patsient viiakse üle metadooni annuselt 30 mg või vähem päevas

- planeerige buprenorfiini esimese annuse võtmine ajale, kui patsiendil tekivad ärajäämanähud. See toimub tavaliselt rohkem kui 24 tundi pärast metadooni viimast annust;
- esimese annusena manustage 4 mg buprenorfiini;
- esimese annuse järel vaadake patsient üle pärast 3–4 tundi. Kui patsiendil ei teki ärajäämanähtude süvenemist ja ärajäämanähud püsivad, manustage lisaks 2–4 mg buprenorfiini.
- vaadake patsient uuesti üle teisel ravipäeval, tavaliselt saab annust suurendada 8 mg-ni.

#### 4.5.1.7. Kui patsient viiakse üle metadooni annuselt 30–60 mg päevas

- planeerige buprenorfiini esimese annuse võtmine ajale, kui patsiendil tekivad märkimisväärsed ärajäämanähud. See toimub tavaliselt 48–96 tundi pärast metadooni viimast annust;
- esimese annusena manustage 4 mg buprenorfiini;
- esimese annuse järel vaadake patsient üle pärast 3–4 tundi. Kui patsiendil ei teki ärajäämanähtude süvenemist, manustage lisaks 2–4 mg buprenorfiini. Kui patsiendil süvenevad ärajäämanähud, ärge annust sellel päeval suurendage. Vaja võib olla alustada sümptomaatilist ravi (nt klonidiin 100 µg iga 3–4 tunni järel);
- vaadake patsient uuesti üle teisel ravipäeval, tavaliselt saab annust suurendada 8 mg võrra.
- edasisi annuseid võib suurendada vastavalt vajadusele.

4.5.1.8. Patsiente, kes saavad metadooni suuremas annuses ja kelle doosi ei saa vähendada alla 60 mg päevas, ei tohiks püüda buprenorfiinile üle viia. Sellise üleviimise vajaduse korral tohib seda teha vaid haiglas või spetsialisti toel. Kui patsient saab metadooni rohkem kui 30 mg, tuleks samuti konsulteerida spetsialistiga.

4.5.1.9. Ärajäämanähud on enamasti kerged ja lühiajalised (4 mg annuse järel 4–8 tundi). Raviks võib kasutada klonidiini, lihasesiseselt manustatud mittesteroidseid põletikuvastaseid aineid ja antiemeetikume. Kui buprenorfiini võetakse vahetult pärast metadooniravi, võivad ärajäämanähud olla väga tugevad ja neid tuleb vajaduse korral leevendada agressiivsete meetoditega. Tugevate ärajäämanähtude esmasel leevendamisel tuleb patsienti jälgida ja mõnel juhul võib olla vajalik lühiajaline hospitaliseerimine. Patsient peab enne uue buprenorfiini doosi manustamist ootama veel vähemalt 24 tundi.

#### 4.5.2. Üleminek metadoonilt buprenorfiin-naloksoonile

4.5.2.1. Inimesed, kes on pikaajaliselt saanud stabiilset metadooniannust, võivad soovida üle minna buprenorfiinile, et lõpuks jätkata buprenorfiin-naloksooni manustamist. Sellistele patsientidele tuleb selgitada, et üleminek edukalt kasutatavalt ravimilt muule ravimile võib nende seisundit destabiliseerida, kuid risk on väike. Neid tuleb hoiatada väheste teadmiste alusel langetatud otsuste eest.

4.5.2.2. Patsientidel, kes varem said stabiilselt metadoonravi, on esmalt soovitatav saavutada vähemalt ühe kuu jooksul stabiilsus buprenorfiiniravil, enne üleminekut buprenorfiin-naloksooni manustamisele. Üleminek metadoonilt buprenorfiinile toimub nii, nagu on kirjeldatud punktis 4.5.1.

4.5.3. Üleminek buprenorfiinilt metadoonile

4.5.3.1. Üleminek buprenorfiinilt metadoonile võib olla vajalik, kui

- buprenorfiini kõrvaltoimed on talumatud;
- ravivastus ei ole piisav.

4.5.3.2. Patsient peab enne metadoonile üleviimist saama iga päev stabiilse annuse buprenorfiini. Võimaluse korral vähendage buprenorfiini igapäevast annust 8 mg-ni või väiksema annuseni mitu päeva enne üleminekut.

4.5.3.3. Metadoonravi võib alustada 24 tundi pärast buprenorfiini viimast annust. Metadooni esimene annus ei tohi ületada 30 mg. Esimene metadooniannus patsientidele, kes viiakse üle buprenorfiini annuselt 4–8 mg, jääb tavaliselt vahemikku 20–30 mg. Patsientidel, kes viiakse üle buprenorfiini annuselt 4 mg või vähem, alustatakse 20 mg metadooni annusega. Nagu teistegi metadoonasendusravi alustavate patsientidega tuleb annuse suurendamisega olla ettevaatlik.

## 4.6. Asendusravi lõpetamine

4.6.1. Asendusravi kestus oleneb opioidide (nt fentanüül, heroiin) eelnevast tarvitamise pikkusest, tervislikust ja psühholoogilisest seisundist, aga ka sotsiaalsest olukorrast. Käitumise ja psüühika muutuste kinnistumiseks on vaja aega. Neil põhjustel soovitatakse stabiilsete dooside määramise korral jätkata ravi vähemalt 12 kuud, soovitatavalt isegi 2–4 aastat. Ebatavaline ei ole ka see, kui mõni patsient otsustab jääda asendusravile määramata ajaks. Ravi lõpetamisega ei soovitata kiirustada, sest kogemus näitab, et need, kes lõpetavad ravi kiiresti, pöörduvad sagedamini tagasi narkootikumide tarvitamise juurde.

4.6.1.1. Asendusravi patsiente ei tohi survestada doose vähendama. Metadooni raviprogrammis ei tohi kehtestada kohustuslikku ravikestust ega maksimaalset ravipikkust.

4.6.2. Patsiendiga võib ravilepingu lõpetada ennetähtaegselt, kui patsient

- ähvardab või kasutab vägivalda personali või teiste patsientide vastu;
- varastab või lõhub kuritahtlikult raviasutuse vara;
- vahendab või müüb narkootikume tervishoiuasutuses või selle ümbruses;
- müüb või annab mingi muu hüve eest üle talle määratud asendusravimi annuseid;
- rikub sisekorda tahtlikult;
- ei allu personali nõuetele;
- tarvitab korduvalt alkoholi või illegaalseid uimasteid nii, et see võib koos asendusravimiga olla ohtlik tema elule.



4.6.3. Kui patsient hakkab pärast asendusravi, ravi vabatahtlikku katkestamist või asendusravi ajal uuesti tarbima illegaalseid uimasteid, tuleb ta soovi korral võtta tagasi asendusraviteenusele.

4.6.4. Asendusravi lõpetamise põhimõtted on järgmised:

- patsiendi ja ravimeeskonna hea koostöö ning planeerimine;
- dooside paindlik ja aeglane vähendamine;
- psühhosotsiaalne tugi (nõustamine, oskuste õpetamine, sagedane monitoorimine ja suhtlemine patsiendiga, perekonna kaasamine);
- järeltegevuse kavandamine (nõustamine, rehabilitatsiooniprogrammi suunamine või mõni teine patsiendile sobiv lahendus).

4.6.5. Asendusravi lõpetamise ajal suureneb teiste ainete ja ravimite kuritarvitamise oht. Annuste vähendamisega võib kaasneda suurem psühholoogiline distress ja levinud on unehäired, mistõttu on oluline teavitada patsienti annuste vähendamisega kaasnevatest võimalikest sümptomitest ning õpetada nendega toimetuleku võtteid. Tähtis on psühholoogiline tugi.

4.6.6. Doosi vähendamisel ilmnevate võõrutusnähtude korral on soovitatav doosi vähendamine peatada ja kaaluda doosi suurendamist. Lähtuvalt võõrutusnähtudest saab vajaduse korral kasutada sümptomaatilist ravi.

4.6.7. Asendusravi lõpetamine tuleb peatada ja kaaluda doosi suurendamist, kui patsient ei ilmu regulaarselt ravimidooside manustamisele, jätab tulemata kokkulepitud läbivaatusele, patsiendi psühholoogiline või sotsiaalne olukord halveneb või ta tarbib juurde teisi uimasteid.

4.6.8. Metadooni annuste vähendamine

4.6.8.1. Annuseid, mis on 80 mg või suuremad, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 10 mg nädalas.

4.6.8.2. Annuseid, mis on 40–80 mg, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 5 mg nädalas.

4.6.8.3. Annuseid, mis on alla 40 mg, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 2,5 mg nädalas.

4.6.8.4. Patsiendid taluvad annuste vähendamist suhteliselt hästi teatud piirini, pärast seda tuleb annuste vähendamine (ajutiselt) peatada või seda oluliselt aeglustada.

4.6.7. Buprenorfiini annuste vähendamine

4.6.7.1. Annuseid, mis on 16 mg päevas, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 4 mg nädalas või kahe nädala jooksul.

4.6.7.2. Annuseid, mis on 8–16 mg päevas, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 2–4 mg nädalas või kahe nädala jooksul.

4.6.7.3. Annuseid, mis on alla 8 mg päevas, on soovitatav vähendada mitte rohkem kui 2 mg nädalas või kahe nädala jooksul.

4.6.7.4. Patsiendid, kelle ravirežiim nägi ette buprenorfiini manustamist harvemini kui kord päevas, tuleb viia üle igapäevasele ravimi manustamisele niipea, kui annust on vähendatud 8 mg-ni päevas.

4.6.8. Patsiendid, kes soovivad minna metadoonilt üle naltreksoonile, peavad täielikult võõrutuma metadoonist ja läbima 14-päevase uimastivaba aja enne naltreksoonravi alustamist.

4.6.9. Patsiendid, kes soovivad minna buprenorfiinilt üle naltreksoonile, peavad täielikult võõrutuma buprenorfiinist enne naltreksoonravi alustamist. Kui viimane buprenorfiiniannus oli 2 mg või väiksem, võib naltreksoonravi alustada 4–5 päeva möödudes. Kui viimane buprenorfiiniannus oli suurem kui 2 mg, peab naltreksoonravi alustamisega ootama vähemalt 7 päeva.

