

KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS

Giedrius Vanagas

**METADONO PROGRAMOS LIETUVOJE EKONOMINIS
VERTINIMAS**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B)

Kaunas, 2007

Disertacija rengta 2002 – 2006 metais Kauno medicinos universitete

Mokslinis vadovas

prof. habil. dr. Žilvinas Padaiga

(Kauno medicinos universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 10 B)

Konsultantas

prof. dr. Eugenijus Bagdonas (Kauno technologijos universitetas, socialiniai mokslai, ekonomika – 04 S)

TURINYS

IVADAS.....	9
TIKSLAS IR UŽDAVINIAI.....	11
DARBO REZULTATŲ MOKSLINIS NAUJUMAS	12
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	13
1.1. Priklausomybė nuo opioidų ir pakaitinio gydymo taikymas	13
1.1.1. Priklausomybės ligų epidemiologija	13
1.1.2. Pakaitinis gydymas	16
1.1.3. Pakaitinis gydymas metadonu ir jo veiksmingumas	19
1.1.4. Pakaitinio gydymo taikymas Lietuvoje	27
1.1.5. Metadono programa.....	29
1.2. Ekonominio vertinimo koncepcija	30
1.2.1. Ekonominio vertinimo prielaidos	30
1.2.2. Ekonominis veiksmingumas	31
1.2.3. Sveikatos programų ekonominio vertinimo metodai	32
1.2.4. Sveikatos programų sąnaudų vertinimo metodologiniai aspektai.....	35
1.2.5. Sergančiųjų priklausomybės ligomis gyvenimo kokybės vertinimas	40
1.2.6. Klausimynai, skirti sergančiųjų priklausomybėmis GK vertinimui.....	41
1.2.7. Veiksniai, darantys įtaką asmenų priklausomų nuo narkotikų gyvenimo kokybei	42
2. METODAI.....	45
2.1. Tiriamoji aplinka.....	45
2.2. Tiriamieji.....	45
2.3. Tyrimo organizavimas	45
2.4. Tyrimo instrumentai ir priemonės.....	46
2.4.1. Opioidinės priklausomybės gydymo indeksas (OTI).....	46
2.4.2. PSO gyvenimo kokybės klausimynas (WHOQOL-bref).....	47
2.4.3. DATCAP sąnaudų analizės programa	48
2.5. Ekonominio vertinimo metodika.....	49
2.5.1. Sąnaudų veiksmingumo vertinimas	49
2.5.2. Sąnaudų – naudingumo vertinimas	50
2.5.3. Perkainavimas.....	52
2.5.4. Sąnaudų palyginimas įvertinant perkamąją galią.....	52
2.6. Tyrimo etika.....	53
2.7. Statistinė analizė	53
3. REZULTATAI.....	54
3.1. Pakaitinio gydymo metadonu programos veiksmingumas ir dalyvių gyvenimo kokybės pokyčiai	55
3.1.1. Sveikatos rodiklių pokyčiai	55
3.1.2. WHOQOL-bref gyvenimo kokybės rodiklių pokyčiai	63

3.1.3. Narkotikų vartojimo pokyčiai PGM programos metu	82
3.1.4. Nusikalstamumo pokyčiai PGM programos metu	83
3.2. Pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudos.....	84
3.3. Pakaitinio gydymo metadonu programos ekonominis veiksmingumo vertinimas	87
4. REZULTATŲ APTARIMAS	90
IŠVADOS	99
REKOMENDACIJOS	100
BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS	101
PRIEDAI	123
1 priedas. Lietuvos Bioetikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą.....	123
2 priedas. Publikacijų disertacijos tema sąrašas.....	124
3 priedas. WHOQOL-BREF klausimynas	125
4 priedas. WHOQOL-BREF duomenų konvertavimo lentelė.....	128
5 priedas. OTI klausimynas.....	129
6 priedas. DATCAP paciento patiriamų sąnaudų klausimynas.....	137
7 priedas. Lito ir užsienio valiutų santykiai 2004 m. kovo 1 d.....	140

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Narkomanijos dinamika Lietuvoje 1997– 2004 m. (100000 gyv.).....	14
2 paveikslas. Sergančiųjų priklausomybės ligomis skirstinys pagal amžiaus grupes	14
3 paveikslas. Priklausomybės ligų pasiskirstymas 2004 m. pagal vartojamų narkotikų grupes	15
4 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudos ir veiksmingumas.....	31
5 paveikslas. Tyrimo organizavimo schema.....	46
6 paveikslas. Ligų simptomų skaičiaus pokyčiai tarp	56
7 paveikslas. Su injekcijomis susijusių simptomų paplitimas ir pokyčiai PGM programos metu ...	58
8 paveikslas. Širdies ir kvėpavimo organų liguistų simptomų paplitimo pokyčiai PGM metu	59
9 paveikslas. Urogenitalinės sistemos liguistų simptomų paplitimo pokyčiai	60
10 paveikslas. Neurologinių simptomų paplitimo pokyčiai taikant PGM	61
11 paveikslas. Skrandžio ir žarnyno liguistų simptomų paplitimo pokyčiai taikant PGM	62
12 paveikslas. Kaulų ir raumenų liguistų simptomų paplitimo pokyčiai PGM programos metu	63
13 paveikslas. Respondentų gyvenimo kokybės psichologinio komponento pokyčiai PGM programos metu	64
14 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jie džiaugėsi gyvenimu prieš PGM ir programos metu	65
15 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai PGM tyrimo dalyviai manė, kad jų gyvenimas prasmingas.....	65
16 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip geba gerai sukonzentruoti savo dėmesį tikslingai veiklai	66
17 paveikslas. Respondentų skirstinys ir pokyčiai pagal tai, kaip jie buvo patenkinti savo kūno išvaizda	67
18 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip pastaruoju metu buvo patenkinti savimi	67
19 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai pastaruoju metu jautė neigiamas emocijas.....	68
20 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės aplinkos komponento pokyčiai PGM programos metu	69
21 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai programos vykdymo laikotarpiu jautėsi saugūs kasdieniame gyvenime	69
22 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai prieš PGM ir programos vykdymo laikotarpiu jiems pakako pinigų kasdieniams poreikiams patenkinti.....	70
23 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip buvo patenkinami kasdieniai informacijos poreikiai prieš PGM ir programos laikotarpiu.....	71
24 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai praleido laisvalaikį pagal savo norus prieš PGM ir programos laikotarpiu	71
25 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal pasitenkinimo gyvenamąja vieta prieš PGM ir programos laikotarpiu	72
26 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal galimybes gauti medicininę pagalbą prieš PGM ir jų pokyčiai programos laikotarpiu	73

27 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal poreikio vairuoti transporto priemonę patenkinimą prieš PGM ir PGM programos metu	73
28 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės fizinio komponento pokyčiai PGM programos metu ..	74
29 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai dėl fizinio skausmo jiems teko atsisakyti įprastinės veiklos iki ir PGM programos vykdymo laikotarpiu	75
30 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jiems reikėjo medicininės pagalbos prieš PGM ir programos laikotarpiu	75
31 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jiems pakanka energingumo kasdieniame gyvenime	76
32 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal gebėjimą patenkinti judėjimo poreikius ir jų pokyčiai PGM programos metu	77
33 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės išsimiegoti PGM programos įgyvendinimo metu	77
34 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės atlikti kasdienius darbus	78
35 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės dirbti	79
36 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės socialinio komponento pokyčiai PGM programos įgyvendinimo metu	79
37 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti tarpasmeniniais santykiais su kitais žmonėmis PGM programos metu	80
38 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti savo seksualiniu gyvenimu	81
39 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti draugų teikiama pagalba ir parama	81

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Pakaitinio gydymo programų veiksmingumo esminiai aspektai	25
2 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose besigydžiusieji metadonu 2003 – 2004 metais ...	28
3 lentelė. Kai kurių ligų veiksmingumo rodikliai sąnaudų veiksmingumui įvertinti	32
4 lentelė . Pavyzdinė pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudų apskaita.....	38
5 lentelė. GK vertinimo klausimynai, taikytini sergantiesiems priklausomybės ligomis	43
6 lentelė. PGM programos dalyvių, baigusį visą gydymo kursą ir nutraukusių gydymą, sociodemografinių charakteristikų palyginimas	54
7 lentelė. Sveikatos rodiklių pokyčiai taikant PGM programą.....	55
8 lentelė. Narkotikų vartojimo pokyčiai tarp PGM	82
9 lentelė. Narkotikų vartojimo trukmės vidurkių pokyčiai PGM.....	82
10 lentelė. Nusikalstamumo pokyčiai PGM programos metu	83
11 lentelė. PGM programos sąnaudų apskaitos kainų indeksas	84
12 lentelė. PGM programos sąnaudos pagal sąnaudų apskaitos eilutes 6 mėnesių programos įgyvendinimo laikotarpiu.....	85
13 lentelė PGM programos sąnaudų ir gydymo baigčių suvestinė	87
14 lentelė Kokybiškų gyvenimo metų vertės palyginimas atsižvelgiant į perkamąją galią.....	88

SUTRUMPINIMAI

DATCAP	Priklausomybės ligų gydymo sąnaudų analizės programa
GK	Gyvenimo kokybė
KGM _y	Kokybiškų gyvenimo metų rodiklis
KGM _m	Kokybiško gyvenimo mėnesio rodiklis
KMU	Kauno medicinos universitetas
LAAM	levo-alpha-acetyl-methadolas
PGM	Pakaitinis gydymas metadonu, metadono programa
PLC	Priklausomybės ligų centras
PPP	Perkamosios galios indeksas
PSO	Pasaulio Sveikatos Organizacija
OTI	Opioidinės priklausomybės gydymo indeksas
ŽIV	Žmogaus imunodeficito virusas
WHOQOL-bref	Pasaulio Sveikatos Organizacijos gyvenimo kokybės klausimyno trumpoji versija

IVADAS

Temos aktualumas. Opioidų vartojimo pasekmės yra sunkios – padaroma didelė žala tiek asmenims, vartojantiems opioidus, tiek visai visuomenei. Opioidus vartojantys asmenys turi iki 15–25 kartų didesnę riziką mirti palyginti su to paties amžiaus kitais šalies gyventojais; vartojant injekuojamus opioidus, didėja rizika užsikrėsti per kraują plintančiomis infekcijomis – ŽIV, hepatitu B ir C. Tyrimai rodo, kad visuomenė patiria didelius nuostolius dėl nedarbingumo, apleistumo, nedarnių šeimų, ekonominio produktyvumo mažėjimo, socialinio nestabilumo ir kriminalinės veiklos. Dažni nusikaltimai, išprovokuoti pinigų poreikio, prekyba narkotikais ir prostitucija. Tyrimais nustatytos sąsajos tarp opioidų vartojimo ir kriminalinių nusikaltimų: asmenys, priklausomi nuo opioidų, įvykdo nusikaltimus, siekdami gauti pinigų narkotikams arba apsvaigę nuo jų.

Priklausomybei nuo opioidų gydyti nėra vienintelio ir efektyvaus būdo. Gydimui taikomos įvairios metodikos, derinami įvairūs gydymo būdai. Pasaulyje atlikta daug tyrimų, vertinančių ir įrodinėjančių tam tikrų gydymo metodų efektyvumą. Tarp jų yra ir atsitiktinių imčių klinikinių tyrimų, kurie nurodė pakaitinio gydymo metadonu veiksmingumą bei naudą tiek priklausomybėmis sergantiems, tiek visai visuomenei, tačiau vieningos nuomonės dėl pakaitinio gydymo metadonu taikymo nėra (1;2).

Tyrimo problema. Lietuvoje pastaraisiais metais itin plinta narkomanija, tačiau šalyje nėra bendro sutarimo dėl pakaitinio gydymo metadonu taikymo, dėl jo poveikio sveikatai ir nusikalstamumui. Neįvertintos ir pakaitinio gydymo programos, ar jos neskatina kitų narkotinių medžiagų vartojimo, tarp jų – nelegalaus metadono. Lietuvoje taip pat plačiai diskutuojama ar taikomos metadono programos naudingos pacientams bei skirtų lėšų panaudojimo veiksmingumo, nėra žinoma, ar Lietuvoje taikoma pakaitinio gydymo metadonu programa yra veiksminga visais šiais aspektais.

Hipotezė. Lietuvoje taikoma pakaitinio gydymo metadonu programa sumažina liguistų simptomų skaičių bei nusikalstamumą, pagerina narkomanų gyvenimo kokybę ir yra veiksminga sąnaudų veiksmingumo, sąnaudų naudingumo požiūriu.

Loginė darbo struktūra. Pirmojoje dalyje nagrinėjami mokslinėje literatūroje pateikiami duomenys apie narkomanijos epidemiologiją, pakaitinį gydymą, jo veiksmingumą ir neigiamus aspektus, taip pat apie sveikatos priežiūroje bei praktikoje taikomų metodų ekonominį vertinimą. Antrojoje darbo dalyje aptariama tyrimui taikyta metodika ir instrumentai bei jų panaudojimas.

Trečiojoje dalyje pateikiami tyrimo metu gauti rezultatai: pakaitinio gydymo metadonu programos veiksmingumas, sąnaudos bei jų veiksmingumas. Ketvirtojoje dalyje aptariami tyrimo rezultatai, jie lyginami su kitais tyrimais, apžvelgiami tyrimo metodologiniai aspektai, privalumai ir trūkumai.

TIKSLAS IR UŽDAVINIAI

Tikslas - atlikti pakaitinio gydymo metadonu programos ekonominį vertinimą Lietuvos priklausomybės ligų centruose.

Uždaviniai:

1. Įvertinti sergančiųjų priklausomybe nuo opioidų pakaitinio gydymo metadonu programos veiksmingumą ir gyvenimo kokybės pokyčius.
2. Apskaičiuoti pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudas.
3. Atlikti pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudų naudingumo ekonominį vertinimą ir palyginti rezultatus su analogiškų tyrimų duomenimis užsienyje.

DARBO REZULTATŲ MOKSLINIS NAUJUMAS

- Lietuvoje vis dar diskutuojama dėl pakaitinio gydymo metadonu veiksmingumo ir poveikio individo sveikatai. Šiame tyrime įvertintas pakaitinio gydymo metadonu poveikis sveikatai, taip pat, liguistų simptomų skaičius tarp programos dalyvių.
- Metadonas yra vaistas, skirtas priklausomybei nuo opioidų mažinti. Literatūroje trūksta duomenų apie PGM poveikį kitų rūšių priklausomybei. Manoma, kad pakaitinio gydymo pagrindinis tikslas turėtų būti ne vien tik mažinti opioidų vartojimą, bet ir mažinti bendrą priklausomybės ligų paplitimą, stabilizuoti paciento būklę. Gydymas neturėtų būti laikomas sėkmingu, jei nuo vienos priklausomybės rūšies pacientas pereina į kitą. Šio tyrimo metu kaip tik ir atliktas pagrindinių priklausomybės nuo narkotikų formų PGM veiksmingumo vertinimas.
- Programos metu sąnaudoms ir gydymo išeitims įvertinti duomenys buvo renkami vienodai kruopščiai pagal pasaulyje pripažintas ir plačiai taikomas sąnaudų bei gydymo veiksmingumo duomenų rinkimo metodikas. Ekonominiam veiksmingumui įvertinti naudotos paslaugų sąnaudos, bet ne paslaugų įkainiai ar kiti finansiniai rodikliai. Tai leido tiksliau įvertinti paslaugų ekonominį veiksmingumą.
- Lietuvoje trūksta patirties atliekant sveikatos ekonomikos tyrimus, nėra duomenų apie teikiamų sveikatos paslaugų ekonominį veiksmingumą. Šio tyrimo metu taikyti metodai, kuriais remiantis pasaulyje formuojama sveikatos politika ir teikiamos rekomendacijos lėšoms paskirstyti, diegiant naujas technologijas arba ieškant ekonomiškai veiksmingiausios gydymo alternatyvos. Šie tyrimo metu taikyti metodai ypač aktualūs, kai siekiama maksimizuoti naudą individui.

1. LITERATŪROS APŽVALGA

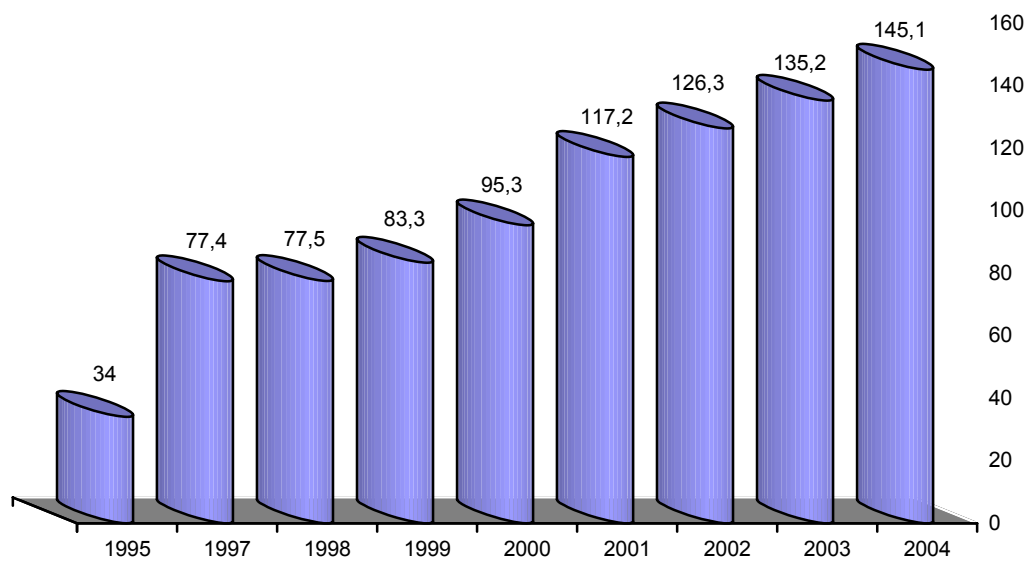
1.1. Priklausomybė nuo opioidų ir pakaitinio gydymo taikymas

Vartojantiems opioidus išsivysto priklausomybė nuo narkotikų, kuri pakeičia jų gyvenimo būdą ir elgseną. Priklausomybės vystymąsi lemia daugelis veiksnių: vartojimo trukmė, vartojimo dažnis, vartojamų narkotikų kiekis ir rūšis, vartojimo pobūdis bei įvairūs veiksniai, susiję su individo savybėmis ir aplinkybėmis. Priklausomybė nuo opioidų – tai ne tik kenksmingas narkotikų vartojimas, bet ir tam tikras socialinių, psichologinių ir biologinių veiksnių sąveikos kompleksas, įvykę pokyčiai smegenyse.

Esminiai priklausomybės nuo opioidų elementai yra: stiprus potraukis vartoti opioidus, sunku kontroliuoti vartojimą, abstinencijos simptomai, nutraukus ar sumažinus vartojimą, tolerancijos opioidui stiprėjimas, vartojimo dozės didinimas siekiant gauti poveikį, apleidžiami pomėgiai, kurie anksčiau teikė malonumą, ir persistuojantys žalingi sveikatai reiškiniai, darantys žalą individui, šeimai ir visuomenei.

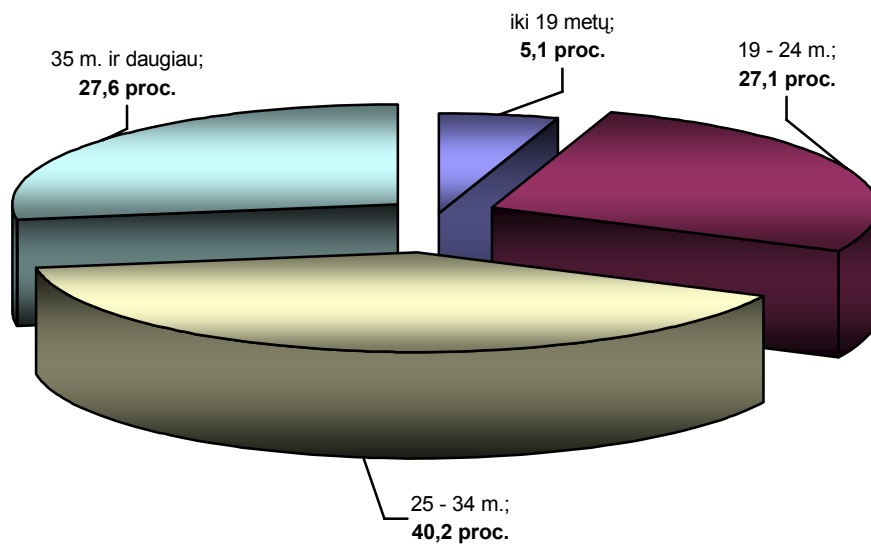
1.1.1. Priklausomybės ligų epidemiologija

Priklausomybė nuo narkotinių medžiagų – opi problema daugelyje pasaulio šalių. Manoma, kad apie 13,5 milijono pasaulio gyventojų (iš jų 9,2 milijono priklausomi nuo heroino) serga šia liga, o tai sudaro 0,2 proc. visų pasaulio gyventojų. Manoma, kad Europos Sąjungos valstybėse yra nuo 1 iki 1,5 milijono priklausomų nuo opioidų gyventojų. Dažnai jie priklausomi nuo heroino. Šis narkotinių medžiagų vartojimo epideminis protrūkis ypač didelis žemo ekonominio išsivystymo šalyse. Panašūs procesai vyksta ir šalyse, išgyvenančiose ryškius socialinius bei ekonominius pokyčius. Lietuvoje pastaruoju metu stebimas spartus priklausomybių nuo narkotikų augimas. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis (3), per 10 metų (nuo 1995 iki 2004) sergamumo priklausomybės ligomis skaičius atitinkamai kito nuo 34/100000 iki 145,1/100000 gyventojų (1 pav.).



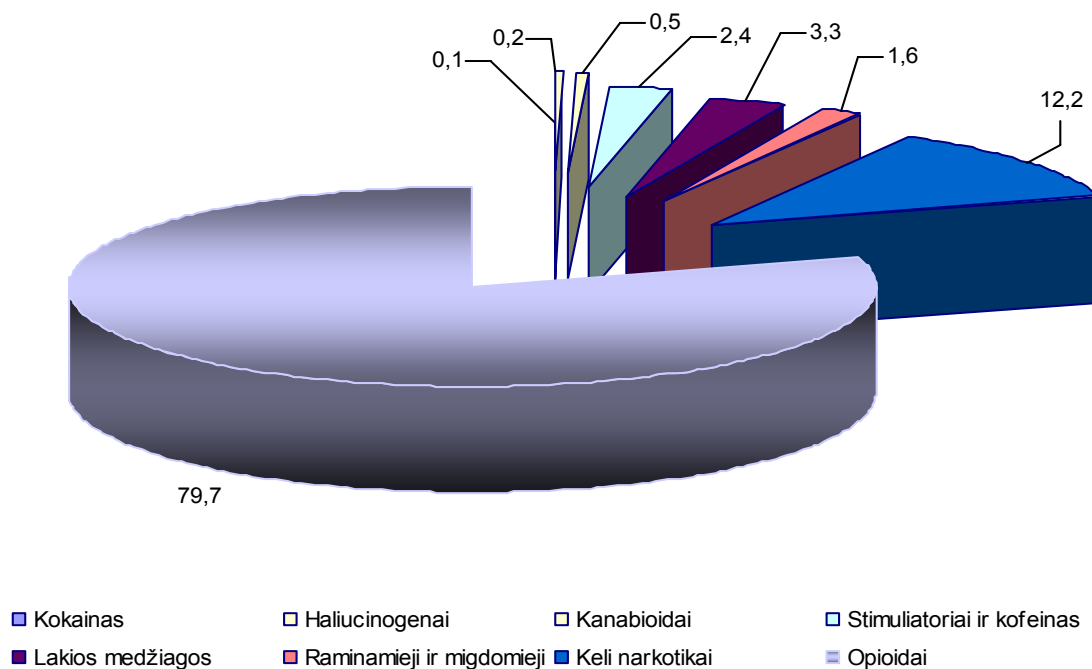
1 paveikslas. Narkomanijos dinamika Lietuvoje 1997– 2004 m. (100000 gyv.) (3)

Oficialiais duomenimis (3), Lietuvoje dauguma (72,4 proc.) priklausomų nuo opioidų asmenų yra jauni, t.y. iki 35 metų amžiaus žmonės (2 pav.).



2 paveikslas. Sergančiųjų priklausomybės ligomis skirstinys pagal amžiaus grupes (2004 m. duomenys) (3)

Tarp sergančiųjų priklausomybe nuo narkotikų 2004 m. kas penktas asmuo buvo moteris, o keturi iš penkių vartojo opioidus (3 pav.). Lietuvoje, kaip ir kitose Europos valstybėse, daugiau kaip 2–4 proc. sergančiųjų priklausomybės ligomis miršta kasmet (3-5).



3 paveikslas. Priklausomybės ligų pasiskirstymas 2004 m. pagal vartojamų narkotikų grupes (3)

Daugelio priklausomų nuo opioidų asmenų gyvenimo būdas kelia rimtų fizinių, psichologinių ir socialinių problemų ir patiems priklausomiems asmenims, ir visuomenės nariams (6). Esminis bruožas yra tas, kad asmenys, priklausomi nuo opioidų, priversti kasdien vartoti narkotikus ir didinti jų dozę, todėl stiprėja poreikis įsigyti narkotikų. Šis poreikis tampa jų kasdieninio gyvenimo ir veiklos dominante, siekiu gauti tam pinigų. Priklausomybė yra jų gyvenimo būdas, dažnai turintis kriminalinį pobūdį. Vienas prieinamų šiems asmenims pagalbos būdų – taikant pakaitinį gydymą, mažinti abstinencijos simptomus ir poreikį įsigyti narkotikų.

1.1.2. Pakaitinis gydymas

Pakaitinis gydymas dar vadinamas agonistine farmakoterapija arba agonistine pakaitine terapija, apibrėžiamas kaip gydytojo skiriamas gydymas psichoaktyviomis medžiagomis, farmakologiškai artimomis vartojamiems preparatams, nuo kurių išsivysčiusi priklausomybė. Šis gydymas skiriamas siekiant nutraukti arba bent sumažinti nelegalių narkotikų vartojimą bei išvengti neigiamų pasekmių sveikatai (7;8). Pakaitinis gydymas pasaulyje plačiai taikomas nikotino ir opioidinės priklausomybės atvejais.

Priemonės, taikomos pakaitiniam priklausomybės nuo opioidų gydymui, savo savybėmis yra panašios į opioidus, padeda išvengti abstinencijos simptomų ir narkotikų vartojimo, tuo pačiu susieja opioidų receptorių, veikia ilgiau ir rečiau sukelia opioidų poveikį. Dažnai šie medikamentai, vartojami kaip geriamieji vaistai, mažina infekcijų pavojų. Medikamentai, naudojami pakaitiniam gydymui, gali būti skiriami trumpam (iki mėnesio) arba ilgesniam laikotarpiui (šešiams mėnesiams ar ilgiau). Jie stabilizuoja smegenų veiklą ir padeda išvengti abstinencijos simptomų.

Pakaitinio gydymo agonistais taikymas asmenims, sergantiems priklausomybe nuo opioidų, pripažintas medicininėje praktikoje ir įteisintas 1961 ir 1971 metų Narkotikų ir psichotropinių medžiagų konvencijose. Priklausomybės nuo opioidų gydymas atskirose šalyse yra viena iš strateginių kryptų gerinant šalies socialinę ir ekonominę gerovę. Netaikant veiksmingo priklausomybės nuo opioidų gydymo, padaroma žala visuomenei, didėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis.

1.1.2.1. Pakaitinio gydymo tikslai

Kaip ir sergančiųjų hipertenzija, diabetu ar kitomis ligomis, taip ir sergančiųjų priklausomybe nuo opioidų sveikatos būklė gali stabilizuotis, pasikeisti gyvenimo kokybė, kai skiriamas tinkamas gydymas.

Vien tik detoksikacija, be gydymo medikamentais, retai veiksminga (9). Detoksikaciją derinant su pakaitiniu gydymu, galima pasiekti ilgalaikės abstinencijos (10-12). Pagrindiniai priklausomų nuo opioidų asmenų gydymo ir reabilitacijos tikslai yra šie:

1. Sumažinti priklausomybę nuo opioidų.
2. Sumažinti sergamumą ir mirštamumą, susijusį su narkotikų vartojimu.

3. Sumažinti nusikalstamumą.
4. Paskatinti priklausomų asmenų reintegraciją į visuomenę ir darbo rinką.

Gydymo siekiamybė – nebepriklausyti nuo narkotinių medžiagų, bet tai ne visais atvejais pasiekama. Ne mažiau svarbus tikslas yra infekcinių ligų plitimo profilaktika.

Pakaitinio gydymo priklausomybės nuo opioidų privalumai (13) yra šie:

1. Saugesnis vartojimas.
2. Priklausomybėmis sergančių žmonių priežiūra; galimybės taikyti psichosocialinės reabilitacijos programas, mažinti priklausomybę nuo kitų narkotikų (kokaino ir pan.).
3. Stabilizuoti sergančio asmens gyvenimą, nes vaistai įgyjami sistemingai.
4. Mažesnis mirštamumas.

Pakaitiniam gydymui pirmasis pavartotas vaistas buvo metadonas (14), kuris iki šiol lieka plačiausiai vartojamas vaistas priklausomybėms gydyti. Europos Sąjungos valstybėse 1999 metais net 90 % visų medikamentų, vartotų pakaitiniam gydymui, sudarė gydymas metadonu (6).

1.1.2.2. Metadonas

Metadono klinikinis veiksmingumas ir saugumas gydant priklausomybės ligas yra kruopščiai ištirtas ir naudojamas pasaulio klinikinėje praktikoje jau daugiau kaip 30 metų (2;15-27). Heroinas, išskirtas didesniais kiekiais nei dopaminas, dėl receptorių užblokavimo smegenyse sukelia priklausomybę nuo opioidų. Metadonas, užimdamas šiuos receptorius, veikia kaip stabilizuojantis veiksnys, leidžiantis sergantiesiems priklausomybe nutraukti heroino ir kitų opioidų vartojimą. Geriant metadoną abstinencijos simptomai išnyksta 24–36 valandoms. Kadangi metadonas padeda išvengti abstinencijos simptomų, jis vartojamas sergančiųjų priklausomybei nuo opioidų (heroino, morfino ir kt.) gydyti, tačiau netinka gydyti priklausomybėms nuo kitų narkotinių medžiagų (8). Metadonas mažina priklausomybę, nesukeldamas euforijos, kuri patiriama vartojant opioidus. Tokiu būdu metadono programoje dalyvaujantys pacientai išvengia abstinencijos simptomų, kurie atsiranda dėl staigių opioidų kiekio kraujyje pokyčių. Galiausiai pacientai iš dalies lieka fiziškai priklausomi nuo opioidų, tačiau jie išsivaduoja iš nekontroliuojamo, neįveikiamo ir viską griaušančio potraukio, kuriuo pasižymi heroino vartotojai. Priklausomybė nuo metadono yra lėčiau progresuojanti, o pašaliniai reiškiniai stebimi ne taip dažnai (2;15;16;19;20;22-24;26-31). Daugeliui

pacientų, dalyvaujančių pakaitinio gydymo metadonu programose, reikia tęstinio gydymo daugelį metų. Pacientams PGM programos metu turi būti teikiamas individualizuotas ir kliniškai įvertintas gydymas metadonu, siekiant išvengti abstinencijos simptomų bei nesukeliant euforijos (8).

1.1.2.3. Buprenorfinas

Tai medikamentas, turintis silpnesnį agonistinį veikimą nei metadonas. Jis silpniau absorbuojamas, jei vartojamas kaip geriamasis vaistas, todėl dažniau skiriamas tabletėmis po liežuviu. Didinant buprenorfino dozę, stabilizuojama būklė, t. y. pasiekama plato fazė, rečiau būna perdozavimo reiškinių nei vartojant kitus opioidus. Buprenorfino veiksmingumas, mažinant neigiamas pasekmes sveikatai, yra panašus į metadono, bet sergantieji dažniau sugrįžta prie narkotikų vartojimo (26;32-38). Buprenorfinas yra kelis kartus brangesnis už metadoną, bet rečiau sukelia pašalinių reiškinių, tinkamesnis vartoti nėštumo metu, rečiau pasireiškia naujagimio abstinencijos sindromas.

1.1.2.4. Kiti vaistai

Kitų vaistų (levo-alpha-acetyl-methadol (LAAM), morfino ir heroino) taikymas pakaitiniam gydymui vis dar diskutuotinas.

LAAM, kaip ir metadonas, yra sintetinis opioidas, vartojamas kaip geriamasis vaistas. LAAM ir metadono veiksmingumas yra panašus, tik LAAM turi ilgesnį – iki 3 parų – veikimą. LAAM vartojamas JAV, tačiau Europoje jis uždraustas, nes siejamas su galimu neigiamu poveikiu širdies ir kraujagyslių sistemai (19;39).

Diacetilmorfino (heroino) vartojimas pakaitiniam gydymui buvo labai kritikuojamas, tačiau keletas klinikinių tyrimų Olandijoje ir Šveicarijoje parodė, jog asmenys, kurie atsisakė PGM, veiksmingai buvo gydomi heroinu (19;40;41). Šie tyrimai atskleidė, kad gydymas heroinu galėtų būti taikomas ribotai grupei asmenų, kuriems kitas pakaitinis gydymas nebuvo veiksmingas. Veiksmingumui įvertinti reikalingi išsamesni klinikiniai tyrimai.

Dihidrokodeinas kai kuriose valstybėse taip pat yra vartojamas pakaitiniam gydymui. Tai opijaus preparatas (*laudanum*), labiau paplitęs kai kuriose Azijos valstybėse abstinencijos simptomams mažinti (42). Taip pat kai kur priklausomybei mažinti vartojamas geriamasis morfinas, tačiau nuodugnesnių atsitiktinių imčių eksperimentinių tyrimų iki šiol nėra atlikta.

1.1.3. Pakaitinis gydymas metadonu ir jo veiksmingumas

Pasaulyje pakaitinis gydymas metadonu plačiai taikomas priklausomybėms nuo opioidų gydyti. Tačiau vis dar atliekami tyrimai ir diskutuojama, siekiant nustatyti veiksmingą gydymo dozę, ekonominį veiksmingumą, pacientų GK pokyčius bei būtinas papildomų paslaugų apimtis ir jų įtaką gydymo rezultatams. Taip pat atliekamais tyrimais siekiama nustatyti optimalią gydymo trukmę.

1.1.3.1. Veiksminga pakaitinio gydymo metadonu dozė ir forma

Metadonas yra nebrangus medikamentas, todėl didinant jo dozę, sąnaudos padidėja nežymiai, todėl yra visos prielaidos skirti efektyvią paros dozę, pritaikant kiekvienam pacientui pagal jo poreikius. Literatūroje nemažai rašoma apie efektyvesnę gydymą didesnėmis metadono dozėmis (43-45). Dvigubai aklo atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo duomenimis, žmonėms, sergantiems priklausomybe ir kuriems buvo skiriamos didesnės metadono dozės, kur kas rečiau šlapimo mėginiuose buvo rasti kitų opioidų metabolitai. Tyrimų duomenimis, 50–60 mg paros dozė yra gerokai efektyvesnė už 20 mg paros dozę (23;37), o 80–100 mg – efektyvesnė už 40–50 mg paros dozę (24;46). Tyrimų duomenimis, žmonės, priklausomi nuo narkotikų, ilgiau nebevartoja narkotikų, kai dauna didesnes metadono dozes (23;24;37;44;47-49). Caplehorn ir kitų autorių (43;50) duomenimis, kiekvienas metadono miligramas 2 proc. sumažina pakartotinį opioidų vartojimą. Žinant metadono kainą, būtų galima daryti prielaidą, kad didesnės dozės padidina ir programos ekonominį veiksmingumą.

Tačiau kai kurie atlikti tyrimai rodo, kad gydymas metadonu buvo efektyvus tik pasiekus labai dideles 110–780 mg per parą metadono dozes (20;51). Šuos duomenis būtina įvertinti ir sąnaudų veiksmingumu, kad paaiškėtų, kaip kinta veiksmingumas ir gyvenimo kokybė, didinant metadono dozę, kadangi skiriant tokias dideles paros dozes, būtinai reikia papildomų metadono koncentracijos kraujo serume tyrimų (27). Tai gali gerokai padidinti programos sąnaudas ir turėti atvirkštinį poveikį sveikatai bei gyvenimo kokybei, itin padidinti sąnaudas bei būti neefektyvus sąnaudų veiksmingumo požiūriu.

Metadonas, kaip medikamentas, skirtas išvengti abstinencijai, tačiau pradiniam gydymo etape sunku parinkti tinkamą metadono dozę, nes galimi ir nepageidaujami abstinencijos simptomai (52). Daugelis tyrimų nurodo veiksmingiausią 80–100 mg per parą metadono dozę (20;22-

24;29;43;44;50;51). D'Auno ir kitų mokslininkų (11) nuomone, paros dozė, mažesnė už 40 mg per parą, visais atžvilgiais yra neefektyvi.

Dalis tyrimų rodo, kad pacientai aktyviau dalyvauja tose programose, kuriose pradiniam gydymo etape skiriamos didesnės metadono paros dozės ir vėliau laipsniškai mažinamos, o ne didinamos (24;29;50). Žinant, kad didesnės dozės didina sąnaudas, tai sąnaudų veiksmingumo požiūriu šias lėšas kur kas efektyviau būtų galima skirti gydant didesnėmis dozėmis gydymo pradžioje.

Keletas atliktų tyrimų rodo, kad esant lanksčiai dozavimo politikai ir paslaugas teikiant paciento namuose, kai programos dalyviai informuojami apie jiems skiriamą metadono dozę, pacientai yra labiau linkę dalyvauti pakaitinio gydymo metadonu programose ir rečiau pakartotinai ima vartoti narkotikus, (11;45;53).

Pastaruoju metu atlikti tyrimai rodo, kad pakaitinio gydymo metadonu veiksmingumas priklauso nuo vaisto vartojimo formos. Nurodoma, kad metadono injekcijos yra efektyvesnės geriamą metadoną. (54).