## 5. Asendusravi erisused

### 5.1. HIV-nakkus

5.1.1. Opioidisõltuvuse asendusravi patsiendile tuleb regulaarselt teha HIV-nakkuse kontroll. Esmane kontroll HIV-infektsiooni esinemise kohta tehakse ravile saabumisel, edaspidi kontrollitakse regulaarselt vähemalt üks kord aastas(10).

5.1.2. Tervishoiuasutus, mis pakub opioidisõltuvuse asendusravi, peab korraldama HIV-nakatunud patsiendile infektsioonhaiguste arsti vastuvõtu. HIV-nakkuse edukaks kontrolli all hoidmiseks on vaja opioidisõltuvuse asendusravi ja HIV-nakatunud inimeste raviga tegelevate asutuste tihedat koostööd ning igakülgset toetust sihtrühmale.

5.1.3. Antiretroviirusravi (ARV-ravi) ei ravi HIV-nakkust välja, nakatunu jääb alati viirusekandjaks, kuid ravimitega saab pidurdada viiruse paljunemine organismis. Hea ravisoostumuse korral ei ole võimalik inimese veres määrata viiruskoopiate arvu ja ta ei ole teistele nakkusohtlik (ravi = ennetus).

5.1.3.1. ARV-ravi alustatakse kõigil HIV-positiivsetel patsientidel esimese võimaluse korral pärast HIV-nakkuse diagnoosi saamist (tavaliselt teisel arstivisiidil pärast esmaste analüüsivastuste saabumist), olenemata CD4 T-rakkude või viiruse hulgast (11, 12).

5.1.3.2. ARV-ravi alustamisel teavitatakse patsienti ravirežiimist kinnipidamise vajadusest, võimalikest koos- ja kõrvaltoimetest, ravimiresistentsuse tekkimise võimalusest ning sellega kaasnevatest ohtudest.

5.1.3.3. HIV on krooniline haigus, seetõttu peab ARV-ravi olema järjepidev ja haiguse kulgu ning ravisoostumust tuleb regulaarselt jälgida infektsioonhaiguste arsti juures isegi siis, kui viirus on alla surutud ehk supresseeritud.

5.1.3.4. Kokkupuutejärgne profülaktika (PEP) tähendab, et HIV-negatiivne isik, kellel on oht nakatuda HIV-iga, kasutab ARV-ravimeid HIV-i nakatumisrisi vähendamiseks või vältimiseks. PEP-i tuleb alustada esimeste tundide (<72 h) jooksul, kestus on neli nädalat. Enne PEP-i alustamist tuleb teha HIV-analüüs, B-hepatiidi ja C-hepatiidi analüüs. Kõigil isikutel, kes alustavad PEP-iga, tuleb hinnata ka maksa- ja neerufunktsiooni. Kui tegemist on seksuaalse kontaktiga, siis kontrollitakse ka teiste sugulisel teel levivate infektsioonide esinemist (11, 12).

5.1.3.5. Kokkupuute-eelne profülaktika (PrEP) tähendab, et olulise nakatumisriskiga HIV-negatiivne kasutab ARV-ravi preparaate (emtritsitaabiin ja tenofoviirdisoproksiil (TDF/FTC) HIV-i nakatumisrisi vähendamiseks või vältimiseks. PrEP-iks kasutatakse TDF/FTC üks tablett üks kord

päevas, alustada tuleb seitse päeva enne esimest kokkupuudet, lõpetada võib seitse päeva pärast viimast kokkupuudet. PrEP ei kaitse teiste sugulisel teel levivate infektsioonide eest. (11, 12)

#### 5.1.4. ARV-preparaatide ravimiklassid ja Eestis kasutatavad preparaadid (13)

##### 5.1.4.1. Nukleosiidsed pöördtranskriptaasi inhibiitorid (NRTI)

Abacaviir (ABC), Emtritsitabiin (FTC), Lamivudiin (3TC), Sidovudiin (AZT), tenofoviirdisoproksiil (TDF), Tenofoviir alafenamiid (TAF).

##### 5.1.4.2. Mittenukleosiidsed pöördtranskriptaasi inhibiitorid (NNRTI)

Efavirens (EFV), Rilpiviriin (RPV)

##### 5.1.4.3. Integraasi inhibiitorid (INSTI)

Dolutegraviir (DTG), Raltegraviir (RAL)

##### 5.1.4.4. Proteaasi inhibiitorid (PI)

Darunaviir + ritonaviir (DAR/r)

5.1.5. Soovituslik esmane ARV-kombinatsioon HIV-positiivsetel isikutel: 2NRTI + 1 INSTI.

5.1.6. HIV-positiivsetele opioidisõltuvusega patsientidele tuleb võimaldada asendusravi, otseselt kontrollitava ravina, sest HIV-nakkuse edasikandumise risk on suur.

#### 5.1.7. ARV-ravimite ja metadooni koostoimed

5.1.7.1. Metadooni metaboliseerivad mitu tsütokroomi (CYP) ensüümi. Osa ARV-ravimeid võivad takistada ensüüme ja mõjutada metadooni kliinilist toimet. Metadoon võib mõjutada ka ise teiste ravimite metabolismi.

5.1.7.2. NRTI- ja INSTI-preparaatidel ei ole märkimisväärset mõju metadooni metabolismile.

5.1.7.3 NNRTI-ravimigrupist EFV-l on märkimisväärne farmakokineetiline koostoime metadooniga. EFV on tugev ensüümi tekitaja, mis võib vähendada metadooni sisaldust veres (60 nädala jooksul kuni 30%). Seetõttu tuleb patsienti sagedamini jälgida ja vajaduse korral metadooniannust suurendada.

5.1.7.4. PI-preparaatidel võib olla kahesuunaline toime, mis võib nii suurendada kui ka vähendada metadooni kontsentratsiooni. Seetõttu tuleb patsienti jälgida ja vajaduse korral metadooniannust korrigeerida.

## 5.2. C-hepatiidi viirus (HCV)

5.2.1. Opioidisõltuvuse asendusravi patsientidel tuleb kontrollida C-hepatiidi antikehade (HCV-Ab) esinemist veres vähemalt üks kord aastas. HCV-antikehad kujunevad välja 6 kuu jooksul (tavaliselt 4 kuuga). Kui C-hepatiidi antikehasid ei leita, korratakse analüüsi kord aastas. Testimist on soovitatav korrata varem, kui patsiendil on esinenud riskikäitumist või kokkupuutejuhtumeid C-hepatiidi viirusekandjaga.

HCV-antikehade positiivse tulemuse korral, tuleb kroonilise nakkuse kinnitamiseks viia läbi nukleiinhapetest HCV-ribonukleiinhappe (RNA) tuvastamiseks (HCV RNA). HCV RNA on tuvastatav juba 2-4 nädalat pärast nakatumist. Samaaegne HCV Ab ja HCV RNA esinemine näitab

kroonilise C-hepatiidi olemasolu. Juhul kui HCV Ab on positiivne ja puudub HCV RNA, on patsient kas spontaanselt tervistunud ägedast C-hepatiidist või tervistunud kroonilisest C-hepatiidist viirusvastase raviga. Ravi alustamise eesmärgil määratakse C-hepatiidi viiruse genotüüp, mis on oluline viirusvastase ravi, optimaalse ravidoosi ja ravikestvuse määramisel, kuna erinevad genotüübid alluvad ravile erinevalt.

5.2.2. Edasiselt hinnatakse HCV-ga nakatunud patsientidel maksafibroosi, kasutades selleks ultrahelielastograafiat või Fibroscani masinat. Eesmärk on hinnata maksafibroosi raskusastet fibroosiastmest F0 (fibroos puudub) kuni fibroosiastmeni F4 (tsirroos).

5.2.3. HIV/HCV koinfektsiooniga patsientide C-hepatiidi ravi ei erine HCV monoinfektsiooniga patsientide ravist.

5.2.4. HCV-infektsiooni raviks kasutatavatel ravimitel ei ole teadaolevaid koostoimeid metadooni või buprenorfiiniga.

5.2.5. Kui C-hepatiidi ravi ei alustata, hinnatakse kord aastas maksafibroosi raskusastet.

5.2.6. C-hepatiidi ravivastuse saavutanud riskirühma patsientidel lisandub kord aastas HCV RNA määramine võimaliku korduva nakatumise tõttu.

### **5.3. B-hepatiidi viirus (HBV)**

5.3.1. Opioidisõltuvuse asendusravi patsientidel tuleb kontrollida B-hepatiidi viiruse esinemist. B-hepatiidi viiruse pinnaantigeeni HBsAg-positiivsuse korral määratakse täiendavad analüüsid sh on vajalik kontrollida nii C-hepatiidi kui ka HI viiruse võimalikku esinemist.

5.3.2. Asendusravil olevatel patsientidel ei ole B-hepatiidi ravi välistatud.

5.3.3. HIV/HBV koinfektsiooni korral peab ARV raviskeem sisaldama tenofoviirdisoproksiil (TDF) või Tenofoviir alafenamiidi (TAF).

5.3.4. Kui B-hepatiidi antikehi ei leita, on soovitatav vaktsineerida B-hepatiidi vastu.

### **5.4. Tuberkuloos**

5.4.1. Kõigil HIV-ga patsientidel tuleb kontrollida tuberkuloosi esinemist.

5.4.2. Tuberkuloosihaigeid tuleb ravida haiglas kuni nakkusohu möödumiseni (patsiendi rögaanalüüs on bakterioskoopiliselt negatiivne), järgneb ambulatoorne ravi.

5.4.3. Uued HIV-ga patsiendid alustavad kohe ARV-ravi, seejärel tuberkuloosi ravi. Kui patsiendid on juba ARV-ravil, siis jätkatakse ravi ja vajaduse korral korrigeeritakse raviskeemi.

5.4.4. Isikutel, kelle immuunsus on väga nõrk (CD4+ alla 100 raku/mm<sup>3</sup>), alustatakse esmalt tuberkuloosiravi ja seejärel kahe nädala pärast ARV-ravi.

5.4.5. Ambulatoorne tuberkuloosiravi toimub ainult otseselt kontrollitava ravina. Rifampitsiin võib vähendada metadooni kontsentratsiooni 33–68%. Seetõttu tuleb patsienti jälgida ja vajaduse korral metadooniannust suurendada.

5.4. Võimaluse korral korraldatakse patsiendi ambulatoorne ravi ühes raviasutuses otseselt kontrollitavana, kus saab korraga tuberkuloosiravi, ARV-ravi ja asendusravi.

## 5.5. Kaasuvad psüühikahäired

5.5.1. Opioidisõltuvusega isikutel esineb üldpopulatsiooniga võrreldes sagedamini teisi psüühikahäireid, mistõttu peab nende häirete hindamine olema lõimitud patsiendi hindamisse. Korraga esinevaid psüühika- ja sõltuvushäireid tuleb ravida koos.

5.5.2. Asendusravi saavatel patsientidel peab hindama psüühikahäirete esinemist nii ravi alustamisel kui ka edaspidi ravi ajal perioodiliselt, kui patsiendile on kindlaks määratud stabiilne metadooniannus. Depressioon ja ärevus on opioidide kasutajate kaks peamist kõige sagedamini diagnoositud psüühikahäiret. Ravi alguses võib ärevus olla seotud opioidi võõrutusnähtudega, mis võib lõppeda alles mitme nädala pärast. Diagnoosimata depressioon raskendab psühhosotsiaalset taastumist ja suurendab tagasilanguse riski.

5.5.3. Opioidisõltuvusega patsiente peetakse kõrge suitsiidiriskiga grupiks, samuti võib kõigil asendusravi saavatel patsientidel esineda meeleoluhäireid. Seetõttu tuleb üledoose ja enesetapumõtteid regulaarselt seirata ning hinnata.

5.5.4. Antidepressante soovitatakse, kui depressioon on diagnoositud (kaasa arvatud meeleoluhäired, magamishäired, kaalukaotus). Tritsüklilised antidepressandid (amitriptülliin) on kesknärvisüsteemi pärssiva toimega, seetõttu peab neid manustama ettevaatlikult. Ravi selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite ehk SSRI-dega (ingl *selective serotonin reuptake inhibitor*), eelkõige sertraliiniga, vähendab metadooni metabolismi, mille tulemusena võib olla vaja vähendada metadooni annuseid.

5.5.5. Kui ravi saaval patsiendil on arenenud maaniaepisoodid, on oluline eristada, kas need on seotud eelnevalt esinenud maaniatega, hüpomaania ja depressiooniga või mõne teise psühhotroopse aine kasutamisega. Stimuleerivad ained ise võivad põhjustada maaniasümpptomeid.

5.5.6. Opioidisõltuvusega patsiendi haigusloos registreeritud kõiki psühhoose peab uuesti hindama, et eristada neid psühhotroopsete ainete (näiteks amfetamiini) põhjustatud episoodidest. Amfetamiini tarvitamisest põhjustatud psühhoos on enamasti lühiajaline, seetõttu ei ole tavaliselt vaja manustada antipsühhootilisi ravimeid.

## 5.6. Mitme aine sõltuvus

5.6.1. Opioidisõltuvusega isikute surmajuhtumite korral on sageli kindlaks tehtud, et opioide (metadooni, fentanüüli, heroini) kasutati kombinatsioonis teiste ainetega (rahustid, uinutid). Patsientidele, kes tarvitavad rahusteid, uinuteid või alkoholi, peab metadooni manustama ettevaatlikult, sest nende ainete mõjul suureneb pärssiv toime.

5.6.2. Kui patsient ilmub asendusravimi manustamisele alkoholijoobes, rahustite või uinutite mõju all, ei manustata talle ravimit või vähendatakse asendusravimi päevast annust, näiteks doseeritakse pool päevasest annusest. Soovitav on määrata alkoholijoobe tase alkomeetriga. Alkoholijoobes inimestele võib teha ettepaneku tulla tagasi mitme tunni pärast ja alles siis otsustada asendusravimi annustamine.

5.6.3. Alkoholisõltuvusega patsientidele soovitatakse opioidisõltuvuse asendusraviga koos teha tundlikkuse suurendamise ehk sensibiliseerivat ravi disulfiraamiga, lisaks tuleb kindlasti

rakendada psühhosotsiaalset sekkumist. Alkoholisõltuvuse ravi üldiseid põhimõtteid on täpsemalt käsitletud „Alkoholi tarvitamise häirega patsiendi käsitluse“ ravijuhendis (14).

5.6.4. Kui patsient jätkab teiste ainete tarvitamist lisaks ettenähtud farmakoteraapiale, tuleb pakkuda talle abi ja toetust teiste eluvaldkondade probleemide lahendamisel, uurida tema eluolu (näiteks kas ta elab koos teise sõltlasega), hinnata võimalike teiste vaimsete probleemide esinemist (näiteks ärevushäired, depressioon, paranoia) ning vajaduse korral pakkuda talle asjakohast ravi, rakendada motiveerivat intervjuerimist, kui patsient ei ole kindel, kas ta soovib mitme aine tarvitamise lõpetada.

5.6.5. Soovitav on koos patsiendiga koostada selektiivse võõrutuse kava, kus on kirjeldatud võõrutusnähtudega toimetuleku võimalused, koolitusvõimalused tagasilanguse ennetamiseks, oskuste õpetamine (näiteks nagu lõõgastustehnikad), sotsiaalsete oskuste õpetus, eesmärgid ja nende ülevaatamise tähtsused. Soovitav on ka patsiendile anda selle kava koopia.

#### 5.6.6. Rahustid (bensodiasepiinid)

5.6.6.1. Opioididega, eelkõige metadooniga koos tarvitades ei ole bensodiasepiinid ohutud ravimid. Opioididest tingitud surmavatele üledoosijuhtumitele on tihti omane bensodiasepiinide kasutamine. Asendusravimi buprenorfiin kasutamisel on kombinatsioonis bensodiasepiinidega väiksem üledoosiriski kui metadoonil.

5.6.6.2. Ohutum on opioidisõltuvuse asendusravi saavatele patsientidele bensodiasepiine mitte välja kirjutada. Kui arst on veendunud, et bensodiasepiini sõltuvusega toimetulemiseks on patsiendi huvides vaja välja kirjutada vähenevad bensodiasepiini doosid, tuleb kokku leppida konkreetsete sammude ja need dokumenteerida.

- Võtta põhjalik anamnees bensodiasepiinide kasutamise kohta, arvestades, et tarvitamise ülehindamine on tavaline. Taluvuse hindamisel kirjeldavad paljud kasutajad pruukimisastet seoses mürgistuste ja uinumisega. See ületab väga palju taset, mida on vaja võõrutusnähtude vältimiseks.
- Tuleb püüda leida tõendeid varasemate võõrutusnähtude kohta (nt haiglas viibimine haigushoogude tõttu).
- Tuleb võtta uriiniproov bensodiasepiinide tarvitamise tõestamiseks.
- Kui otsustatakse rahustiretsept välja kirjutada, peab olema tagatud, et patsient ei saa retsepte mujalt ja seda tuleb perioodiliselt kontrollida.
- Tuleb defineerida ravi eesmärk: näiteks võõrutada turvaliselt bensodiasepiinidest. Küsimus on turvalisuses, mitte patsiendi mugavuses. Diasepaam peaks olema ainus väljakirjutatav bensodiasepiin, kõik doosid peaksid olema manustatud järelevalve all üks kord päevas. Mitte kunagi ärge alustage bensodiasepiini ravi samal ajal opioidisõltuvuse asendusraviga, sel ajal on üledoosi risk suurim.

Kui patsiendid stabiliseeruvad diasepaami doosiga 40–80 mg/päevas, peaks doosi vähendama kiirusega vähemalt 5 mg nädalas, kuni doos on 40 mg, seejärel 2,5 mg nädalas. Sellise kiirusega võtab 80 mg diasepaamist võõrdumine aega peaaegu kuus kuud. Maksimaalne vähendamise

kiirus kuni 40 mg doosini on 10 mg nädalas, seejärel 5 mg nädalas. Võõrutamine võtab ikka aega 12 nädalat.

5.6.6.3. Võõrutuse ajal tuleb patsienti jälgida kliiniliselt ja kontrollida teiste ravimite tarbimist. Enamiku kliinikute kogemused näitavad, et vähesed patsiendid rahulduvad ravil saadavaga ja enamik jätkab bensodiasepiinidele lisa hankimist ning kasutamist. Sellisel juhul ei ole mõtet võõrutusravi jätkata, ravi muutub vaid bensodiasepiinide saamise võimaluseks.

5.6.6.4. Kui patsient tarvitab bensodiasepiine, ei tohi ta saada kaasa opioidseid asendusravimeid (eelkõige metadooni) selleks, et vähendada üledoosi riski. Erandeid võib kaaluda ja väljastada asendusravimi kodus manustamiseks bensodiasepiinide võtmise ajal, kui bensodiasepiinide kogus on vähendatud stabiilse annuseni ning patsiendi tervislik, sotsiaalne ja psühholoogiline seisund on stabiilne. Sellisel juhul on oluline, et patsiendile kirjutab bensodiasepiinid välja sama raviasutus, kus ta saab opioidisõltuvuse asendusravi. Ravimeeskond peab aeg-ajalt kontrollima, et patsiendile ei kirjutata bensodiasepiine välja kusagil mujal.

## 5.7. Valu leevendamine asendusravi ajal

5.7.1. Patsientidel, kes saavad metadoonil põhinevas asendusravi, on täheldatud opioidide suuremat taluvust. Seetõttu on nende valu leevendamisel teatud iseärasused.

5.7.2. Esmaste valude leevendamiseks soovitatakse mitte-opioidseid valuvaigisteid (paratsetamool, ibuprofeen jt.).

5.7.3. Metadooni kasutataval patsientidel, kellel esineb äge valu, tuleb valu vaigistamiseks kasutada opioidsete valuvaigistite suuremaid annuseid patsientide suurenenud taluvuse tõttu opioidide suhtes.