Metadono paros dozė ir forma literatūroje nurodomi kaip neabejotini veiksniai, darantys įtaką pakaitinio gydymo metadonu programos veiksmingumui, tačiau ne mažiau svarbi yra ir PGM programos trukmė.

1.1.3.2. Veiksminga pakaitinio gydymo metadonu programos trukmė

PGM programų trukmė dažnai ribojama dėl visuomenėje paplitusios nuomonės, jog vienintelis teisingas gydymas, kai siekiama stiprinti abstinenciją ir sergančiajam padedama išvengti opioidų. Šie apribojimai yra visiškai neparemti sąnaudų veiksmingumo požiūriu. PGM programos veiksmingumo priklausomybė nuo gydymo trukmės buvo įrodyta atsitiktinių imčių klinikiniais tyrimais (55), kai standartinis gydymas metadonu buvo lyginamas su 180 dienų detoksikacijos programa. Standartinis gydymas metadonu buvo kur kas veiksmingesnis už tyrime taikytą detoksikacijos programą.

Tyrimų duomenimis nurodoma, jog ilgalaikis gydymas metadonu, kurio trukmė 12 ir daugiau mėnesių, siejamas su didesniu PGM programų veiksmingumu, visiška abstinencija, mažesniu kriminalinių nusikaltimų skaičiumi (25;26); priešingai, asmenys, kuriems nutraukiamas gydymas anksčiau, kur kas dažniau po kelerių metų vėl ima vartoti narkotikus. Priklausomi nuo narkotikų

žmonės, dalyvavę PGM programose, išvengia daugelio sveikatos sutrikimų, kai lyginame jų sveikatos būklę su priklausomų nuo narkotikų asmenų, nedalyvavusių pakaitinio gydymo programoje (56-58), sveikatos būkle. Ballas ir kiti autoriai (44;50;59) savo tyrimais įrodė gydymo trukmės ir rezultatų tarpusavio ryšį. Šiuose tyrimuose pastebėta, kad trumpalaikis pakaitinis gydymas metadonu yra ne toks veiksmingas kaip ilgalaikis. Tačiau nurodoma, kad trumpalaikis gydymas metadonu yra geriau nei jokio gydymo (44;50;59).

Atlikto šešerių metų kohortinio tyrimo (60) rezultatai parodė priešingai: pacientai, kurie buvo gydyti metadonu mažiau nei tris mėnesius, po šešerių metų beveik nesiskyrė nuo tų pacientų, kurie nebuvo gydyti. Autoriai padarė išvadą, kad labai trumpos trukmės (iki trijų mėnesių) pakaitinio gydymo metadonu negalima laikyti veiksmingu, kadangi toks gydymas reikalauja nemažų sąnaudų, tačiau po šešerių metų dauguma pacientų vėl vartojo narkotikus. Šiame tyrime autoriai neatsižvelgė į kitus veiksnius, kurie turėtų būti vertinami PGM programų metu, t.y. į nusikalstamumo ir sveikatos rodiklių pokyčius tyrimo laikotarpiu.

Novickio ir kitų mokslininkų tyrimuose ilgalaikis gydymas metadonu, kai medikamentą skirdavo bendrosios praktikos gydytojas, buvo lyginamas su įprastiniu pakaitiniu gydymu metadonu. Tyrimo metu pacientai kartą per mėnesį kreipdavosi į bendrosios praktikos gydytoją, kuris skirdavo metadono visam mėnesiui. Skelbiama, kad abiejų programų rezultatai beveik nesiskyrė, tačiau sąnaudos buvo didesnės įprastinėje metadono programoje. (61). Tai rodo, jog ekonominiu požiūriu ne mažiau svarbus yra PGM programose teikiamų paslaugų ekonominis įvertinimas ir veiksmingo programos modelio parinkimas.

1.1.3.3. Metadono programų papildomų sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas

Literatūroje esama nemažai tyrimų, rodančių, kad pakaitinis gydymas metadonu yra daug veiksmingesnis, kai pacientams suteikiama psichologų, socialinių darbuotojų pagalba ir konsultacijos bei kartu teikiama medicinos pagalba (62). Atliktų tyrimų (63;64) metu pastebėta, kad kuo dažniau žmonės, priklausomi nuo narkotikų, metadono programos metu konsultuojami, tuo rečiau pakartotinai pradeda vartoti narkotikus (40) ir sumažina injekcijų skaičių (65). Kiti tyrimai (66) rodo, jog konsultavimo efektyvumas labai priklauso nuo konsultuojančiojo patirties ir kvalifikacijos.

Šie duomenys vis dėlto neatskleidžia, ar iš tiesų šios paslaugos yra tikslingos sąnaudų veiksmingumo požiūriu. Galbūt kur kas efektyviau šias lėšas skirti tiesiog plėtoti metadono

programai, įtraukiant daugiau žmonių, priklausomų nuo narkotikų? O jei šios priemonės yra efektyvios, tai kaip dažnai jos turėtų būti taikomos?

Pastaruoju metu buvo atlikta keletas tyrimų, kuriuose nagrinėti šie sąnaudų veiksmingumo klausimai. Atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo metu buvo palyginta dienos stacionaro, kuriame buvo įtraukti žmonės, priklausomi nuo narkotikų, ir įprastinė ambulatorinė PGM programa. Asmenys, dalyvaujantys dienos stacionaro programoje, kurios metu 25 valandas per savaitę buvo prižiūrimi kvalifikuotų specialistų, o įprastinio pakaitinio gydymo metadonu, programos dalyviai tik apsilankydavo PLC centre, kur jiems išduodavo paskirtą metadono dozę. Šis tyrimas parodė, kad dienos stacionaro programa buvo tris kartus brangesnė nei įprastinė pakaitinio gydymo programa, bet nepastebėta didesnio skirtumo tarp programų veiksmingumo, vertinant narkotikų vartojimo pokyčius (36). Remdamiesi šiuo tyrimu, autoriai teigia, jog nėra pagrindo metadono programą vykdyti dienos stacionaro principu, kadangi ji neekonomiška sąnaudų veiksmingumo požiūriu.

Atlikto atsitiktinių imčių klinikinio tyrimo metu pastebėta, kad, konsultuojant žmones, priklausomus nuo narkotikų, ir jiems teikiant kvalifikuotas konsultavimo paslaugas, galima pasiekti didesnę ekonominę efektą, nei vien tik skiriant pakaitinį gydymą metadonu (67). Tačiau šio tyrimo metu programa laikyta veiksminga, tik kai programos dalyviai visiškai atsisakė vartoti narkotikus, ir nebuvo vertinami kiti galimi programos veiksmingumo rodikliai, pvz., narkotikų vartojimo ir injekcijų dažnio sumažinimas. Be to, papildomų paslaugų ir konsultacijų teikimas nenurodo, kiek galima ir norima mokėti už vienerius abstinencijos metus. Jei šio tyrimo metu kaip veiksmingumo rodiklis būtų naudojamas kokybiškų gyvenimo metų (KGM_y) rodiklis, tai šios programos tyrimo duomenis galėtume palyginti su kitų sveikatos priežiūros paslaugų ekonominiu veiksmingumu.

TOPS tyrimo metu (47), vertinant specialistų papildomų paslaugų ekonominį veiksmingumą, buvo pastebėta, kad priklausomi nuo narkotikų žmonės, konsultuojami kvalifikuotų specialistų, yra mažiau linkę atsisakyti pakaitinio gydymo metadonu ir sugrįžti prie narkotikų. Šiuo atveju sąnaudų veiksmingumo tyrimai padėtų įvertinti skirtingų specialistų poreikį ir indėlį didinant programos ekonominę efektyvumą.

Condelli atlikto tyrimo metu (53) pastebėta, kad, priklausomiems nuo narkotikų žmonėms psichologinės pagalbos veiksmingumas labai priklauso nuo to, kada ši pagalba suteikiama. Psichologinė pagalba šiems žmonėms suteikta gydymo pradžioje, gali būti ypač efektyvi priemonė, padedanti atsisakyti narkotikų vartojimo. Kito tyrimo duomenimis (63), socialinė parama gydymo pradžioje taip pat sustiprina pacientų dalyvavimą programoje. TOPS studija parodė, kad žmonės, priklausomi nuo narkotikų, aktyviau dalyvavo, kai jiems buvo suteikta psichologinė, medicininė ir

finansinė pagalba (47). Šios paslaugos, suteiktos vėlesniame gydymo etape, nebebuvo tokios veiksmingos.

Tyrimas, kurio metu žmonių, priklausomų nuo narkotikų, priežiūroje dalyvavo bendrosios praktikos gydytojai, kur kas dažniau buvo pasiekta visiška abstinencija. Šiame tyrime bendrosios praktikos gydytojai teikė psichologinę, medicininę ir konsultacinę pagalbą namuose (48). Kitas tyrimas parodė, kad gerokai veiksmingiau teikti pakaitinį gydymą metadonu, nei visai neteikti jokios pagalbos (49). Pacientai, gavę tik gydymą metadonu ir be papildomų paslaugų, vis dėlto buvo labiau linkę nebevartoti narkotikų, nei tie, kurie neturėjo jokios pagalbos. Tuo atveju, kai sąnaudų veiksmingumo požiūriu kompleksinė PGM programa (kai psichologas ir socialinis darbuotojas aktyviai įsitraukia į priklausomo asmens reabilitaciją) yra veiksmingesnė, lėšas reiktų skirti plėtoti tokiai metadono programai, negu gydyti injekcijų sukeltus sveikatos sutrikimus ar plėsti įkalinimo įstaigas (49).

1.1.3.4. Pakaitinio gydymo metadonu veiksmingumas mažinant nusikalstamumą ir narkotikų vartojimą

Literatūroje nurodoma, kad atliktuose atsitiktinių imčių ir stebėjimo tyrimuose PGM sėkmingai taikomas mažinti nusikalstamumo ir narkotikų vartojimo sukeliamai žalai ir antrinei profilaktikai (68-71). Kitaip tariant, šiuose tyrimuose kaip PGM veiksmingumo kriterijus buvo imamas ne siekis visiškai abstinencijai nuo narkotikų, bet bendras narkotikų vartojimo apimtys sumažėjimas. Nurodoma, kad PGM taip pat sėkmingai taikomas ir visiškai abstinencijai pasiekti (72;73).

Metadonas skirtas priklausomybei nuo opioidų mažinti, todėl literatūroje nenagrinėtas PGM poveikis kitų rūšių priklausomybei. Manoma, kad PGM pagrindinis tikslas turėtų būti ne vien tik mažinti opioidų vartojimą, bet ir mažinti bendrą priklausomybės ligų paplitimo skaičių, stabilizuoti paciento būklę. PGM programos nereikėtų laikyti pavykusia, jei nuo vienos priklausomybės rūšies pacientas pereina į kitą (74).

Tyrimo metu, taikant hierarchinės klasterinės analizės metodą, pacientai, remiantis pradinio tyrimo duomenimis buvo suskirstyti į tris kategorijas pagal narkotikų vartojimą: į mažo narkotikų vartojimo, didelio vartojimo ir mažėjančio vartojimo grupes. Buvo pastebėta, kad šių grupių atstovai proporcingai mažino narkotikų vartojimą ir išliko savo grupėse iki devynių mėnesių tyrimo pabaigos (75;76). Tai rodo, jog narkotikų vartojimas kito laipsniškai, o PGM programos turėtų būti orientuotos į ilgalaikį poveikį programos dalyviams.

Pastaraisiais metais pasaulyje PGM vaidina vis didesnę vaidmenį su narkotikų vartojimu susijusio nusikalstamumo profilaktikoje. Iš dalies tai lemia ir menkas tradicinių priemonių (areštų ir

įkalinimo) poveikis šios rūšies nusikalstamumo užkardymui ir kontrolei (77;78). Tyrimai rodo, kad yra esminis ryšys tarp nusikalstamumo ir opioidų ar kitų narkotinių priemonių vartojimo. Tačiau reikia pažymėti ir tai, kad iki 50 proc. asmenų turi kriminalinę praeitį iki narkotikų vartojimo pradžios, o pradėję vartoti narkotikus ir pajutę didėjančią poreikį jų įsigyti vis labiau įpranta svaigintis. Dažnai tokie priklausomi asmenys tik šitaip mato galimybę įgyti lėšų narkotikams (79).

Australijoje atlikto tyrimo, kuriame dalyvavo daugiau nei 8000 tiriamųjų, duomenimis, tarp asmenų, dalyvavusių metadono programoje, per ketverius stebėjimo metus iki 26 proc. sumažėjo bendras nusikalstamumas ir prekybos narkotikais atvejų. Lyginant grupes pastebėta, kad jau po 1 mėnesio nuo PGM pradžios nusikalstamumas sumažėjo ir toks išsilaikė iki tyrimo pabaigos. Tai rodo, jog PGM programose nusikalstamumas mažėja ne laipsniškai, o iš karto nuo gydymo pradžios (80;81).

PGM programų veiksmingumas buvo plačiai nagrinėtas daugelyje tyrimų, tačiau ne mažiau svarbus veiksnys, lemiantis programos veiksmingumą, yra paties programos dalyvio savybės ir pasitenkinimas programa (82).

1.1.3.5. Metadono programose dalyvaujančių asmenų pasitenkinimas

Pastaruoju metu atlikti tyrimai siekė įvertinti, kaip kinta PGM programų dalyvių gyvenimo kokybė ir pasitenkinimas programa. Šie tyrimai – tai programos dalyvių subjektyvūs vertinimai, kurie gali būti naudingi vertinant fiziologinius ir psichologinius PGM programų aspektus, galinčius padėti pamatus veiksmingesnėms PGM programoms kurti ir išlaikyti pacientus iki gydymo pabaigos. Kiekvienas asmuo, turintis priklausomybės problemų, tą priklausomybę ir jos gydymą suvokia savaip. Taip pat nurodoma, kad asmenys, kada nors dalyvavę pakaitinio gydymo programose, teigiamiau vertina šį gydymo metodą nei tie, kurie nėra dalyvavę tokiose programose (83).

Dalyvavimo PGM motyvai yra labai įvairūs (84):

1. Noras atsikratyti narkotikų arba siekis saugiai juos vartoti;
2. Noras pailsėti nuo narkotikų vartojimo ir jų įsigijimo paieškų;
3. Noras išbandyti metadoną, nes ketina pradėti gydytis metadonu vėliau.

Metadono programos dalyvių teigiamo programos vertinimo aspektai. Daugelis programos dalyvių yra teigiamai nusiteikę PGM programų atžvilgiu, nes jos padeda sustabdyti nelegalių narkotikų vartojimą (85;86). Taikant gydymą metadonu, priklausomi asmenys išvengia nusikaltimų,

susijusių su pinigų poreikiu narkotikams. Metadonas yra pigus, o jo kokybė gali užtikrinti saugų vartojimą priklausomiems asmenims (87;88).

1 lentelė. Pakaitinio gydymo programų veiksmingumo esminiai aspektai

Veiksmingumo kriterijai	Esminiai aspektai
<i>Dozė</i>	– Veiksmingiausia 80–100 mg paros metadono dozė – Metadono paros dozė, mažesnė nei 40 mg, – neefektyvi. – Programa veiksmingesnė, jei pacientai informuojami apie skiriamą metadono dozę. – Metadono dozės kaina labai maža, todėl turi tik nedidelę įtaką sąnaudų veiksmingumui.
<i>Programos trukmė</i>	– Trumpalaikis pakaitinis gydymas metadonu (iki trijų mėnesių) yra mažiau efektyvus nei ilgalaikis. – Dauguma pacientų dalyvavusių trijų mėnesių PGM programoje, per 6 metus sugrįžta prie narkotikų.
<i>Papildomos paslaugos</i>	– Kvalifikuotų psichologų ir socialinių darbuotojų konsultacijos bei labiau prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos padidina PGM programos veiksmingumą. – Psichologinės ir socialinės paslaugos yra veiksmingesnės, kai jos suteiktos gydymo pradžioje ir tęsiamos visos PGM programos metu. – Ambulatorinė PGM programa sąnaudų veiksmingumo požiūriu yra veiksmingesnė už stacionarinę PGM programą.
<i>Nusikalstamumo ir narkotikų vartojimo prevencija</i>	– PGM gali būti veiksmingas tiek narkotikų vartojimui sumažinti, tiek visiškai abstinencijai pasiekti. – Trūksta duomenų apie PGM poveikį kitų rūšių priklausomybei. Gydymas neturėtų būti laikomas sėkmingu, jei nuo vienos priklausomybės rūšies pacientas pereina į kitą. – Narkotikų vartojimas taikant PGM skirtingo narkotikų vartojimo intensyvumo grupėse mažėja proporcingai. – Yra statistiškai patikimas ryšys tarp nusikalstamumo ir opioidų ar kitų narkotinių priemonių vartojimo. – Taikant PGM jau po vieno mėnesio programos dalyvių nusikalstamumas sumažėja 26 procentais.
<i>Pasitenkinimas</i>	– Daugelis PGM dalyvių teigiamai vertina PGM programą. – Asmenys, dalyvavę PGM programose, yra labiau linkę teigiamai vertinti PGM programą nei nedalyvavę asmenys. – Galimi nepageidaujami abstinencijos simptomai, neigiamas personalo požiūris, nepaisymas paciento psichologinių ir socialinių poreikių, mažina pasitenkinimą PGM programa.

Metadono programos dalyvių neigiamo programos vertinimo aspektai. Neigiamas PGM vertinimas gali būti pagrįstas tuo, kad vartojantieji metadoną nepatiria euforinės būsenos. Taip pat programos dalyvių pasitenkinimą veikia dozavimo politika, kadangi sunku parinkti tinkamiausią

metadono dozę kiekvienam individui, todėl galimi ir nepageidaujami abstinencijos simptomai (89). Metadonas veikia tik fizinę priklausomybę, bet ne psichologinę, – išlieka poreikis vartoti, jei nesuteikiama pagalba. PGM programų dalyviai gali būti nesąžiningi ir siekdami euforijos toliau vartoti kokainą ir heroiną. Nurodoma, kad priklausomybė metadonui gali stiprėti, jei programos nepakankamai atsižvelgia į psichologinius ir socialinius programos dalyvių poreikius (90;91). Yra duomenų, kad neigiamam programos vertinimui turi įtakos geriamoji vaisto forma, kadangi kai kurie asmenys turi psichologinę priklausomybę manipuliacijoms adata (92). Personalo neigiamas požiūris ir stigmatizavimas taip pat gali daryti įtaką neigiamiems gydymo rezultatams ir programos vertinimui (93-95).

PGM programų dalyvių pasitenkinimo tyrimai parodė, jog į kiekvieną programos dalyvį reikia atsižvelgti individualiai, kad būtų galima geriau suprasti jų poreikius.

Pastarieji PGM programų veiksmingumo tyrinėjimai vis dėlto nenurodė vieno teisingo PGM programos modelio, be to, mokslinėje ir klinikinėje praktikoje PGM programų taikymas kelia nemažai diskusijų parenkant vieną ar kitą programos modelį, tačiau tam tikri apibendrinimai, remiantis pateiktais duomenimis, yra galimi (1 lentelė).

1.1.3.6. Pakaitinio gydymo metadonu taikymo neigiami aspektai

Žmogui, neturinčiam priklausomybės nuo narkotikų ir jų niekada nevartojusiam, 50 mg metadono dozė gali būti mirtina (96), tačiau PGM programose rekomenduojama veiksminga metadono paros dozė yra 80–100 mg, kuri yra dvigubai didesnė nei letali dozė narkotikų nevartojantiems asmenims. Pasaulyje vykdomos PGM programos, kuriose taikomos 110–780 mg per parą metadono dozės, nurodoma, kad jos veiksmingesnės, skatinant abstinenciją nuo kitų narkotinių medžiagų, tačiau dažnai susijusios su dažnesnėmis nepageidaujamomis organizmo reakcijomis, kita vertus, dažniau išsivysto priklausomybė nuo metadono (20;51).

Nors PGM programose taikomas gydymas veiksmingas gydant priklausomybę nuo opioidų, vis dėlto registruojama nemažai nepageidaujamų organizmo reakcijų ir mirčių, susijusių su metadono vartojimu. JAV atlikto 29 savaitių tyrimo, kuriame dalyvavo 286 PGM programos dalyviai, duomenimis, iš registruotų 884 nepageidaujamų organizmo reakcijų ir liguistų simptomų, per visą stebėjimo laikotarpį 136 (15,4 proc.) galėjo būti tiesiogiai siejami su metadono vartojimu (97). Vienas iš esminių nepageidaujamų organizmo reakcijų pasireiškimo aspektų – metadonas gali patenkti į „juodąją rinką“ ir taip skatinti nekontroliuojamą jo vartojimą (98;99). 2003 metais Didžiojoje Britanijoje buvo registruotos 167 mirtys, susijusios su narkotinių medžiagų vartojimu, iš kurių daugiau kaip pusę sukėlė nelegalaus metadono vartojimas (100). Epidemiologinis tyrimas

Jungtinėse Amerikos Valstijose parodė, kad per 1997– 2003 metų laikotarpį šalyje padidėjus metadono vartojimui 727 proc., mirčių skaičius, kuris galėtų būti siejamas su metadono vartojimu, per tą patį laikotarpį išaugo 612 proc. (101). Europos valstybėse registruojama vidutiniškai 1,1 mirtis 10 000 paskirtų metadono dozių, tačiau tyrimai rodo, kad šis mirčių skaičius teigiamai koreliuoja su kelių narkotinių medžiagų vartojimu arba kai metadonas papildomai įsigijamas „juodojoje rinkoje“. Mirčių daugėja, kai staiga nutraukiamas dalyvavimas PGM programoje ir vėl imami vartoti kiti narkotikai (102;103).

Pastebėti ir kiti neigiami metadono vartojimo aspektai (104;105):

1. Kardiogramoje dažniau registruojamas QT sindromas.
2. Verpstės formos skilvelių virpėjimas (med. *torsades de pointes*), kuris sunkiai atstatomas defibriliuojant, pasireiškia vartojant dideles (100 mg– 400 mg per dieną) metadono dozes.
3. Metadonas gana ilgai šalinamas iš kraujo plazmos, o tai rodo, jog metadonas gali kauptis organizme ir sukelti pašalinius reiškinius. Šis kaupimosi reiškinys yra ypač pavojingas, kai metadono dozės didinamos per greitai.
4. Galimi pašaliniai reiškiniai metadoną vartojant su kitais vaistais ar cheminėmis medžiagomis, pvz., CYP 3A4 inhibitorių (amiodoronas, ciklosporinas, ketokonazolas, metronidazolas ir kt.) vartojimas kartu su metadonu gali sukelti verpstės formos skilvelių virpėjimą.
5. Galimi kiti sutrikimai, tokie kaip virškinimo sistemos, neurologiniai, psichikos ir pan. sutrikimai.

1.1.4. Pakaitinio gydymo taikymas Lietuvoje

2004 m. Lietuvoje priklausomybei nuo opioidų gydyti buvo registruoti dveji vaistai – opioidinių receptorių agonistai: metadonas ir buprenorfinas (*Subutex*) (106).

Pakaitinis gydymas metadonu Lietuvoje pradėtas 1995 metais Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybės ligų centruose. 2004 m. sausio 1 d. palaikomojo gydymo metadonu programose dalyvavo 332 pacientai, o 2006 sausio 1 d. duomenimis, tokioje programoje jau dalyvavo 430 pacientų. Per 2004 metus 114 pacientų dėl įvairių priežasčių nutraukė gydymą metadonu (2 lentelė) (106). Pakaitinis gydymas metadonu prieinamas Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Druskininkuose (106).

2002–2003 m. Vilniuje palaikomas gydymas metadonu decentralizuotas į 6 Vilniaus m. poliklinikų psichikos sveikatos centrus. Į psichikos sveikatos centrus pacientai siunčiami po to, kai stabilizuojama jų sveikatos ir socialinė būklė Vilniaus priklausomybės ligų centre. Kaune ir Klaipėdoje PGM programa vykdoma PLC.

2 lentelė. Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigose besigydžiusieji metadonu 2003 – 2004 metais (106)

Įstaiga	2003 01 01	2004 01 01
Vilniaus PLC	118	93
Kauno PLC	98	113
Klaipėdos PLC	43	37
Panevėžio PLC	13	26
Druskininkų PLC	23	21
Vilniaus m. ir r. PSPĮ	16	42
Iš viso	311	332

Sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktai ir 1997 m. patvirtinti gydymo bei reabilitacijos standartai (107) numato, kad palaikomas gydymas metadonu gali būti taikomas asmenims, kurie reguliariai vartoja opioidus dvejus metus ir nesėkmingai gydėsi nuo priklausomybės. Gydymas skiriamas gydytojų konsultacinės komisijos sprendimu. Sveikatos priežiūros įstaiga, taikanti šį gydymą, ištiria pacientą dėl ŽIV/AIDS, lytiškai plintančių ligų, tuberkuliozės. Pakaitinis gydymas metadonu integruotas į kitų priklausomybės ligų gydymo sistemą, kuri taikoma priklausomybės ligų centruose bei psichikos sveikatos centruose. Vietų skaičiaus palaikomojo gydymo metadonu programose atskiros įstaigos necentralizuoja ar kitaip neriboja. Už metadoną, kaip ir už kitus ambulatorinio gydymo PLC ir psichikos sveikatos centruose medikamentus, 2003 metais mokėjo patys pacientai ir jų šeimos nariai. 2004 m. Vilniaus PLC pacientams už metadoną mokėti nereikėjo.

Pakaitinio gydymo pacientų centralizuotą apskaitą veda Vilniaus priklausomybės ligų centras, – taip išvengiama galimo dubliavimo skiriant metadoną. Savivaldybė, nutarusi pradėti pakaitinį gydymą metadonu, gali kreiptis į Sveikatos apsaugos ministeriją, kuri, jei yra atitinkamos sąlygos (patalpos, kvalifikuoti specialistai), išduoda leidimą.

Buprenorfinas (Subutex 2 mg ir 8 mg) priklausomybei nuo opioidų gydyti buvo įregistruotas 2002 m. pabaigoje. Jis įrašytas į psichotropinių vaistų sąrašą ir išduodamas vaistinėse pagal gydytojo receptą. 2003 m. Subutex gana plačiai išrašydavo psichikos sveikatos centrai, priklausomybės ligų centrai ir privačių įstaigų gydytojai. Buprenorfiną būtina skirti tik psichikos sveikatos priežiūros

įstaigose ir išduoti tik prižiūrint medicinos darbuotojams. Palaikomasis gydymas buprenorfinu pagal gydymo ir reabilitacijos standartų projektą yra neterminuotas, derinamas su psichologine, socialine parama ir kontrole dėl kitų nelegalių narkotikų vartojimo (106).

1.1.5. Metadono programa

Metadono (PGM) programa Kauno, Vilniaus ir Klaipėdos priklausomybės ligų centruose Sveikatos apsaugos ministro įsakymu eksperimento tvarka pradėta 1995 m. (108). Gydoma 0,1 proc. metadono tirpalu, kuris vartojamas medicinos darbuotojų akivaizdoje. Stabiliems ir socialiai adaptuotiems pacientams medikamentų dozę paprastai leidžiama paimti savaitgaliais arba ateinant į gydymo įstaigą 2—3 kartus per savaitę. Pacientai, kurių būklė nestabili ir kurie vartoja kelias nelegalias ir psichotropines medžiagas, turi ateiti į gydymo įstaigą kiekvieną dieną.

1.1.5.1. Metadono programose dalyvaujantys pacientai

Pacientai, dalyvaujantys PGM programose, susiduria su tokiomis pat problemomis, kaip ir pacientai, dalyvaujantys alkoholizmo reabilitacijos programose: tai priklausomybės, psichinės sveikatos ir socialinės problemos, apleistumas ir kriminalinė praeitis. Taip pat daugelis turi įvairių sveikatos problemų: tai kepenų ligos, hepatitas, TBC, ŽIV ir kitos. Taip pat dažnai nustatomos psichinės sveikatos problemos, pavyzdžiui, depresija diagnozuojama iki 17 % pacientų (109;110). Be to, nustatomos emocinės ir socialinės problemos, tokios kaip nuolatinės gyvenamos vietos nebuvimas, iširusios šeimos, kriminaliniai nusikaltimai, bedarbystė ir finansinės problemos (111).

1.1.5.2. PGM programos vykdymas

Sprendimus dėl paciento priėmimo ar pašalinimo iš programos, dozių nustatymo ar keitimo priima PGM gydytojų konsultacinė komisija. PGM programos dalyviams du kartus per metus atliekami šlapimo testai narkotinėms ar toksiinėms medžiagoms nustatyti. Jei įtariama, kad papildomai vartoja narkotikus, testai atliekami dažniau. Yra galimybė metadoną išduoti ir į namus. Sprendimą dėl PGM programos ir paciento dalyvavimo priima gydytojų konsultacinė komisija arba pacientą konsultuojantis gydytojas, gavęs atitinkamus dokumentus, įvertinęs paciento būseną ir išanalizavęs turimus duomenis apie dalyvavimą PGM programoje (108).

PLC taip pat atliekama diagnostika, ambulatorinė, stacionarinė detoksikacija, medikamentinis ir psichoterapinis gydymas. Pacientus konsultuoja psichiatras, priklausomybės ligų gydytojas, socialinis darbuotojas, o esant reikalui, nukreipiamas tolesniam gydymui į ligoninę (108).

Ne rečiau kaip kartą per mėnesį pacientui suteikiama galimybė gauti socialinio darbuotojo ar psichologo konsultaciją. Socialiniai darbuotojai padeda pacientui atgauti asmens dokumentus, bedarbius nukreipia į darbo biržą, kuri siūlo nemokamus darbinio mokymo kursus. Socialinių darbuotojų uždavinys – mobilizuoti socialinę paramą konkrečioje savivaldybėje, pvz.: nakvynės namų paslaugas, maistą, drabužius, medikamentus iš labdaros, padeda spręsti klausimus, susijusius su teisėsauga ir teismais.

Siekiant užtikrinti PGM programos veiksmingumą, pasaulinėje praktikoje priimta išplėsti PGM programas, daryti jas prieinamas, įvairinti paslaugas, įskaitant ir tokias, kaip biopsichosocialinės padėties įvertinimas, paslaugų apimtys nustatymas bei visiškas sveikatos ištyrimas. Kai pacientas įtraukiamas į PGM programą, personalas privalo stebėti, kaip jis vartoja alkoholį ir kitas chemines medžiagas bei vaistus, taip pat galimą paciento priklausomybę nuo jų, perspėti jį dėl šių medžiagų vartojimo sukkelto pašalinio veikimo. Norint nustatyti veiksmingumą, reikia vertinti PGM programoje dalyvaujančių pacientų motyvaciją, paklusnumą ir gyvensenos pokyčius (112).

Nepaisant išskylančių problemų PGM programos pasaulyje pripažįstamos kaip veiksmingos mažinant žalą ir gydant priklausomybę nuo opioidų (113).

1.2. Ekonominio vertinimo koncepcija

1.2.1. Ekonominio vertinimo prielaidos

Ekonominis vertinimas palygina alternatyvių gydymo metodų sąnaudas su gydymo rezultatais. Ekonominiu vertinimu siekiama patikslinti informaciją ir palengvinti politinių sprendimų priėmimą bei gauti didžiausią naudą sveikatos priežiūros paslaugomis besinaudojantiems pacientams.

Riboti ištekliai. Sparčiai augantis sveikatos priežiūros paslaugų poreikis bei naujų ir brangių sveikatos priežiūros technologijų kūrimas reikalauja vis daugiau lėšų, išleidžiamų modernėjančiai šalies gyventojų sveikatos priežiūrai užtikrinti. Nepaisant to, biudžeto galimybės patenkinti šį poreikį yra ribotos. Ekonominio vertinimo metodikos duoda galimybę palyginti įvairių gydymo metodų veiksmingumą, atsižvelgiant į patiriamas sąnaudas.

Veiksmingumas. Sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumas yra esminis sveikatos ekonominio vertinimo rodiklis. Veiksmingumas sveikatos ekonomikoje nurodo paslaugas, kurios

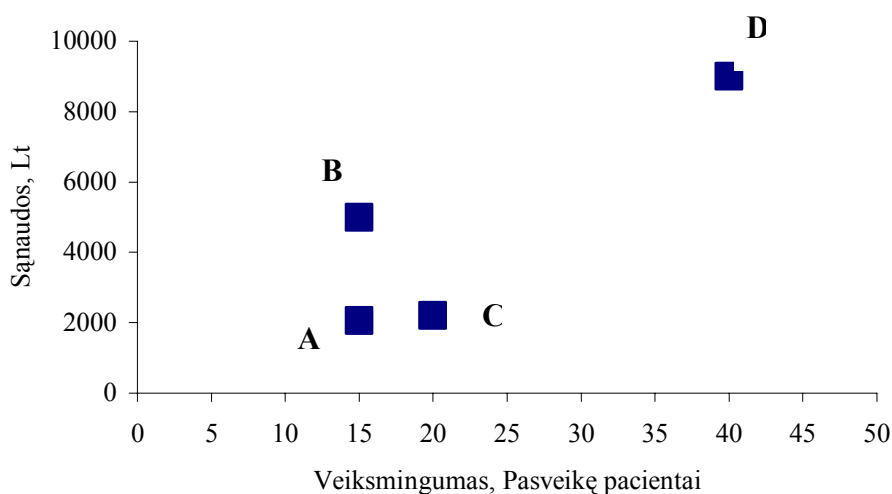
suteikia didžiausią naudą pacientams, vartodamos mažiausiai sveikatos priežiūros išteklių. Veiksmingumas atspindi du esminius aspektus: užtikrina, kad, teikiant paslaugą, bus patiriama mažiausiai sąnaudų, o gauta nauda paciento sveikatai bus didesnė už galimą žalą.

Lėšų paskirstymas. Lėšos, skirtos naujam metodui įdiegti, atitinkamai sumažina lėšas, skirtas anksčiau naudotiems gydymo metodams. Kai riboti sveikatos priežiūros ištekliai, diegiant naujas sveikatos priežiūros technologijas, būtina užtikrinti, kad lėšos, skiriamos naujoms technologijoms, duos didesnę naudą individo sveikatai, negu šiuo metu žinoma ir naudojama kita veiksmingiausia alternatyva.

Naudingumas. Naudingumas – tai rodiklis, kuriuo pacientai įvertina savo sveikatos ir savijautos pagerėjimą ar pablogėjimą taikant įvairius gydymo metodus. Sveikatos ekonomikoje vertinamas naudingumas leidžia sąnaudų atžvilgiu palyginti įvairius gydymo metodus.

1.2.2. Ekonominis veiksmingumas

Klinikinis ir ekonominis veiksmingumas gali skirtis (4 pav.). Gydymo metodas, kuris atrodo labai veiksmingas ekonomiškai, gali būti mažai efektyvus arba neefektyvus. Tai pastebima, kai apskaičiuojamos vienai ar kitai programai išleistos lėšos ir palyginama su jos metu gautu poveikiu. Paslaugos lyginamos su kitais alternatyviais gydymo metodais ar profilaktinėmis programomis. Tokiu būdu, kai nepakanka sveikatos priežiūros paslaugų dėl finansinių išteklių stokos, įmanoma kur kas efektyviau panaudoti jau skirtas sveikatos programoms lėšas, pasirenkant ekonomišką metodą, jį taikyti plačiau nei brangesnį gydymo metodą mažesnei pacientų grupei (2).



4 paveikslas. Sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudos ir veiksmingumas (2)

Paveiksle pavaizduotos keturios (A, B, C, D) gydymo alternatyvos (4 pav.), kurios siekia to paties rezultato (efekto). Klinikiniu požiūriu veiksmingiausias yra D gydymo metodas, tačiau C gydymo alternatyva yra veiksmingesnė, vertinant ekonominiu sąnaudų veiksmingumo požiūriu.

1.2.3. Sveikatos programų ekonominio vertinimo metodai

Sąnaudų veiksmingumo vertinimas. Tai viena iš visapusio ekonominio sveikatos programų vertinimo metodikų, kai įvertinamos ir sąnaudos, ir paslaugų veiksmingumas ir jos palyginamos. Sveikatos programų veiksmingumo matu pasirenkamas tiesioginis rodiklis, rodantis sveikatos būklės pokyčius ir priklantis nuo vertinamos paslaugos (3 lentelė)

3 lentelė. Kai kurių ligų veiksmingumo rodikliai sąnaudų veiksmingumui įvertinti

Tyrimas	Paslauga	Veiksmingumo rodiklis
Noecker R (114)	Glaukomos profilaktika	% akispūdžio sumažėjimas
Rodriguez-Roca G (115)	IŠL profilaktikos programa	mmHg arterinio kraujospūdžio sumažinimas
Vijgen S (116)	II tipo diabeto profilaktika	% svorio ir hiperglikemijos sumažinimas
Moitabai R (117)	Pakaitinis gydymas	Dienos be narkotikų
Healey A (118)	Pakaitinis gydymas	Kriminalinė veikla

Veiksmingumui įvertinti gali būti naudojami ir įvairūs specifiniai ligotumo rodikliai (išvengtas aklumas, sumažėjęs protinis atsilikimas, kraujospūdžio pokyčiai), ir bendri rodikliai: mirštamumas, gyvenimo kokybė, invalidumas dėl ligos per numatytą laikotarpį.

Skirtingoms sveikatos priežiūros paslaugoms teikti gali būti panaudojamas skirtingas sveikatos priežiūros išteklių kiekis. Panaudotų išteklių kiekį galima įvertinti finansine, ekonomine išraiška. Įvertinus sąnaudas ir jas palyginus su veiksmingumo rodikliais, gaunamas sąnaudų veiksmingumo santykinis rodiklis, kuris naudotinas formuojant ir planuojant sveikatos priežiūros paslaugų apimtį bei struktūrą (119-121).

Sąnaudų naudingumo vertinimas. Sąnaudų naudingumo vertinimas – tai ekonominio veiksmingumo vertinimo metodas, taikomas nustatyti, kaip pacientai subjektyviai vertina sveikatos priežiūros paslaugų kokybę palyginti su pasirinktų gydymo metodų ar profilaktikos programų metu pasiektais sveikatos rodikliais ar būklėmis (122-124).