5.7.4. Asendusravi ajal suureneb opioidide taluvus ning väheneb täiendavalt manustavate opioidide mõju, mistõttu ei ole krooniliste valude korral sobilik kirjutada opioidseid valuvaigisteid.

5.7.5. Üldjuhul tuleks opioidsete valuvaigistite ja buprenorfiini kooskasutamist vältida, kuna buprenorfiin on opioidretseptorite osaline agonist ning võib indutseerida võõrutusnähte. Kui opioidide kasutamisega seoses lõpetatakse buprenorfiini manustamine on oluline teada, et buprenorfiini opioidretseptoreid blokeeriva efekti kadumisel tekib üledoosi oht.

5.7.6. Rist-taluvuse tõttu opioidide ja valuvaigistavate (*anaesthetic*) ravimite vahel, võib stomatoloogilise operatsiooni või mõne teise kirurgilise ravi ajal olla vajalik valuvaigistite manustamine suuremates annustes.

## 5.8. Rasedus ja rinnaga toitmine

5.8.1. Enamik naisi, kes vajavad asendusravi, on fertiilses eas, seetõttu peab esmase hinnanguga tegema kindlaks,

- kas patsient võib olla rase;
- kas patsient toidab last rinnaga;
- kui patsient on rase, siis millised on tema plaanid seoses rasedusega;
- kui ei ole rase, siis kas ta kavatseb rasestuda;

- kui ei soovi rasedaks jääda, siis milliseid rasestumisvastaseid vahendeid ta kasutab.

5.8.2. Kuigi mõned rasedad võivad soovida lõpetada fentanüüli või heroini kasutamist, on opioidi võõrutusnähuna suur risk raseduse katkemiseks esimesel trimestril ja enneaegseks sünnituseks kolmandal trimestril. Illegalsete opioidide tarvitamine või relaps võib nende ainete kasutamisel põhjustada loote kahjustusi. Loodet kahjustavad süstimine, alkoholi tarvitamine, uimastite üledoosid, alatoitumine ja teised sõltuvusest põhjustatud meditsiinilised komplikatsioonid. Võrreldes tagasipöördumist fentanüüli või heroini kasutamise juurde ja nende ainete kasutamisega seotud kahjustusi, kujutab opioididel põhinev farmakoteraapia lapse arengule minimaalset riski.

5.8.3. Kuigi opioidisõltuvuse asendusravi ei ole ainus võimalik ravimeetod sellistele naistele, on see sageli kõige aktsepteeritavam raviviis patsiendile ja enamasti võimaldab ohutuma ning stabiilsema raseduse. Kui rase naine tarvitab opioide vähem kui kolm korda nädalas ja on kasutanud opioide vähem kui kolme kuu vältel või on kasutanud opioide väga väikestes kogustes, tuleks kaaluda koos patsiendiga teisi ravimeetodeid. Kui teised ravimeetodid ei ole kättesaadavad või aktsepteeritavad rasedale naisele, kuid patsient soovib alustada asendusravi, siis tuleb ta ravile võtta.

5.8.4. Kinnitatud raseduse korral peab asendusravi määramiseks arvestama naise seisundit ja asendusravi näidustusi. Kinnitamata raseduse korral tuleb asendusravi sooviv opioidisõltlane suunata naistearsti vastuvõtule. Soovitav on alustada asendusravi niipea kui võimalik, et patsiendi seisund kohe stabiliseerida ja minimeerida uimastite süstimisest tulenev risk. Kui patsient avaldab soovi ravi alustada, tuleb asendusravi alustada enne naistearstilt kinnituse saamist raseduse kohta.

5.8.5. Arstil on soovitatav arvestada, et fentanüüli või heroini tarvitavatel rasedatel võib olla suurem tundlikkus emotsionaalse stressi, süütunde, hirmu, võimetuse ees oma elu korraldada ja perekonnaliikmete ning tervishoiuteenuse osutajate suurema tähelepanu vastu. Ebasoodne emotsionaalne seisund võib põhjustada narkootiliste või mõne teise psühhoaktiivse aine kasutamist. Arst peab hindama patsiendi alkoholi- ja nikotiinikasutamist ning patsienti teavitama nende kahjulikust toimest lootele.

5.8.6. Asendusravi nii metadooniga kui ka buprenorfiiniga on raseduse ajal ühtemoodi efektiivne. Uuringute ülevaated opioidsete ravimite kasutamise kohta rasedatel ei esita ühtegi metadooni ja buprenorfiini märkimisväärset erinevust. Kui patsient on edukalt ravitud buprenorfiiniga, tuleb arvestada metadooni toime eripäradega enne buprenorfiinilt metadoonile üleminekut. Kui buprenorfiini ravi on edukas, ei pruugi ravimi vahetamine olla mõttekas.

5.8.6.1. Kui patsient on saanud ravi metadooniga, siis raseduse ajal ei ole soovitatav vahetada ravimit buprenorfiini vastu, sest see võib esile tuua võõrutusnähtu.

5.8.7. Naloksooni võimaliku ebasoodsa toime tõttu lootele ei ole soovitatav raseda raviks kasutada buprenorfiini ja naloksooni kombinatsiooni.

5.8.8. Asendusravi alustamise otsustamine hõlmab hoolikat narkootikumide tarvitamise jätkamisega seotud riskide hindamist. Kui on mõningane ebakindlus opioidisõltuvuse astme kohta, tuleb hinnata ka sõltuvust tekitavate opioidsete ravimite kasutamisel tekkivaid riske.



5.8.9. Rasedale peab manustama ravimidoosi, mis tagaks stabiilsuse ja vältiks ägenemist või illegaalsete opioidide jätkuvat kasutamist.

5.8.10. Juba metadoonasendusravil olevad naised, kes rasestuvad, võivad ravi jätkata. Metadooni biosaadavus väheneb raseduse lõpu poole suurenenud plasma mahu, metadooni siduvate plasmaproteiinide sisalduse tõusu ja platsentasisese metadooni metabolismi tõttu. Vaja võib olla päevane doos osadeks jagada ja mõnikord ka doosi suurendada teise trimestri lõpus ning kolmandal trimestril, et vältida võõrutusnähte ja minimeerida lisanarkootikumide kasutamist.

5.8.11. Kuigi metadoon ja buprenorfiin imenduvad rinnapiima, on nende kontsentratsioon väike ega kahjusta imikut. Imetamine on mitmeti kasulik, sest tugevdab ema-lapse psühholoogilist sidet, parandab toitumist ja aitab vältida haigusi lapseas. Kui patsient on HIV-nakkusega, on imetamine välistatud HIV võimaliku ülekandumise tõttu rinnapiimaga. Imetamine on välistatud ka juhul, kui ema tarvitab juurde teisi narkootilisi või psühhotroopseid aineid, sealhulgas alkoholi. Kui patsient on nakatunud C-hepatiidiga, on vaja konsulteerida infektsioonhaiguste arstiga, et vältida rinnaga toitmise ajal C-hepatiidi viiruse ülekandumist emalt lapsele.

5.8.12. Seos vastsündinute võõrutussündroomi esinemise ja ema sünnitusaegse metadoonidoosi vahel ei ole piisavalt tõestatud ning selle tekkimist ei ole võimalik ennustada. Mõnel vastsündinul, kelle ema on saanud metadooni või buprenorfiini ravi, võib tekkida opioidi võõrutusnähtude sündroom. Ravimata neonataalne opioidi võõrutusnähu sündroom võib põhjustada vastsündinutel distressi ja mõnel juhul ka haigushooge. Teaduslike uuringute ülevaated näitavad, et imiku võõrutusnähtude sündroomi ravis on opioidid ja barbituraadid efektiivsemad võrreldes platseebo või bensodiasepiinidega ja opiaadid on efektiivsemad kui barbituraadid (15, 16).

5.8.13. Imiku võõrutussündroomi levinumad nähud on ärritus ja unehäired, aevastamine, rusika imemine, läbilõikav nutt, vesine väljaheide, üldine hüperaktiivsus, ebaefektiivne imemine, kehv kaalus juurdevõtmine, ereda valguse kartus, värinad, kiirenenud hingamine. Vähem levinud nähud on haigutamine, oksendamine, suurenenud limaeritus, suurenenud helitundlikkus, krambid (haruldane).

5.8.14. Võõrutusnähtude sümptomid algavad sageli 48 sünnitusjärgse tunni jooksul, harvematel juhtudel võivad need ilmned kuni 14 päeva jooksul. Võõrutussümptomid mööduvad kiiresti ja üldiselt ei ole imikule ohtlikud (15, 16). Ameerika Ühendriikide kogemused näitavad, et üks hilinenud võõrutusnähtude tekkepõhjus võib olla metadooni kasutamine koos bensodiasepiinidega ja imik võõrdub hoopis bensodiasepiinidest. Sel põhjusel ja samuti seetõttu, et bensodiasepiinid avaldavad ebasoodsat toimet loote arengule, tuleks nende kasutust raseduse ajal vältida. Rasedusaegset võõrutust bensodiasepiinidest on soovitatav teha diasepaamiga.

## 5.9. Ravi kinnipidamisasutustes

5.9.1. Opioidisõltuvuse ravi, kaasa arvatud asendusravi, peab olema kättesaadav kinnipidamisasutustes viibivatele opioidisõltuvusega isikutele. Asendusravi saavatel patsientidel on soovitatav ravi jätkata kinnipidamise ajal vanglas või kinnipidamiskeskuses.

5.9.2 Patsientidele, kes soovivad alustada vangistuse ajal opioidisõltuvuse asendusravi, peab see olema tagatud. Ravi alustamise näidustused on samad, mis vabaduses viibivatel patsientidel.

5.9.3. Oluline on tagada opioidisõltuvuse asendusravi jätkamine pärast kinnipidamiskeskusest või vanglast vabanemist. Kinnipidamisasutus peab tegema asjakohased ettevalmistused, võttes ravikeskusega ühendust enne isiku vabanemist. Samuti peab kinnipidamisasutus tagama, et suunatava isiku raviandmed, sealhulgas määratud ravim ja ravimi annus, on sisestatud e-tervise süsteemi.

5.9.4. Opioidisõltuvusega isikutel, kes ei ole kinnipidamisasutuses viibides asendusravi saanud, on suurem oht narkootikumide üledooserimiseks pärast kinnipidamisasutusest vabanemist.

## 5.10. Auto juhtimine ja masinate käsitsemine

5.10.1. Opioidisõltuvuse asendusravi alguses võib esineda koordinatsioonihäireid ja patsienti tuleb hoiatada asendusravimi mõjust juhtimisvõimele. Auto juhtimisest ja masinate käsitsemisest tuleb hoiduda

- metadooniga asendusravi alustamisel esimesed neli nädalat;
- buprenorfiiniga asendusravi alustamisel esimesed kaks nädalat;
- pärast ravimiannuse suurendamist või vähendamist 3–4 päeva vältel.

5.10.2. Juhtimine on vastunäidustatud peale asendusravimi bensodiasepiine või kesknärvisüsteemi tegevust pärssivate teiste ainete kasutamise korral.

## 5.11. Akuutse mürgistuse (üledoos) esmaabi

5.11.1. Akuutne opioidimürgistus (põhjustatud fentanüüli, heroini, metadooni tarvitamisest) diagnoositakse mitme sümptomi alusel. Üledoosi iseloomustab kesknärvisüsteemi järsk blokeerumine, põhjustades kooma, bradüpnöe (aeglane sügav hingamine, 2–4 korda minutis), tsüanoos, kopsuturse, hüpoksia, bradükardia, hüpotermia, iiveldus, oksendamine, müoos (ahenenud pupillid). Akuutset opioidimürgistust peab ravima, kui hingamissagedus on vähem kui kümme korda minutis.

5.11.2. Üledoosi juhud on sagedasemad metadoonil põhineva asendusravi alguses, vähem buprenorfiiniravi korral. Selle eest tuleb metadooni saavaid patsiente ravi alustamisel hoiatada.

5.11.3. Usaldusväärne vastumürk on naloksoon (0,4 mg / 1 ml), mis on konkureeriv antagonist opiaadireseptoritele. Peamine raviplaan sisaldab ühekordset 0,4–2 mg ravimi annuse süstimist veeni või lihasesse niipea kui võimalik. Seda võib korrata, kuni patsient tuleb teadvusele või hakkab hingama. Kui süstitakse veenisiseselt, hakkab ravim toimima 1–2 minuti järel ja selle toime kestab 5–10 minutit. Kui süstitakse lihasesse, hakkab ravim toimima 5–10 minuti pärast. Ninasisene aerosool hakkab toimima 2–3 minuti jooksul.

5.11.3.1. Pärast esmaabi osutamist tuleb kutsuda kiirabi ja patsienti jälgida, sest naloksooni toime on lühem kui opioidide, sealhulgas fentanüüli, heroini või metadooni mõju.

5.11.4. Buprenorfiini üledoosi korral ei aita samast naloksooni annusest, mis metadooni üledoosi korral. Buprenorfiini üledoosi korral on naloksooni doos 10–30 mg / 70 kg.

5.11.5. Kõigil opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajatel peab olema naloksooni.

5.11.6. Üledoosist tingitud surmad juhtuvad sageli kodus magades. Manustades asendusravimit (metadooni või buprenorfiini) hommikuti, vähendab see üledoosist põhjustatud surma riski, sest lähedal olevad inimesed saavad vajaduse korral abi kutsuda. Patsiendi perekonnaliikmeid tuleb hoiatada, et väga tugev norskamine asendusravi alguses võib viidata ohtlikule hingamise seiskumisele ja sellest tuleb järgmisel päeval arstile rääkida.

5.11.7. Kõik opioidisõltuvuse asendusravi patsiendid ja nendega koos elavad pereliikmed ning sõbrad tuleb suunata naloksooni kasutamise nõustamisele narkootikumide üledoosidest tingitud surmade ennetamiseks.

## 6. Sotsiaalne ja psühholoogiline abi

6.1. Psühhosotsiaalne abi peab olema tagatud kõigile patsientidele, kes saavad asendusravi metadooni või mõne teise ravimiga. Kui patsient keeldub psühhosotsiaalsest abist, tuleb jätkata temaga usaldusliku suhte loomist ja hoidmist ning asendusravi osutamist.

6.2. Uuringute tulemused on näidanud, et psühhosotsiaalne abi suurendab märkimisväärselt nende patsientide arvu, kes hoiuvad psühhoaktiivsete ainete juurdetarvitamisest.

6.3. Psühhosotsiaalne abi hõlmab psühholoogilisi ja sotsiaalseid sekkumisi. Sotsiaalsed sekkumised võivad sisaldada nõustamist ja abi sellistes esmavajalikes küsimustes nagu toit ja riided, majutus ja elukoht, töötamise ja õppimise võimalused, kuid ka nõustamist esmatasandi arstiabi, sotsiaalse võrgustiku korraldamises ja sõprussuhetes. Psühholoogilised sekkumised võivad alata struktureerimata toetavast nõustamisest ja motiveeriva nõustamise tehnikate rakendamisest kuni väga struktureeritud psühhoteraapiliste võtete kasutamiseni. Psühholoogiliste sekkumiste rakendamisel tuleb iga patsienti käsitleda individuaalselt, võttes arvesse tema eelistusi, valmisolekut ja vastavust ravi sobivusele.

6.4. Sõltuvusravis levinumad psühholoogilised meetodid on kognitiivkäitumuslik teraapia, motiveeriv intervjuerimine ja situatsiooni juhtimine.

6.4.1. Kognitiivkäitumusliku teraapiaga kujundatakse ühine arusaam patsiendi probleemidest ja selgitatakse välja, kuidas need probleemid mõjutavad patsiendi mõtteid, käitumist, tundeid ning igapäevategevust. Järgnevalt lepivad terapeut ja patsient kokku teraapia eesmärgid. Eesmärk on aidata patsiendil leida uusi võimalusi, mis aitavad probleemidega toime tulla tõhusamalt kui senised lahendused. Tihti kasutatakse seanssidevahelist aega uute lahenduste proovimiseks elulistes olukordades.

Kognitiivkäitumuslik teraapia on kõige enam kasutatav psühhoteraapia vorm patsiendi ettevalmistamisel tagasilanguse ennetamiseks. Patsiente õpetatakse suure tarvitamisriskiga olukordi ära tundma. Urima peab nii väliseid (isikud, kohad, asjad) kui ka sisemisi (mõtted ja kujutlused) riskiolukordi. Seejärel kujundatakse oskus riskiolukordi ette näha ja nendega toime tulla. Elustiili põhjalikuks muutmiseks on tavaliselt vaja aidata patsiendil ümber kujundada kogu suhete süsteem, rohkem pakkuda uimastivaba meeldivat tegevust ja õpetada probleemide lahendamise üldisi oskusi. Mõnikord tähendab uimastitest loobumine inimese jaoks sügavamalt identiteedi muutust.

6.4.2. Motiveeriv intervjuerimine on kliendikeskne suunav nõustamisstiil, millega kutsutakse esile sisemine muutumissoov, aidates patsiendil ennast ise analüüsides üle saada vastandlikest emotsioonidest, tunnetest ja soovidest, mis on seotud uimastite tarvitamisega.

Motiveeriv nõustamine on enam kui individuaalse psühholoogilise nõustamise meetod, see peaks tervishoiuasutuse spetsialistide ja patsiendi suhtluses olema üldine. Seetõttu peavad kõik opioidisõltuvuse asendusravi meeskonnas töötavad spetsialistid valdama motiveeriva nõustamise meetodeid.

6.4.3. Situatsiooni juhtimisega (*contingency management*) premeeritakse või karistatakse patsiendi teatavat käitumist kindlate reeglite alusel. Enamik sõltuvusraviprogramme keskenduvad soovitud käitumise premeerimisele, mis võib olla suuline tunnustus, kupongid, ravimiannuse kaasa andmine kodus tarvitamiseks või mõni muu patsienti motiveeriv vahend.

6.5. Patsiendi vajadustele vastava lahenduse leidmisel peab koostööd tegema kohalike omavalitsuste ja teiste asutustega ning tugisikutega. Opioidisõltuvuse asendusravi teenust osutavad tervishoiuasutused ei pea pakkuma iga järgnevalt nimetatud tegevust ega kõiki teenuseid.

- Majutuse ja elukoha leidmine
- Võlanõustamine ja raha kasutamise õpetamine
- Sotsiaalsete oskuste õpetamine
- Vabaajategevuse korraldamine
- Kutseoskuste omandamine
- Töökoha leidmine
- Patsiendile sobiva eneseabi- või tugirühma leidmine

Opioidisõltuvuse asendusravi meeskonna sotsiaaltöötajad peavad teadma erinevaid võimalusi ja oskama patsiente vastavalt sellele suunata ning igakülselt aidata.

6.6. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajad peavad tähelepanu pöörama ka patsientide alaealiste laste olukorrale. Võimaluse korral tuleb pakkuda lastele suunatud tugiteenuseid erineva tegevuse kaudu, kaasates ka spetsialiste (näiteks psühholooge, sotsiaalpedagooge, sotsiaaltöötajaid) ja kohalike omavalituste töötajaid.

6.7. Sõltuvusega kaasnevad tihti tervislikud ja sotsiaalsed probleemid. Selleks, et aidata patsiendil liikuda tervishoiuasutuste ja teiste institutsioonide vahel ning tagada tema vajadustele vastav abi, on soovitatav töös patsientidega lähtuda juhtumikorralduse põhimõtetest. Soovitatav on määrata igale patsiendile ravimeeskonnas kindel kontaktisik, kelle poole saab küsimuste korral pöörduda ja kes suunab patsiendi õigete spetsialistide juurde. Kontaktisik kannab hoolt selle eest, et patsient osaleks talle raviplaanis ette nähtud psühhosotsiaalses tegevuses ja kui patsient ei ilmu kohale, proovib temaga ühendust saada.