Taikoma naudingumo teorija remiasi Džono von Njumano ir Oskaro Morgenšteino aksiomomis, kurias D. Belas ir bendraautoriai (125) sugrupavo taip:

1. *Sveikatos būklių privalumai ir norai juos pasiekti yra kintantys.* Jei yra bent dvi gydymo metodikos Y ir Y' , kurios vienodai rizikingai gali pasiekti tą patį gydymo rezultatą, tai Y gydymo metodas tiek pat geidžiamas, kiek ir Y' metodas, arba pacientai yra indiferentiški šiems gydymo metodams. Jei yra trys gydymo metodai Y , Y' ir Y'' , o Y yra priimtinesnis už Y' , o Y' už Y'' , tai gydymo metodas Y yra priimtinesnis už Y'' , ir atvirkščiai, jei Y yra tiek pat priimtinas kaip Y' , o Y' kaip Y'' , tai Y yra tiek pat priimtinas kaip Y'' .

2. *Nepriklausomumas.* Pacientai gali vienodai priimti dviejų etapų gydymo metodiką, kaip ir tikimybių teorija išreikštą vieno etapo gydymą pasiekiantį tuos pačius rezultatus. Pavyzdžiui: esant dviems gydymo metodams Y ir Y' su vienodomis išeitimis, kai Y pasiekiamas rezultatas X_1 su tikimybe P_1 ir X_2 su tikimybe $(1-P_2)$, simboliškai galime išreikšti $Y = \{P_1, X_1, X_2\}$ ir $Y' = \{P_2, X_1, X_2\}$. Ši aksioma parodo, kad pacientai vienodai priima vieno $\{PP_2 + (1-P)P_2; X_1, X_2\}$ ir dviejų etapų $\{P, Y, Y'\}$ gydymo metodiką, kai abiem atvejais pasiekiamas tas pats rezultatas.

3. *Pasirinkimo pirmenybių tęstinumas.* Galimos trys gydymo išeitys: X_1 , X_2 ir X_3 . Jei išeitis X_1 pacientams yra priimtinesnė nei X_2 , o X_2 – priimtinesnė nei X_3 , tai yra tam tikra tikimybė P , kad pacientams bus priimtina ir gydymo išeitis X_2 , jei žinoma, kad bus pasiekta išeitis X_1 su tikimybe P ir išeitis X_3 su tikimybe $1-P$.

Šios Njumano ir Morgenšteino aksiomos suformavo normatyvinę kainos naudingumo analizės modelį, kuris rodė, kaip individai priima sprendimus, kai susiduria su tam tikromis aplinkybėmis, ir sukūrė racionalaus sprendimų priėmimo modelį kaip atsvarą atsitiktinumui.

Sąnaudų naudingumo skaičiavimams galima taikyti įvairias metodikas ir klausimynus, kurie skirstomi taip:

1. Privalumų ir pirmenybių išskyrimas (skalės, standartinio lošimo klausimynai ir laiko mainų klausimynai).

2. Daugiafaktorinės sveikatos būklės bendrieji klausimynai (naudingumo sveikatai indeksai – HUI1; HUI2; HUI3), gerovės kokybės klausimynas (QWB), EuroQol-5D, WHOQOL ir kt.).

Klausimynai paprastai sudaryti iš vieno ar daugiau klausimų. Vieno klausimo bendrieji klausimynai gali suformuluoti vieną klausimą: „Kokia jūsų gyvenimo kokybė pastaruoju metu?“.

Vieno klausimo bendrieji klausimynai ir skalės (*angl. utility measures*), GK vertina apibendrintai vienu skaičiumi skalėje nuo 0 (reiškia mirtį) iki 1 (puiki sveikata). Pacientai tokiu būdu turi įvertinti visus jiems svarbius GK aspektus, apibrėždami vertę skalėje. Dažniausiai taikomi šie metodai: standartinio lošimo (*angl. standard gamble*) ir laiko mainų (*angl. time trade-off*). Pirmuoju atveju tiriamieji prašomi pasirinkti tarp savo sveikatos būklės ir hipotetinio lošimo, kuriame su tam tikra tikimybe laimima puiki sveikata iki gyvenimo pabaigos arba ištinka mirtis. Sveikatos laimėjimo tikimybė didinama, kol tiriamasis pradeda dvejojti, kurią iš alternatyvų pasirinkti. Tada paciento GK skaitmeninė išraiška prilyginama laimėjimo tikimybei. Paprastesnis ir plačiau naudojamas laiko mainų metodas, kai pacientai klausiami, kiek dabartinės sveikatos metų jie sutiktų atiduoti už trumpesnę, bet sveikesnę gyvenimą. Visuose šiuose metoduose dažnai naudingumo matu naudojamas kokybiškų gyvenimo metų (KGM_y) rodiklis (*angl. QALY: quality-adjusted life years*). KGM_y terminą pirmą kartą 1968 metais pavartojo Herbertas Klarmanas ir bendraautoriai straipsnyje, lyginusiame lėtinio inkstų nepakankamumo gydymą atliekant inkstų transplantaciją arba hemodializės (126). KGM_y yra naudingumo matas, rodantis paciento sąlyginį norą pasiekti tam tikrą sveikatos būklę.

KGM_y matavimai pagrįsti būklėmis, kurioms teikiama pirmenybė. Geidžiamesnei sveikatos būklei skalėje suteikiamas didesnis svoris. KGM_y skalėje gali būti įvairių tarpinių būklių skaičius, bet svarbiausios yra dvi: galima teigiamiausia būklė ir galima neigiamiausia būklė. Iš esmės neigiamiausia reikšmė, arba mirtis (0), parodo, jog tiriamas reiškinys nesuteikia kokybei standartizuotų gyvenimo metų, o reikšmės, didesnės už 0, rodo, kad tiriamas reiškinys ar būklė yra pranašesni už pačią neigiamiausią būklę. KGM_y matavimams skalės gali būti įvairios, tačiau priklausomai nuo skalės tipo GK esmė nesikeičia: skalėse turi būti aiškiai apibrėžtos teigiamiausia ir neigiamiausia reikšmės.

KGM_y privalumas yra tas, kad šis rodiklis turi ir kokybinį (geresnė sveikata ir su ja susijusi gyvenimo kokybė), ir kiekybinį (metai) aspektus, kurie sujungti į vieną matą.

Kokybinis aspektas įvertinamas klausimynais nustatant gyvenimo kokybės pokyčius, atsiradusius taikant tam tikrą gydymą. Nors nėra visuotinai priimtino GK apibrėžimo, sutariama, kad ji turėtų apimti šiuos komponentus: fizinę būklę, psichologinę gerovę, bendravimą ir kasdienę veiklą. Šios keturios dimensijos gali būti dar smulkiau išskaidytos (122;127;128). Kadangi generiniai GK klausimynai tinka įvairioms pacientų grupėms tirti, tai jie tinka ir įvairioms ligoms ir būklėms palyginti, be to, naudojami gyventojų grupių sveikatos būklei stebėti ar atlikti kitiems epidemiologiniams tyrimams.

Kiekybinis aspektas – metai apskaičiuojami iš laiko mainų klausimyno arba skaičiuojamas KGM_y pokytis priklausomai nuo stebėjimo trukmės. Sąnaudų naudingumo skaičiavimai siejasi su patirtomis sąnaudomis ir gautu KGM_y skirtumu, taip pat gali būti lyginami keli skirtingi gydymo metodai arba KGM_y pokyčiai, kai analizuojama būklė iki ir po gydymo.

1.2.4. Sveikatos programų sąnaudų vertinimo metodologiniai aspektai

Pasaulyje yra atlikta nemažai tyrimų, skirtų įvertinti PGM ekonominiam veiksmingumui iki ir po pacientų dalyvavimo PGM programoje (122;129-142). Tyrimų duomenimis, pacientai, dalyvavę PGM programose, rečiau naudojos įvairiomis sveikatos priežiūros paslaugomis, mažiau buvo priklausomi nuo įvairių socialinių institucijų bei rečiau nusikalsdavo. Atlikti ekonominiai vertinimai parodė, jog taikant PGM sumažėjo išlaidos šių pacientų sveikatos ir socialiniai priežiūrai bei teisėsaugai, padidėjo darbingumas (143). Tačiau būtina pažymėti, jog sąnaudų duomenys buvo surinkti skirtingu laikotarpiu, retrospektyviai, remiantis literatūros apžvalgomis, naudojant įstaigoms skirtą biudžetą, nacionalinius atskirų specialybių atlyginimų duomenis. Tai rodo, jog tyrėjai neteikė tiek dėmesio sąnaudų apskaitai, palyginti su pasekmių vertinimu. Tai galėjo turėti įtakos tyrimo rezultatams. Todėl atliekant sveikatos paslaugų ekonominį vertinimą, sąnaudoms vertinti reikėtų skirti ne mažesnę dėmesį nei gydymo išeitimams įvertinti. Duomenys apie sąnaudas turi būti surinkti tuo pat laikotarpiu ir tokiu pat kruopštumu, kaip ir kita tyrimo medžiaga.

1.2.4.1. Sąnaudų klasifikacija ir skirstymas

Sąnaudų apskaitai sukurta apskaitos sistema, kuri tiek privačiose, tiek viešosiose įstaigose teikia informaciją apie patiriamas sąnaudas ir uždirbamus pinigus.

Sąnaudų apskaitoje svarbu atskirti dvi sąvokas: išlaidos ir sąnaudos (144).

1. Išlaidos – tai per tam tikrą laikotarpį išleistų pinigų vertė.
2. Sąnaudos – tai produktams gaminti ar paslaugoms teikti sunaudotų resursų pinigine vertė.

Sąnaudos sudaro paslaugų savikainą. Jei per metus būtų parduota tiek, kiek pagaminta, ir būtų sunaudotos visos tam skirtos medžiagos bei žaliavos, tai išlaidų ir sąnaudų sumos sutaptų (145).

Yra trys sąnaudų skirstymo būdai (145;146):

1. Pastoviosios ir kintamosios

2. Tiesioginės ir netiesioginės
3. Produkto ir laikotarpio

Pastoviosios ir kintamosios sąnaudos (146):

1. Pastoviosios sąnaudos – tai tokios sąnaudos, kurios nepriklauso nuo pagamintos produkcijos ar suteiktų paslaugų kiekio, pvz.: šildymui, elektrai.
2. Kintamosios sąnaudos – tai tokios sąnaudos, kurios priklauso nuo pagamintos produkcijos ar suteiktų paslaugų kiekio, pvz.: maitinimas, medikamentai, vienkartinės priemonės.

Jei pastoviosios sąnaudos skaičiuojant jas produkto ar paslaugos vienetui mažėja, tai kintamosios sąnaudos nekinta, bet didėja jų suma su kiekviena suteikta nauja paslauga. T. y. didėjant pacientų ir jiems suteiktų paslaugų skaičiui, didėja tik kintamųjų sąnaudų suma, o pastoviųjų sąnaudų suma nekinta.

Ši sąnaudų klasifikacija dažniau taikoma įstaigos valdymo tikslams pasiekti, nes pagal šias sąnaudas galima apskaičiuoti minimalų paslaugų kiekį, kurį suteikus (jei įkainiai didesni už kintamąsias sąnaudas) įstaiga ar padalinys gaus pelną, o šio kiekio nesuteikus – bus patirtas nuostolis.

Tiesioginės ir netiesioginės sąnaudos. Tiesioginės sąnaudos – tai tokios sąnaudos, kurias galima priskirti tiesiogiai gaminiui ar paslaugai, tai yra tos sąnaudos, kurios naudojamos paslaugai suteikti, pvz.: medikamentai, vienkartinės priemonės, mityba, darbo užmokestis.

Netiesioginės sąnaudos – tai tokios sąnaudos, kurios patiriamos teikiant paslaugas, bet jų negalime priskirti konkrečiai paslaugai, o tik jų grupei (147), pvz.: šildymas, elektros energija.

Metodo privalumai:

1. Leidžia apskaičiuoti rentabilumo slenkstį.
2. Leidžia apskaičiuoti paslaugos sąnaudas.

Metodo trūkumai:

Kai teikiamos kelios skirtingos paslaugos, tiksliai negalima apskaičiuoti visų sąnaudų; Skatina atsisakyti mažai rentabilių paslaugų, nors tos paslaugos dengia dalį pastoviųjų sąnaudų (145;147).

Produkto ir laikotarpio sąnaudos. Valdymui svarbu žinoti ne tik produkto sąnaudas, kurios tiesiogiai susijusios su pardavimais ar specifiniu pajamų santykiu, bet ir sąnaudas, kurios negali būti tiesiogiai priskirtos specifiniams veiklos produktams, bet gali būti atpažintos kaip sąnaudos, patirtos per tam tikrą apskaitos laikotarpį. Tai yra laikotarpio sąnaudos (144;145).

Laikotarpio sąnaudos gali būti suprantamos ir kaip išlaidos:

1. Sistemiškai išsidėsčiusios laikotarpiais, kai buvo gautos pajamos.
2. Dėl kurių gali būti nepastebėtas didelis ateities pelnas (145-147).

Produkto sąnaudos yra glaudžiai susijusios su ligininėje suteiktomis paslaugomis, todėl jas lengva palyginti su pajamomis, gautomis iš ligojų kasų. Produkto sąnaudos tampa išlaidų dalimi, kai tik paslauga suteikiama.

Laikotarpio sąnaudos negali būti tiesiogiai priskirtos paslaugoms, bet gali būti atpažintos kaip išlaidos, patirtos per tam tikrą apskaitos laikotarpį (ketvirtį, pusmetį, metus ir pan.).

Pavyzdžiui:

Išlaidos sistemiškai išsidėsčiusios laikotarpiais, kai buvo gautos pajamos, gali būti:

1. Draudimo,
2. Nuomos,
3. Gautų paskolų mokesčiai.

Išlaidos, dėl kurių gali būti nepastebėtas didelis ateities pelnas, gali būti:

1. Išlaidos tobulėjimui, kvalifikacijai kelti.
2. Išlaidos spaudiniams įsigyti.
3. Reklamai.
4. Naujoms technologijoms įdiegti.

Tokia sąnaudų klasifikacija yra paranki, kadangi remiantis praėjusių metų ūkinės ir finansinės veiklos duomenimis, galime tiksliau nustatyti lėšų poreikį vienam ligoniui. Neapskaičiavus laikotarpio sąnaudų, lėšų poreikis gali būti sumažintas, nes ligojų, kurie pradedami gydyti vienais metais, o už juos sumokama kitais metais, sąnaudos gydymui bus neįskaičiuojamos. Todėl aktualu sąnaudas skirstyti į produkto ir laikotarpio (145;148).

1.2.4.2. Sąnaudų vertinimas

Ekonominiam sąnaudų vertinimui turi būti naudojamas ekonominis, o ne finansinis sąnaudų apibrėžimas. Ši koncepcija yra pagrįsta „alternatyvių sąnaudų“ apibrėžimu, t.y. ši koncepcija skatina esamus resursus panaudoti pasirenkant veiksmingiausią būdą bei siekiant įvertinti visus resursus, kurie panaudoti gydymo metu, o ne tik tuos, kurie buvo numatyti biudžeto eilutėje (149-154).

4 lentelė . Pavyzdinė pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudų apskaita gydymo įstaigoje
(152)

Sąnaudų eilutės pavadinimas	Aprašas
Pastoviosios	
Patalpos	Patalpų plotas naudotas teikti paslaugoms (pateikta kvadratiniais metrais).
Įranga	Pateikta visos naudotos įrangos vertė. Jei įranga naudojama iš dalies, turi būti nurodytas panaudojimo koeficientas.
Kitos pastovios sąnaudos	Jei buvo panaudoti kokie nors kiti nuolatiniai resursai, nurodoma jų vertė, panaudojimo koeficientas.
Kintamosios	
Personalas	Personalo sugaištas laikas valandomis, proporcingai priskirtas tiriamajai paslaugai ir jo vertė.
Nuoma	Jei buvo nuomotos patalpos ar kita įranga, pateikta vertė, proporcingai priskirta paslaugai.
Komunalinės išlaidos	Komunalinės išlaidos pateikiamos proporcingai priskirtos paslaugai. Komunalinėms paslaugoms turi būti priskirtos tokios išlaidos, kaip elektra, dujos, vanduo, priskirtos pagal naudojamą plotą; jei patalpos naudojamos kartu ir kitoms paslaugoms teikti, gali būti taikoma ir kita paskirstymo metodika.
Priemonės	Visų naudotų priemonių kiekis ir kaina.
Transporto išlaidos	Transporto išlaidos pagal kilometražą.
Kitos kintamosios sąnaudos	Jei buvo panaudotos kokios nors kitos priemonės, turi būti nurodyta jų vertė ir kiekis.

Sąnaudoms įvertinti reikalinga informacija apie kiekvienos atliktos intervencijos sąnaudas atskirai ir bendrąsias įvairių pacientui atliktų intervencijų sąnaudas. Sąnaudų apskaitoje turi būti įtraukta ir pastoviosios (pastatų ir naudojamos įrangos), ir kintamosios (medikamentų, priemonių ir kt.) sąnaudos, atsižvelgiant į jų naudojimo trukmę. Tačiau svarbu išvengti ir dvigubos sąnaudų apskaitos. Nemažai problemų gali kilti ir dėl kintamųjų sąnaudų apskaitos, kadangi sąnaudoms gali turėti įtakos rinkos sąlygos, dėl to vykstantys kainų pokyčiai, ypač taikant ilgalaikius gydymo metodus, tokius kaip PGM. Atliekant tokius tyrimus, rekomenduojama sąnaudų apskaitoje pateikti naudotų priemonių vidutinę vieneto rinkos vertę (4 lentelė) (137).

1.2.4.3. Pridėtinės išlaidos

Paprasčiausias būdas įvertinti kiekvienos paslaugos specifines pridėtines išlaidas – nustatyti priemones, kurios buvo naudojamos kelioms skirtingoms paslaugoms teikti, ir taikyti bendras sąnaudų priskyrimo taisykles, atsižvelgiant į jų panaudojimo intensyvumą (122). Pavyzdžiui, įrangos panaudojimo laiko apskaitai galima taikyti panaudojimo procentinę išraišką, priskirtą įvairioms paslaugoms ir susietą su šia įranga dirbančio personalo darbo užmokesčiu. Panašiai galima apskaičiuoti ir pastatų panaudojimą, išvedant jų panaudojimo koeficientus pagal atskiras paslaugas (122;129). Tai rodo, jog resursus įmanoma paskirstyti pagal paslaugas (pvz., kompiuteris tam tikrai intervencijai gali būti panaudotas 0,1 pajėgumu). Tai priimtina taikyti, kaip kad darbo priemonėmis gali bendrai naudotis keli darbuotojai, o pastatai gali būti per trumpą laikotarpį parduoti arba išnuomoti keliems vartotojams.

1.2.4.4. Panaudojimas

Įrangos ir kitų priemonių panaudojimo koeficientas gali turėti didelę įtaką paslaugai priskirtoms sąnaudoms (122;149;155). Įrangos panaudojimo koeficientas – tai laikas, per kurį įranga yra iš tiesų naudojama paslaugoms teikti, pavyzdžiui, jei kompiuteriu per aštuonių valandų darbo dieną naudojamas tik 4 valandas, tai jo panaudojimo koeficientas yra 50%. Lyginant įvairias sveikatos priežiūros paslaugas, svarbu įvertinti ne darbo priemonių, naudojamų paslaugai teikti, brangumą bei aplinką, kurioje paslaugos teikiamos, bet ir esmines paslaugos savybes, turinčias įtaką šios paslaugos sąnaudoms.

1.2.4.5. Perkainavimas

Norint tinkamai palyginti atskiras paslaugas, tai paslaugas, kurios teikiamos ilgą laiką, bet jų gydymo poveikis pasireiškia vėlesniu laikotarpiu, būtina perkainuoti. Plačiausiai taikomas 3 % perkainavimas (122).

Pasirenkant tinkamą sąnaudų apskaitos metodą, svarbu jį numatyti ir vykdyti nuo tyrimo pradžios. Tai leidžia tiksliai apskaičiuoti paslaugoms skirtas sąnaudas. Tyrimo metu į sąnaudų apskaitą turėtų būti įtrauktos ne tik tiesioginės sąnaudos, bet ir kitų sektorių bei pacientų patirtos sąnaudos.

1.2.5. Sergančiųjų priklausomybės ligomis gyvenimo kokybės vertinimas

Gyvenimo kokybės (GK) samprata pirmiausia pradėta taikyti socialiniuose moksluose ir tik vėliau pritaikyta medicinoje, pastebėjus, kad, taikant gydymą vėžiu sergantiems pacientams, pailgėja ne tik jų gyvenimas, bet ir bendra savijauta (156;157). Dar vėliau GK vertinimas pradėtas taikyti priklausomybės ligomis sergančiųjų socialiniam funkcionalumui, gerovei ir pasitenkinimui gyvenimu įvertinti (158-161).

GK atspindi priklausomybės ligomis sergančio paciento subjektyvų savo gerovės ir savijautos vertinimą, įskaitant fizinius, emocinius ir socialinius kasdieninio gyvenimo aspektus (161;162). GK vertinimas plačiai taikomas vaistų poveikiui ir paciento savijautai vertinti (26;27;163;164). Jis gali būti pritaikytas ir įvairioms sveikatos priežiūros programoms vertinti (165-168). Tačiau iki šiol atlikti tik keli GK tyrimai, įvertinantys PGM programų poveikį priklausomybės ligomis sergantiems pacientams ir jų GK (161;169-171).

Gali būti taikomi šie GK vertinimo būdai:

1. Aprašomieji tyrimai – GK įvertinama ir palyginama tarp populiacijų;
2. Analitiniai tyrimai – vertinamos sąsajos tarp paciento charakteristikų ir GK;
3. Klinikiniai tyrimai – GK naudojama kaip gydymo išeičių rodiklis.

Pagal Patrick ir kt. (172), gyvenimas turi dvi dimensijas: kiekybinę ir kokybinę. Gyvenimo kiekybė yra susijusi su biomedicininiais duomenimis, tokiais kaip mirtingumas ar gyvenimo trukmė. Gyvenimo kokybė atspindi įvairius gyvenimo aspektus, kurie negali būti atspindėti kiekybiniais rodikliais, ji apibrėžia subjektyvų ir bendrą savo gyvenimo įvertinimą. GK nėra vien tik subjektyvus gerovės įvertinimas, bet ir objektyvus sveikatos būklės vertinimas sąveikoje su kitais išoriniais veiksniais (173).

Daugiadimensinį GK apibrėžimą pasiūlė Patrick ir kt. (172): „Tai reikšmė, atspindinti gyvenimo trukmę, atsižvelgiant į žmogaus socialines galimybes, jautimus, funkcinį pajėgumą ir negalią, kuri yra nulemta ligų, traumų, gydymo ir sveikatos politikos“. Aaronson ir kiti autoriai (127) pasiūlė į GK sampratą įtraukti ne mažiau kaip keturis aspektus: 1) fizinio funkcionalumo būklę, 2) su liga ir gydymu susijusius simptomus, 3) psichologinį funkcionalumą, 4) socialinį funkcionalumą. Atsižvelgiant į ligos pobūdį, papildomai gali būti įtraukti ir kiti aspektai, atspindintys specifines pacientų savybes, kurias galėjo paveikti tam tikras gydymas (127).

GK vertinimo tikslas – atskleisti ligos simptomus ar pašalinius reiškinius, jų poveikį žmogaus bendrai savijautai ir gyvenimui, įvertinti, kaip jie paveikia priklausomybės ligomis sergančių žmonių kasdienį gyvenimą (174-176). Gautą informaciją gali naudoti gydytojai, politikai bei patys pacientai, sprendami dėl pakaitinio gydymo (166;176-180).

1.2.6. Klausimynai, skirti sergančiųjų priklausomybėmis GK vertinimui

GK tyrimai atliekami tiek bendruomenės ar populiacijos lygmeniu, tiek individualiai, kai specifinėje situacijoje tiriama konkretaus paciento GK.

Cummins (181) aprašė daugiau kaip 100 klausimynų, vertinančių GK skirtingais būdais. Nėra abejonės, kad skirtingi GK aspektai iš dalies akcentuoja tai, ką tyrėjai pasirenka svarbiu paciento GK rodikliu (182). Kiekviena liga turi specifinę įtaką žmogaus savijautai, ypač narkomanams. Tarp esamų GK vertinimo klausimynų trūksta specifinių, pritaikytų priklausomybės ligomis sergantiesiems.

GK vertinimo klausimynai gali būti skirstomi į:

1. Vieno klausimo bendruosius;
2. Daugiafaktorinės sveikatos būklės bendruosius arba generinius;
3. Specifinius.

Pasirenkant tyrimui tinkamą klausimyną, reikia atsižvelgti į tyrimo tikslus, metodinius ir praktinius tyrimo aspektus.

Vieno klausimo bendrieji klausimynai yra tie, kurie sukurti vertinti GK visapusiškai ir bendrąja prasme. Tai gali būti vieno klausimo klausimynas ar skalė.

Generiniai GK vertinimo klausimynai panašūs į bendruosius, nes jie buvo sukurti plačiai aprašyti paciento GK. Sveikatos priežiūroje jais siekiama aprašyti išsamų ligos ar simptomų poveikį paciento kasdieniam gyvenimui. Generiniai klausimynai apibendrina daugybę sveikatos aspektų, kurie gali būti vienodai pritaikyti įvairioms sąlygoms ir būklėms vertinti. Paprastai į generinių klausimynų sudėtį būna įtraukti fiziniai, psichiniai ir socialiniai sveikatos aspektai. Šie klausimynai nėra sukurti vertinti ligos specifiniams veiksniams, kurie kartais gali būti esminiai nustatant ligos išėtis ar klinikinius pokyčius. Jie gali būti naudojami tiek priklausomybės ligomis sergantiesiems, tiek sveikiems žmonėms. Šie klausimynai turi ypatingą prasmę, kai lyginamos skirtingos populiacijos ar ligų grupės, o jų trūkumas tas, kad šių klausimynų jautrumas gali būti nepakankamas, kad tiksliai atspindėtų narkomanų specifinius GK aspektus.

Specifiniai GK vertinimo klausimynai skirti įvertinti gydymo veiksmingumui ir nustatyti nors ir menkam pokyčiui specifinėmis sąlygomis, kur generinių klausimynų jautrumas gali būti per menkas (183). Šie klausimynai dar skirstomi į dvi grupes:

1. Ligai ar populiacijai specifiskus.
2. Simptomui specifiskus instrumentus.

Ligai ar populiacijai specifiški klausimynai sudaryti iš kelių ligos simptomus vertinančių komponentų. Jie specifiški tik tam tikrai ligai ar ligonių populiacijai (184;185). Šie klausimynai turi gerus patikimumo, jautrumo ir specifiskumo rodiklius, tačiau jie negali būti naudojami lyginant skirtingas ligas ar populiacijas (tarp jų – kontrolinę grupę, paimtą iš bendros populiacijos) ir gali būti mažiau patikimi vertinant bendrą tiriamųjų savyją.

Simptomui specifiniai klausimynai didžiausią dėmesį kreipia ne į bendrą savyją, o koncentruojasi ties tam tikra problema, į kurią orientuotas gydymas, t.y. į skausmą, nuovargį ar fizinį aktyvumą ir funkcionavimą. Todėl jų naudojimas yra vertingas pacientų stebėsenai, siekiant išsiaiškinti, kaip gydymas veikia paciento juntamus ligos simptomus.

Tyrimuose visi GK vertinimo klausimynų tipai yra vertingi ir gali būti naudojami derinant generinius klausimynus (gauti grupių ir populiacijų palyginamumą) ir nustatant specifines problemas, kurias lemia gydymas, t. y. naudojant specifinius GK vertinimo klausimynus, todėl rekomenduojama tyrimuose GK vertinimui naudoti tiek generinius, tiek specifinius klausimynus, siekiant kuo patikimesnių duomenų. Literatūroje nurodomi GK vertinimo generiniai ir specifiniai klausimynai (5 lentelė), kurie gali būti naudojami vertinant problemas, susijusias su priklausomybės ligų gydymu (161).

1.2.7. Veiksniai, darantys įtaką asmenų priklausomų nuo narkotikų gyvenimo kokybei

Įvairių sveikatos problemų ir GK vertinimas siejasi su tyrimo klausimyno pasirinkimu ir naudojimu siekiant gauti tam tikrą skaitmeninę GK reikšmę. Įprasta, kad skirtingoms sveikatos būklėms žmonės priskiria skirtingas GK reikšmes. Reikšmės nustatomos pateikiant standartizuotus klausimynus, tačiau iki šiol nėra vieningos nuomonės dėl gaunamų duomenų patikimumo (186;187). Yra duomenų, kad įvairioms pacientų grupėms, vertinant gaunamas GK reikšmes, gali turėti įtakos daugelis išorinių veiksnių (109;188;189). Kai kurie autoriai nurodo, kad žmonių sociodemografinės charakteristikos bei patirtis gali daryti įtaką jų GK reikšmėms (190). Taip pat gali būti gauti prieštaringi rezultatai, naudojant skirtingus GK vertinimo klausimynus (174;191-195).

5 lentelė. GK vertinimo klausimynai, taikytini sergantiesiems priklausomybės ligomis (161).

Klausimynas	Tipas	Skalė	Rodikliai
Quality of Life Visual Analogue Scale	Bendrasis	0-100	Bendras pasitenkinimas ir gerovė
Munich List of Life Dimensions	Bendrasis	0-10	Pasitenkinimas ir svarba
WHOQOL	Generinis	5 – pakopų skalė	Fizinė, psichologinė sveikata ir gerovė, socialiniai santykiai, aplinka, mokymasis
Euroqol EQ-5D	Generinis	3– pakopų skalė 0-100	Mokymasis, savirūpa, kasdienė veikla, skausmas, depresija + GK skalė
Lancashire Quality of Life Profile	Generinis	Taip, Ne	Darbas, laisvalaikis, religija, finansai, kasdienis gyvenimas, teisingumas ir saugumas, šeimos santykiai, socialiniai santykiai ir sveikata. Tai pat naudojama GK skalė.
Sickness Impact Profile (SIP)	Generinis	Taip, Ne	Fizinė (judėjimas, kūno priežiūra), psichosocialinis (socialiniai santykiai, bendravimas, budrumas, emocijos, gyvensena), kita (miegas, poilsis, apetitas, darbas, namų priežiūra, poilsis)
Nottingham Health Profile	Generinis	0–100	Energingumas, skausmas, emocijos, miegas, socialinė izoliacija, fiziniai gebėjimai
Short Form-36	Generinis	0–100	Fizinė veikla, pareigų atlikimas, somatinis skausmas, psichinė sveikata, emocinis pastovumas, socialumas, gyvybingumas ir bendra sveikata
Quality of Life Questionnaire	Generinis	7– pakopų skalė	Gyvenimiškos situacijos, finansai, laisvalaikis, šeima, socialinis gyvenimas, sveikata, sveikatos priežiūra
Quality of Well-being Scale	Generinis	0–1	Simptomų kompleksas, judrumas, fizinis ir socialinis veiklumas
Opioid Withdrawal Scale	Specifinis, (priklausomybės)	0–4	Priklausomybių simptomai
Zung Self-Rating Depression Scale	Specifinis (depresija)	4 – pakopų skalė	Depresija
Beck Depression Scale	Specifinis (depresija)	0–3	Sąmoningumas, nesėkmės nuojauta, verksmų priepuoliai, kūno vaizdas ir kiti simptomai
Mental Health Inventory	Specifinis (psichologija)	1–6	Nerimas, depresija, gyvensenos ir emocinė kontrolė, teigiami išgyvenimai, tarpasmeniniai ryšiai
Multidimensional Pain Inventory	Specifinis (skausmas)	0–6	Skausmo stiprumas, reakcija į aplinkinius susieta su skausmu, veikla
Quality of Life Index for Mental Health	Specifinis (psichinė sveikata)	Individualizuotas vertinimas	Pasitenkinimas gyvenimu, darbingumas, psichologinė gerovė, fizinė sveikata, socialiniai santykiai, ekonominė padėtis, kasdienė veikla, simptomai ir tikslų turėjimas ir siekimas

Asmens savybės. Subjektyviems GK vertinimo rodikliams gali turėti įtakos asmeninės tiriamojo savybės. Asmens savybės lemia požiūrį į savo sveikatą, o tai turi įtakos požiūriui, kaip žmogus vertina gydymą, sveikatos pokyčius ir savo GK. GK rodiklius gali paveikti ir anksčiau taikytas pakaitinis gydymas bei ankstesnė tiriamojo patirtis (161;190;196;197).

Atsižvelgiant į skirtingus GK rodiklius, galima pastebėti, kad asmens savybės iš dalies gali būti siejamos su kitu artimu GK rodikliu – pasitenkinimu gyvenimo sąlygomis. Yra įrodyta, kad asmens savybės lemia individo gyvenseną daugelyje gyvenimo sričių, todėl galima sėkmingai numatyti ir veiksnius, darančius įtaką GK pokyčiams. Tiriant individo GK, galima padidinti duomenų patikimumą, atsižvelgiant į asmens savybes, kurios turi įtakos individo GK (109).

Laikotarpis. GK vertinimas kinta įvairiais individo gyvenimo laikotarpiais. Naudojant individo GK vertinti tą patį GK klausimyną skirtingais gyvenimo laikotarpiais, galima gauti skirtingus GK vertinimus. Tyrimai rodo, jog sergančiųjų priklausomybės ligomis GK pokyčiai laike atspindi individo adaptacijos greitį, kuris taip pat siejamas su atsaku į PGM. Pavyzdžiui, pacientai, kurie psichologiškai nebuvo pasirengę greitai atsisakyti narkotikų vartojimo, patyrė didesnę stresą, dažniau buvo linkę atsisakyti PGM arba tapti priklausomais nuo medikamentų. (161;198;199).

Išoriniai veiksniai. Subjektyvių GK rodiklių idealiomis sąlygomis neturėtų nulemti paciento individualios savybės, kurios nesiejamos su liga ar sveikatos priežiūra. Tačiau klausimynų atsako rodikliai priklauso nuo individo šeiminės padėties, išsilavinimo, pajamų, rasės, geografinės padėties ir daugelio išorinių psichologinių veiksnių (200-202).

GK atspindi daugelį gyvenimo aspektų ir negali būti įvertinta vien tik objektyviais kiekybiniais rodikliais. Vertinant GK būtina įvertinti ir subjektyvius kokybinius gyvenimo aspektus. Priklausomybės ligomis sergančiųjų GK reikia vertinti naudojant tiek generinius, tiek specifinius GK klausimynus, kurių pasirinkimą, numatant galimus GK pokyčius, lemia tyrimo tikslai, klausimyno patikimumas ir individualios tiriamųjų savybės.

2. METODAI

2.1. Tiriamoji aplinka

Prieklausomybės ligų centrai Lietuvoje (Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje), kuriuose vykdoma nestacionarinė (ambulatorinė) pakaitinio gydymo metadonu programa.

2.2. Tiriamieji

Tyrime dalyvavo visi priklausomi nuo opioidų asmenys įtraukti į PGM programą 2004 m. pirmąjį pusmetį, atitinkantys visus įtraukimo į tyrimą kriterijus.

2.2.1. Įtraukimo kriterijai

1. TLK-10 priklausomybės nuo opioidų diagnozė.
2. Amžius nuo 18 iki 65 metų.
3. Psichiškai kompetentingas (patvirtinta gydytojo) pasirašyti informuoto sutikimo formą.
4. Nėra fizinės negalios, trukdančios dalyvauti programoje.
5. Pasirašyta informuoto sutikimo forma.
6. Gyvena pakankamai arti nuo priklausomybės ligų centro.
7. Sutinka atsakyti į klausimynus po 3 ir 6 mėnesių.

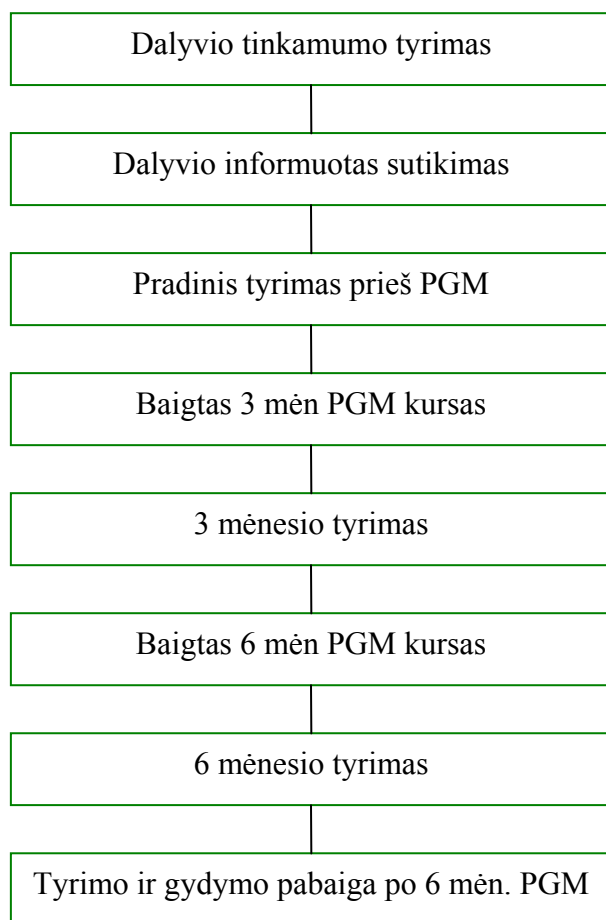
2.2.2. Atmetimo kriterijai

1. Sunkus psichinis sutrikimas ar protinis atsilikimas.
2. Sunkūs gyvensenos sutrikimai ar psichozės simptomai.
3. Negalės dalyvauti gydymo programoje visą numatytą laikotarpį (pvz.: laukia teismo nuosprendžio, mėnesį laiko buvo areštuotas, dėl esamos sveikatos būklės turi būti stacionarizuotas ir kt.).
4. Gauna kitą priklausomybės nuo opioidų pakaitinį gydymą.
5. Nėštumas ir maitinimas krūtimi.