6.8. Patsienti saab hinnata ning sekkumisi planeerida asjaomase ettevalmistusega spetsialist (vaata ravimeeskonnale esitatavaid nõuded 8. peatükis).

6.9. Opioidisõltuvusega isikul on suur risk pöörduda tagasi narkootikumide tarvitamise juurde ka pärast asendusravi edukat lõpetamist, mistõttu on väga tähtis järelnõustamine ja tugiteenuste võimaldamine pärast asendusravi lõpetamist. Järeltegevus tuleb patsiendiga kokku leppida ja kirjalikult fikseerida enne asendusravi lõpetamist ning järelravi käigus täiendada vajaduse alusel.

## 7. Opioidisõltuvuse asendusravi õiguslik korraldus

7.1. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuse osutamine peab olema dokumenteeritud Tervishoiuteenuste korraldamise seadus § 4<sup>2</sup> ja sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord“ alusel (18.09.2008, määrus nr 56).

7.2. Tervisekaardil peavad olema märgitud kõik otsused, mis on seoses patsiendi raviga tehtud, sealhulgas otsused dooside alandamise või suurendamise, ravimi kaasa andmise või kaasa andmise lõpetamise kohta. Dokumenteerida tuleb kõik patsiendi, raviasutuse tervishoiutöötaja ja teiste spetsialistide kohtumised. Iga patsiendi kohta tuleb pidada toimikut, kus on patsiendiga sõlmitud võlaõiguslik ravileping (ravilepingu vorm on lisas 4), tervisekaart ja raviplaan.

7.3. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutaja vastutab töötajate arendamise ja pädevuse tõstmise ning tervishoiuteenuse kvaliteedi eest sotsiaalministri määruse „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ alusel (15.12.2004, määrus nr 128).

7.4. Ravimite käitlemine (sh säilitamine, ohutu hävitamine) ja arvestuse pidamine peab toimuma järgnevalt nimetatud õigusaktide kohaselt:

- „Ravimite säilitamise ja transportimise tingimused ja kord“ (SoM 17.02.2005, määrus nr 19): ravimite säilitamise üldised nõuded;
- „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad“ (SoM 18.05.2005, määrus nr 73): narkootiliste ja psühhotroopsete ainete säilitamise, arvestuse pidamise ja aruandluse nõuded;
- „Ravimialase arvestuse eeskirjad tervishoiuteenuse või veterinaarteenuse osutamisel ning hoolekandeesutuses“ (SoM 17.02.2005, määrus nr 20): ravimite arvestuse pidamisel tervishoiuteenuse osutajale esitatavad nõuded;
- „Ravimite väljakirjutamise ja apteekidest väljastamise tingimused ja kord ning retsepti vorm“ (SoM 18.02.2005, määrus nr 30): ravimite hankimiseks tellimislehtede koostamisel tervishoiuteenuse osutajale esitatavad nõuded;
- Ravimiseadus § 35 ja § 36 ja ravimiameti juhend<sup>3</sup>: kõlbmatute ravimite käitlemise ja hävitamise nõuded.

---

<sup>3</sup> <http://www.ravimiamet.ee/ravimite-havitamine>

## 8. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajale esitatavad nõuded

8.1. Opioidisõltuvuse asendusravi teenuseosutajal peab olema tervishoiuteenuse osutamise tegevusluba, mille on väljastanud Terviseamet.

8.2. Opioidisõltuvuse asendusravi tervishoiuteenuse osutaja juures töötavad tervishoiutöötajad peavad olema registreeritud tervishoiutöötajate riiklikus registris. Tervishoiuteenuse osutaja on kohustatud teatama muudatustest tervishoiutöötajate koosseisus Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 47 lõike 1 punkti 1 kohaselt. Psühholoog ja sotsiaaltöötaja peavad olema registreeritud kutseregistris (alates aastast 2014) või omama vastavat kvalifikatsiooni.

8.3. Opioidisõltuvuse asendusravi ravimeeskond koosneb järgmistest spetsialistidest:

- õde;
- psühholoog, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus psühholoogias; alates 2014. aastast on nõutud vastavus kliinilise psühholoogia kutsestandardile;
- sotsiaaltöötaja, kellel on riiklikult tunnustatud kõrgharidus sotsiaaltöös;
- psühhiaater;
- üld- või perearst (ravimeeskonda kaasamine on soovitatav);
- kogemusnõustaja (ravimeeskonda kaasamine on soovitatav).

8.3.1. Patsientide vajaduste alusel ja lähtuvalt teenuseosutaja võimalustest võib teenuse osutamisse kaasata teisi spetsialiste.

8.3.2. Kui teenuseosutajal on 80 või enam patsienti, peab vastuvõtu ajal töötama vähemalt kaks õde korraga.

8.3.3. Ravimeeskonnas peab olema vähemalt üks täiskohaga psühholoog saja patsiendi kohta.

8.3.4. Ravimeeskonnas peab olema vähemalt üks täiskohaga sotsiaaltöötaja saja patsiendi kohta.

8.3.5. Ravimeeskonnas peab olema vähemalt 0,3 kohaga psühhiaater saja patsiendi kohta.

8.3.6. Ravimeeskonnas peab soovituslikult olema vähemalt poole kohaga üld- või perearst saja patsiendi kohta.

8.3.7. Kõik asendusravi meeskonnas töötavad spetsialistid peavad olema läbinud motiveeriva nõustamise koolituse.

8.4. Teenuse osutamise lahtiolekuajal peab olema tagatud vähemalt kahe töötaja kohalolek.

8.5. Teenus peab olema avatud seitse päeva nädalas. Patsiendid peavad käima asendusravi saamiseks iga päev kohal, mistõttu on oluline, et asendusravi teenus oleks avatud nendel kellaaegadel, mis sobivad ka tööl käivatele patsientidele.

8.5.1. Asendusravi teenus peab olema avatud patsientidele hiljemalt kell 08.00 hommikul.

8.6. Asendusravi teenuseosutaja ruumid peavad vastama sotsiaalministri määrusele „Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile“ (RTL 2002, 25, 353).

Patsiendiga individuaalsed tööd tegevatel spetsialistidel, kes ei ole tervishoiutöötajad (psühholoog, sotsiaaltöötaja) peavad olema eraldi tööruumid.

8.7. Asendusravi teenuseosutaja peab koostama ravimite (sealhulgas narkootiliste ainete) käitlemise, säilitamise ja arvestuse pidamise kohta asutuse sise-eeskirja, määrama ravimite säilitamise ja arvestuse eest vastutava ja tema äraolekul asendava isiku või isikud, määrama isikud, kellel on juurdepääs narkootilistele ja psühhotropsetele ainetele ning õigus nimetatud ravimeid vastu võtta ja väljastada. Eeskirja tuleb tutvustada töötajatele allkirja vastu, dokumenteerides tutvumise kuupäeva.

8.8. Asendusravi teenuseosutaja peab korraldama regulaarseid meeskonna koosolekuid, kus tavaliselt käsitletakse meeskonnatööd, aga ka patsientidele osutatava ravi hõlbustamisel küsimusi.

8.9. Teenuseosutajad peavad võimaldama töötajatele regulaarset meeskonna või individuaalset töönoostamist, et ennetada töötajate läbipõlemist ja toetada töötajaid igapäevatöö olukordade ning emotsioonidega toimetulekuks.

Asendusravi meeskonna liikmetel on soovitatav osaleda meeskondade kohtumistel, kus osalevad erinevate opioidisõltuvuse asendusravi meeskondade liikmed. Selliseid kokusaamisi võib pidada kolleegidelt õppimise meetodiks, mis toimub rühmas, mille liikmed on võrdse positsiooniga ja millel on oma juhataja. See on kolleegide teadmiste vahetamine ja vastastikune konsulteerimine. Enamasti käsitletakse patsientide raviga seotud üldisemaid probleeme, aga ka konkreetseid (ravi)juhtusid, kui soovitakse teiste kolleegide arvamust mõne probleemi või olukorra lahendamiseks. Samuti sobivad sellised kohtumised tööga toimetuleku parandamisele suunatud küsimuste arutamiseks (näiteks agressiivselt käituvate patsientidega, suure töökoormuse ja stressiga ning emotsionaalselt raskete olukordadega toimetulek).

## Kasutatud kirjandus

1. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. World Health Organization 2009. Kättesaadav (07.01.2021): [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543\\_eng.pdf;jsessionid=362CE264626AA731999784BAEABF2AAB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf;jsessionid=362CE264626AA731999784BAEABF2AAB?sequence=1)
2. Pharmacotherapy for Opioid Dependence: Treatment with Methadone. Lithuanian Clinical Protocol 2009. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).
3. Guidelines Opioid Treatment Program: Clinical Guidelines for Methadone and Buprenorphine Treatment. 2006. Centre for Population Health, NSW, Australia. Kättesaadav (07.01.2021): [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ArchivePDSDocuments/GL2006\\_019.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ArchivePDSDocuments/GL2006_019.pdf)  
(Rescinded by: NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence [GL2018\_019] : [https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2018\\_019.pdf](https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2018_019.pdf))
4. Opiatsõltuvuse ravijuhis. Eesti Psühhiaatrikliinik/pildid/KOLLEEGILE/ravijuhised/Opiaat-fin-ver.pdf
5. Metadoonasendusravi teenusekirjeldus. Tervise Arengu Instituut 2012.

6. Narkomaania ravijuhis. Eesti Psühhiaatrite Selts ja Eesti Uimastipreventsiooni Sihtasutus 2001. Kättesaadav (07.01.2021):  
<https://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/pildid/KOLLEEGILE/ravijuhised/Narkomaaniaravijuhis.pdf>
7. Opioidsõltuvuse asendusravi kliinilise protokoll. Tervise Arengu Instituut 2013. Kättesaadav (07.01.2021): [https://www.tai.ee/images/Lepingu\\_lisa\\_1\\_Kliiniline\\_protokoll.pdf](https://www.tai.ee/images/Lepingu_lisa_1_Kliiniline_protokoll.pdf)
8. Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Lemma, P. 2003. Methadone Maintenance at Different Dosages for Opioid Dependence.
9. Henry-Edwards S, Gowing L, White J, Ali R, Bell J, Brough R, Lintzeris N, Ritter A, Quigley A. 2003. Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence.
10. HIV-testimise ravijuhend. RJ-A/47.1-2020. Ravijuhendite Nõukoda 2020. Kättesaadav (07.01.2021):  
<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/151/hiv-testimise-ravijuhend#c8bd7e24>
11. EACS Guidelines. Version 10.1, October 2020. Kättesaadav (07.01.2021):  
<http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>
12. HIV-infektsiooni kokkupuute-eelne ja -järgne profülaktika ning HIV-positiivsete isikute ravi. Ravijuhend. Ravijuhendite Nõukoda 2019. Kättesaadav (07.01.2021):  
<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/6/hiv-infektsiooni-kokkupuute-eelne-ja-jargne-profulaktika-ning-hiv-positiivsete-isikute-ravi#93206dac>
13. Interactions with Methadone and Antiretrovirals / Database of Antiretroviral Drug Interactions. 2019. Kättesaadav (07.01.2021):  
<http://hivinsite.ucsf.edu/insite?page=ar-00-02&post=8&param=42>
14. Alkoholitarvitamise häirega patsiendi käsitus. Ravijuhend RJ-F/7.1-2015. Ravijuhendite Nõukoda 2015. Kättesaadav (07.01.2021):  
<https://ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/1/alkoholitarvitamise-hairega-patsiendi-kasitus#c8bd7e24>
15. Osborn, D, Jeffery, H & Cole, M. 2005. Opiate Treatment for Opiate Withdrawal in Newborn Infants. Department of Mothers and Babies NICU, Royal Prince Alfred Hospital, John Hopkins Drive, Camperdown, NSW, Australia. 2005. Cochrane Database Syst Rev. 3. CD002059. 10.1002/14651858.CD002059.pub2.
16. Sharpe, C & Kuschel, C. 2004. Outcomes of Infants Born to Mothers Receiving Methadone for Pain Management in Pregnancy. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition. 89(1):F33-F36. doi:10.1136/fn.89.1.f33.

## Lisad

Lisa 1. Opioidisõltuvuse asendusravi individuaalse raviplaani vorm

Lisa 1a. Individuaalse raviplaani koostamise juhend

Lisa 2. Opioidisõltuvuse asendusravi teenusele kaasamise hindamisintervjuu

Lisa 3. Opioidisõltuvuse asendusravi teenusega liitumise ravileping



## Lisa 1. OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI INDIVIDUAALSE RAVIPLAANI VORM

### Üldandmed

<b>Patsiendi ees ja perekonnanimi</b>	
<b>Sünniaeg/isikukood</b>	
<b>Tervisekaardi nr</b>	
<b>Ravi eesmärk</b>	
<b>Ravi pikaajaline eesmärk</b>	
<b>Asendusravi tüüp/ravim</b>	
<b>Asendusravi alustamise kuupäev</b>	
<b>Asendusravi algne doos</b>	

### Raviplan

	<b>Tervislik seisund</b> (sh kaasuvad psühhiaatrilised, nakkushaigused)	<b>Psühholoogiline seisund</b>	<b>Sotsiaalne olukord</b>
<b>Hinnang/ vajadusel diagnoos</b>			
<b>Eesmärk</b>			
<b>Planeeritud tegevused</b>			
<b>Tulemuste hindamine</b> (1. kuu pärast peale ravi alustamist)			
<b>Tulemuste hindamine</b> (..... kuu pärast peale ravi alustamist)			
<b>Tulemuste hindamine</b> (..... kuu pärast peale ravi alustamist)			

Allkirjastatud \_\_\_\_\_/20\_\_ a.

\_\_\_\_\_  
Patsiendi nimi, allkiri

\_\_\_\_\_  
Raviplani koostaja nimi, kood, allkiri

## Lisa 1a. INDIVIDUAALSE RAVIPLAANI KOOSTAMISE JUHEND

### 1. Nõustamine ja teavitamine

Sõltuvusravile pöördunud või suunatud patsiendile antakse ülevaade sõltuvusravi võimalustest, ravi põhimõtetest, režiimist, oodatavatest tulemustest jne. Püütakse tugevdada patsiendi motivatsiooni ravi alustamiseks. Nõustab ja teavitab õde või sotsiaaltöötaja, vajaduse korral ka mõni teine ravimeeskonna liige.

### 2. Teenuse sobivuse hindamine

Patsiendi kohta kogutakse elu ja haiguse anamnees, hinnatakse tema sotsiaalset olukorda ning haigusega seotud psühholoogilisi tegureid, et kindlaks teha patsiendi sobivus konkreetsele raviteenusele. Kavandatakse sõltuvusravi ravisekkumised ja rehabilitatsioonietapid, tuues eraldi välja

- medikamentoosse ravi vajadus (asendusravi opioidagonistidega või muu ravi)
- asendusravi korral selle tüübi (võõrutus või säilitusravi)
- vajalikud psühholoogilised sekkumised ja nende eesmärgid (psühholoogiline nõustamine, individuaalne psühhoteraapia, grupipsühhoteraapia)
- vajalikud sotsiaalsed sekkumised ja nende eesmärgid (toimetuleku toetamine, töö võrgustikuga)

Teenuse sobivust hindab selleks moodustatud ravimeeskond (psühhiaater, psühholoog, õde, sotsiaaltöötaja).

### 3. Kirjaliku raviplaani vormistamine

Patsiendi raviplaani vormistatakse kirjalikult, näidates ära

- ravi eesmärk:
  - võõrutamine illegaalse uimasti kasutamisest
  - seisundi stabiliseerimine isiku resotsialiseerimiseks
- medikamentoosne ravi:
  - asendusravi opioidagonistidega
  - muu ravi
- asendusravi korral selle tüüp:
  - võõrutus
  - säilitusravi
- ravimi algannus
- planeeritud psühholoogilised sekkumised:

- psühholoogiline nõustamine
- individuaalne psühhoteraapia
- grupipsühhoteraapia
- sekkumise sagedus ja kestus ning eesmärgid
- planeeritud sotsiaalsed sekkumised:
  - toimetuleku toetamine
  - töö võrgustikuga jne

Raviplaani koostatakse meeskonnatöona, milles osalevad psühhiaatri juhendamisel psühholoog, sotsiaaltöötaja ja õde. Raviplaani kinnitab ravi korraldava meeskonna juht. Raviplaani kinnitamisel tehakse kanne narkomaaniaravi registrisse.

## Lisa 2. OPIOIDISÕLTUVUSE ASENDUSRAVI TEENUSELE KAASAMISE HINDAMISINTERVJUU

Intervjueerib ....., intervjueeritav .....

Intervjuu kuupäev ..... 20....., kestus ..... tundi ..... min.

### 1. SENINE KOHANEMINE ÜHISKONNAS

1. Viimane alaline elukoht ..... (kus) ..... (millal)

2. Viimane töökoht ..... (kellena) ..... (kestus).

3. Töösättumus

- töötab kogu aeg (regulaarselt)
- töötab perioodiliselt
- töötü
- ei ole kunagi töötanud
- ei tööta pidevalt alates .....

### 2. FÜÜSILINE SEISUND

1. Füüsilised terviseprobleemid (sh kroonilised) viimase 30 päeva jooksul

.....  
.....

2. Enda teada põeb järgmisi nakkushaigusi:	3. Kehaehitus ja toitumine
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> tüsedusele kalduv
<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> keskmine
<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> rahuldav
<input type="checkbox"/> tuberkuloos	<input type="checkbox"/> kurnatud
<input type="checkbox"/> muu	<input type="checkbox"/> muu

4. Rasedus  Ei  Jah

5. Süstejäljed  Ei  Jah

6. Tätoveeringud  Ei  Jah

7. Armid, lööbed  Ei  Jah

### 3. NARKOOTIKUMIDE TARVITAMISE ANAMNEES

Narkootikume proovis esimest korda .....-aastasena.

Manustas ..... (mida)

Esimest korda tarvitas narkootikume	Esimest korda tarvitades oli
<input type="checkbox"/> suu kaudu	<input type="checkbox"/> üksinda
<input type="checkbox"/> nina kaudu	<input type="checkbox"/> sõpradega
<input type="checkbox"/> suitsetades	<input type="checkbox"/> muu
<input type="checkbox"/> veeniväliselt süstides	
<input type="checkbox"/> veeniseselt süstides	

Milliseid narkootikume on viimase 48 tunni jooksul kasutanud?

.....  
.....

Manustamisviis

- suu kaudu
- nina kaudu
- suitsetades
- veeniväliselt süstides
- veeniseselt süstides

Kui vanalt süstis esimest korda? .....

Mis aineid süstib regulaarselt? .....

Suuremate kasutatud dooside näiteid .....

Kui palju kulutab päevas raha narkootikumide ostmiseks? .....

Kui pikk on viimane vabatahtlik põhiainest keeldumise periood, millal see lõppes?

.....

Mitu korda elu jooksul on esinenud üledoseerimine? .....

Kas on saanud ravi sõltuvusprobleemi tõttu?  Ei  Jah

Raviasutus ..... mitu korda .....

Mis narkootikumi tarvitamisega seoses on ravi saanud? .....

Kommetaarid .....

#### 4. PERESUHTED

1. Kas taotlejal on enda arvates toetavad vanemad ja lähedasi?  Ei  Jah

Kommentaariid .....

2. Kas taotlejal on lapsi?  Ei  Jah

3. Mitu last ja kui vanad? .....

4. Kas taotleja laps või lapsed elavad koos taotlejaga või eraldi?  Koos  Eraldi

5. Kas taotlejal on teisi ülalpeetavaid?  Ei  Jah

Kommetaariid .....

#### 5. PSÜÜHILINE SEISUND JA MOTIVATSIOON

1. Sõnaline kontakt  Olemas  Puudub

2. Käitumine

korrektne

ägestuv

lipitsev

üleolev

muu

3. Sõltuvusega kaasnevad psüühika- või isiksusehäired  Ei esine  Esineb

Kui esineb, siis millised? ..... (RHK-10 .....)