2.3. Tyrimo organizavimas

Perspektyvinio tyrimo protokolas buvo parengtas bendradarbiaujant su PSO kaip jungtinis priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo ir AIDS tyrimas (203). Tyrimo metu informacija surinkta naudojant struktūrinius klausimynus. Skirtingiems tyrimo komponentams naudoti bendrieji ir specifiniai klausimynai ar testai, kurių patikimumas buvo įvertintas anksčiau (204;205). Apklausas atliko nepriklausomi, projekto mokymus baigę specialistai. Klausimynai buvo pateikti

prieš PGM gydymo pradžią, PGM gydymo metu po 3 mėnesių ir PGM gydymo pabaigoje po 6 mėnesių (5 pav.). Tiriamas laiko tarpas – mėnuo prieš pradedant gydymą; trečiasis arba šeštasis PGM programos mėnuo.



5 paveikslas. Tyrimo organizavimo schema

2.4. Tyrimo instrumentai ir priemonės

2.4.1. Opioidinės priklausomybės gydymo indeksas (OTI)

OTI (angl. *Opiate Treatment Index*) specialiai sukurtas kaip išsamus standartizuotas klausimynas opioidinės priklausomybės gydymui įvertinti (206). Atrinkus tyrimo dalyvius, pirmųjų apklausų metu buvo surinkti duomenys apie vieno mėnesio laikotarpį iki dalyvavimo PGM programoje. Taip pat OTI klausimynas naudotas ir trečiojo bei šeštojo mėnesio tyrimams, siekiant nustatyti pokyčius PGM programos laikotarpiu. OTI klausimynas skirtas kompleksiškai įvertinti šešiams gydymo komponentams: narkotikų vartojimui, rizikai užsikrėsti ŽIV, socialinei funkcijai,

nusikalstamumui, sveikatos būklei ir psichologinei funkcijai. Šiame tyrime buvo atliktos apklausos atskiriems OTI klausimyno komponentams įvertinti: narkotikų vartojimui, nusikalstamumui ir sveikatai (5 priedas).

Tiriamas narkotikų vartojimas pastaruoju metu ir nustatomas priklausomybės nuo įvairių narkotinių medžiagų indeksas Q. Šiame tyrime naudotas heroino arba „kitų opioidų“ indeksas Q. Indeksas Q interpretuojamas taip: jei jo reikšmė lygi nuliui, reiškia abstinenciją; tarp 0.01 ir 0.13 – reiškia narkotikų vartojimą kartą per savaitę ar rečiau; tarp 0.14 ir 0.99 – reiškia narkotikų vartojimą dažniau nei kartą per savaitę; tarp 1.00 ir 1.99 – reiškia narkotikų vartojimą bent kartą per dieną; reikšmė, didesnė už 2, reiškia narkotikų vartojimą net keletą kartų per dieną.

Duomenys apie narkotikų suvartojimo kiekį (NV) apskaičiuojami pagal formulę:

$$NV = \frac{Q_1 + Q_2}{T_1 + T_2}$$

Kai:

Q_1 - kiekis, suvartotas paskutiniu vartojimo atveju;

Q_2 - kiekis, suvartotas priešpaskutiniu vartojimo atveju;

T_1 - tarpas tarp paskutinės ir priešpaskutinės narkotikų vartojimo dienos;

T_2 - tarpas tarp paskutinių antros ir trečios narkotikų vartojimo dienų;

Nusikalstamumas – programos dalyvio pripažįstama nusikalstama veikla (vagystės, narkotikų platinimas, sukčiavimas, smurtiniai nusikaltimai), maksimalus balas – 16. Kuo aukštesnis balas, tuo nusikalstamesnė asmens veikla. Duomenys sumuojami.

Sveikata – tai simptomų sąrašas, indikuojantis asmens sveikatos būseną. Skalė padalyta į skyrius, taip pat nurodyti visų pagrindinių organų sistemų simptomai ir indikacijos: bendra sveikatos būklė, su narkotikų švirkštimu susijusios problemos, širdies-kvėpavimo takų, lyties-šlapimo, ginekologinės, raumenų-kaulų, neurologinės, skrandžio-žarnyno problemos. Maksimali indekso reikšmė vyrams – 48, moterims – 50. Duomenys sumuojami.

2.4.2. PSO gyvenimo kokybės klausimynas (WHOQOL-bref)

WHOQOL-bref yra trumpesnė WHOQOL-100 klausimyno versija, turinti 26 klausimus. WHOQOL- bref buvo naudojama nustatyti gyvenimo kokybei pradinio tyrimo metu ir po 3 ir 6

mėnesių. WHOQOL- bref (3 priedas) apima vieną mėnesį iki apklausos vykdymo. Pradinio tyrimo metu tai atitinka vieną mėnesį iki šio tyrimo pradžios, kai tiriamajam nebuvo taikytas PGM.

WHOQOL- bref apibrėžia gyvenimo kokybę, atsižvelgdama į tiriamųjų suvokiamą gyvenimo padėtį, kultūrą, vertybių sistemą bei jų tikslus, viltis, standartus ir rūpesčius. Šis apibrėžimas parodo, jog gyvenimo kokybė remiasi subjektyviu kultūros, socialinės padėties ir aplinkos vertinimu. Šis gyvenimo kokybės apibrėžimas remiasi tiriamųjų „suvokta“ gyvenimo kokybe, todėl labiausiai paplitę simptomai, ligos ar būsenos netampa matavimo vidurkiais, bet nustatomi ligos padariniai ir gyvenimo kokybės įtaka sveikatai. Šiame klausimyne gyvenimo kokybė negali būti paprastai pakeista terminais „sveikatos būklė“, „gyvenimo stilius“, „pasitenkinimas gyvenimu“, „mąstymas“ ar „gerovė“. Gyvenimo kokybės aspektus parodo klausimyno struktūra, kurioje išskiriamos keturios sritys:

1. Kasdienio gyvenimo fizinė sveikata.
2. Psichologinis kūno įvaizdis ir išvaizda.
3. Socialiniai ir asmeniniai santykiai.
4. Aplinka ir materialiniai ištekliai.

Atlikus apklausas WHOQOL- bref klausimyno balai buvo skaičiuojami taip:

1. Susumuoti kiekvienos srities klausimų balai;
2. Kiekvienos srities balų vidurkio skaičiavimas ir balų vidurkio dauginimas iš 4, kad būtų galima šiuos balus palyginti su WHOQOL-100, kurie kinta tarp 4 ir 20.
3. Balų konvertavimas į skalę nuo 0 iki 100, naudojant transformacijos lentelę (4 priedas).
4. Konvertavimas į skalę nuo 0 iki 1.

2.4.3. DATCAP sąnaudų analizės programa

Sąnaudų apskaitai naudota Priklausomybės ligų gydymo sąnaudų analizės programa DATCAP (angl.: *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program*) (207-212). Ši metodika buvo sukurta Majamio universitete (JAV) 1997 metais dr. Michael French ir kolegų (213). DATCAP – tai programa, leidžianti standartizuotai įvertinti priklausomybės ligų gydymo metu tiek programos dalyvio, tiek gydymo įstaigos patiriamas sąnaudas. Ši programa vis plačiau taikoma vertinant PGM programų sąnaudas. Vertinant DATCAP programos sąnaudas gydymo įstaigoje taikoma personalo, gydymo priemonių ir medžiagų, paslaugų, pastatų, įrangos bei kt. priemonių sąnaudų apskaita.

Dalyvio sąnaudų apskaita sudaroma naudojant standartizuotą interviu, kurio metu tyrėjas surenka informaciją apie vieno gydymo epizodo metu paciento patiriamas sąnaudas (kelionės, darbo užmokesčio, trukmės, priemonių, medikamentų įsigijimo ir pan.). Visi gauti duomenys įvertinami pinigine verte ir priskiriami konkrečiam programos dalyviui.

Apskaitoje išskiriami du sąnaudų apibrėžimai: finansinis ir ekonominis. Finansines sąnaudas sudaro laikotarpio išlaidos ir PGM programoje naudotos įrangos ir priemonių nusidėvėjimas. Ekonominės sąnaudas sudaro realioji panaudotų priemonių vertė, atsižvelgiant į tai, kur sąnaudos buvo patirtos. Čia ekonominės sąnaudos yra lygios finansinėms sąnaudoms, pridėjus tų priemonių vertę, kurios buvo įgytos ankstesniu apskaitos laikotarpiu ar gautos nemokamai. Tiesiogiai priskiriamos išlaidos apskaitomos pagal sąnaudų apskaitos eilutes, o netiesioginės priskiriamos atitinkamai pagal jų vertę ir panaudos rodiklius. Įvertinus visas sąnaudas, DATCAP programa numato bendrą programos sąnaudų apskaitą ir sąnaudų priskyrimą konkrečiam programos dalyviui (214).

Vieneto kaina ir bendros programos sąnaudos. Programos sąnaudas sudarė tiesioginės ir netiesioginės sąnaudos: gydymo įstaigos teikiamų paslaugų sąnaudos, paciento sąnaudos. Visos sąnaudos šiame darbe pateikiamos ir analizuojamos pagal sveikatos programų ekonominiams vertinimams metodinius nurodymus (122;152;153;215-220), nurodant vieneto kainą, vienetų skaičių, naudojamus matavimo dydžius ir bendrą sąnaudų dydį.

2.5. Ekonominio vertinimo metodika

2.5.1. Sąnaudų veiksmingumo vertinimas

Sąnaudų veiksmingumui įvertinti naudoti opioidinės priklausomybės gydymo indekso (OTI) sveikatos ir narkotikų vartojimo skalės rodiklių pokyčiai trečią ir šeštą programos mėnesį lyginant su pradinio tyrimo duomenimis iki pradedant PGM programą:

Bendras dienų be narkotikų skaičius (D_{PGM}) buvo apskaičiuojamas pagal formulę:

$$D_{PGM} = \Sigma(D_0 - D_3)*3 + \Sigma (D_0 - D_6)*3$$

Kai:

D_0 - dienų, kai buvo vartojami narkotikai, skaičius mėnesį iki PGM

D_3 - dienų, kai buvo vartojami narkotikai, skaičius 3 mėnesį PGM programoje

D_6 - dienų, kai buvo vartojami narkotikai, skaičius 6 mėnesį PGM programoje

Bendras išvengtų ligiustumo simptomų skaičius (L_{PGM}) buvo apskaičiuojamas pagal formulę:

$$L_{PGM} = \Sigma(L_0 - L_3)*3 + \Sigma (L_0 - L_6)*3$$

Kai:

L_0 - ligiustų simptomų skaičius mėnesį iki PGM

L_3 - ligiustų simptomų skaičius 3 mėnesį PGM programoje

L_6 - ligiustų simptomų skaičius 6 mėnesį PGM programoje

Sąnaudų veiksmingumas (SV) įvertintas palyginant D_{PGM} ir L_{PGM} su patirtomis sąnaudomis (S_{PGM}) pagal formules:

$$SV_D = S_{PGM} / D_{PGM}$$

$$SV_L = S_{PGM} / L_{PGM}$$

2.5.2. Sąnaudų – naudingumo vertinimas

Kokybiškų gyvenimo metų (KGM_y) koncepcija, remiantis generinio WHOQOL–bref klausimyno rezultatais, naudota vertinant GK pokyčius PGM programos metu ir įvertinant sąnaudų – naudingumą. Remiantis WHOQOL–bref klausimynu, gyvenimo kokybės pokyčiai įvertinti 3 bei 6 programos mėnesį ir lyginant juos su pradinio tyrimo duomenimis prieš pradedant PGM. Kadangi šis klausimynas leidžia įvertinti vieno mėnesio prieš tyrimą GK pokyčius, o atlikto stebėjimo trukmė buvo 6 mėnesiai, todėl pradiniam GK pokyčiams įvertinti pasirinktas įvertinimo matas mėnesiais – kokybiško gyvenimo mėnuo (angl. *Quality adjusted life month – QALM*) atsižvelgiant į GK sritis pagal WHOQOL–bref klausimyną (122;221).

Naudodami WHOQOL–bref klausimyno rezultatus, skalėje 0 – 1 galime apskaičiuoti tikėtiną su kokybiškais gyvenimo metais susijusį bendrą išgyvenamumą bei susietą su tam tikra WHOQOL – bref klausimyno gyvenimo kokybės sritimi (122;222).

Kai $Q_s(t)$ yra vidutinė GK arba naudingumo rodiklis tiriamųjų, kurie buvo stebėti PGM programos metu, kai stebėjimo trukmė buvo t ir kai tiriamieji išgyveno šį laikotarpį, bei $S(t)$ kohortos išgyvenamumo funkcija. Hwang and Wang (223) įrodė, kad tikėtinas su KGM_m susietas išgyvenamumas ($E[QAS]$) pagal WHOQOL – bref klausimyną gali būti apskaičiuotas apskaitos laiko vienetui $[a, b]$ pagal formulę:

$$E[QAS]_{[a,b]} = \int_a^b Q_s(t)S(t)dt + \delta \int_a^b (1 - S(t))dt$$

kur δ GK arba naudingumo rodiklis susietas su mirštamumu per tiriamąjį laikotarpį. Per šešių mėnesių tyrimo laikotarpį galime apskaičiuoti tiek bendrą, tiek atskirų WHOQOL – bref sričių $Q_s(t)$ t. y. $t=0, 3$ ir 6 mėnesių laikotarpiais. Remdamiesi kitų tyrimų duomenimis (224;225), galime suformuoti hipotetinę negydytų PGM asmenų kohortą, jai numatydami pastovią GK, kurią gavome savo pradiniam (t=0) tyrime, t.y. $Q_s(6) = Q_s(3) = Q_s(0)$, bei priskirdami kituose tyrimuose nurodytą 3 proc. mirštamumo koeficientą (226-228). Tyrimuose nurodomas 3 proc. mirštamumas tarp negydytų asmenų bei 1 proc. mirštamumas tarp gydytų asmenų (229-233). Tokiu būdu darome prielaidą, kad išgyvenamumas yra $S(t) = (1 - q/12)^t$ laikotarpiais $t=0, 3$ ir 6 mėnesių, kur q yra mirštamumo rodiklis per metus. Darydami prielaidą, kad GK mirties atveju yra lygi $\delta = 0$, tikėtinas su gyvenimo kokybe susietas bendras arba atskiroms WHOQOL–bref sritims išgyvenamumas per šešių mėnesių laikotarpį gali būti apskaičiuotas trapezoidalinės aproksimacijos būdu pagal formulę:

$$0.5 \times (Q_s(0)S(0) + Q_s(3)S(3)) \times 3 + 0.5 \times (Q_s(3)S(3) + Q_s(6)S(6)) \times 3$$

Kadangi apskaitoje naudotas laiko vienetas yra mėnuo, šių skaičiavimų rodikliai nurodomi mėnesiais, t. y. kokybiško gyvenimo mėnuo (KGM_m), bendras arba susietas su tam tikra WHOQOL – bref klausimyno gyvenimo kokybės sritimi. PGM programos metu laimėti KGM_m apskaičiuojami įvertinant skirtumą tarp asmenų, kuriems taikytas PGM, ir negydytų asmenų. Vidutinės sąnaudos

pacientui per šešis mėnesius, reikalingos papildomai įgyti vieną KGM_m per tą patį laikotarpį, turi būti vertinamos kaip vieno kokybiško gyvenimo mėnesio sąnaudos.

Sąnaudų naudingumo rodikliai panaudojant KGM_m – kokybiško gyvenimo mėnesio (angl. QALM) ir KGM_y – kokybiškų gyvenimo metų (angl. QALY) rodiklius gali būti apskaičiuoti pagal šias formules:

$$\text{Sąnaudos per KGM}_m = S_6 / \text{KGM}_{m6}$$

$$\text{Sąnaudos per KGM}_y = S_6 / \text{KGM}_{m6} \times 12$$

Kai:

S₆ = vidutinės sąnaudos vienam pacientui per šešis mėn. PGM programą

KGM_{m6} – vidutinis įgytas KGM_m vienam pacientui per šešių mėn. PGM programą

Apskaičiuojamas vienas KGM_y reiškia išgyventus vienerius metus, kai sveikata buvo puiki. Jei apskaičiuota pusė KGM_y, tai atitiktų pusę metų puikios sveikatos. Šie rodikliai pasaulyje taikomi formuojant sveikatos politiką, lyginant įvairių sveikatos priežiūros paslaugų kainas, kuriomis pasiekama vienerių KGM_y, taip galima tikslingiau paskirstyti išteklius įvairioms sveikatos priežiūros paslaugoms ir programoms, siekiant maksimizuoti pacientams naudą, gaunamą iš sveikatos priežiūros.

2.5.3. Perkainavimas

Daugeliu atvejų suteiktos paslaugos, kurios teikiamos keletą apskaitos laikotarpių, siekiant palaikyti tą pačią sveikatos būklę, gali pareikalaus papildomų išlaidų ateityje. Žmonės yra linkę atidėti išlaidas. Ekonominė prasme tai suvokiama kaip laiko tarpo privalumas. Siekiant įvertinti laikotarpio sąnaudas, kai paslaugos teikiamos ilgiau nei vienerius metus, būtina atlikti perkainavimą (122;152;220;234). PGM programos trukmė buvo šeši mėnesiai, todėl sąnaudų ir gydymo baigčių perkainavimas nebuvo tikslingas.

2.5.4. Sąnaudų palyginimas įvertinant perkamąją galią

Perkamosios galios koeficientas (angl. *Purchasing power parity*, PPP) yra ekonomikoje vartojama sąvoka, apibūdinanti metodą, kuriuo palyginamos atskirų valstybių prekių kainos, tokiu būdu šalinant tų valstybių prekių ir paslaugų kainų skirtumus. PPP apskaičiuojamas tam tikroms prekėms arba jų grupėms valiuta, kuria parduodamos prekės tose valstybėse pagal Ekonominio bendradarbiavimo ir vystymo organizacija (angl. *Organisation for Economic Co-operation and*

Development (OECD)) ir Eurostat metodikas (235). Tiksliai PPP rodiklius Europos Sąjungos valstybėms skaičiuoja ir skelbia Eurostat agentūra, atsakinga Europos Sąjungoje už statistinės informacijos apdorojimą ir pateikimą (236), o ne Europos Sąjungos valstybėse PPP skelbia OECD (235;237).

PPP – tai valiutos nuvertinimo ar perversinimo nustatymo būdas, siekiant nustatyti, kiek reikia pinigų norint nupirkti tiek pat ir tokių pačių prekių ar paslaugų skirtingose valstybėse. Gaunamas koeficientas gali būti naudojamas kitų paslaugų ar prekių kainų santykiui palyginti, jis įvertina valstybių perkamosios galios skirtumus. Valstybių KGM_y kainos palyginimas panaudojant PPP buvo atliktas pagal formulę:

$$KGM_y (Lt) = KGM_y \text{ kaina}^* \times PPP \times VK^{**}$$

*Tos valstybės valiuta

**Valiutos kursas

2.6. Tyrimo etika

Tyrimo protokolą 2003 m. birželio 3 d. patvirtino Lietuvos bioetikos komitetas, bylos Nr. 53. (1 priedas)

2.7. Statistinė analizė

Kai tiriama nedidelė imtis ir tyrimo rezultatai nebūtinai pasiskirstę pagal normalinio pasiskirstymo dėsnį, statistinei analizei reikia taikyti neparametrinius statistinio vertinimo metodus. Fridmano testu buvo vertinama H^0 hipotezė, kad priklausomi kintamieji k yra iš tos pačios populiacijos (238;239). Fridmano testas leidžia įvertinti skirtumus, kai tiriamos populiacijos parametrai įvertinami daugiau kaip du kartus. Šis testas pagrįstas teiginiu, kad jei tiriamųjų grupės nesiskiria, tai kintamųjų pasiskirstymas grupėse turi būti atsitiktinis, ir jų vidurkiai neturėtų statistiškai reikšmingai skirtis. Fridmano statistiniai vertinimai pateikiami χ^2 rodikliu, su $(k - 1)$ laipsniu, kai k yra tiriamųjų grupių skaičius, o $i = 1$ iki k . Kai n yra tiriamųjų skaičius, tai T_i – rangų suma kiekvienoje grupėje. Fridman χ^2 rodiklis apskaičiuojamas SPSS-12 programine įranga pagal formulę:

$$\chi^2_{\text{Friedman}} = ([12/nk(k + 1)] * [\text{SUM}(T_i^2)] - 3n(k + 1))$$

Laikoma, kad tiriamieji rodikliai statistiškai patikimai skiriasi, kai gautas Fridmano testo χ^2 rezultatas yra $p < 0,05$ (239).

3. REZULTATAI

PGM tyrimą pradėjo 102 nuo opioidų priklausomi asmenys. Tyrimo metu iškrito arba atsisakė toliau dalyvauti 31 pacientas, iš jų – 18 iškrito per pirmus tris mėnesius, o kiti 13 pacientų ketvirto–šešto programos mėnesio laikotarpiu. Tyrimo dalyvių amžiaus vidurkis buvo 32,6 (SD $\pm$ 9,2) metų. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp baigusių ir nutraukusių tyrimą vertinant sociodemografinės tiriamųjų charakteristikas, aprašytas 6 lentelėje, nebuvo stebėta.

6 lentelė. PGM programos dalyvių, baigusių visą gydymo kursą ir nutraukusių gydymą, sociodemografinių charakteristikų palyginimas

Kintamieji	Baigė tyrimą (N=71)		Nutraukė tyrimą (N=31)	
	N	Dažnis (%)	N	Dažnis (%)
Lytis				
Vyras	55	77.5	27	87.1
Moteris	16	22.5	4	12.9
Amžius				
≤24	21	29.6	7	22.6
25-32	20	28.2	7	22.6
33-40	11	15.5	12	38.7
41≥	19	26.7	5	16.1
Šeiminė padėtis				
Ištekėjusios/vedę	8	11.3	2	6.4
Gyvenantys kartu	11	15.5	5	16.1
Našliai/-ės	4	5.6	-	-
Išsiskyre	16	22.5	6	19.4
Netekėjusios/ nevedę	32	45.1	18	58.1
Baigtų studijų trukmė				
≤ 10 metų	30	42.3	10	32.3
11-12 metų	29	40.8	11	35.4
13 ir > metų	12	16.9	10	32.3
Baigtos paskutinės studijos				
Ne	26	36.6	10	32.3
Taip	45	63.4	21	67.7

PGM programoje taikytas gydymas metadonu mažomis dozėmis. Vidutinė metadono paros dozė PGM programos pradžioje buvo 52 $\pm$ 18 mg (dozės – nuo 15–100 mg). ŽIV paplitimas tarp programos dalyvių, lyginant su kitomis valstybėmis, buvo nedidelis ir iki PGM pradžios diagnozuotas 8% tiriamųjų, o hepatitas C – 97% visų ištirtųjų.

3.1. Pakaitinio gydymo metadonu programos veiksmingumas ir dalyvių gyvenimo kokybės pokyčiai

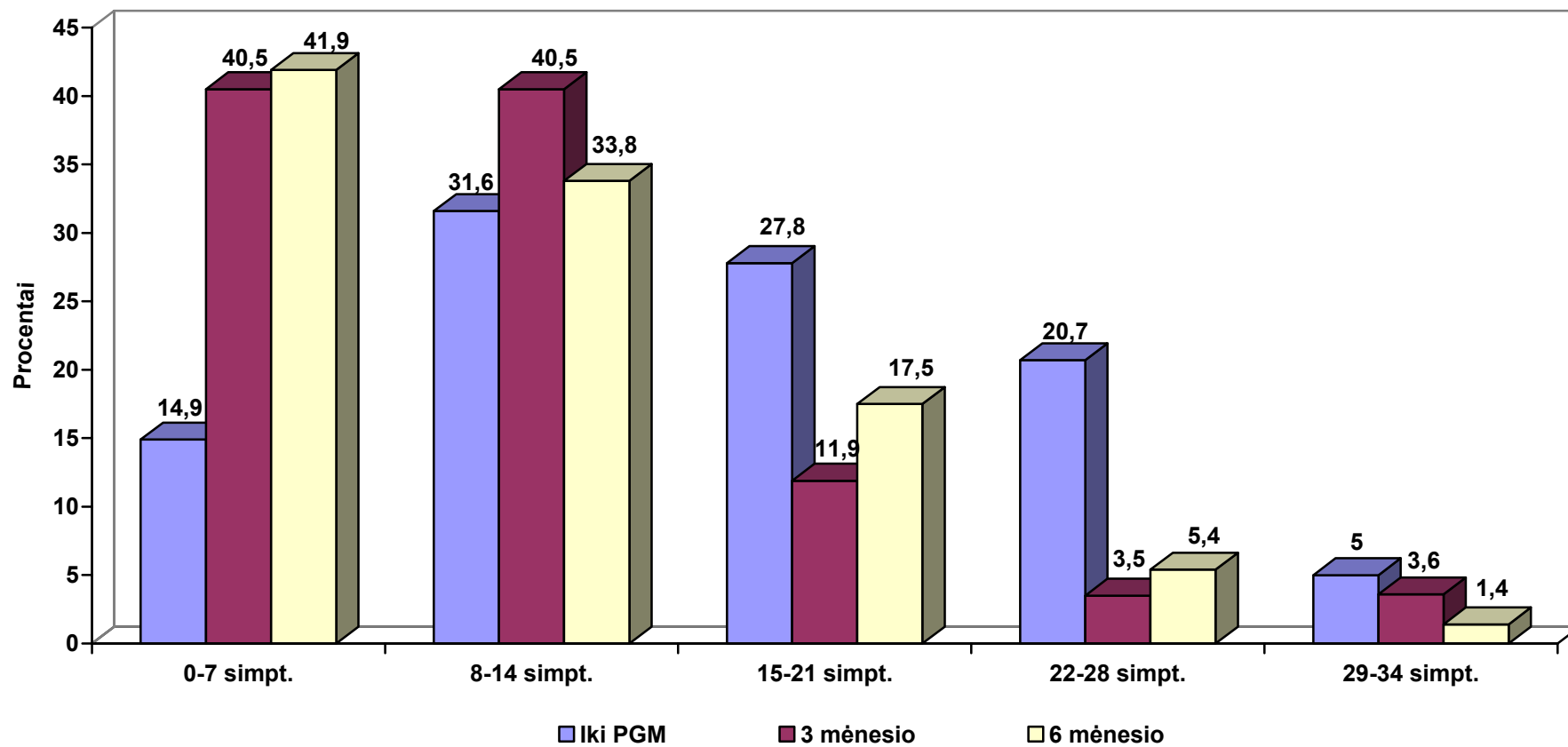
3.1.1. Sveikatos rodiklių pokyčiai

Tarp tyrimo dalyvių jau po trijų mėnesių PGM buvo matyti, kad gerėja sveikatos rodikliai bei mažėja daugelio organų sistemų sutrikimų. PGM statistiškai patikimai sumažino liguistų simptomų skaičių, susijusį su injekcijomis, širdies ir kvėpavimo, kaulų ir raumenų, virškinimo, nervų sistemomis. Teigiama tendencija – mažėjo šlapimo ir lyties bei ginekologiniai simptomų skaičius, tačiau statistiškai patikimų duomenų negauta (7 lentelė).

7 lentelė. Sveikatos rodiklių pokyčiai taikant PGM programą

Kintamieji	Simptomų skaičiaus vidurkiai ir standartinis nuokrypis			Friedmano	P
				χ^2	
	Iki PGM (N=71)	Po 3 mėn. stebėjimo (N=71)	Po 6 mėn. stebėjimo (N=71)		
Injekcijų problemos	1,43 ± 1,2	0,31±0,7	0,35±0,7	55,7	<0,001
Širdies-kvėpavimo	2,66± 2,2	1,83±2,0	1,99±2,2	6,8	0,034
Lyties-šlapimo	0,45± 0,6	0,37±0,7	0,36±0,7	2,0	0,368
Ginekologijos	0,15 ± 0,4	0,12±0,4	0,12±0,3	3,6	0,166
Skeleto-raumenų	1,05± 0,9	0,42±0,7	0,46±0,8	25,5	<0,001
Neurologijos	3,24±2,1	2,21±1,9	2,23±1,9	8,7	0,013
Virškinimo	1,50±1,4	0,99±1,1	0,84±1,1	16,1	<0,001
Bendros sveikatos	15,86±7,5	10,19±6,6	10,35±6,6	45,7	<0,001

Tyrimo pradžioje 53,5 proc. pacientų pabrėžė, jog pastarąjį mėnesį jautė daugiau kaip 15 įvairių liguistų simptomų (6 pav.), o vidutinis jų skaičius buvo 15,9± 7,5 simptomų. Tyrimo metu vidutinis registruotų simptomų skaičius statistiškai patikimai ($\chi^2=45,7$; $p<0,001$) sumažėjo, bendras vieno paciento liguistų simptomų skaičius po trijų mėnesių PGM taikymo vidutiniškai buvo 10,2 ± 6,6, o po šešių mėnesių PGM 10,4 ± 6,6 simptomo (7 lentelė). Po trijų ir šešių mėnesių PGM programos padidėjo dalis pacientų, kurie nurodė ne daugiau kaip 7 liguistus simptomus, atitinkamai tokių asmenų buvo 40,5 ir 41,9 proc., tuo tarpu iki PGM tokių pacientų buvo tik 14,9 proc. (6 pav.). Per visą PGM programos laikotarpį dalyviai išvengė 388 ligų simptomų, tokiu būdu gauti 2328 mėnesiai be liguisto simptomo.



6 paveikslas. Ligų simptomų skaičiaus pokyčiai tarp PGM programos dalyvių ($\chi^2=45,7$; $p<0,001$)

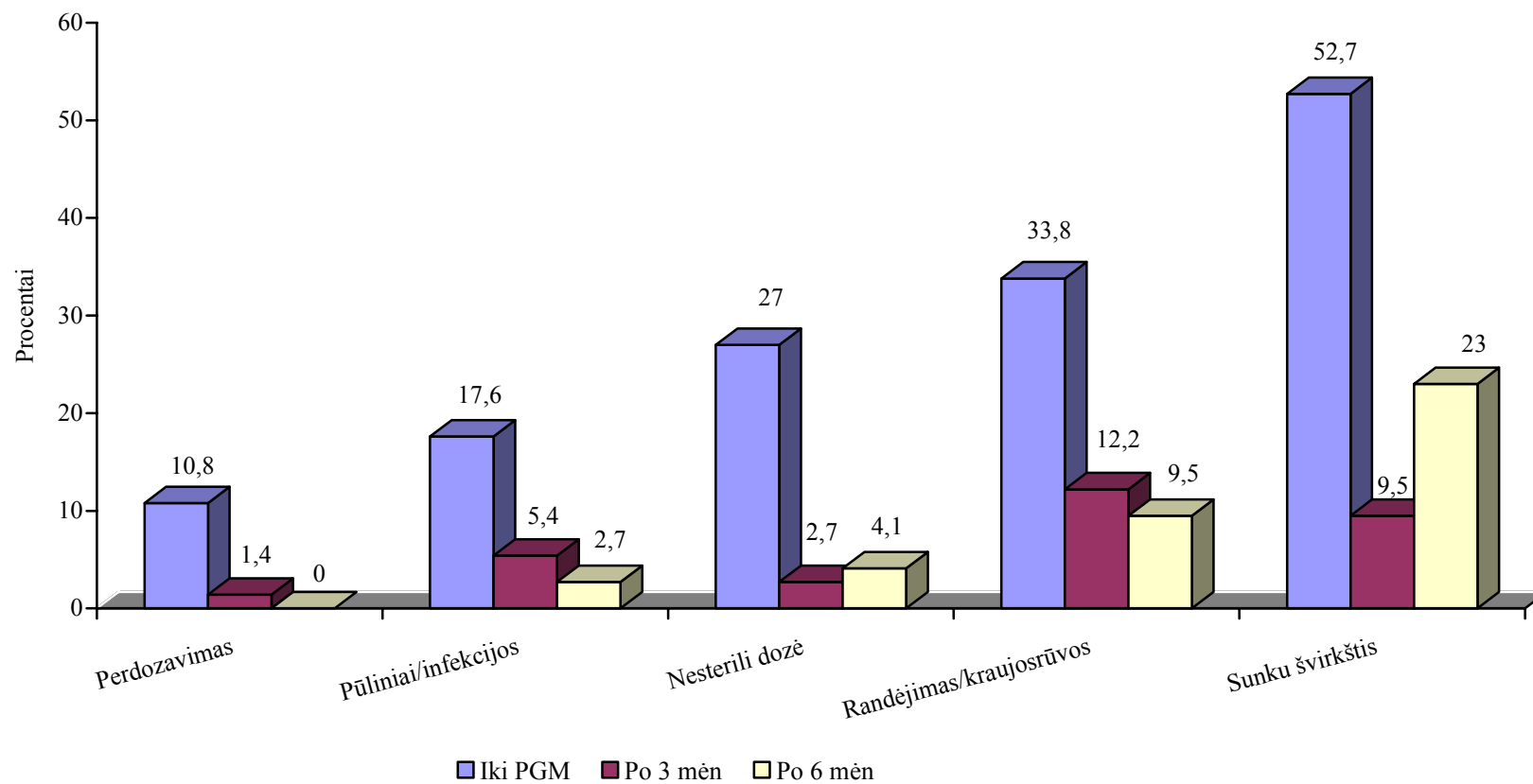
Vertinant atskirų su injekcijomis susijusių simptomų paplitimą (7 pav.) tarp pacientų iki PGM programos pradžios, daugiau kaip pusė (52,7 proc.) apklaustųjų paminėjo, jog sunku įsišvirkšti, šiek tiek mažiau šių tiriamųjų turėjo randėjimus ir kraujosruvas (33,8 proc.), susišvirkštę nesterilią dozę (27 proc.), turėjo pūlinių (17,6 proc.) arba perdozavo (10,8 proc.). Visų šių simptomų paplitimas statistiškai patikimai sumažėjo po trijų ir šešių mėnesių dalyvavimo PGM programoje: sunkumas švirkščiantis ($\chi^2=31,5$; $p<0,001$), randėjimai ir kraujosruvos ($\chi^2=20,1$; $p<0,001$), nesterili narkotikų dozė ($\chi^2=26,7$; $p<0,001$), pūliniai ir infekcijos ($\chi^2=12,9$; $p=0,002$) ir perdozavimas ($\chi^2=12,7$; $p=0,002$).

Tarp dalyvių, iki PGM programos, labiausiai buvo paplitę ir itin vargino šie liguisti širdies ir kvėpavimo organų simptomai (8 pav.): atsikosėjimai skrepliais (50 proc.), širdies plakimai ir plazdėjimai (41,9 proc.), kojų tinimai ir kosulys (po 35,1 proc.), krūtinės skausmai (24,2 proc.). Šių simptomų paplitimas po trijų ir šešių mėnesių taikant PGM statistiškai patikimai ($\chi^2=6,8$; $p=0,034$) sumažėjo.

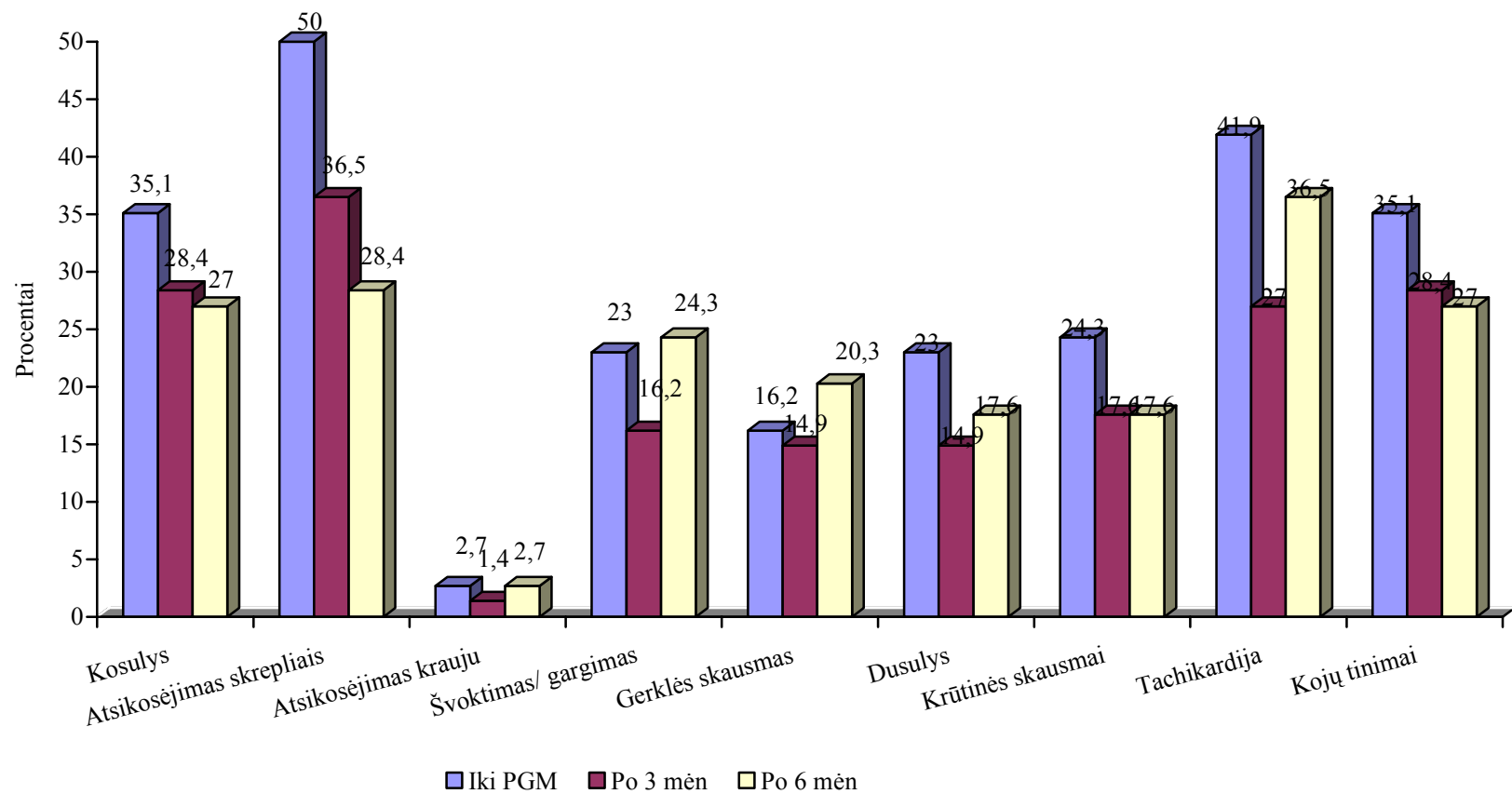
Vertinant urogenitalinės sistemos liguistų simptomų paplitimą tyrimo pradžioje, nustatyta, kad: 36,5 proc. tiriamųjų nurodė, jog yra sumažėjęs jų libido, o po trijų ir šešių mėnesių PGM programos taikymo libido sutrikimus nurodė mažiau programos dalyvių – atitinkamai 23 ir 25,7 proc., bet labiau paplito kiti urogenitalinės sistemos organų liguistų simptomai. Vertinant urogenitalinės organų sistemos liguistų simptomų paplitimą bendrai iki PGM programos ir po trijų bei šešių mėnesių nuo PGM programos pradžios, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=2,0$; $p=0,368$) nebuvo (9 pav.).

Iki PGM tyrimo tarp dalyvių dažniausiai buvo minimi šie neurologiniai sutrikimai (10 pav.): buvo įvairaus pobūdžio tirpimai (58,1 proc.), atminties sutrikimai (51,4 proc.), galvos svaigimai (50 proc.); šių ir kitų neurologinių simptomų paplitimas po trijų ir šešių mėnesių PGM taikymo sumažėjo. Statistiškai patikimai PGM tyrimo metu sumažėjo tremoro atvejų ($\chi^2=10,6$; $p<0,01$) ir atminties sutrikimų ($\chi^2=5,8$; $p=0,05$). Bendras neurologinių sutrikimų skaičius sumažėjo statistiškai patikimai ($\chi^2=8,7$; $p=0,013$).

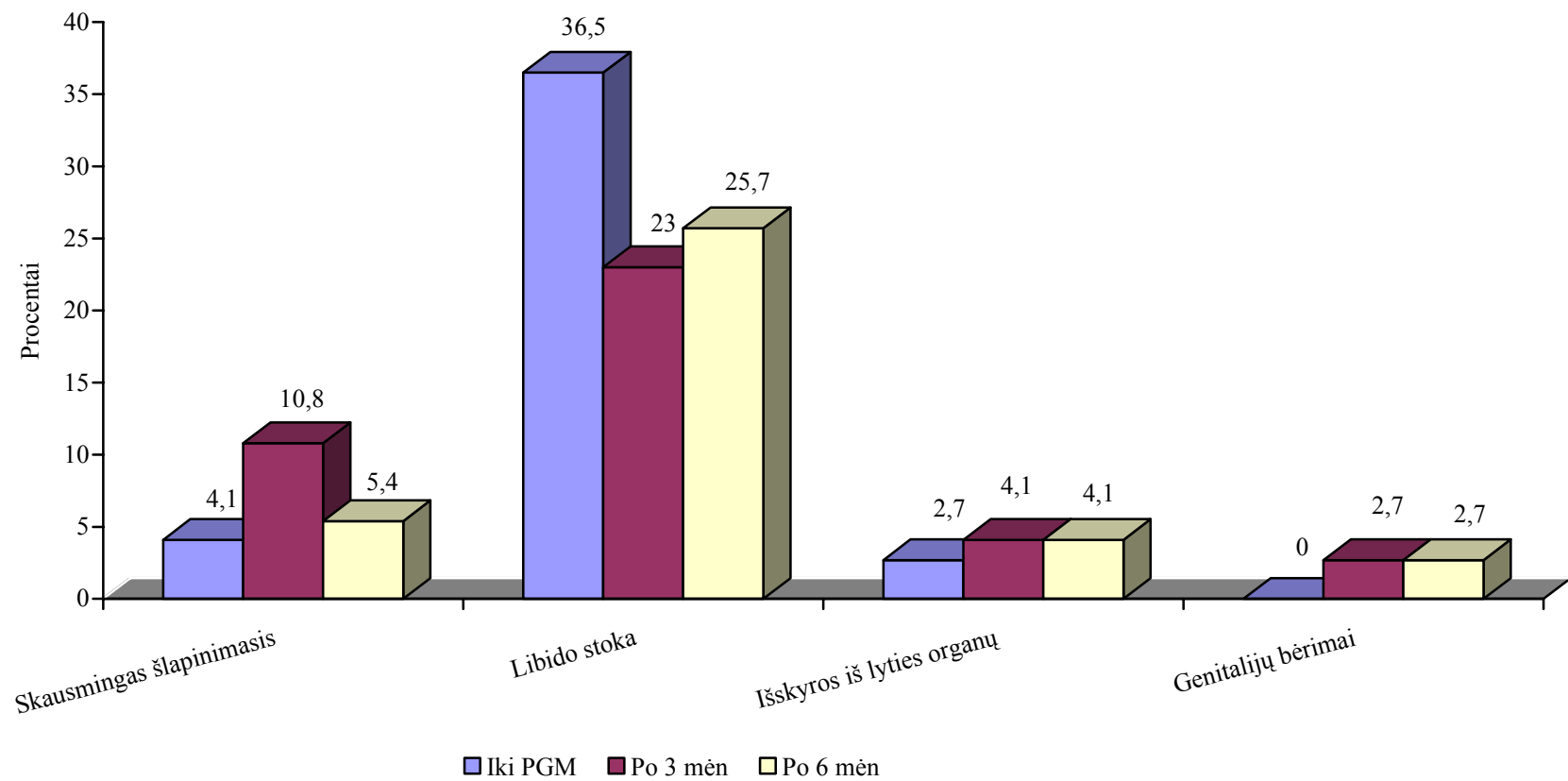
Iki pradedant PGM labiausiai buvo paplitę šie virškinimo sistemos sutrikimai: pykinimas (37,8 proc.), vidurių užkietėjimas (33,8 proc.), skrandžio skausmai (31,1 proc.) Pradėjus taikyti PGM, sumažėjo skrandžio ir žarnyno liguistų simptomų. Statistiškai patikimai sumažėjo tik pykinimo ($\chi^2=10,6$; $p=0,005$), vėmimo ($\chi^2=6,5$; $p=0,04$) ir viduriavimo ($\chi^2=7,8$; $p=0,02$) atvejų (11 pav.).



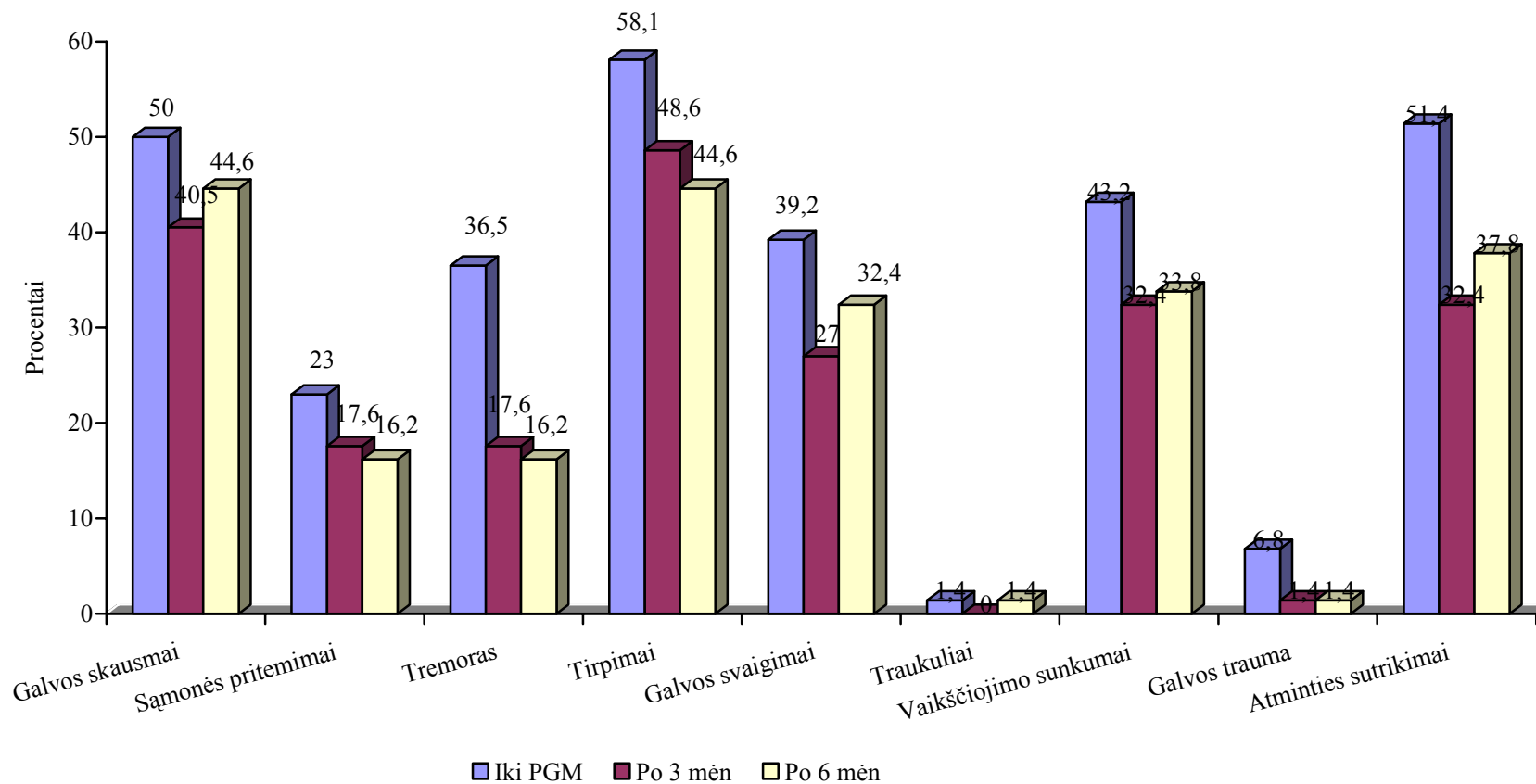
7 paveikslas. Su injekcijomis susijusių simptomų paplitimas ir pokyčiai PGM programos metu ($\chi^2=55,7$; $p<0,001$)



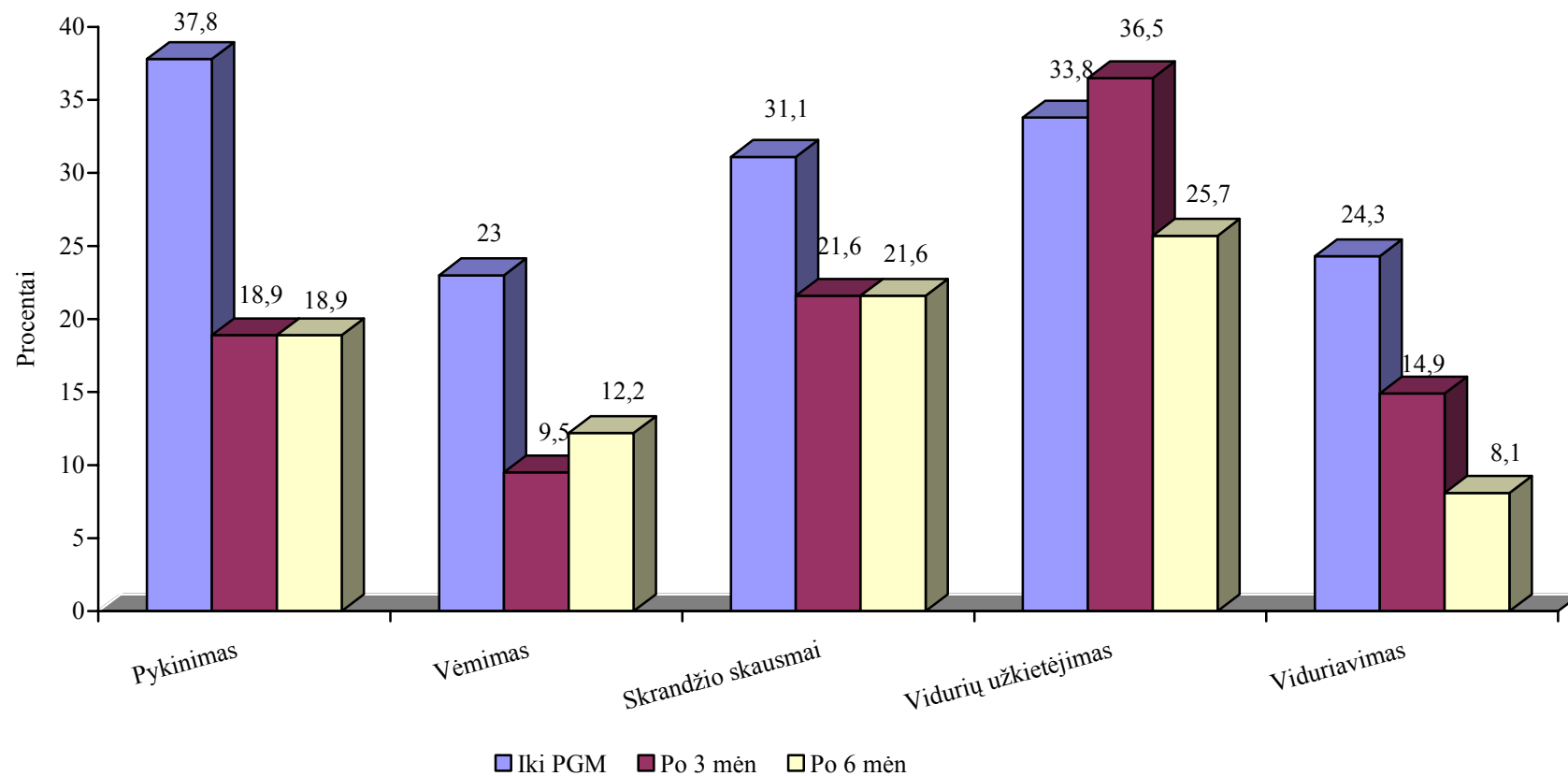
8 paveikslas. Širdies ir kvėpavimo organų liguistų simptomų paplitimo pokyčiai PGM metu ($\chi^2=6,8$; $p=0,034$)



9 paveikslas. Urogenitalinės sistemos liguistų simptomų paplitimo pokyčiai ($\chi^2=2,0$; $p=0,368$)

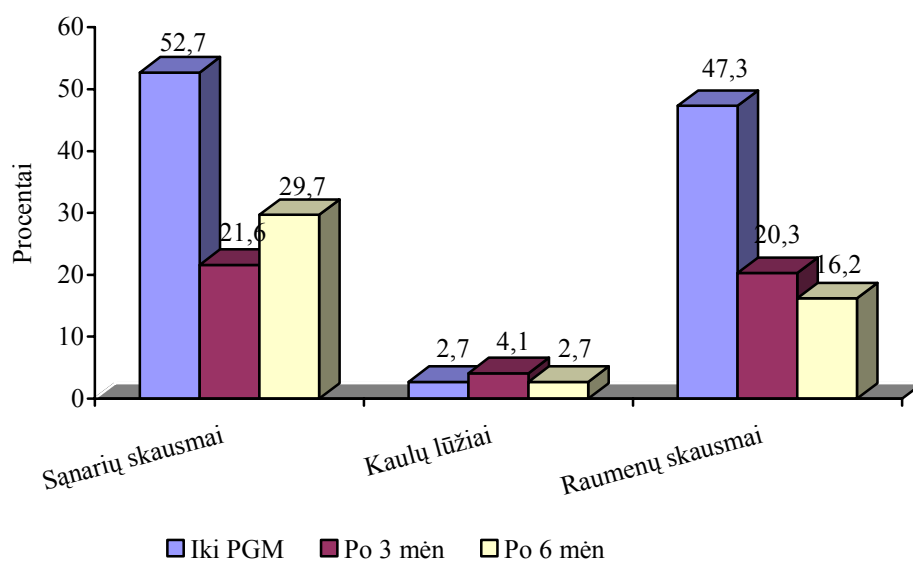


10 paveikslas. Neurologinių simptomų paplitimo pokyčiai taikant PGM ($\chi^2=8,7$; $p<0,013$)



11 paveikslas. Skrandžio ir žarnyno liguistų simptomų paplitimo pokyčiai taikant PGM ($\chi^2=16,1$; $p<0,001$)

Vertinant kaulų ir raumenų liguistų simptomus iki PGM programos, tarp programos dalyvių labiausiai buvo paplitę sąnarių (52,7 proc.) ir raumenų (47,3 proc.) skausmai. Apklausus tiriamuosius po trijų ir šešių mėnesių, atitinkamai sąnarių skausmų sumažėjo iki 21,6 proc. ir 29,7 proc. ($\chi^2=16,7$; $p<0,001$), o raumenų skausmų sumažėjo iki 20,3 proc. ir 16,2 proc. ($\chi^2=22,9$; $p<0,001$). Kaulų lūžių ir traumų paplitimas statistiškai patikimai ($\chi^2=0,3$; $p<0,846$) nesiskyrė (12 pav.).



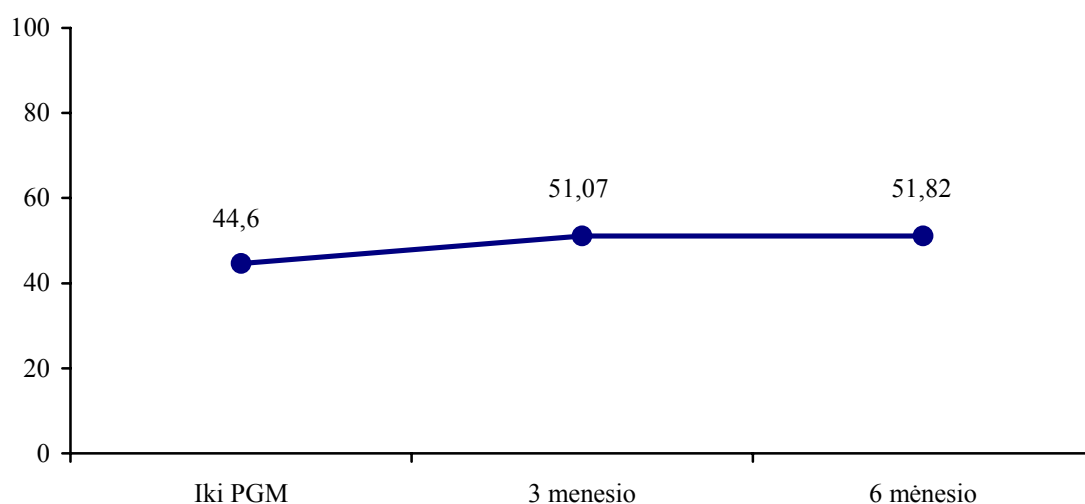
12 paveikslas. Kaulų ir raumenų liguistų simptomų paplitimo pokyčiai PGM programos metu ($\chi^2=25,5$; $p<0,001$)

3.1.2. WHOQOL-bref gyvenimo kokybės rodiklių pokyčiai

Šešių mėnesių tyrimo rezultatai parodė, kad PGM programa teigiamai veikia priklausomybės ligomis sergančių asmenų gyvenimo kokybę ir sveikatą. PGM programos metu statistiškai patikimai pagerėjo daugelio GK komponentų rodikliai, lyginant per tyrimą iki PGM programos, po trijų mėnesių ir šešių mėnesių tyrimų.

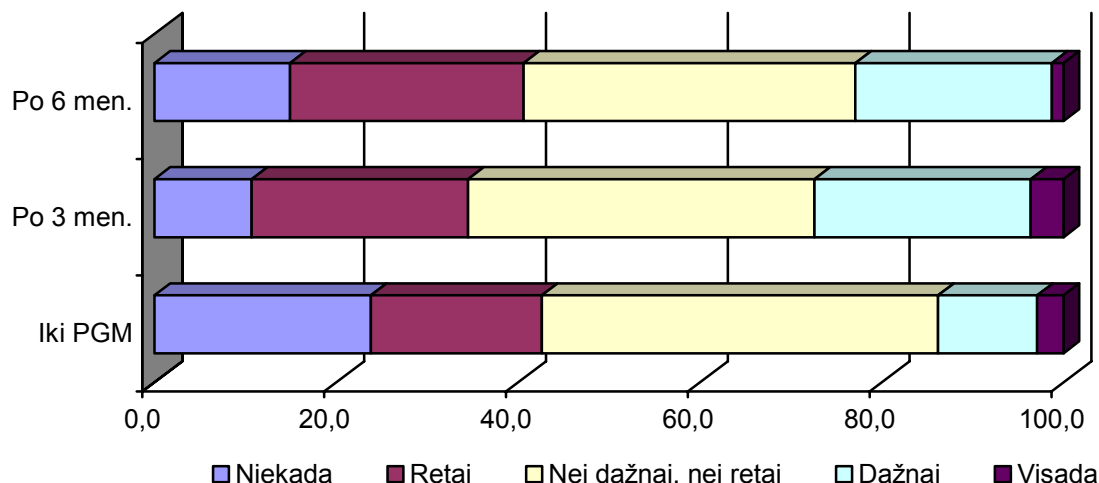
3.1.2.1. Gyvenimo kokybės psichologinio komponento pokyčiai PGM programos metu

Psichologinio gyvenimo kokybės komponento rodikliai statistiškai patikimai ($\chi^2=11,0$; $p=0,004$) pagerėjo pradinio, po trijų mėnesių ir po šešių mėnesių atliktų tyrimų (13 pav.) ir kito atitinkamai $44,6\pm 16,13$; $51,07\pm 16,57$ ir $51,82\pm 17,2$.



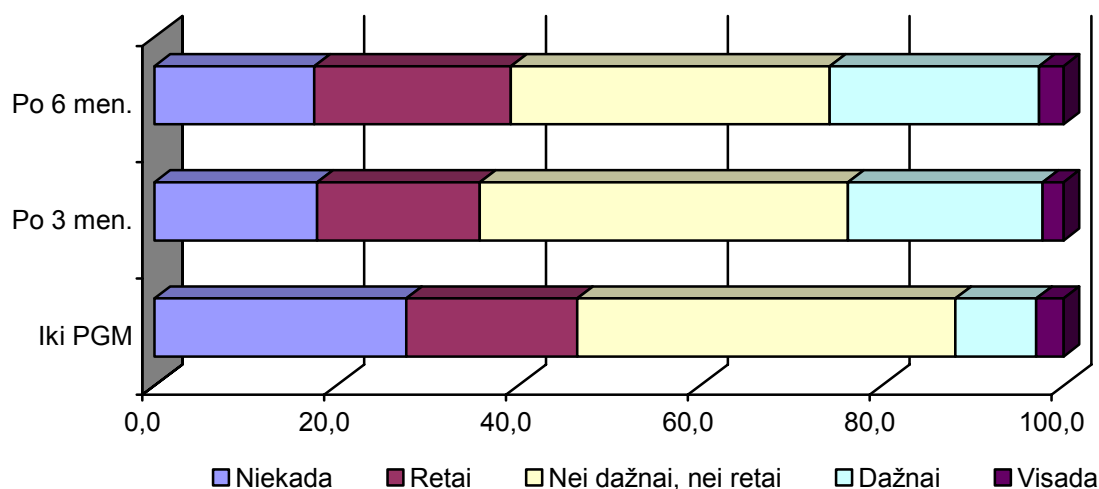
13 paveikslas. Respondentų gyvenimo kokybės psichologinio komponento pokyčiai PGM programos metu ($\chi^2=11,0$; $p=0,004$)

Apklausus tiriamuosius, kaip dažnai per pastarąjį mėnesį jie džiaugėsi gyvenimu, iki PGM tyrimo pradžios tik 13,9 proc. apklaustųjų nurodė, jog visada arba labai dažnai džiaugiasi gyvenimu. Pakartotinai apklausus po trijų ir po šešių mėnesių, visada arba labai dažnai džiaugėsi gyvenimu daugiau respondentų – atitinkamai 27,4 proc. ir 23 proc. apklaustųjų (14 pav.). Tačiau statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta ($\chi^2=3,8$; $p=0,15$), lyginant tyrimo rezultatus iki PGM programos pradžios su trečio ir šešto mėnesio tyrimo rezultatais.



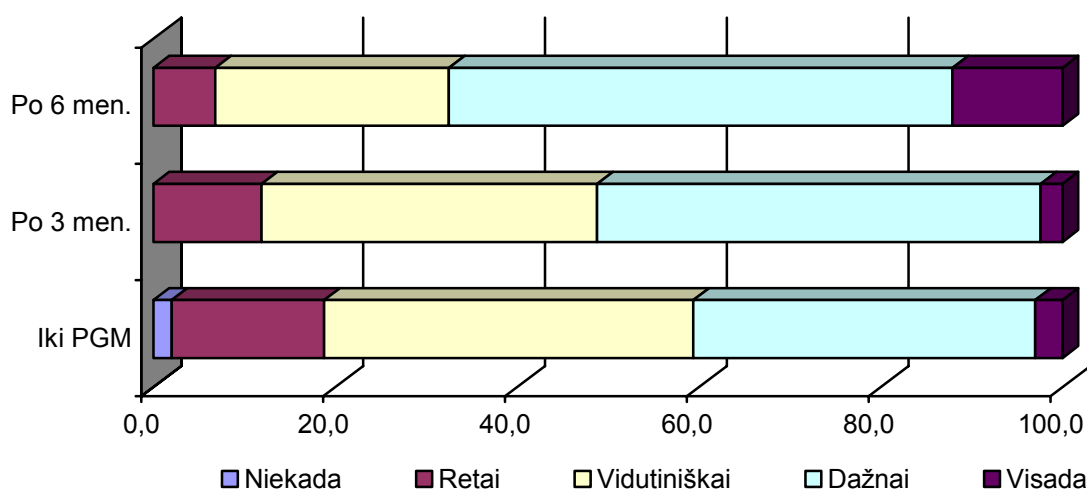
14 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jie džiaugėsi gyvenimu prieš PGM ir programos metu ($\chi^2=3,8$; $p=0,15$)

Iki PGM programos pradžios didesnė dalis respondentų pastaruoju metu niekada nelaikė savo gyvenimo prasmingu. Po trijų ir po šešių tyrimo mėnesių, tokių asmenų skaičius sumažėjo. Jau po trijų mėnesių tokių asmenų buvo 17,9 proc., o po 6 mėnesių sumažėjo iki 17,6 proc., kai tuo tarpu iki PGM tyrimo pradžios tokių asmenų buvo 27,7 proc. visų apklaustųjų. Taip pat tyrimo metu padidėjo dalis respondentų, kurie visada arba dažnai laiko savo gyvenimą prasmingu; tyrimo pradžioje savo gyvenimą laikė prasmingu: 11,9 proc. respondentų iki PGM programos, o po trijų mėnesių 23,8 proc., po šešių mėnesių 25,7 proc., tačiau statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=4,3$; $p=0,11$) nebuvo gauta (15 pav.).



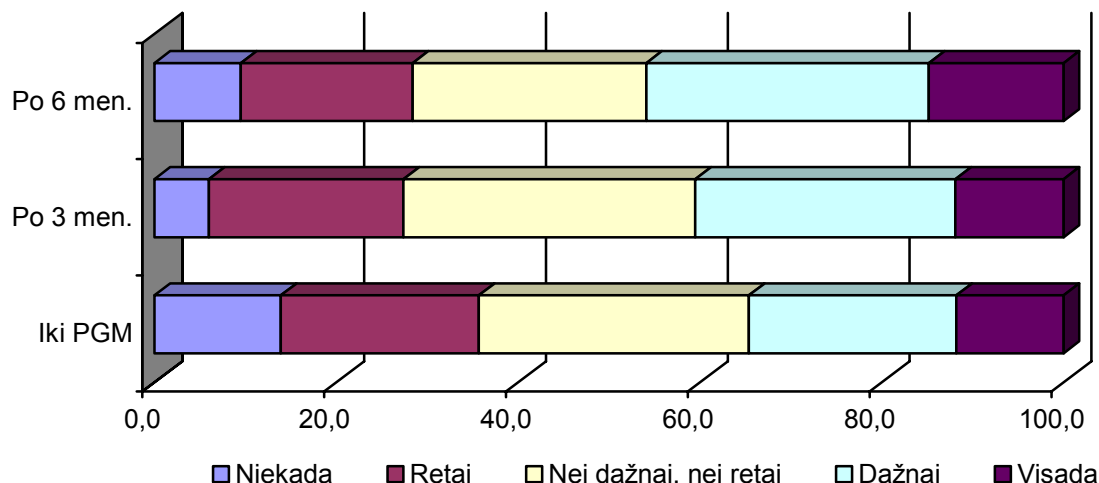
15 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai PGM tyrimo dalyviai manė, kad jų gyvenimas prasmingas ($\chi^2=4,3$; $p=0,11$)

Tyrimo metu statistiškai patikimai ($\chi^2=21,2$; $p<0,001$) kito respondentų gebėjimas susikoncentruoti tikslingai veiklai. Tyrimo pradžioje, iki pradedant PGM programą, 18,8 proc. tiriamųjų nurodė, jog retai arba visiškai nesugeba susikoncentruoti tam tikrai veiklai, o po trijų ir po šešių mėnesių tyrimo tokių asmenų skaičius atitinkamai sumažėjo iki 11,9 proc. ir 6,8 proc.. Tyrimo metu po trijų ir po šešių mėnesių neliko visai asmenų, kurie visai nesugeba susikoncentruoti savo dėmesio tam tikrai tikslingai veiklai. Taip pat padidėjo dalis visada arba dažniausiai gebančių susikoncentruoti tam tikrai tikslingai veiklai: atitinkamai iki PGM tyrimo pradžios, po trijų ir po šešių mėnesių buvo: 40,6 proc.; 51,2 proc. ir 67,6 procentai visų apklaustųjų (16 pav.).



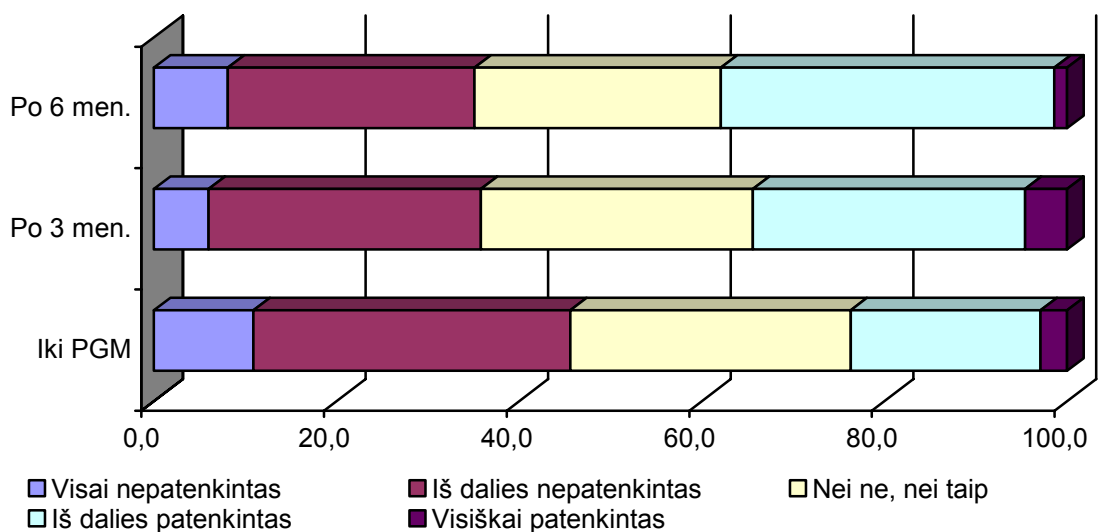
16 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip geba gerai susikoncentruoti savo dėmesį tikslingai veiklai ($\chi^2=21,2$; $p<0,001$)

Taikant PGM, didesnė dalis tiriamųjų, palyginti su iki PGM pradžios gautais tyrimo duomenimis, nurodė, jog visada arba dažniausiai savo išvaizdą vertina teigiamai; sumažėjo asmenų, neigiamai vertinančių savo kūno išvaizdą. Trečio ir šešto mėnesio tyrimo rezultatai rodo, jog padidėjo teigiamai vertinančių savo išvaizdą tiriamųjų: atitinkamai iki PGM pradžios, po trijų ir šešių mėnesių tokių asmenų buvo: 34,7 proc.; 40,5 proc. ir 46,0 proc. Taip pat sumažėjo neigiamai vertinančių savo kūno išvaizdą: 35,7 proc.; 27,4 proc. ir 28,4 proc., tačiau statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=3,02$; $p=0,22$) nebuvo gauta (17 pav.).



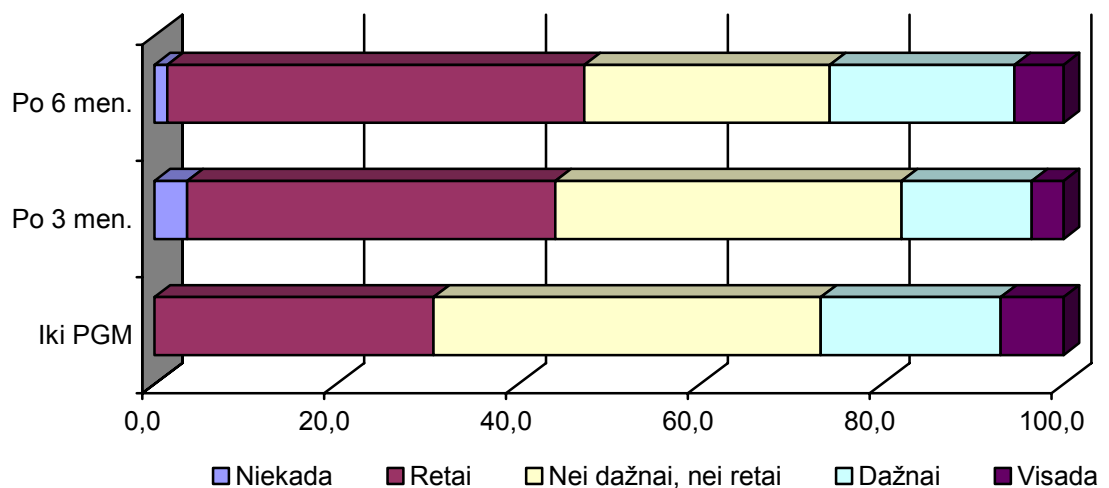
17 paveikslas. Respondentų skirstinys ir pokyčiai pagal tai, kaip jie buvo patenkinti savo kūno išvaizda ($\chi^2=3,02$; $p=0,22$)

Taikant PGM santykiškai mažėjo dalis tiriamųjų, kurie buvo iš esmės nepatenkinti savo veikla ir gyvensena, ir didėjo dalis patenkintų savo veikla ir gyvensena. Iki PGM pradžios, po trijų ir po šešių mėnesių nepatenkintųjų santykinė dalis atitinkamai kito: 45,6 proc., 35,8 ir 35,1 proc., o patenkintųjų santykinė dalis atitinkamai augo: iki PGM tyrimo pradžios buvo 23,8 proc., o po trijų mėnesių 34,6 proc., po šešių mėnesių – buvo jau 37,9 proc. visų tiriamųjų (18 pav.). Tačiau statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=4,0$; $p=0,13$) lyginant tyrimą iki PGM pradžios su tyrimais po trijų ir po šešių mėnesių nenustatyta.



18 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip pastaruoju metu buvo patenkinti savimi ($\chi^2=4,0$; $p=0,13$)

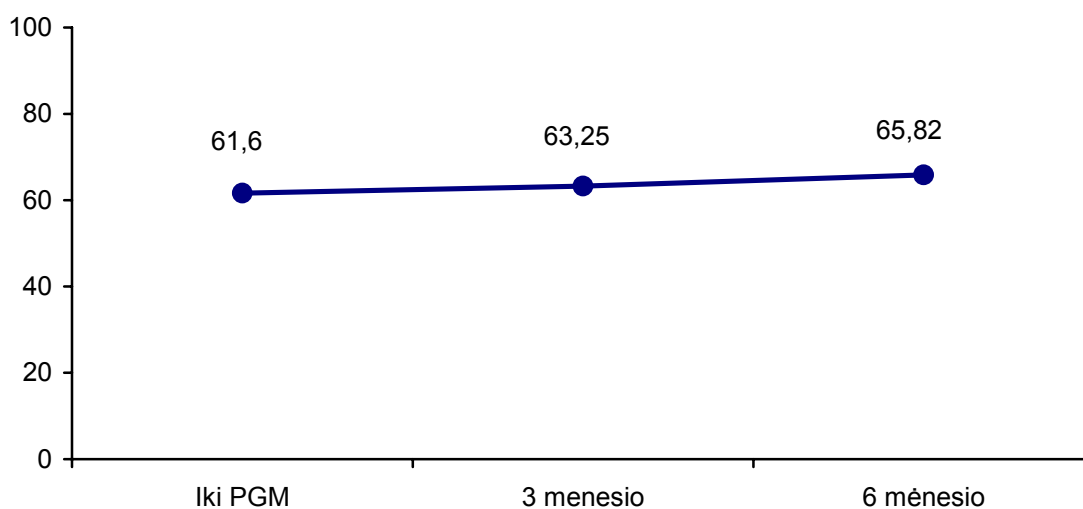
Iki PGM visi respondentai nurodė, jog retkarčiais juos apimdavo neigiamos emocijos (19 pav.). Taikant PGM padidėjo dalis respondentų, pastaruoju metu nejautusių neigiamų emocijų. Iki PGM retai arba niekada neigiamų emocijų, tokių kaip: bloga nuotaika, nusivylimas, nerimas ar depresija – nejautė 30,7 proc. tiriamųjų, o po trijų ir po šešių mėnesių tyrimo šis skaičius padidėjo atitinkamai iki 44,1 proc. ir 47,3 proc. Lyginant tyrimo iki PGM rezultatus su trečio ir šešto mėnesio tyrimų rezultatais, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=5,7$; $p=0,06$) nenustatyta.