4. Kaasnevad töövõimekust vähendavad somaatilised haigused

Ei esine  Esineb

5. Pühhosotsiaalsete stressorite raskus .....

6. Soov süstemaatiliselt osaleda endale elatist teenivas palgatöös

Olemas  Puudub  Ambivalentne

7. Milliseid sotsiaalseid probleeme on põhjustanud uimastite tarbimine?

.....  
.....

8. Kui kaua on kestnud kõige pikem periood, mille jooksul on olnud kaine/puhas? Mis oli selle põhjus? .....

9. Kui kõrgelt hindab oma valmisolekut opioidsetest narkootikumidest täielikult vabaneda?	10. Kui kõrgelt hindab intervjuueerija taotleja suutlikkust opioidsetest narkootikumidest täielikult vabaneda?
<input type="checkbox"/> väga kõrgelt (5)	<input type="checkbox"/> väga kõrgelt (5)
<input type="checkbox"/> kõrgelt (4)	<input type="checkbox"/> kõrgelt (4)
<input type="checkbox"/> keskmiselt (3)	<input type="checkbox"/> keskmiselt (3)
<input type="checkbox"/> kasinalt (2)	<input type="checkbox"/> kasinalt (2)
<input type="checkbox"/> väheselt (1)	<input type="checkbox"/> väheselt (1)

11. Mida ootab taotleja opioidisõltuvuse asendusravi teenuselt?

	Kommentaariid
<input type="checkbox"/> täielikku vabanemist uimastitarvitamisest	
<input type="checkbox"/> igapäevase uimastikoguse vähenemist	
<input type="checkbox"/> pääsemist olmemuredest	
<input type="checkbox"/> jäämist pikemaks ajaks metadoonasendusravile	
<input type="checkbox"/> muu	

## 6. TEENUSEL OSALEMISE PROGNOOSITAV VÕIME

1. Tuginedes hindamisvestlusele, prognoosin, et lähema 24 kuu jooksul edeneb läbivaadatul uimastitarbimine

- vähenevalt
- kaootiliselt, võimalik on asendusravimi ja opioidide segakasutamine
- suureneb korrapäraselt

2. Uuritavale intervjuu põhjal antud hinnang

<input type="checkbox"/> Uuritav on vaimse ja kehalise tervise poolest võimeline oma tegevuse tähendusest aru saama, oma tegevust juhtima
<input type="checkbox"/> Uuritav on võimeline kuni keskmise raskusega füüsiliseks tööks
<input type="checkbox"/> Uuritav on võimeline osalema rühmatöös

INTERVJUEERIJA ..... (allkiri) ..... (kuupäev)

**PSÜHHOLOOGI UURINGUTE KOKKUVÕTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**SOTSIAALTÖÖTAJA INTERVJUU KOKKUVÕTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PSÜHHIAATRI INTERVJUU KOKKUVÕTE**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## PSÜHHIAATRILISE RAVIMEESKONNA HINNANG

1. Ravi- ja rehabilitatsiooni eesmärk (võõrutamine illegaalse uimasti kasutamisest, seisundi stabiliseerimine isiku resotsialiseerimiseks) koos põhjendusega.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Medikamentoosse ravi vajadus (asendusravi opioidagonistidega või muu ravi).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Asendusravi vajalikkus ja tüüp (võõrutusravi või säilitusravi) koos põhjendusega

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Psühholoogilised sekkumised (psühholoogiline nõustamine, individuaalne psühhoteraapia, grupipsühhoteraapia) ja nende sagedus.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Sotsiaalsed sekkumised (toimetuleku toetamine, töö võrgustikuga).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hindamismeeskonna otsus

1. Liitub opioidisõltuvuse asendusravi teenusega .....  
(näidata teenuseosutaja) alates ..... kuupäevast.
2. Võetud ravijärjekorda ..... tervishoiuasutuse juures.
3. Puudub näidustus opioidisõltuvuse asendusravi osutamiseks (põhjendus).  
.....  
.....  
.....  
.....
4. Keeldub ravist.
5. Seisundi hindamise intervall ..... (näidata ajavahemik).

HINDAMISMEESKONNA LIIKMED

(allkirjad)

(kuupäev)

## Lisa 3. OPIOIDISÖLTUVUSE ASENDUSRAVI TEENUSEGA LIITUMISE RAVILEPING

..... (asukoht, kuupäev)

Opioidisõltuvuse ravi tõhususe tagamiseks sõlmivad .....  
esindaja ..... (volitus .....) isikus (edaspidi  
Teenuseosutaja) ja ..... edaspidi  
(Patsient) alljärgneva lepingu.

### LEPINGUOSALISTE KOHUSTUSED

1. Patsiendi kohustused.
  - 1.1. Patsient vastutab ravi järgimise eest.
  - 1.2. Patsient täidab ravimeeskonna nõudeid, mis on esitatud patsiendi tervisliku seisundi parandamise huvides ja kooskõlas ravi eesmärkidega.
  - 1.3. Patsient osaleb igas raviplaaniga määratud tegevuses (psühholoogiline, sotsiaalne ja kogemusnõustamine, grupiteraapia vms individuaalse raviplaani alusel).
  - 1.4. Patsient järgib raviasutuse sise-eeskirja ja päevakava.
  - 1.5. Patsient järgib temale raviks määratud opioidisõltuvuse asendusravimi turvalise kodus hoidmise ja manustamise reegleid.
  - 1.6. Patsient vastutab, et asendusravim ei sattu teiste isikute kätte ja on lastele kättesaamatus kohas.
  - 1.7. Patsient ei vahenda ega müü narkootikume raviasutuses või selle ümbruses.
  - 1.8. Patsient osaleb narkootikumide tarvitamise kontrollis, mida teeb ravimeeskond kliinilise protokolliga kohaselt.
  - 1.9. Patsient teavitab ravimeeskonda kohe kõikidest asjaoludest, mis võivad ohustada patsientide ja töötajate tervist ning elu või tekitada materiaalselt kahju.
  - 1.10. Lepingul alusel ja kooskõlas seadusega hüvitab patsient tahtlikult tekitatud materiaalse kahju. Patsient ei kanna materiaalselt vastust, kui tehakse kindlaks, et ta ei ole kahju tekitamises süüdi.
  - 1.11. Patsient suhtub heaperemehelikult raviasutuse varasse.
  - 1.12. Patsient ei kasuta verbaalset või füüsilist vägivalda teiste ravialuste ega personali vastu.
  - 1.13. Ohutuse ja ravikvaliteedi tagamiseks ei sulge patsient ligipääsu oma terviseandmetele.
2. Teenuseosutaja kohustused.
  - 2.1. Teenuseosutaja loob tingimused, mis raviplaani kohaselt on vajalikud patsiendi raviks.

- 2.2. Teenuseosutaja tutvustab patsiendile raviplaani ja kooskõlastab temaga raviplaani muudatused.
- 2.3. Teenuseosutaja juhindub oma tegevuses omakasupüüdmatutest eesmärkidest ja lähtub patsiendi ravivajadustest.
- 2.4. Teenuseosutaja tutvustab patsiendile raviasutuse sisekorda, päevakava ja ravi põhimõtteid, samuti asendusravimi kaasa andmise tingimusi ja korda.
- 2.5. Teenuseosutaja väljastab patsiendile iga päev asendusravimit raviplaani järgi. Kui raviplaani näeb ette asendusravimi kaasaandmise, siis tuleb tagada patsiendile asendusravimi piisav kogus raviplaanis ettenähtud ajaks.

### **LEPINGUOSALISTE ÕIGUSED**

3. Patsiendi õigused.
  - 3.1. Patsiendil on õigus kasutada raviasutuse pakutavaid ravivõimalusi.
  - 3.2. Patsiendil on õigus osaleda raviplaani koostamisel.
  - 3.3. Patsiendil on õigus osaleda raviotsuste tegemisel.
  - 3.4. Patsiendil on õigus tutvuda opioidisõltuvuse ravi kliinilise protokolliga ja ravikorralduse muude dokumentidega.
  - 3.5. Patsiendil on õigus saada teavet, mis infot on tema kohta väljastatud teistele institutsioonidele.
4. Teenuseosutaja õigused.
  - 4.1. Teenuseosutajal on õigus küsida patsiendi kohta infot teistest tervishoiuasutustest, õiguskaitseorganitelt ja muudelt institutsioonidelt.
  - 4.2. Teenuseosutajal on õigus väljastada infot teistele raviasutustele Eesti Vabariigi seadustes ettenähtud piirides ja ravikorralduse küsimustes.
  - 4.3. Teenuseosutajal on õigus teha teste ja analüüse narkootikumide kasutamise kahtluse korral.
  - 4.4. Teenuseosutajal on õigus lõpetada ravi lepingus ja raviprotokollis märgitud juhtudel.

### **LEPINGU LÕPETAMINE**

Leping lõpetatakse ravimeeskonna otsusega järgmiste näidustuste korral:

- patsient ähvardab või kasutab vägivalda raviasutuse personali või teiste patsientide vastu;
- patsient varastab või lõhub tahtlikult raviasutuse vara;
- patsient rikub tahtlikult raviasutuse sisekorda.

Leping on koostatud kahes eksemplaris, millest üks jääb teenuseosutajale ja teine patsiendile.

## Patsiendi nõusolek


Olen teadlik, et minu isikuandmeid töödeldakse ravi eesmärgil ja minu andmed edastatakse narkomaaniaravi registrisse (NARIS).

Olen nõus uriinianalüüside andmisega ravi käigus. Olen teadlik, et uriinianalüüsi andmisest keeldumine samastatakse positiivse tulemusega.

Olen tutvunud otseselt kontrollitava ravi põhimõtetega ja ravimi kaasa andmise tingimustega.

Olen teadlik, et ravimi koju kaasa saamise üks eeldus on neli järjestikust puhast uriinianalüüsi kord nädalas.

Kuupäev .....

Patsiendi allkiri .....

Teenuseosutaja allkiri .....