19 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai pastaruoju metu jautė neigiamas emocijas ($\chi^2=5,7$; $p=0,06$)

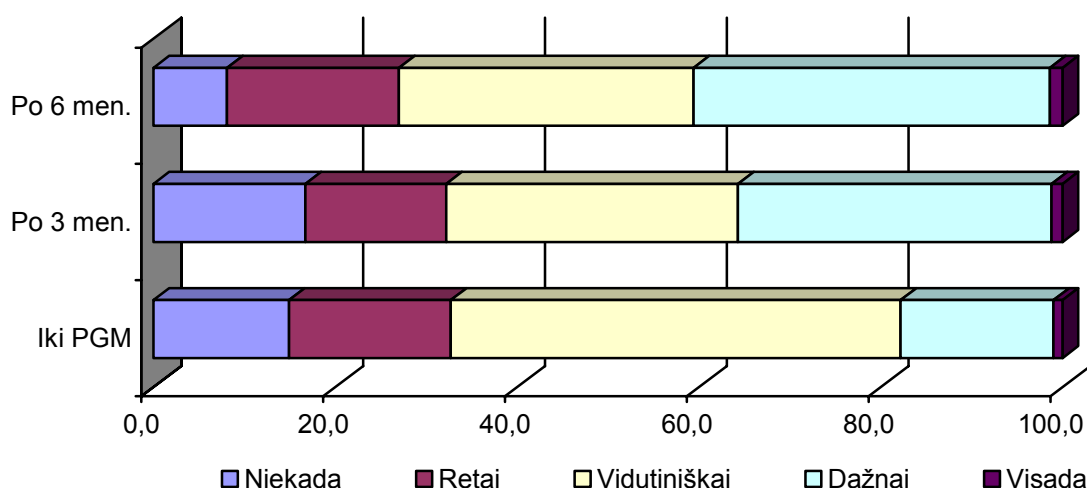
3.1.2.2. Gyvenimo kokybės aplinkos komponento pokyčiai PGM programos metu

Aplinkos gyvenimo kokybės komponento rodikliai pagerėjo statistiškai patikimai ($\chi^2=6,1$; $p=0,05$) lyginant iki PGM, po trijų mėnesių ir po šešių mėnesių atliktų tyrimų duomenis bei atitinkamai buvo: $61,6 \pm 15,23$; $63,25 \pm 15,62$ ir $65,82 \pm 14,72$ (20 pav.).



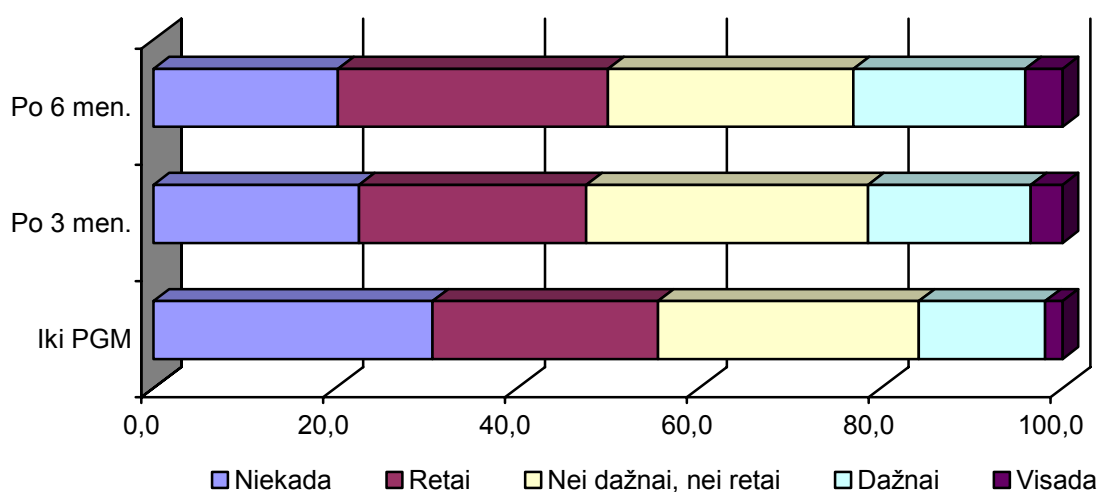
20 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės aplinkos komponento pokyčiai PGM programos metu ($\chi^2=6,1$; $p=0,05$)

Vertindami tiriamųjų gyvenamos aplinkos saugumą, respondentai, dalyvaujantys PGM programoje po trijų ir šešių mėnesių tyrimų (atitinkamai 35,7 proc. ir 40,6 proc.) statistiškai patikimai ($\chi^2=7,8$; $p=0,02$) dažniau nurodė, jog pastaruoju metu beveik visada arba visada jautėsi saugūs, lyginant su tyrimo duomenimis iki PGM programos pradžios, kai tik 17,8 proc. respondentų nurodė, jog dažniausiai arba visada jautėsi saugūs (21 pav.).



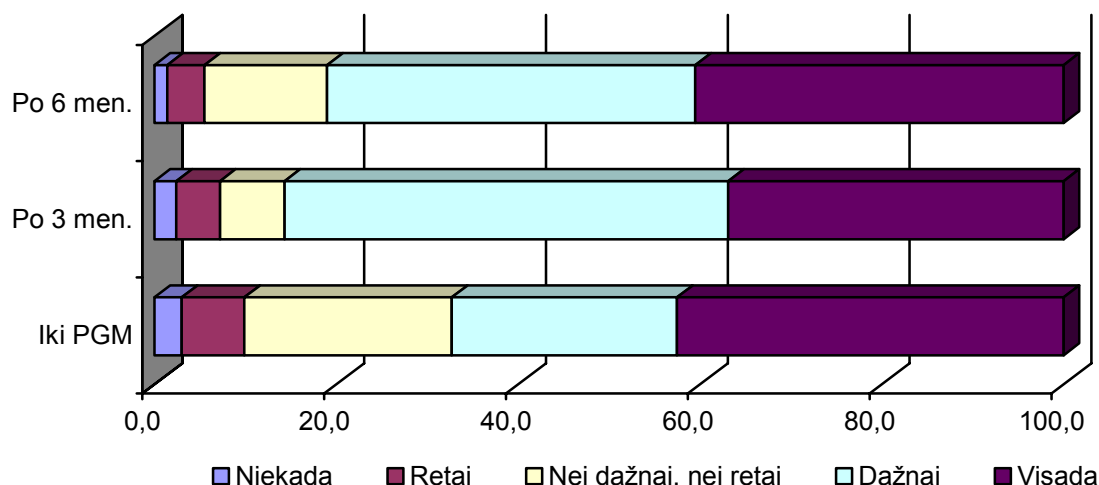
21 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai programos vykdymo laikotarpiu jautėsi saugūs kasdieniame gyvenime ($\chi^2=7,8$; $p=0,02$)

Respondentai, dalyvaujantys PGM programoje, statistiškai patikimai dažniau ($\chi^2=7,1$; $p=0,03$) nurodė, jog pagerino savo finansinę padėtį pastaruoju metu, lyginant tyrimo iki PGM duomenis (15,9 proc.) su tyrimų duomenimis po trijų ir šešių mėnesių (atitinkamai buvo: 21,5 proc. ir 23 proc.); taip pat tiriamieji dažniau nurodė, jog jiems dažniausiai arba visada pakanka pinigų savo kasdieniams poreikiams patenkinti. PGM programos laikotarpiu sumažėjo dalis respondentų, kuriems niekada nepakako pinigų kasdieniams poreikiams patenkinti: iki PGM programos tokių respondentų buvo 30,7 proc., po trijų mėnesių 22,6 proc., o po šešių mėnesių 20,3 proc. (22 pav.).



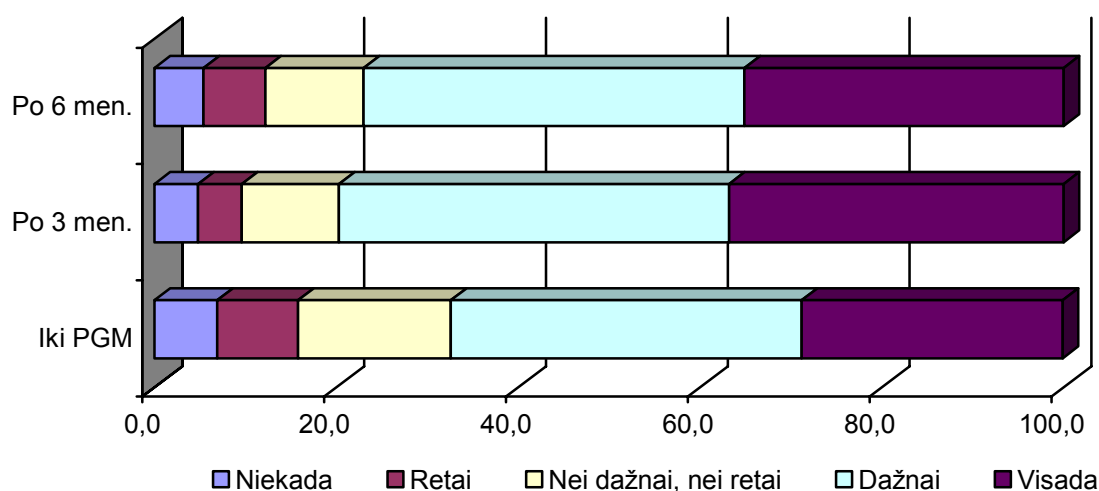
22 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai prieš PGM ir programos vykdymo laikotarpiu jiems pakako pinigų kasdieniams poreikiams patenkinti ($\chi^2=7,1$; $p=0,03$)

Vertinant informacijos prieinamumą, sumažėjo dalis tokių respondentų, kuriems informacijos prieinamumas niekada arba retai patenkino poreikius, taigi iki PGM pradžios tokių asmenų buvo 9,9 proc., po trijų mėnesių tyrimo 7,2 proc., o po šešių mėnesių tik 5,5 proc. Taip pat padaugėjo tokių asmenų, kurie dažnai arba visada patenkino informacijos poreikį. Atitinkamai tyrimo iki PGM pradžios, po trijų ir po šešių mėnesių tyrimų tokių asmenų buvo: 67,4 proc.; 85,7 proc. ir 81 proc. (23 pav.). Tačiau, lyginant pradinio, trijų mėnesių ir šešių mėnesių tyrimų rezultatus, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=0,6$; $p=0,76$) nebuvo nustatyta.



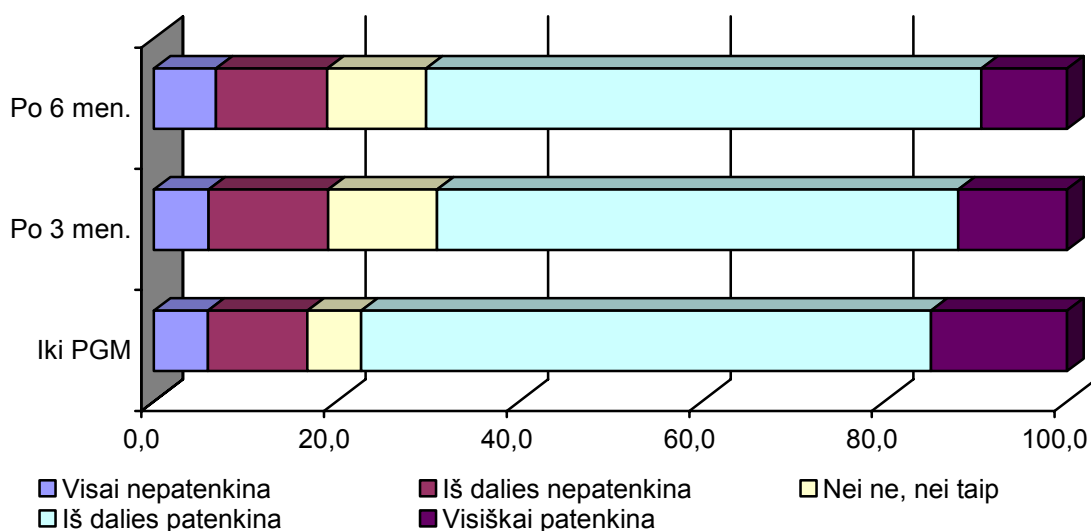
23 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip buvo patenkinami kasdieniai informacijos poreikiai prieš PGM ir programos laikotarpiu ($\chi^2=0,6$; $p=0,76$)

PGM tyrimo metu padaugėjo asmenų, kurie turėjo daugiau galimybių praleisti laisvalaikį pagal savo norus. Iki PGM tik 28,7 proc. respondentų nurodė, jog leidžia laisvalaikį pagal savo norus, o po trijų ir šešių mėnesių dalyvavimo PGM programoje tokių asmenų atitinkamai buvo 36,9 proc. ir 35,1 proc. (24 pav.). Tačiau statistškai patikimo skirtumo ($\chi^2=4,3$; $p=0,12$), lyginant laikotarpio iki PGM, trečio mėnesio ir šešto mėnesio tyrimų rezultatus, nenustatyta.



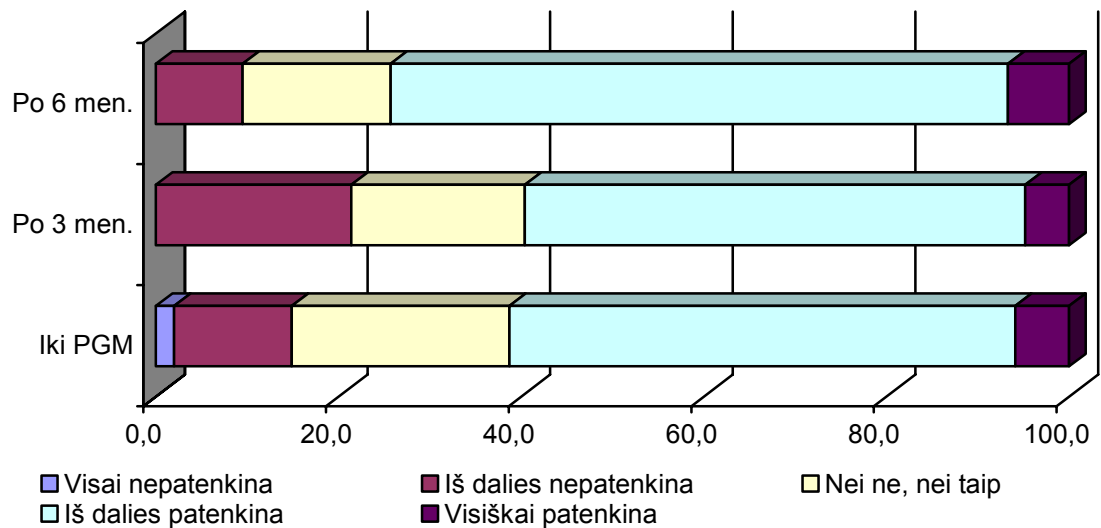
24 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai praleido laisvalaikį pagal savo norus prieš PGM ir programos laikotarpiu ($\chi^2=4,3$; $p=0,12$)

PGM programos metu sumažėjo respondentų, kurie teigė esą patenkinti esama gyvenamąja vieta. Iki PGM programos buvo 15,9 proc. asmenų, visiškai patenkintų savo gyvenamąja vieta, o po 3 mėnesių tyrimo respondentų sumažėjo iki 11,9 proc., o po 6 mėnesių dar labiau sumažėjo iki 9,5 proc., tačiau statistiškai patikimo skirtumo negauta (25 pav.). Tai rodytų, jog blaivėjant nuo narkotikų gyvenamosios aplinkos priimtinum poreikiai išauga. Tačiau statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=3,2$; $p=0,2$), lyginant rezultatus iki PGM, po trijų mėnesių ir po šešių mėnesių tyrimų, nenustatyta.



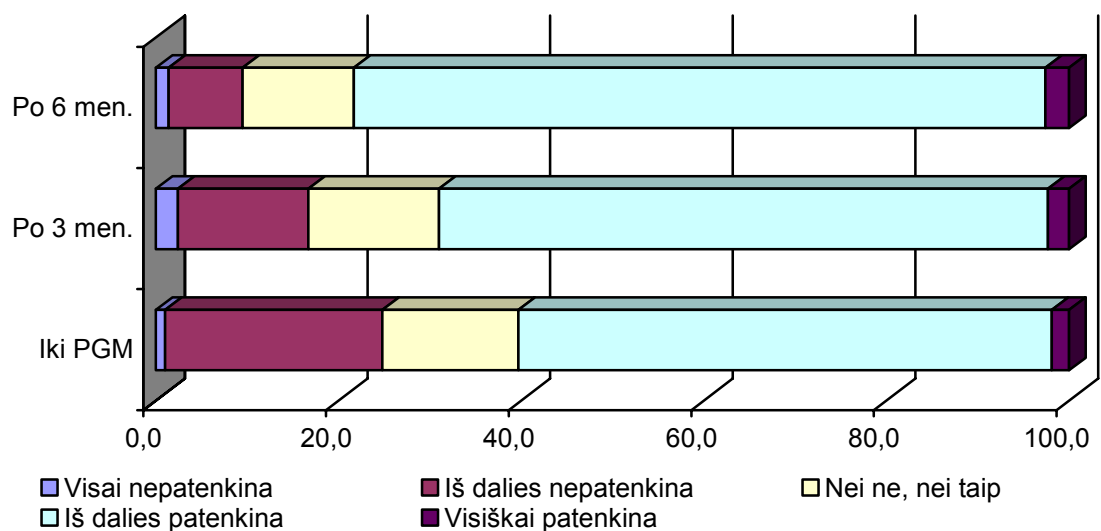
25 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal pasitenkinimo gyvenamąja vieta prieš PGM ir programos laikotarpį ($\chi^2=3,2$; $p=0,2$)

PGM programos įgyvendinimo metu neliko asmenų, kurie visiškai būtų nepatenkinti medicininės pagalbos prieinamumu, kai prieš pradedant PGM tokių asmenų buvo 2 proc. Statistiškai patikimai ($\chi^2=6,7$; $p=0,03$) PGM tyrimo dalyviai nurodė, jog pagerėjo galimybės gauti medicininę pagalbą, kai pradinio tyrimo metu prieš pradedant PGM visiškai arba iš dalies patenkintų medicininės pagalbos prieinamumu buvo 61,3 proc., po trijų mėnesių dalyvavimo PGM – 59,6 proc., o po šešių mėnesių PGM – 74,4 proc. (26 pav.).



26 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal galimybes gauti medicininę pagalbą prieš PGM ir jų pokyčiai programos laikotarpiu ($\chi^2=6,7$; $p=0,03$)

Taip pat statistiškai patikimai ($\chi^2=6,1$; $p=0,05$) PGM įgyvendinimo metu padidėjo galimybės naudotis transporto priemonėmis, jas valdyti (27 pav.). Tyrimo pradžioje iki PGM programos pradžios visiškai arba iš dalies patenkintų savo galimybėmis vairuoti transporto priemones buvo 60,4 proc., po trijų mėnesių tokių asmenų skaičius padidėjo iki 69,1 proc., o po šešto mėnesio apklausos tokių asmenų jau buvo 78,4 proc.

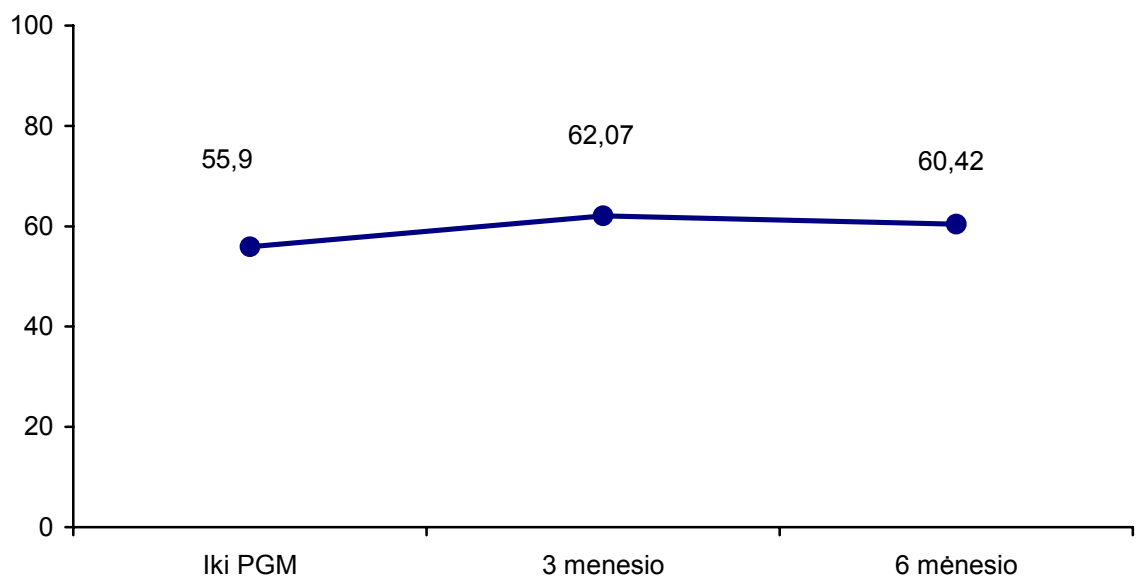


27 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal poreikio vairuoti transporto priemonę patenkinimą prieš PGM ir PGM programos metu ($\chi^2=6,1$; $p=0,05$)

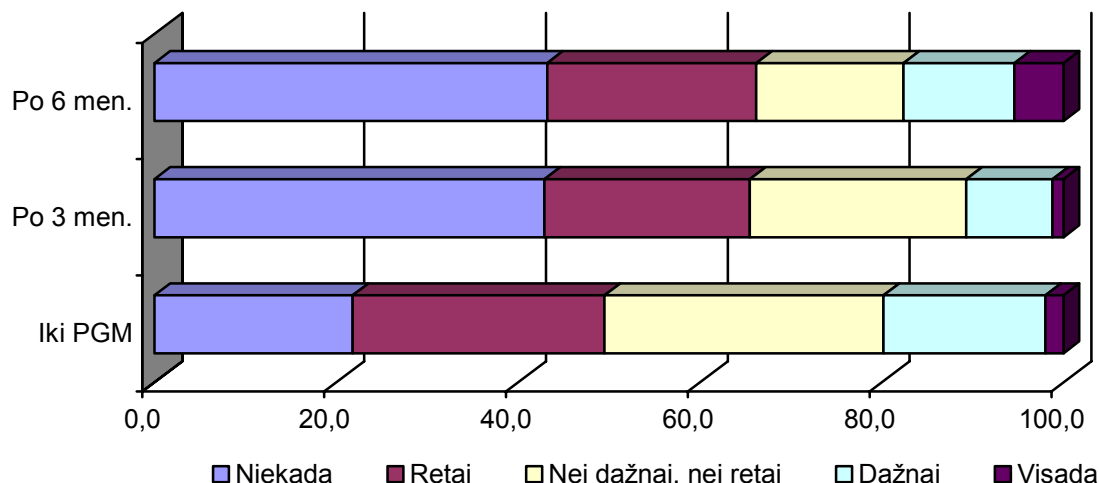
3.1.2.2. Gyvenimo kokybės fizinio komponento pokyčiai PGM programos metu

Fizinio gyvenimo kokybės komponento rodikliai (28 pav.) pagerėjo statistiškai patikimai ($\chi^2=11,0$; $p=0,004$), lyginant tyrimo duomenis iki PGM programos pradžios su atliktų tyrimų po trijų mėnesių ir po šešių mėnesių duomenimis, kurie atitinkamai buvo: $55,9 \pm 16,1$; $62,07 \pm 17,4$ ir $60,42 \pm 19,2$.

PGM programos įgyvendinimo metu statistiškai patikimai ($\chi^2=11,8$; $p=0,003$) tarp programos dalyvių sumažėjo įprastinės veiklos apribojimai, susiję su skausmu, bei padidėjo programos dalyvių fizinis funkcionalumas. Įgyvendinant PGM programą, padaugėjo respondentų, kurie dėl skausmo niekada arba tik retai atsisakė tam tikros įprastinės veiklos, kai atitinkamai iki PGM tyrimo pradžios tokių respondentų buvo 49,5 proc., po trijų mėnesių šis skaičius padidėjo iki 65,4 proc., o jau po šešių mėnesių buvo 66,2 proc. visų apklaustųjų. Iki pradedant PGM, buvo 19,8 proc. tiriamųjų, kurie dažniausiai arba visada atsisakydavo įprastinės veiklos dėl skausmo, o po trijų ir po šešių mėnesių dalyvavimo PGM tokių asmenų skaičius atitinkamai sumažėjo iki 10,7 proc. ir 17,6 proc. (29 pav.)

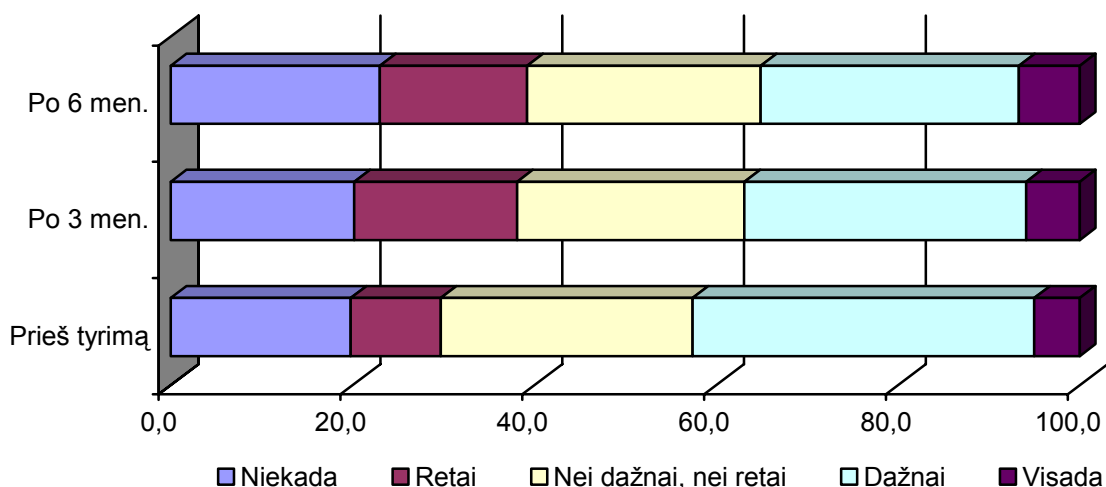


28 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės fizinio komponento pokyčiai PGM programos metu
($\chi^2=11,0$; $p=0,004$)



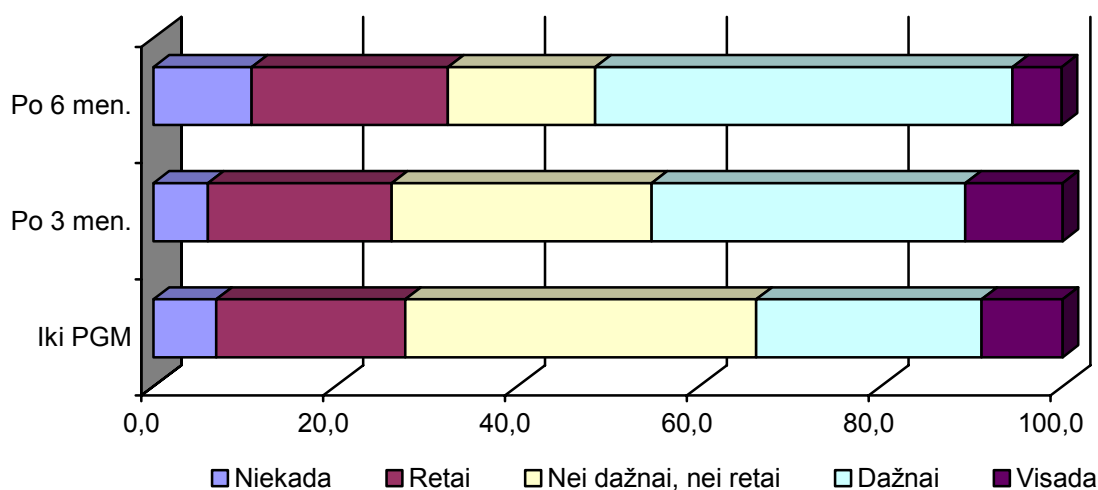
29 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai dėl fizinio skausmo jiems teko atsisakyti įprastinės veiklos iki ir PGM programos vykdymo laikotarpiu ($\chi^2=11,8$; $p=0,003$)

Apklausus tiriamuosius, kaip dažnai jiems pastaruoju metu reikėjo medicininės pagalbos (30 pav.), prieš pradedant PGM programą buvo 42,6 proc. asmenų, kuriems visada arba labai dažnai reikėjo medicininės pagalbos. PGM programos įgyvendinimo metu tokių asmenų sumažėjo ir po trijų mėnesių buvo 37 proc., o po šešių mėnesių jų sumažėjo dar iki 35,2 proc. Taip pat PGM programos įgyvendinimo metu padaugėjo asmenų, kuriems medicininės pagalbos iš vis nereikėjo arba labai retai reikėjo, o programos vykdymo laikotarpiu jų skaičius kito: tyrimo iki PGM pradžios duomenimis – 29,7 proc., po trijų mėnesių – 38,1 proc. ir po šešių mėnesių – 39,2 proc. Tačiau lyginant pradinio, trijų mėnesių ir šešių mėnesių tyrimų rezultatus, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=0,99$; $p=0,61$), nenustatyta.



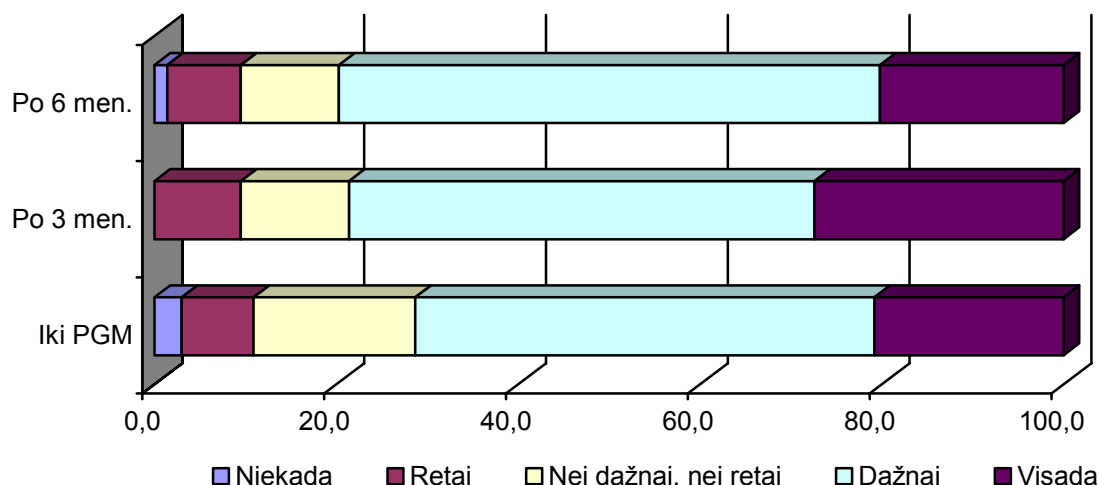
30 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jiems reikėjo medicininės pagalbos prieš PGM ir programos laikotarpiu ($\chi^2=0,99$; $p=0,61$)

Vertinant programos dalyvių energingumą kasdieniame gyvenime (31 pav.), susidarė dvilypė situacija, kai dalis respondentų, kuriems visiškai arba iš dalies pakako energijos kasdieniame gyvenime iki pradėjus taikyti PGM buvo 33,7 proc., po šešių mėnesių PGM programos padidėjo iki 51,3 proc., taip pat padidėjo dalis, kuriems visiškai nepakanka energijos, tokių iki PGM programos buvo 6,9 proc., po trijų mėnesių – 6 proc., o po šešių mėnesių padaugėjo iki 10,8 proc. Tačiau lyginant tyrimų rezultatus iki PGM, po trijų mėnesių ir po šešių mėnesių statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=1,3$; $p=0,52$) nebuvo nustatyta.



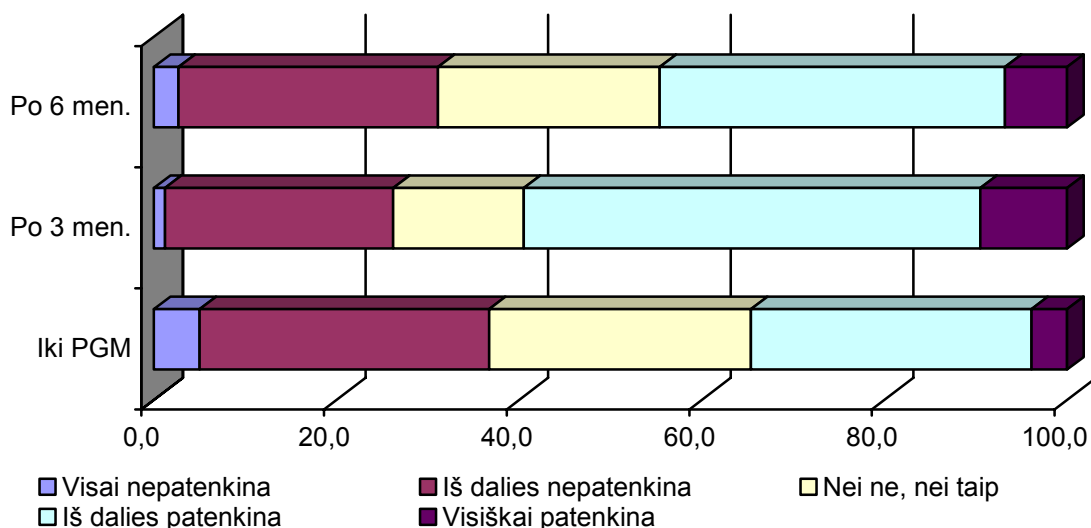
31 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip dažnai jiems pakanka energingumo kasdieniame gyvenime ($\chi^2=1,3$; $p=0,52$)

PGM programos metu respondentai rečiau minėjo ribotas judėjimo galimybes (32 pav.). Iki PGM programos pradžios 10,9 proc. respondentų nurodė, jog dažniausiai negali judėti pagal savo norus, o po trijų ir po šešių mėnesių tyrimų tokių respondentų buvo mažiau – 9,5 proc. Lyginant pradinio, trečio ir šešto mėnesio tyrimų rezultatus, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=2,55$; $p=0,28$) nebuvo nustatyta.



32 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal gebėjimą patenkinti judėjimo poreikius ir jų pokyčiai PGM programos metu ($\chi^2=2,55$; $p=0,28$)

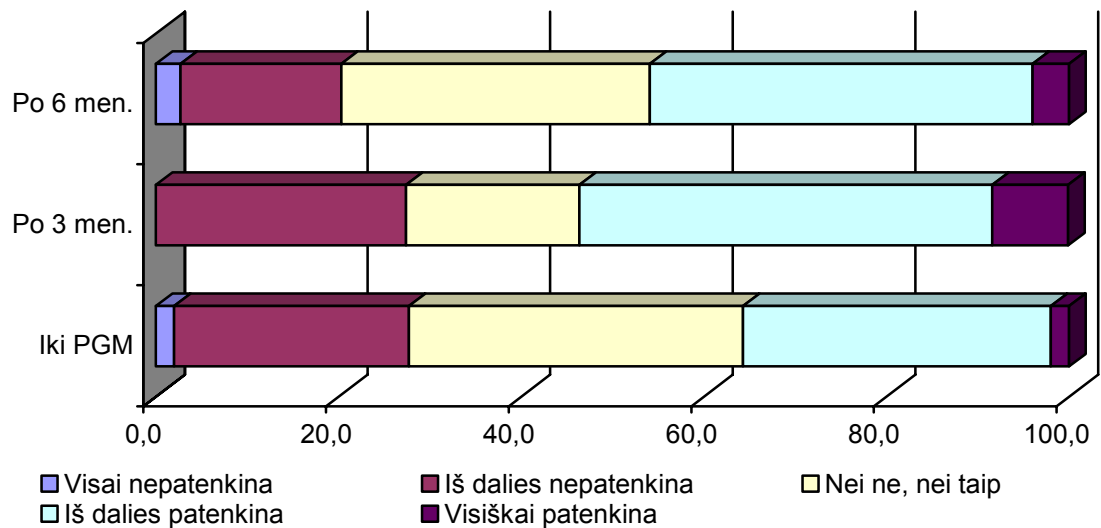
PGM programos įgyvendinimo metu statistiškai patikimai ($\chi^2=9,7$; $p=0,008$) padaugėjo respondentų, teigiančių, kad juos pastaruoju metu patenkina galimybės išsimiegoti. Tokių respondentų iki PGM programos pradžios, tyrimo duomenimis, buvo 34,7 proc., po trijų mėnesių – 59,5 proc., po šešių mėnesių – 44,6 proc. visų apklaustųjų (33 pav.).



33 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės išsimiegoti PGM programos įgyvendinimo metu ($\chi^2=9,7$; $p=0,008$)

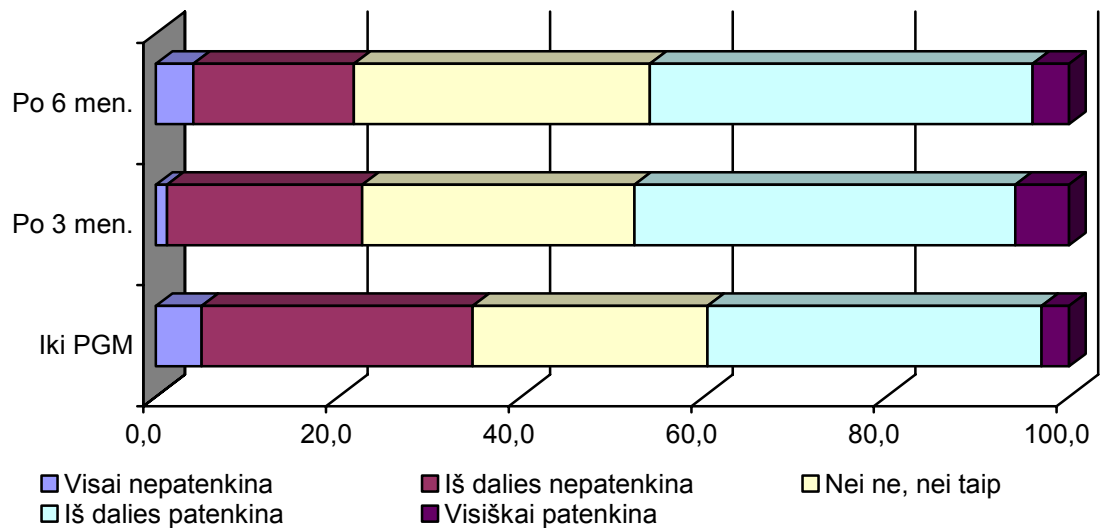
Apklausus PGM programos dalyvius, kaip juos patenkina galimybės atlikti kasdienes darbus PGM programos įgyvendinimo laikotarpiu, tiriamieji nurodė, jog jos padidėjo. Iki PGM programos

įgyvendinimo pradžios visiškai arba iš dalies patenkinti savo galimybėmis atlikti kasdienius darbus buvo 35,7 proc. visų apklaustųjų, tuo tarpu po trijų ir šešių mėnesių PGM programos galimybėmis atlikti kasdienius darbus patenkintų buvo atitinkamai 53,5 proc. ir 46 proc. programos dalyvių (34 pav.). Statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=5,4$; $p=0,07$), lyginant tyrimo iki PGM rezultatus su tyrimų po trijų ir po šešių mėnesių rezultatais, nenustatyta.



34 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės atlikti kasdienius darbus ($\chi^2=5,4$; $p=0,07$)

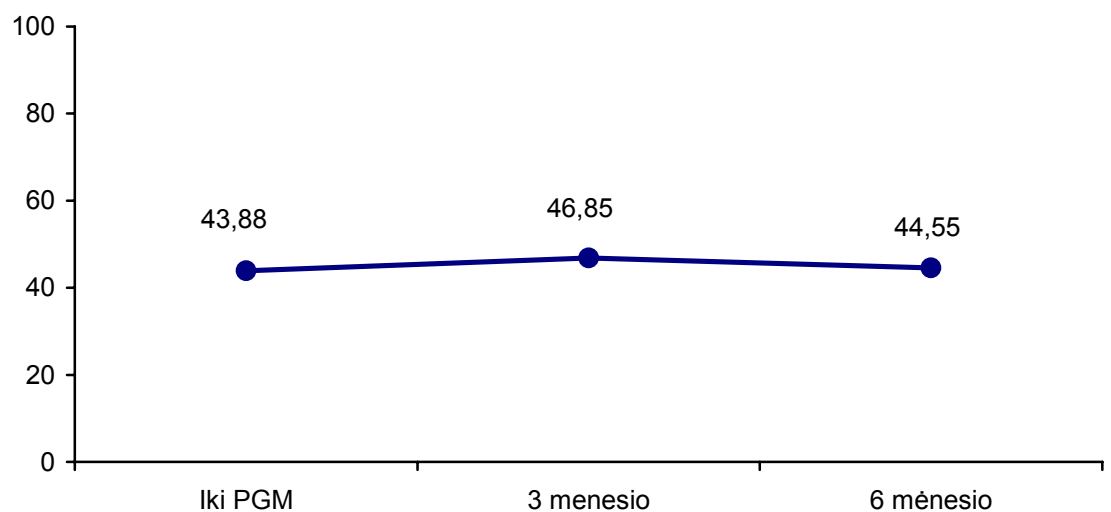
Vertinant galimybes dirbti (35 pav.), tyrimo duomenys parodė, jog sumažėjo asmenų, kurių netenkina galimybės dirbti, ir padaugėjo respondentų, kurie nurodė, jog juos patenkina galimybės dirbti. Tyrimo pradžioje visiškai arba iš dalies nepatenkintų galimybėmis dirbti buvo 34,7 proc., po trijų ir po šešių mėnesių atitinkamai sumažėjo iki 22,6 proc. ir 21,7 proc. Visiškai arba iš dalies patenkintų galimybėmis dirbti atitinkamai kito: tyrimo pradžioje – 39,6 proc., po trijų mėnesių – 47,7 proc., o po šešių mėnesių tokių asmenų buvo 46 proc. Statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=2,0$; $p=0,37$), lyginant tyrimo iki PGM rezultatus su tyrimų po trijų ir po šešių mėnesių rezultatais, nenustatyta.



35 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip juos patenkino galimybės dirbti ($\chi^2=2,0$; $p=0,37$)

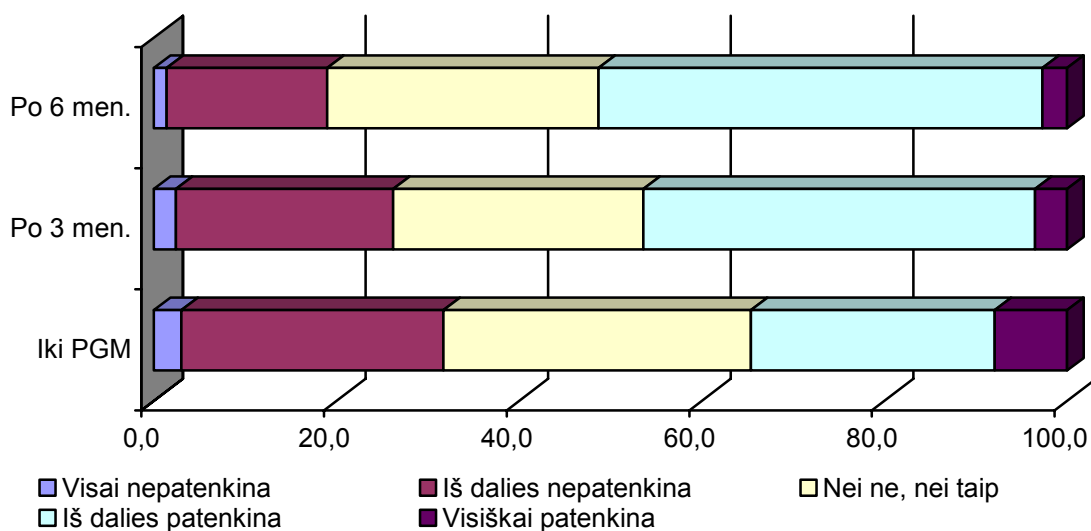
3.1.2.3. Gyvenimo kokybės socialinio komponento pokyčiai PGM programos metu

WHOQOL-bref gyvenimo kokybės klausimyno socialiniame komponente taip pat buvo stebėti teigiami pokyčiai (atitinkamai $43,88 \pm 16,09$; $46,85 \pm 16,04$ ir $44,55 \pm 15,97$; $p=0,362$), bet statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=2,0$; $p=0,362$) tyrimo metu nebuvo nustatyta (36 pav.).



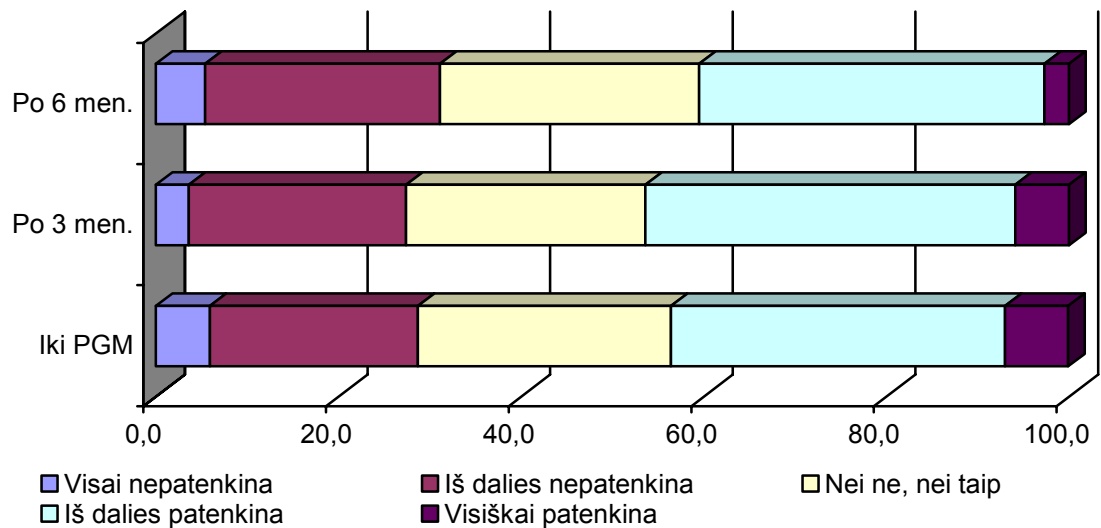
36 paveikslas. Dalyvių gyvenimo kokybės socialinio komponento pokyčiai PGM programos įgyvendinimo metu ($\chi^2=2,0$; $p=0,362$)

Respondentai, dalyvaujantys PGM programoje, nurodė, jog pagerėjo jų santykiai su kitais žmonėmis. Iki dalyvavimo PGM programoje, atlikto tyrimo duomenimis, buvo 31,7 proc. asmenų, kurie buvo visiškai arba iš dalies nepatenkinti tarpasmeniniais santykiais su kitais žmonėmis, po trijų mėnesių dalyvavimo PGM programoje tokių respondentų sumažėjo iki 26,2 proc., o apklausus po šešių mėnesių PGM tokių respondentų santykinė dalis dar sumažėjo iki 19 proc. visų apklaustųjų. Taip pat padaugėjo visiškai patenkintų arba iš dalies patenkintų savo tarpasmeniniais santykiais su kitais žmonėmis, kai iki PGM tyrimo pradžios patenkintų buvo 34,6 proc., po trijų PGM programos mėnesių tokių asmenų padaugėjo iki 46,5 proc., o po šešių mėnesių – iki 51,3 proc. visų apklaustųjų (37 pav.). Tačiau, lyginant pradinio, 3 mėnesių ir 6 mėnesių tyrimų rezultatus, statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=2,1$; $p=0,35$) nenustatyta.



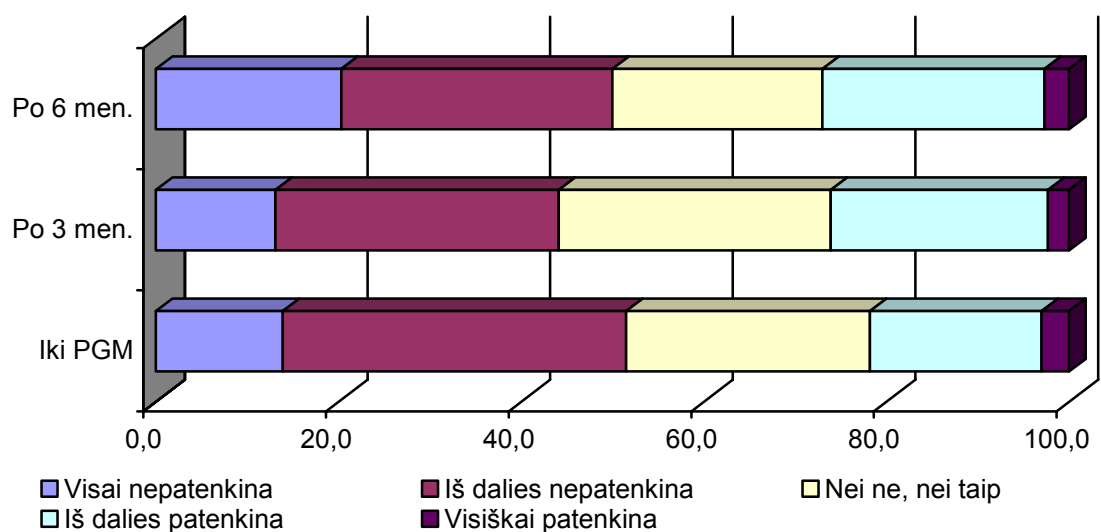
37 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti tarpasmeniniais santykiais su kitais žmonėmis PGM programos metu ($\chi^2=2,1$; $p=0,35$)

PGM programos įgyvendinimo metu tik truputį kito savo seksualiniu gyvenimu patenkintų ir nepatenkintų tiriamųjų santykis. Lyginant iki PGM programos apklausų duomenis su rezultatais po trijų ir šešių mėnesių dalyvavimo PGM programoje matyti, kad nedaug sumažėjo visiškai nepatenkintų savo seksualiniu gyvenimu asmenų santykinė dalis – nuo 5,9 proc. iki PGM pradžios, atitinkamai po trijų ir šešių mėnesių taikytos PGM programos buvo 3,6 proc. ir 5,4 proc. (38 pav.). Statistiškai patikimo skirtumo ($\chi^2=1,58$; $p=0,45$), lyginant pradinio, 3 mėnesių ir šešių mėnesių tyrimų rezultatus, nebuvo nustatyta.



38 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti savo seksualiniu gyvenimu ($\chi^2=1,58$; $p=0,45$)

Vertinant tyrimo dalyvių tarpasmeninius santykius ir pasitenkinimą artimų žmonių palaikymu bei teikiama parama, PGM programos įgyvendinimo laikotarpiu nedaug padaugėjo asmenų, kurie buvo patenkinti artimų žmonių palaikymu ir teikiama parama. Iki PGM tyrimo pradžios, apklausų duomenimis, tokių asmenų buvo 21,8 proc., o po trečio ir po šešto mėnesių apklausų – atitinkamai santykinė patenkintų respondentų dalis padidėjo iki 26,2 ir 27 proc., tačiau statistškai patikimo ($\chi^2=1,32$; $p=0,52$) skirtumo, lyginant tyrimo iki PGM rezultatus su po trijų ir šešių mėnesių stebėjimo rezultatais, negauta (39 pav.).



39 paveikslas. Respondentų skirstinys pagal tai, kaip jie buvo patenkinti draugų teikiama pagalba ir parama ($\chi^2=1,32$; $p=0,52$)

3.1.3. Narkotikų vartojimo pokyčiai PGM programos metu

Igyvendinant šešių mėnesių PGM programą, tyrimo dalyviai rečiau vartojo narkotikus – tokiu būdu nelegalios narkotinės medžiagos buvo vartojamos 8892 dienomis rečiau (8-9 lentelės) nei iki PGM programos pradžios.

8 lentelė. Narkotikų vartojimo pokyčiai tarp PGM programos dalyvių

Kintamieji	Friedmano rangų vidurkiai			χ^2	P
	Iki PGM (N=71)	Po 3 mėn. stebėjimo (N=71)	Po 6 mėn. stebėjimo (N=71)		
Heroinas	2,09	1,92	1,99	6,0	0,049
Nelegalus metadonas	2,08	1,96	1,96	12,0	0,002
Kiti opioidai	2,86	1,60	1,53	106,5	<0,001
Barbituratai	1,99	1,99	2,01	2,0	0,368
Benzodiazepinai	2,32	1,66	2,02	21,5	<0,001
Kokainas	2,00	2,00	2,00	-	-
Amfetaminas	2,07	1,95	1,99	3,7	0,161
Kanabiodai	1,99	1,99	2,01	0,1	0,933
Haliucinogenai	2,01	2,01	1,99	1,0	0,607
Įkvepiamieji	2,00	2,00	2,00	-	-
Daugiau nei 1 preparatas	2,63	1,65	1,72	57,4	<0,001

9 lentelė. Narkotikų vartojimo trukmės vidurkių pokyčiai PGM programos įgyvendinimo metu

Kintamieji	Vartojimo dienų per mėnesį vidurkis		
	Iki PGM (N=71)	Po 3 mėn. stebėjimo (N=71)	Po 6 mėn. stebėjimo (N=71)
Heroinas	1,72	0,03	0,52
Nelegalus metadonas	0,69	0	0
Kiti opioidai	24,21	1,28	1,79
Barbituratai	0	0	0,11
Benzodiazepinai	15,28	5,58	8,69
Kokainas	0	0	0
Amfetaminas	0,42	0,17	0,31
Kanabiodai	0,45	0,49	0,85
Haliucinogenai	0,07	0,01	0
Įkvepiamieji	0	0	0
Daugiau nei 1 preparatas	15,79	3,39	4,07

Vertinant narkotikų vartojimo pokyčius, PGM programos įgyvendinimo laikotarpiu narkotikų vartojimas sumažėjo ir vidutiniškai sudarė 20,9 dienas per mėnesį be narkotikų (išskyrus legaliai gaunamą metadoną) kiekvienam priklausomam nuo opioidų PGM programos dalyviui. Tyrimo metu statistiškai patikimai sumažėjo ne tik opioidų vartojimas bet ir benzodiazepinų vartojimas ($p<0,001$), mažiau vartota ir kitų narkotinių medžiagų, tokių kaip amfetaminas ir haliucinogenai, tačiau statistiškai patikimo rezultato nebuvo nustatyta. Taip pat statistiškai patikimai sumažėjo ir daugiau kaip vienos nelegalios narkotinės medžiagos vartojimas ($p<0,001$).

3.1.4. Nusikalstamumo pokyčiai PGM programos metu

Per šešių mėnesių PGM programą bendras programos dalyvių pripažintas nusikalstamumas sumažėjo 27,7 proc. (10 lentelė), tuo pat metu sumažėjo pripažintų turtinių nusikaltimų skaičius – 28,9 proc.; nelegalios prekybos atvejų – 3,4 proc. ir sukčiavimo atvejų – 4 proc. Smurtinių nusikaltimų vykdymo atvejų programos dalyviai iki PGM programos pradžios, programos įgyvendinimo laikotarpiu, t.y. po trečio ir šešto mėnesių apklausų metu nenurodė.

10 lentelė. Nusikalstamumo pokyčiai PGM programos metu

Kintamieji	Friedmano rangų vidurkiai			χ^2	P
	Iki PGM (N=71)	Po 3 mėn. stebėjimo (N=71)	Po 6 mėn. stebėjimo (N=71)		
Turtiniai nusikaltimai	2,35	1,83	1,83	52,0	<0,001
Nelegali prekyba	2,05	1,97	1,99	5,2	0,074
Sukčiavimas	2,03	1,99	1,99	0,67	0,717
Smurtiniai nusikaltimai	2,0	2,0	2,0	-	-
Nusikalstamumas	2,36	1,81	1,83	43,94	<0,001

PGM programos metu atliktas 6 mėnesių stebėjimo tyrimas ir šio tyrimo metu gauti rezultatai parodė, kad PGM programa veiksmingai sumažina daugelio narkotinių medžiagų vartojimą, pripažįstamą nusikalstamumą bei pagerina programos dalyvių subjektyvų savo sveikatos vertinimą ir gyvenimo kokybę. Tačiau šie tyrimo duomenys dar neparodo, ar PGM programa yra veiksminga ekonomine prasme, todėl būtinai reikia ekonomiškai įvertinti programos veiksmingumą.

3.2. Pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudos

Sąnaudų analizė yra pradinis etapas įvertinant PGM programos ekonominį veiksmingumą. PGM programos sąnaudų apskaitoje naudoti ne paslaugų įkainiai, bet pagal metodiką priskirtos ir gydymo įstaigų realiai patirtos sąnaudos, kurios leidžia tiksliau įvertinti paslaugų ekonominį veiksmingumą. 11 lentelėje pateiktas išvestas PGM programos kainų indeksas, nurodantis sąnaudų apskaitoje naudotą vidutinę sąnaudų vieneto vertę pagal taikytą sąnaudų apskaitos metodiką.

11 lentelė. PGM programos sąnaudų apskaitos kainų indeksas

Sąnaudos	Vienetai	Vidutinė vieneto kaina, Lt
PLC sąnaudos		
DU+ Soda	apsilankymas	9,53
Šildymas	1 m ² / mėn.	3,67
Elektra	1 m ² / mėn.	1,68
Vanduo	1 m ² / mėn.	0,98
Kitos	pacientų sk./mėn.	6,57
Paciento sąnaudos		
Metadonas	10 ml	0,32
Transportas	apsilankymas	2,35
Kitos	apsilankymas	0,66

Didžiausią PGM programos sąnaudų dalį sudarė darbo užmokestis – 64,75 proc. Kitos PGM programos sąnaudos, patiriamos PLC, be darbo užmokesčio, sudarė 4,55 proc. (12 lentelė). Paciento sąnaudų struktūroje 51,77 proc. sudarė transporto išlaidos, kiek mažiau (33,69 proc.) sudarė išlaidos metadonui bei 14,54 proc. kitos išlaidos, susijusios su dalyvavimu PGM programoje. Iš viso pacientų sąnaudos bendroje PGM programos sąnaudų struktūroje sudarė 30,70 proc., o PLC sąnaudos sudarė 69,3 proc. (12 lentelė).

3.2.1. Personalo darbo užmokesčio sąnaudos

Kad metadonas nepatektų į „juodąją rinką“, būtina užtikrinti, jog pacientams metadono paros dozė būtų išduodama kasdien. Todėl didžiają patiriamų sąnaudų dalį PGM programos metu sudarė darbo užmokesčio sąnaudos: vidutinės personalo išlaidos per apsilankymą priklausomybės ligų centre sudarė 9,53 Lt (11 lentelė). Šis rodiklis buvo apskaičiuotas įvertinus kiekvienos gydymo įstaigos bendrą apsilankymų skaičių bei darbo užmokesčio sąnaudas, įskaitant mokamus mokesčius.

Apsilankymai metadono programoje sudarė dalį visų gydymo įstaigoje registruotų apsilankymų skaičiaus, todėl išlaidos darbo užmokesčiui buvo priskirtos proporcingai, pagal tyrimo dalyvių nurodytą apsilankymų skaičių metadono programoje. Į šias išlaidas įtrauktas darbo užmokestis ne tik tiesiogiai dirbančių metadono programoje, bet ir pagalbinių darbuotojų, kurie prižiūri patalpas bei atlieka kitas, tarp jų – ir administracines funkcijas, tiesiogiai nesusijusias su vykdoma PGM programa, bet turinčias įtakos įstaigos funkcionavimui ir programų vykdymui. Detalesniam PGM programos sąnaudų dydžiui nustatyti būtų galima taikyti Eurostato darbo laiko fotografijos metodą (240), o paskui įvertinti atskirų darbuotojų, tiesiogiai ar ne tiesiogiai dalyvaujančių metadono programoje, darbo laiko sąnaudas. Tačiau reiktų atsižvelgti ir į tai, kad atskiro paciento įvairių specialistų konsultacijų poreikis, konsultacijos trukmė ir konsultacijų skaičius yra atsitiktiniai dydžiai, neleidžiantys apibendrinti ir priskirti gautos informacijos kitiems programos dalyviams, o tai atliekant taip pat, kaip ir mūsų taikytu metodu, galimos nemenkos paklaidos. PGM programos dalyviai įprastine tvarka yra konsultuojami ne vieno specialisto, taip pat ne visas specialistų darbo laikas skiriamas vien tik konsultacijoms. Specialistų darbo laikas paskirstomas ir kitai veiklai: gydymo plano sudarymu, tyrimo rezultatų vertinimu, metodinio darbo organizavimu, mokslinės ir praktinės literatūros studijavimu ir pan., todėl konsultacijos laikas neatspindi realių darbo laiko sąnaudų. Šiame tyrime PGM programos sąnaudoms nustatyti taikytas netiesioginių sąnaudų apskaitos metodas, įvertinantis bendrą įstaigoje registruotą apsilankymų skaičių per PGM programos laikotarpį, išskiriant pacientų apsilankymus PGM programoje (12 lentelė).

12 lentelė. PGM programos sąnaudos pagal sąnaudų apskaitos eilutes 6 mėnesių programos įgyvendinimo laikotarpiu

Sąnaudos	Vienetai	Kiekis	Sąnaudos viso, Lt
PLC sąnaudos			
DU+ Sodra	apsilankymai	14385	137272,87
Šildymas	1 m ² /6 mėn.	142,67	3138,74
Elektra	1 m ² /6 mėn.	142,67	1436,69
Vanduo	1 m ² /6 mėn.	142,67	840,33
Kitos	pacientų sk.	102	4022,01
Paciento sąnaudos			
Metadonas	vidutinė dozė	13494,8	21996,48
Transportas	apsilankymai	14385	33804,75
Kitos	apsilankymai	14385	9494,1
Viso, Lt			212005,97

3.2.2. Patalpų išlaikymo ir kitos sąnaudos

PGM programai patalpų plotas, kuriam buvo skaičiuojamos išlaikymo ir kitos sąnaudos, priskirta dvejopai: 1) tiesiogiai metadono programai priskirtų patalpų plotas pagal priklausomybės ligų centrų vadovų pažymas, 2) netiesiogiai priskirta 10 proc. bendrųjų patalpų ploto. Tokiu būdu PGM programai priskirtas bendras patalpų plotas sudarė 142,67 m², o bendros komunalinių paslaugų sąnaudos už 5415,76 Lt arba 37,96 Lt/m² per programos vykdymo laikotarpį. Papildomai PGM programai priskirtos ir kitos sąnaudos (ryšių, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo, kitų paslaugų apmokėjimas, medicinos priemonių įsigijimo ir kitos išlaidos) pagal gydytų pacientų skaičių. Jos sudarė 4022,01 Lt (12 lentelė).

3.2.3. Pacientų patirtos sąnaudos PGM programos metu

Pacientų patirtos sąnaudos buvo įvertintos taikant pagal DATCAP metodiką parengtą klausimyną, kur kiekvienas pacientas pateikė duomenis apie dalyvavimo PGM programoje metu patirtas išlaidas. Pacientų sąnaudos iš viso per šešių mėnesių programos laikotarpį sudarė 65295,33 Lt. Vidutiniškai paciento vieno apsilankymo sąnaudos sudarė 4,54 Lt, o per visą PGM programos laikotarpį – 640,15 Lt. Į šias sąnaudas buvo įtrauktos išlaidos metadonui, transportui į priklausomybės ligų centrą ir atgal, kitos sąnaudos, susijusios su dalyvavimu PGM programoje, kurias nurodė pacientai. Pacientų išlaidų struktūroje didžiausią išlaidų dalį – 51,77 proc. sudarė išlaidos transportui, kurios vieno apsilankymo PLC metu vienam pacientui vidutiniškai kainavo 2,35 Lt. Per savaitę pacientai vidutiniškai apsilankydavo PLC 5 ar 4 kartus. Per šešių mėnesių PGM programos įgyvendinimo laikotarpį jos dalyviai iš viso PLC apsilankė 14385 kartus. (12 lentelė).

3.2.4. PGM programos medikamentų sąnaudos

PGM programos dalyviai metadoną privalėjo vartoti septynias dienas per savaitę. Vidutinė metadono dozė PGM programos metu buvo 50,9 ml. Esant šiai vidutinei dozei, vienos metadono dozės kaina vidutiniškai sudarė 1,63 Lt. Iš viso per šešis mėnesius sąnaudos metadonui sudarė 21996,48 Lt arba 296,66 Lt vienam programos dalyviui. Taikant PGM programą metus ir esant septynių dienų per savaitę gydymo kursui, metinės PGM programos sąnaudos metadonui sudarytų 594,95 Lt vienam programos dalyviui.

3.3. Pakaitinio gydymo metadonu programos ekonominis veiksmingumo vertinimas

Igyvendinant PGM programą Lietuvoje 30,7 proc., arba 65295,33 Lt visų programos sąnaudų, sudarė paciento patiriamos sąnaudos, kitą dalį 69,3 proc., arba 146710,64 Lt sąnaudos, patirtos PLC. Per PGM programos įgyvendinimo laikotarpį pacientai, baigę visą šešių mėnesių PGM programos kursą, vidutiniškai 0,21 KGM_y pagerino savo gyvenimo kokybę. Iš 71 paciento, baigusio visą PGM programos kursą, 61 paciento gyvenimo kokybė pagerėjo, 9 – pablogėjo ir 1 – nepakito. Jei iki PGM programos pradžios dalyviai vidutiniškai 26,6 dienas per mėnesį vartojo narkotikus, tai šis vartojimo dažnis po šešių mėnesių PGM programos sumažėjo iki 5,7 dienų per mėnesį, t.y. PGM programos dalyviai 20,9 dienas per mėnesį rečiau vartojo narkotikus. Bendras pripažintas nusikaltamumas per programos laikotarpį sumažėjo 27,7 proc., lyginant su pripažintu nusikaltamumu iki PGM programos pradžios. Programos dalyviai nurodė, jog, dalyvaudami PGM programoje, juto vidutiniškai 5,47 liguisto simptomo mažiau.

13 lentelė PGM programos sąnaudų ir gydymo baigčių suvestinė

Rodikliai	Vertė
<i>Sąnaudos</i>	
Visų priklausomybės ligų centrų	146710,64 Lt
Visų pacientų	65295,33 Lt
<i>Gydymo baigtys</i>	
Bendras KGM _m (6 mėn) pokytis	0,21 KGM _m
- KGM _m (6 mėn) rodiklis WHOQOL–bref fiziniame komponente	0,27 KGM _m
- KGM _m (6 mėn) rodiklis WHOQOL–bref psichologiniame komponente	0,32 KGM _m
- KGM _m (6 mėn) rodiklis WHOQOL–bref socialiniame komponente	0,11 KGM _m
- KGM _m (6 mėn) rodiklis WHOQOL–bref aplinkos komponente	0,13 KGM _m
Dienos be narkotikų	20,9 d/mėn.
Išvengtų liguistų simptomų skaičius	5,47 pac./mėn.
Bendras nusikaltamumas	- 27,7 proc.
<i>Ekonominio vertinimo rodikliai</i>	
Diena be narkotikų	16,56 Lt/d
Mėnuo be ligos simptomo	91,07 Lt/mėn.
Kokybiški gyvenimo metai	118665,72 Lt/KGM _y
- KGM _y WHOQOL–bref fiziniame komponente	92295,42 Lt/KGM _y
- KGM _y WHOQOL–bref psichologiniame komponente	77874,45 Lt/KGM _y
- KGM _y WHOQOL–bref socialiniame komponente	226544,01 Lt/KGM _y
- KGM _y WHOQOL–bref aplinkos komponente	191691,31 Lt/KGM _y

Taigi, vertinant PGM programos ekonominį veiksmingumą, gauta, kad vienos dienos be narkotikų sąnaudos yra 19,81 Lt, mėnesio, kai išvengiama nors vienas ligos simptomas, – 75,70 Lt, o vienų kokybiškų gyvenimo metų sąnaudos – 118665,72 Lt (13 lentelė). Vertinant sąnaudų naudingumą atskiruose WHOQOL–bref klausimyno komponentuose sąnaudų naudingumas svyravo nuo 77874,45 Lt/KGM_y psichologiniame komponente iki 226544,01 Lt/KGM_y socialiniame komponente, tai rodo jog PGM programos poveikis atskiruose GK komponentuose nėra tolygus. Ypač svarbu atkreipti dėmesį Lietuvoje įgyvendinant PGM programą į aplinkos ir socialinį GK komponentus, kuriuose sąnaudų naudingumas buvo mažiausias.

Siekdami palyginti PGM programos Lietuvoje veiksmingumą su analogiškais programomis, vykdomomis kitose valstybėse, buvo taikytas plačiai ekonominiams rodikliams palyginti naudojamas indeksas, įvertinantis perkamosios galios įtaką kainų rodikliams atskirose valstybėse, kuriose buvo įvertintas PGM programų sąnaudų naudingumas ir apskaičiuota PGM programų metų laimėtų KGM_y kaina. Tuo pačiu buvo įvertinta ir valiutų kursų įtaka prekių ir paslaugų kainoms, remiantis valiutų kursu PGM programos įgyvendinimo viduryje.

14 lentelė Kokybiškų gyvenimo metų vertės palyginimas atsižvelgiant į perkamąją galią

Šaltinis	Šalis	KGM vertė,	Perkamosios galios indeksas*	Valiutų kursas**	KGM vertė įvertinus perkamąją galią, Lt
Barnet,P (241)	JAV	5915 USD	0,5405	2,7721	8862,57
Zaric,G (242)	JAV	8200 USD	0,5405	2,7721	12286,22
Zaric,G (242)	JAV	10900 USD	0,5405	2,7721	16331,69
Masson,C (243)	JAV	7564 USD	0,5405	2,7721	11333,29
Harris,A (244)	Australija	39400 AUD	0,7351	2,1372	61899,59
Dijkgraaf,M (245)	Olandija.	11847 EUR	0,4849	3,4528	19834,99
Disertacijos duomenimis	Lietuva	118665,72 LTL	1,0	1,0	118665,72

* Perkamosios galios indeksas pagal Eurostat ir OECD 2004 metų pateiktus šalių perkamosios galios rodiklius, perskaičiuotas vienetai prilyginus Lietuvos duomenis (236;237).

** Valiutų kursas 2004 03 01

Pritaikius perkamosios galios koeficientą perskaičiuojant PGM programų veiksmingumo rodiklius, buvo gautos palyginamosios sąnaudos už vieną KGM_y, kurios atspindi kiekvienos šalies realų ekonomikos išsivystymo lygį ir žmonių perkamąją galią PGM programos įgyvendinimo laikotarpiu (14 lentelė).

Turimais duomenimis, PGM programų sąnaudų naudingumas, įvertinant KGM_y, be Lietuvos, buvo atliktas dar trijose valstybėse – Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV), Australijoje ir Olandijoje. Daugiausia tokių tyrimų buvo atlikta JAV, kur PGM programų veiksmingumas,

įvertinus perkamąją galią, svyravo nuo 8862,57 Lt/ KGM_y iki 16331,69 Lt/ KGM_y. Mažiausiai sąnaudų pareikalavusi PGM programa buvo įgyvendinama JAV – šios programos sąnaudos buvo 8862,57 Lt/ KGM_y. Brangiausiai įgyvendinta PGM programa buvo Lietuvoje, kur programos sąnaudos už 1 KGM_y sudarė 118665,72 Lt. Panašiomis sąlygomis (esant minimalioms papildomų paslaugų apimtims) Australijoje įgyvendintos PGM programos sąnaudos buvo mažesnės, – įvertinus valiutų kursą ir perkamąją galią, jos sudarė 61899,59 Lt/ KGM_y (14 lentelė).

4. REZULTATŲ APTARIMAS

Priklausomybė nuo opioidų yra veiksnys, darantis įtaką priklausomų asmenų sveikatai ir socialinei gerovei, veikiantis ne tik priklausomus asmenis, bet ir aplinkinius žmones. Priklausomi asmenys, dalyvaujantys PGM programoje ir besilankantys gydymo įstaigoje kiekvieną dieną, turėtų kartu gauti ir medicininę bei socialinę pagalbą, kuri padeda spręsti kitas su priklausomybe susijusias sveikatos ir socialines problemas. Literatūroje nurodoma, jog tai daro įtaką ne tik priklausomybės gydymo rezultatams, bet ir gerina dalyvių gyvenimo kokybę (246-249).

Kaip nurodė Jungtinių Valstijų Nacionalinis priklausomybės ligų institutas, PGM programos JAV buvo veiksmingos priklausomybės ligų gydymui. Remdamasis atliktais tyrimais, paskelbė, kad pacientai, dalyvaujantys PGM ambulatorinėje programoje, 69 proc. rečiau vartoja narkotikus nei nedalyvaujantys tokioje programoje. Sumažėjęs opioidų vartojimas daro įtaką dalyvių sveikatos ir daugelio kitų visuomeninės veiklos rodiklių gerėjimui (8). Programos dalyviai mažiau jaučia poreikį nusikalsti, siekdami išgyti narkotikų, taigi nusikalstamumas sumažėjo 52 proc. Taip pat nurodoma, kad 24 proc. padidėjo PGM programos dalyvių darbingumas. Jungtinių Valstijų Nacionalinis priklausomybės ligų institutas, remdamasis atliktų įvairių eksperimentinių tyrimų duomenimis, paskelbė, kad PGM programos sumažino nelegalių narkotikų vartojimą, nusikalstamumą ir hospitalizacijų dažnį veiksmingiau nei kitos priklausomybės ligų gydymo programos (8).

Atlikto šešių mėnesių trukmės tyrimo duomenimis, PGM programa taip pat pagerino priklausomų asmenų savijautą, sumažino liguistų simptomų skaičių ir nusikalstamumą. Šio tyrimo duomenys apie PGM programos veiksmingumą patvirtino kitų tyrimų duomenis; daugelyje valstybių atliktuose tyrimuose pabrėžiamas PGM programų veiksmingumas (2;56;61;69;250;251). Mūsų atlikto tyrimo duomenimis, PGM programa buvo veiksminga gerinant programos dalyvių gyvenimo kokybę daugeliu jos aspektų. Taip pat sumažino liguistų simptomų skaičių, kai buvo lyginami tyrimo duomenys iki PGM programos su tyrimų duomenimis po trijų ir po šešių mėnesių. Tačiau PGM programos veiksmingumas mažėjo, lyginant trečio ir šešto mėnesio tyrimų duomenis, panašūs rezultatai buvo gauti ir kito tyrimo metu (159), kai dalyvių apklausos buvo kartojamos po šešių ir po dvylikos mėnesių dalyvavimo PGM programoje. Manoma, kad toks PGM programos rezultatų pokytis galėtų būti siejamas su programoje dalyvaujančių asmenų didėjančiu pasitikėjimu tyrimo organizatoriais arba su nepakankamai adekvačia metadono dozavimo politika PGM programoje dalyvavusiose gydymo įstaigose. Nurodoma, kad kai metadono dozė nepanaikina

abstinencijos simptomų, tai tokiose programose priklausomi asmenys dažniau linkę grįžti prie narkotikų, pastebimi nedideli teigiami, o kartais net neigiami gyvenimo kokybės ir sveikatos rodiklių pokyčiai, ne toks ryškus poveikis nusikalstamumui (20;23;24;29;43;50).

Taip pat yra žinoma, kad daugelis priklausomų asmenų siekia atsikratyti priklausomybės, tačiau gyvenimo krizės (finansinės, teisinės, šeimos ar kitos) apsunkina gydymą, mažina motyvaciją gydytis. Šiems asmenims turi būti taikomos įvairios psichologinės ir socialinės reabilitacijos priemonės, padedančios mažinti neigiamą socialinį poveikį, sergamumą, invalidumą bei keisti gyvenseną (16;252;253). Pakaitinis gydymas metadonu, kaip indikacinė (t.y. nukreipta į žalos mažinimą) profilaktikos programa, turėtų būti prieinama priklausomiems nuo opioidų asmenims, kartu turėtų būti taikoma ir aktyvi socialinė bei psichologinė reabilitacijos programa, leidžianti stiprinti programos dalyvių motyvaciją atsikratyti narkotikų vartojimo, skatinanti šių asmenų socializacijos procesus.

Priklausomybės ligomis sergančiųjų sveikatos rodiklių pokyčiai pakaitinio gydymo metadonu metu

Pastaruoju metu pakaitinio gydymo metadonu programose tapo svarbu ne tik sumažinti narkotikų vartojimą, bet ir keisti narkotikų vartojimo įpročius bei mažinti žalą. Atsižvelgdami į tai, įvertinome, kaip kinta PGM programos dalyvių sveikata. Tyrimo rezultatai patvirtino įvairiose šalyse atliktų kitų tyrimų duomenis, jog PGM yra veiksmingas priklausomybei nuo opioidų gydyti (2;254), mažinant neigiamas pasekmes sveikatai (57;69;255). Pacientai, dalyvavę PGM programose, rečiau turėjo nusiskundimų, susijusių su injekcijomis, be to, PGM programa statistiškai patikimai sumažino daugelio kitų liguistų simptomų. Tai patvirtino ir kiti tyrimai (256-264). Įvairiuose tyrimuose lyginant intraveninių narkotikų vartotojus, kurie jau dalyvavo PGM ir kurie nedalyvavo, buvo nustatyta, kad PGM dalyviai rečiau vartoja opioidus ir mažiau turi su injekcijomis susijusių problemų (265-267). Taip pat literatūroje nurodoma, kad PGM dalyviai turi mažiau rizikingus ŽIV plitimo požįrių švirkštimo įpročius (261;268;269), o tai ypač aktualu ŽIV profilaktikos požįriu.

Intraveninių narkotikų vartotojai turi padidintą riziką širdies ir kvėpavimo sistemų infekcijoms. Tai tiesiogiai susiję ir su injekcijomis. Nesilaikant sterilumo reikalavimų, užkratas patenka į organizmą. Tyrimai rodo, kad stacionarizavus į gydymo įstaigą dėl širdies ir kraujagyslių ligų 10 proc. visų intraveninių narkotikų vartotojų diagnozuojamas endokarditas (270-272). Taip pat vartojant intraveninius narkotikus neigiamai veikiama ir kvėpavimo organų sistema. Intraveninių narkotikų vartojimas glaudžiai siejasi su socialiniu apleistumu ir sergamumu

tuberkulioze (273-275). Atlikto tyrimo duomenimis, šešių mėnesių PGM programos metu statistiškai patikimai sumažėjo širdies ir kvėpavimo sistemų liguistų simptomų, tai galėtų turėti įtakos ir sergamumui širdies ir kvėpavimo organų ligomis (276).

Per pastaruosius metus atlikti tyrimai rodo, jog asmenų, vartojančių opioidus, kraujyje yra mažesnis testosterono lygis. Nustatyta, kad opioidai vyrams sumažina libido, susilpnina erektilinę funkciją, o moterims sutrikdo menstruacinį ciklą bei sukelia nevaisingumo problemas, taip pat persileidimus (277-280). Atlikto šešių mėnesių PGM tyrimo pradžioje 92,9 proc. moterų nurodė, jog turi neregulias mėnesines, 7,1 proc. turėjo persileidimus, o 36,5 proc. visų tiriamųjų nurodė, jog yra sumažėjęs jų lytinis potraukis; vėliau PGM programos metu šie sveikatos rodikliai gerėjo, nors statistiškai patikimo skirtumo nenustatyta. Įvairūs tyrimai rodo, kad seksualinė funkcija yra glaudžiai susijusi su neurologinė funkcija. PGM programos rezultatai parodė, kad PGM gali būti susijęs ir su teigiamais neurologiniais poslinkiais, tai patvirtina ir kitų tyrimų duomenys, kad išsilaisvinant nuo priklausomybės narkotikams neurofiziologiniai rodikliai gerėja (281;282) arba supanašėja su bendrais populiaciniais rodikliais, kai lyginama PGM programos dalyvių seksualinė funkcija su narkotikų nevartojančių asmenų seksualinė funkcija (283).

Priklausomybės ligomis sergančiųjų gyvenimo kokybė

Gyvenimo kokybės vertinimas, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas ir vykdant profilaktikos programas, yra pripažintas kaip vienas iš pagrindinių kokybės vertinimo kriterijų. Rekomenduojama plačiau taikyti gyvenimo kokybės vertinimą sveikatos priežiūros paslaugų moksliniuose tyrimuose. Ši informacija atspindi pacientų lūkesčių patenkinimą dalyvaujant pakaitinio gydymo metadonu ir kitose programose, leidžia palyginti naudą, gaunamą tarp skirtingų gydymo programų (284).

Gydymas ir profilaktinės priemonės turi būti parenkamos atsižvelgiant į individo poreikius, ypač esant priklausomybei nuo opioidų, kur gyvenimo kokybės aspektai labai ryškiai siejami su dalyvavimu profilaktinėje programoje. Vykdam tokių pacientų gyvenimo kokybės tyrimus, svarbu įvertinti visas aplinkybes, kurios gali sąlygoti gyvenimo kokybės tyrimų rezultatus, t.y. kai sutrikęs suvokimas, bendravimas abstinencija, emocinis sujaudinimas (285). Šio tyrimo metu buvo atsižvelgta į minėtus aspektus, numatant dalyvių įtraukimo ir atmetimo kriterijus.

Gyvenimo kokybės rodiklių taikymas siekiant įvertinti skirtingų ligų veiksmingumą plačiai taikomas klinikiniuose tyrimuose. Pastebėta, kad žmonės panašiai vertina tokius pat sveikatos būklės pokyčius, todėl tai leidžia palyginti skirtingus gydymo metodus ir jų poveikį individo

gyvenimo kokybei. Tačiau gyvenimo kokybės rodikliai priklauso ir nuo jos vertinimui taikytos metodikos. WHOQOL-bref yra generinis gyvenimo kokybės vertinimo klausimynas, tinkamas duomenims palyginti su kitų ligų ir tyrimų rezultatais, tačiau jis neviseiškai atspindi subtilius pokyčius, būdingus tik priklausomybės ligomis sergantiesiems.

Atliktų tyrimų duomenimis (159;286;287), kai priklausomybės ligų gydymui buvo taikyta PGM programa, pacientų gyvenimo kokybė gerėjo. Tyrimuose nurodoma, kad iki PGM programos pradžios GK atskiruose komponentuose svyravo nuo 31 iki 40 proc., o po šešių mėnesių PGM programos buvo 42–60 proc. Atlikto tyrimo metu tiriamieji iki PGM programos pradžios nurodė aukštesnius GK rodiklius, kurie atskiruose komponentuose svyravo nuo 43 iki 62 proc., o po šešių mėnesių PGM programos GK padidėjo tik iki 45–66 proc. GK komponentų rezultatai po šešių mėnesių PGM programos prilygo kitų tyrimų metu gautiems duomenims, tačiau pokytis dėl aukštesnės GK iki PGM pradžios buvo mažesnis nei minėtuose tyrimuose. Tai galima būtų sieti su menkesne socialine pagalba tyrimo dalyviams bei palyginti ne tokiu dideliu ŽIV paplitimu tarp tyrimo dalyvių. Tyrimai rodo, kad PGM programų dalyviai ŽIV nešiotojai gerokai prasčiau vertina savo GK iki PGM programos pradžios, todėl PGM programos veiksmingumas šiems asmenims yra didesnis (18;55;242;288). Atlikto tyrimo metu jau po trijų mėnesių PGM buvo stebėti statistiškai patikimi teigiami visų WHOQOL-BREF klausimyno gyvenimo kokybės komponentų pokyčiai. Socialinio WHOQOL-BREF klausimyno komponento pokyčiai nebuvo ryškūs, manoma, kad jį įveikė, menkesnis socialinio darbuotojo vaidmuo ir išitraukimas į PGM programą, kita vertus, galėjo būti dėl tyrimo laikotarpio apribojimo, kai kiti autoriai nurodė, jog socialiniai pokyčiai ir visuomenės požiūris į priklausomus nuo narkotikų asmenis keičiasi lėtai, žmonės yra atsargūs, bendraudami su jais. Narkomanams sunkiau įsidarbinti ar pakeisti gyvenamąją aplinką (109;289;290). Tokių asmenų stigmatizacija išlieka ilgai ir turi neigiamos įtakos gyvenimo kokybės rodikliams (190).

PGM ekonominis veiksmingumas ir sąnaudos

Ekonominio vertinimo metodai plačiai taikomi pasaulyje, žinomas daugelio paslaugų ekonominis veiksmingumas, kuriuo galima palyginti skirtingas paslaugų grupes. Tam plačiai naudojamas vienas iš sąnaudų veiksmingumo metodų, kitaip dar vadinamas sąnaudų naudingumo metodu, kuris neanalizuoja tiesioginių programų rezultatų, o vertina išvestiniais rodikliais kokybiškais gyvenimo metais (KGM_y). Tokiu būdu žinome, kad yra tyrimai rodantys, kad pakaitinis gydymas metadonu yra efektyvesnis sąnaudų veiksmingumo, sąnaudų naudingumo požiūriu už daugelį kitų gydymo metodų (43–45). Vienas iš metadono veiksmingumo kriterijų yra ir jo gebėjimas sumažinti neigiamas sveikatai pasekmes, susijusias su intraveninių narkotikų

vartojimu, ŽIV, hepatitu ir kitų ligų plitimu (18) bei nauda visuomenei (291) dėl nusikalstamumo mažėjimo (242).

Literatūroje teigiama, kad gydymas metadonu yra ekonomiškai veiksmingas priklausomybės nuo opioidų gydymo metodas (2;54;220;292-294). Šalyse, kuriose buvo atlikti PGM sąnaudų – naudingumo tyrimai duomenimis, PGM programų ekonominis veiksmingumas, įvertinus valstybių perkamąją galią, svyravo nuo 8862,57 Lt iki 61899,59 Lt už vienerius KGM_y. Mūsų tyrimo duomenimis, PGM programos sąnaudų veiksmingumas Lietuvoje buvo 118 665,72 Lt/KGM_y t.y. mažesnis nei kitose šalyse vykdytų PGM programų, o įvertinus perkamąją galią, viršijo JAV ir Didžiojoje Britanijoje nustatytas veiksmingumo ribas. Tačiau Lietuvoje iki šiol nėra nustatyta paslaugų ekonominio veiksmingumo vertinimo kriterijų, kurie leistų įvertinti, kurios sveikatos priežiūros paslaugos yra ekonomiškai veiksmingos, o kurios neveiksmingos. Jungtinėse Amerikos Valstijose nustatytas 50 000 USD/KGM_y (135 000 Lt/KGM_y arba 74 916,0 Lt/KGM_y įvertinus perkamąją galią) sąnaudų naudingumo kriterijus vienam KGM_y, Olandijoje – 20 000 EUR/KGM_y (69 056 Lt/KGM_y arba 33 221,54 Lt/KGM_y įvertinus perkamąją galią), Jungtinėje Karalystėje šis kriterijus yra 30 000 GBP/KGM_y (153 000 Lt/KGM_y arba 51 824,35 Lt/KGM_y įvertinus perkamąją galią), Kanadoje – iki 75 000 CAD/KGM_y (154 725 Lt/KGM_y arba 104 543,92 Lt/KGM_y įvertinus perkamąją galią) (295). Tokius sveikatos priežiūros paslaugų ekonominio naudingumo kriterijus turi ir kitos valstybės, tačiau jie nėra taip griežtai apibrėžti. Paslaugos, kurios viršija nustatytą ekonominio veiksmingumo ribą taip pat gali būti rekomenduojamos taikyti sveikatos priežiūros sistemoje su tam tikromis išlygomis, nes yra svarūs jų priimtino ir pritaikomo įrodymai, kai nesama kitų galimų veiksmingesnių gydymo alternatyvų. Sąnaudų veiksmingumo kriterijus šalyje nustatomas politiniu sprendimu atsižvelgiant į ekonominę situaciją ir lyginant su būtiniausiu sveikatos priežiūros paslaugų šalyje ekonominio vertinimo rezultatais bei paslaugų poreikiu.

Yra duomenų (2;220;296;297), kad pakaitinis gydymas metadonu kur kas veiksmingesnis už daugelį kitų ligų gydymui taikomų metodų, tačiau Lietuvoje mes negalime palyginti PGM programos ekonominio veiksmingumo su kitomis sveikatos priežiūros paslaugomis, nes tokių tyrimų nėra atlikta. Duomenys apie ekonominę paslaugų efektyvumą negali būti ir nėra vienintelis veiksnys, lemiantis sveikatos priežiūros prioritetus. Čia taip pat svarbų vaidmenį vaidina ir tradicijos, visuomenės požiūris ir paslaugų poreikis. Tačiau duomenys apie ekonominę efektyvumą leistų spręsti ir apie tai, koku būdu pakaitinio gydymo metadonu programai skirtas lėšas geriausia išleisti, t. y. kokios trukmės turi būti programa, kaip dozuojamas metadonas, kokią dalį priklausomų nuo narkotikų žmonių įtraukti į programas, kokias papildomas konsultacines ir sveikatos priežiūros paslaugas jiems teikti, kaip ilgiau išvengti pakartotinio opioidų vartojimo (298). Skirstant lėšas profilaktikos programoms, kai galimi keli alternatyvūs gydymo būdai su panašiomis sąnaudomis,

reikėtų atsižvelgti tik į jų efektyvumą. Kitais atvejais būtina įvertinti sąnaudų veiksmingumo požiūriu, nes dažnai klinikinis veiksmingumas neparodo ekonominio veiksmingumo.

Ekonominio vertinimo metodus, tokius kaip sąnaudų veiksmingumo, sąnaudų naudingumo, sąnaudų naudos, derėtų plačiau taikyti skirstant prioritetus sveikatos priežiūroje. Šie metodai tinkami palyginti įvairioms alternatyvoms, o taikant kokybiškų gyvenimo metų rodiklį – net ir lyginant skirtingų gydymo metodų ekonominį efektyvumą. Tyrimai rodo, kad įmanoma ne tik pagerinti paslaugų kokybę, bet ir sumažinti paslaugų kainą, žinant taikomų metodų ekonominį efektyvumą (2;122;220;299).

Pakaitinio gydymo metadonu tyrimo metodologiniai aspektai ir ribotumai

Tyrimo rezultatai, gauti vertinant pacientų pateiktus atsakymus į standartizuotus klausimynus, neatliekant įvardytų nusiskundimų klinikinių tyrimų bei neįvertinant kitų paciento charakteristikų įtakos tyrimo rezultatams, – galimai turėjo įtakos PGM programos vertinimams. Kai kuriuose klausimynuose respondentų buvo prašoma atsakyti į klausimus, kurie susiję su jų išitraukimu į nusikalstamą, asocialią veiklą. Rezultatų patikimumą buvo siekiama užtikrinti tyrimo dalyviams garantuojant konfidencialumą, tyrimo metodų ir duomenų kongruenciškumą su kitais panašiais tyrimais. Tiriamiesiems buvo pažadėta jų atsakymus laikyti anonimiškais, vertinimuose naudoti tik apibendrintus tyrimo duomenis ir neatskleisti jų tapatybės tretiesiems asmenims. Literatūroje skelbiami vykdytų priklausomų nuo narkotikų asmenų tyrimų, kai tiriamiesiems buvo garantuojamas konfidencialumas, duomenys apie jų sveikatą, nusikalstamumą, pacientų patiriamas sąnaudas, gauti naudojant klausimynus, buvo pakankamai patikimi (300-306), pavyzdžiui, lyginant pripažintą narkotikų vartojimą su atliktais šlapimo narkologiniais tyrimais gauta reikšminga pripažinto narkotikų vartojimo ir klinikinių tyrimų rezultatų priklausomybė (307-309). Taip pat esama tyrimų, kurie rodo, jog priklausomus nuo narkotikų asmenis apklausiant anonimiškai 55–70 proc. visų nusikalstamos veiklos atvejų jie prisipažįsta, o pripažintas nusikalstamumas statistiškai patikimai koreliuojamas su kita prieinama nusikalstamumo statistika; nuslėpti nusikaltimus yra labiau linkę jaunesnio amžiaus respondentai, nebuvo įkalinimo įstaigose (310-314). Tyrimai rodo, kad sąnaudoms vertinti, jei apklausama apie patirtas sąnaudas 1–3 mėnesių laikotarpiu, tokių tyrimų duomenys yra patikimi ir gali būti naudojami ekonominiuose vertinimuose (315;316).

Atlikto tyrimo duomenimis(317) nustatyta, kad taikytas OTI klausimynas ir juo gauti duomenys gana aiškiai sutampa su kitų klinikinių tyrimų duomenimis. Tai rodo, jog savo sveikatos vertinimas, panaudojant šį klausimyną, pakankamai tiksliai atspindi tiriamųjų sveikatos būklę (318). Tokiu būdu esminiai tyrimo metodologiniai aspektai nemenkina tyrimo svarbos šiandieninei

Lietuvos sveikatos politikai, rengiant opioidinės priklausomybės ir žalos mažinimo programas, profilaktikos programų administravimui ir vertinimui bei palyginamumui su kitomis teikiamomis sveikatos priežiūros paslaugomis ar profilaktikos programomis. Gyvenimo kokybės ir paciento savo sveikatos vertinimai pripažinti kaip esminiai paslaugų kokybės vertinimo elementai sveikatos priežiūroje.

Vienas iš esminių šio PGM programos ekonominio vertinimo tyrimo ribotumų buvo tas, kad tiriant narkomanų gyvenimo kokybės, narkotikų vartojimo ir sveikatos rodiklių pokyčius būna sunkiau rinkti duomenis dėl šių asmenų nestabilios psichoemocinės būklės, neorganizuotumo, nepastovaus gyvenimo būdo. Todėl nebuvo suformuota kontrolinė grupė, kuriai netaikomas joks gydymas. Tyrimo metu iki PGM programos pradžios gauti duomenys buvo lyginami su trečio ir šešto mėnesio tyrimo rezultatais. Kitaip sakant, vertinant gyvenimo kokybės ir sveikatos pokyčius buvo pasinaudota tyrimo duomenimis iki PGM pradžios, darant prielaidą, kad tyrimo metu hipotetinės asmenų grupės, kuriai netaikyta PGM programa, gyvenimo kokybė ir sveikata nekito (negerėjo ir neblogėjo). Tokiu būdu duomenis galima pervertinti, jei sveikata ir gyvenimo kokybė blogėjo, arba nepakankamai įvertinti, jei sveikata ir gyvenimo kokybė, ligos natūralios eigos metu, gerėjo. Šio tyrimo metu nebuvo įvertinta natūrali ligos eiga, dėl nedidelio dalyvių skaičiaus trūko patikimos mirštamumo ir išgyvenamumo statistikos gautos šiuo tyrimu, kai netaikomas joks gydymas, todėl šie rodikliai, taikant sąnaudų – naudingumo įvertinimą, buvo ekstrapoliuoti iš kitų tyrimų (319-325). Tokiu būdu šio tyrimo rezultatus iš dalies veikė kitų tyrimų metodikos ypatumai, tačiau tai nemenkina pačios tyrimo metodologijos, kuri buvo plačiai taikyta panašiuose tyrimuose (326-329).

Priklausomybės ligų gydymas kitų ligų gydymo kontekste

Supratimas apie veiksmingą arba neveiksmingą gydymą labai priklauso nuo mūsų požiūrio į ligą. Jei mes PGM suvokiame kaip gydymą, taikomą ūmių ligų atvejais, pvz., infekcinių ar ūmaus miokardo infarkto atveju, tuomet tikimės, kad vienas gydymo epizodas leis sustabdyti ligos plitimą, progresavimą ar net išgydyti pacientą. Esant tokiam požiūriui į priklausomybės ligas, dažnai galime pastebėti neigiamus PGM vertinimus, nes tyrimai rodo, jog 30–60 proc. pacientų sugrįžta prie narkotikų po kiekvieno gydymo epizodo (330-332).

Kitą vertus, jei mes PGM laikome kaip gydymo metodą lėtinėms ligoms gydyti, tada turime kitos gydymo paradigmos modelį. Šitaip mes suvokiame, kad ligos gydymas yra ilgalaikis procesas ir gali apimti keletą gydymo epizodų, kurie taikomi ligos remisijoms gydyti. Jeigu šitaip suvokiame ligos modelį, tai galime ligos remisijos epizodus vertinti kaip įprastą reiškinį. Tokiu būdu reikia

modifikuoti ir tęsti gydymą toliau, kol pacientas pasveiks. Suvokdami PGM kaip lėtinės ligos gydymo metodą, neturėsime tiek daug vilčių, kad pacientas jau po pirmo gydymo epizodo pasveiks.

Kai gydome lėtinės ligas, tokias kaip demencija ar diabetas, kurioms parinkę tinkamą gydymą mes galime prislopinti liguistus simptomus arba pristabdyti jų progresavimą, ir kai tai sutampa su daugelio lėtinių ligų gydymo tikslais, tuomet į ligos remisijos galimybę galime žiūrėti kaip į galimą gydymo išeitį.

Priklausomybės nuo opioidų gydymas taip pat galėtų būti suvokiamas kaip lėtinės ligos gydymas, nes šis gydymas yra ilgalaikis, dažnai reikia ne vieno gydymo epizodo, būtina tam tikra pagalba ir palaikymas iš aplinkos, kurioje asmuo gyvena, bei ilgalaikė medicininė ir socialinė priežiūra (333). Tačiau yra ir skirtumų, kurie skiria priklausomybės ligų gydymą nuo lėtinių ligų gydymo. Taikant PGM, nemažai daliai pacientų pavyksta pasiekti teigiamą gydymo baigtį, jie galėtų būti abstinetais visą likusį gyvenimą, tačiau ir vėliau jie lieka aukštos rizikos pacientais, bet kuriuo momentu galinčiais sugrįžti prie narkotikų vartojimo, kas ir laikoma ligos remisija. Kad asmenys, dalyvaujantys PGM programose, gali atsisakyti vartoti kitus narkotikus, parodė ir mūsų tyrimas, tačiau dalis programos dalyvių tyrimo metu kaip ir kitose šalyse grįžo prie narkotikų. Yra tyrimų duomenų, rodančių, kad po kelių gydymo epizodų dauguma PGM programų dalyvių tam tikrais laikotarpiais vėl ima vartoti narkotikus (334). Vertinant programos veiksmingumą, svarbu įvertinti ir tai, kad, be narkotikų vartojimo pokyčių, PGM programų dalyviai rečiau įsitraukia į kriminalinę veiklą (335-337), gerėja jų sveikatos rodikliai (54;338-340), mažėja bedarbių skaičius (341;342). Pavyzdžiui, vieno atlikto tyrimo metu buvo vertinta, ar nusikalstamumas yra susijęs su gydymo epizodų skaičiumi, ir nustatyta, kad asmenys, kurie turėjo daugiau gydymo epizodų, buvo mažiau linkę nusikalsti nei trumpiau gydyti asmenys. Šie duomenys taip pat parodė, jog gydymo trukmė yra svarbesnis veiksnys, sąlygojantis nusikalstamumą, nei kiti veiksniai, tokie kaip programos dalyvių amžius, priklausomybės nuo narkotikų sunkumas, ankstesnė nusikalstamumo patirtis (343). Taip pat yra duomenų, kad programos dalyvių amžius daro įtaką grįžimui prie narkotikų, šį veiksma pagrindžia ir biologinio mechanizmo aiškinimas: su amžiumi yra susijęs žmogaus dopaminerginis aktyvumas, sąlygojantis potraukį narkotikams (344).

PGM programose nurodomas pacientų paklusnumas ir gydytojų nurodymų vykdymas turi ne menkesnę reikšmę nei lėtinių ligų gydymo atvejais. Vieno tyrimo metu buvo palygintas pacientų paklusnumas kai kurių lėtinių ligų, tokių kaip diabetas (paklusnumas 30–50 proc.), arterinė hipertenzija (30 proc.), astma (30 proc.) atvejais, kai sergančiųjų priklausomybės ligomis buvo iki 40 proc. Šiame tyrime taip pat buvo nurodyta, kad remisijų dažnis priklausomybės ligų gydymo

metu buvo iki 30 proc., kai diabeto atveju jų buvo 30–50 proc., 50–60 proc. arterinės hipertenzijos ir 60-80 proc. astmos gydymo metu (345).

Kiek reikia gydymo epizodų, kad pacientas taptų visiškai nepriklausomas nuo narkotikų, tokių duomenų mokslinėje literatūroje nėra pateikta, bet gydymo epizodų skaičius gali kisti nuo vieno iki keleto. Kiekvienas gydymo epizodas turėtų būti suprantamas kaip viso gydymo plano dedamoji dalis, siekiant individo gyvenimo kokybės, sveikatos rodiklių gerėjimo bei socialinės adaptacijos, socialumo. Tyrimai rodo, kad teigiamas poveikis sveikatai ir gyvenimo kokybei gali kauptis (69;346;347).

Norint atsakyti į klausimą, ar priklausomybės ligų gydymas galėtų skirtis nuo kitų ligų gydymo, svarbus būtų ir laipsniškas teigiamo poveikio sveikatai ir gyvenimo kokybei kaupimo efektas. Tokiu būdu, jei mes šį efektą priimtume kaip naudingumo rodiklį, remisijos po tam tikro gydymo epizodo nelaikytume gydymo nesėkme. Dar daugiau, mes tai suprastume kaip ženklą, jog gydymas nėra baigtas, kad jį reikia tęsti. Be to, tada viso gydymo netraktuotume kaip niekada nesibaigiančio ir brangaus, nes, atsižvelgdami į lėtinių ligų gydymo modelį, tikėtumės sveikatos ir gyvenimo kokybės laipsniško gerėjimo, didinančio gaunamą naudą individui ir visuomenei per mažėjančią nusikalstamumą, gerėjančią gyvenimo kokybę, sveikatą ir darbingumą.

Ateityje būtini išsamesni šios problemos tyrinėjimai, kurie įvertintų gydymo epizodų ir gydymo išeičių: sveikatos, gyvenimo kokybės, nusikalstamumo, socialinės integracijos, remisijų dažnio ir sąnaudų – ryšį. Paaiškęjus, kad esant remisijoms PGM epizodų kartojimas pagerina gydymo išeitį, patvirtintų priklausomybės ligų, kaip lėtinių ligų, modelį, kuris iš dalies keistų ne tik požiūrį į gydymą, bet ir visuomenės požiūrį į priklausomybės ligas, priklausomus asmenis bei nustatytų tinkamus PGM finansavimo prioritetus.

IŠVADOS

- Atlikto šešių mėnesių tyrimo duomenimis, pakaitinis gydymas metadonu statistiškai patikimai pagerino programos dalyvių gyvenimo kokybę, sumažino nelegalų daugelio psichotropinių medžiagų vartojimą, nusikalstamumą ir liguistų simptomų skaičių, tačiau programos veiksmingumas, vertinant šiuos rodiklius, mažėjo vėlesniu programos laikotarpiu, lyginant duomenis iki PGM programos su trečio ir šešto mėnesio tyrimo duomenimis.

- Pakaitinio gydymo programos sąnaudos buvo 212 005,97 Lt, o 69,30 proc. visų programos sąnaudų sudarė priklausomybės ligų centrų sąnaudos. Priklausomybės ligų centrų sąnaudų struktūroje išlaidos darbo užmokesčiui sudarė 64,75 proc., o paciento sąnaudų struktūroje – 51,77 proc. sudarė išlaidos transportui.

- Taikytos pakaitinio gydymo metadonu programos sąnaudų veiksmingumas ir sąnaudų naudingumas buvo 118 665,72 Lt už vienerius kokybiškus gyvenimo metus. Atskiruose gyvenimo kokybės komponentuose sąnaudų naudingumas svyravo nuo 77874,45 Lt psichologiniame komponente iki 226544,01 Lt socialiniame komponente už vienerius kokybiškus gyvenimo metus. Bendrasis sąnaudų naudingumo rodiklis viršijo pasaulyje nustatytas ekonominio naudingumo normas, be to, pakaitinio gydymo metadonu programa Lietuvoje buvo mažiau veiksminga nei kitose šalyse vykdytos pakaitinio gydymo metadonu programos.

REKOMENDACIJOS

1. PGM programa veikia fizinę priklausomybę nuo opioidų, ją mažindama, tačiau mažiau turi įtakos socialiniams ir psichologiniams priklausomybės aspektams. PGM programa turėjo ne tokį žymų teigiamą poveikį asmenų priklausomų nuo narkotikų gerovei socialiniame ir aplinkos GK komponentuose. Būtų tikslinga peržiūrėti PGM programos įgyvendinimo organizacinius aspektus daugiau dėmesio skiriant socialiniams ir psichologiniams priklausomybės aspektams. Įgyvendinant PGM programą turėtų būti teikiama daugiau socialinio darbuotojo ir psichologo paslaugų ne tik PGM programos dalyviams, bet ir visai šeimai, bei tinkamai įvertinamas aplinkos poveikis asmenų priklausomų nuo narkotikų gerovei.
2. Didžiąją PGM programos sąnaudų dalį sudarė darbo užmokesčio sąnaudos. Siekiant sumažinti programos sąnaudas vieneriems kokybiško gyvenimo metams ir išlaikant tokį pat darbuotojų skaičių, būtų tikslinga PLC klientams teikti daugiau papildomų paslaugų, kurios taip pat galėtų teigiamai veikti sąnaudas, tenkančias vieneriems kokybiško gyvenimo metams.
3. Tiriamųjų gyvenimo kokybė iki PGM programos pradžios Lietuvoje, lyginant su kitose šalyse vykdytomis PGM programomis ir jose dalyvaujančiais asmenimis, buvo aukštesnė. Tai rodo, kad būtų tikslinga peržiūrėti įtraukimo į PGM programą kriterijus, plačiau įtraukiant tuos priklausomus asmenis, kurių, kaip rodo tyrimai, gyvenimo kokybė yra žemesnė (ŽIV infekuotuosius, benamius ir pan.) ir taip maksimizuoti naudą, gaunamą iš PGM programos.

BIBLIOGRAFIJOS SĄRAŠAS

Reference List

- (1) Svikis DS, Lee JH., Haug NA., Stitzer ML. Attendance incentives for outpatient treatment: effects in methadone- and nonmethadone-maintained pregnant drug dependent women. *Drug Alcohol Depend* 1997; 48(1):33-41.
- (2) Vanagas G., Padaiga Z., Subata E. Economic efficiency of the methadone maintenance and factors affecting it. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(7):607-613.
- (3) State Mental Health Center. State Mental Health Center Report on Drug Addiction. <http://www.vpsc.lt/statistics.htm> . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

- (4) Gronbladh L, Ohlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82(3):223-227.
- (5) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94(4):479-488.
- (6) EMCDDA. Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union. Insights Series 2000.
- (7) Doyle KM, Quinones MA, Loria DB. Treating the drug abuser. *Public Health Rev* 1982; 10(1):77-98.
- (8) Office of National Drug Control Policy. Methadone. <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/factsht/methadone/index.html> . 2000. Washington, USA, **ONDCP**.

Ref Type: Electronic Citation

- (9) Caplehorn JR. A comparison of abstinence-oriented and indefinite methadone maintenance treatment. *Int J Addict* 1994; 29(11):1361-1375.
- (10) Cartwright WS. Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature*. *J Ment Health Policy Econ* 2000; 3(1):11-26.
- (11) D'Aunno T, Vaughn TE. Variations in methadone treatment practices. Results from a national study. *JAMA* 1992; 267:253-258.
- (12) Eklund C, Melin L, Hiltunen A, Borg S. Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden: long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *Int J Addict* 1994; 29(5):627-645.
- (13) Caplehorn JR, Dalton MS, Halder F, Petrenas AM, Nisbet JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst Use Misuse* 1996; 31(2):177-196.
- (14) Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965; 193:646-650.

- (15) Dole VP, Joseph H. Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance. *Ann N Y Acad Sci* 1978; 311:181-189.
- (16) Yoast R, Williams MA, Deitchman SD, Hampson HC. Report of the Council on Scientific Affairs: methadone maintenance and needle-exchange programmes to reduce the medical and public health consequences of drug abuse. *Journal of Addictive Diseases* 2001; 20(2):15-40.
- (17) Layson-Wolf C, Goode JV, Small RE. Clinical use of methadone. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2002; 16(1):29-59.
- (18) Langendam MW., van Brussel GH., Coutinho RA, van Ameijden EJ. Methadone maintenance treatment modalities in relation to incidence of HIV: results of the Amsterdam cohort study. *AIDS* 1999; 13(13):1711-1716.
- (19) Mattick R.P., Ward J., Hall W., editors. The effectiveness of other opioid replacement therapies: LAAM, heroin, buprenorphine, naltrexone and injectable maintenance. In *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1998.
- (20) Maxwell S, Shinderman M. Optimizing response to methadone maintenance treatment: Use of higher-dose methadone. *J Psychoactive Drugs* 1999; 31:95-102.
- (21) Ralston GE, Wilson P. Methadone programmes. The costs and benefits to society and the individual. *Pharmacoeconomics* 1996; 10(4):321-326.
- (22) Siassi I, Angle BP, Alston DC. Comparison of the effect of high and low doses of methadone on treatment outcome. *Int J Addict* 1977; 12:993-1005.
- (23) Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med* 1993; 119:23-27.
- (24) Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML. Moderate- vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: A randomized trial. *JAMA* 1999; 281:1000-1005.
- (25) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (26) West SL, O'Neal KK, Graham CW. A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone*1. *Journal of Substance Abuse* 2000; 12(4):405-414.
- (27) Wolff K., Rostami-Hodjegan A., Hay AW RD, Tucker G. Population-based pharmacokinetic approach for methadone monitoring of opiate addicts: potential clinical utility. *Addiction* 2000; 95(12):1771-1783.
- (28) Methadone maintenance treatment: the consumer perspective. Response. *N Z Bioeth J* 2001; 2(3):26-28.
- (29) Handal PJ, Lander JJ. Methadone treatment: Program evaluation and dose response relationships. *Int J Addict* 1976; 11:363-375.
- (30) Kipnis SS, Herron A, Perez J, Joseph H. Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program--problems and solutions. *Mt Sinai J Med* 2001; 68(1):28-32.

- (31) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (32) Barnett PG, Zaric GS, Brandeau ML. The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction* 2001; 96(9):1267-1278.
- (33) Caplehorn JR. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust* 2003; 179(10):557-558.
- (34) Doran CM, Shanahan M, Mattick RP, Ali R, White J, Bell J. Buprenorphine versus methadone maintenance: a cost-effectiveness analysis. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71(3):295-302.
- (35) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 2003; 98(5):693-702.
- (36) Gibson AE., Doran CM., Bell JR., Ryan A., Lintzeris N. A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: a randomised trial. *Med J Aust* 2003; 179(1):38-42.
- (37) Johnson RE, Jaffe JH, Fudala PJ. A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *JAMA* 1992; 267:2750-2755.
- (38) Rosenheck R, Kosten T. Buprenorphine for opiate addiction: potential economic impact. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63(3):253-262.
- (39) Clark N, Lintzeris N, Gijssbers A, Whelan G, Dunlop A, Ritter A et al. LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002210.
- (40) Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA* 1965; 193:646-650.
- (41) Sirotnik KA, Bailey RC. A cost-benefit analysis for a multimodality heroin treatment project. *Int J Addict* 1975; 10(3):443-451.
- (42) Auriacombe M, Grabot D, Daulouede JP, Vergnolle JP, O'Brien C, Tignol J. A naturalistic follow-up study of French-speaking opiate-maintained heroin-addicted patients: effect on biopsychosocial status. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(6):565-568.
- (43) McGlothlin WH, Anglin MD. Long-term follow-up of clients of high- and low-dose methadone programs. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:1055-1063.
- (44) Caplehorn JR, Bell J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. *Med J Aust* 1991; 154:195-199.
- (45) Brown BS, Watters JK, Iglehart AS. Methadone maintenance dosage levels and program retention. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1982; 9:129-139.

- (46) Ling W, Charuvastra C, Kaim SC, Klett CJ. Methadyl acetate and methadone as maintenance treatments for heroin addicts. A Veterans Administration cooperative study. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:709-720.
- (47) Joe GW, Simpson DD, Hubbard RL. Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J Subst Abuse* 1991; 3:73-84.
- (48) Novick DM, Joseph H. Medical maintenance: The treatment of chronic opiate dependence in general medical practice. *J Subst Abuse Treat* 1991; 8:233-239.
- (49) Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *Am J Public Health* 1991; 81:1185-1191.
- (50) Caplehorn JR, Bell J, Kleinbaum DG, Gebiski VJ. Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction* 1993; 88:119-124.
- (51) Leavitt S, Shinderman M, Maxwell S. When "enough " is not enough: New perspectives on optimal methadone maintenance dose. *Mt Sinai J Med* 2000; 67:404-411.
- (52) Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37(4):495-522.
- (53) Condelli WS, Duntzman GH. Exposure to methadone programs and heroin use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19(65):78.
- (54) Strang J., Marsden J., Cummins M., Farrell M., Finch E., Gossop M. et al. Randomized trial of supervised injectable versus oral methadone maintenance: report of feasibility and 6-month outcome. *Addiction* 2000; 95(11):1631-1645.
- (55) Sees K, Delucchi K, Masson C. A Randomized, controlled trial of methadone maintenance versus 180-day psychosocially- enriched detoxification: Drug use, HIV-risk and psychosocial functioning. *JAMA* 2000; 283(10):1303-1310.
- (56) Snyder DC, Paz EA, Mohle-Boetani JC, Black RL, Chin DP., Fallstad R. Tuberculosis prevention in methadone maintenance clinics. Effectiveness and cost-effectiveness. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160(1):178-185.
- (57) Bellis DJ. Reduction of AIDS risk among 41 heroin addicted female street prostitutes: effects of free methadone maintenance. *J Addict Dis* 1993; 12(1):7-23.
- (58) Anglin MD, Speckart GR, Booth MW., Ryan TM. Consequences and costs of shutting off methadone. *Addict Behav* 1989; 14:307-326.
- (59) Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer-Verlag, 1991.
- (60) Simpson DD. Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:875-880.
- (61) Novick DM, Joseph H, Salsitz EA. Outcomes of treatment of socially rehabilitated methadone maintenance patients in physicians' offices (medical maintenance): Follow-up at three and a half to nine and a fourth years. *J Gen Intern Med* 1994; 9:127-130.

- (62) Woody GE., McLellan A.T., Luborsky L., O'Brien C.P. Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: results of research studies. *NIDA Res Monogr* 1990; 104:9-23.
- (63) Condelli WS. Strategies for increasing retention in methadone programs. *J Psychoactive Drugs* 1993; 25:143-147.
- (64) Magura S, Nwakeze PC, Kang S, Demsky S. Program quality effects on patient outcomes during methadone maintenance: A study of 17 clinics. *Subst Use Misuse* 1999; 34:1299-1324.
- (65) O'Neill K, Baker A, Cooke M. Evaluation of a cognitivebehavioral intervention for pregnant injecting drug users at risk of HIV infection. *Addiction* 1996; 91:1115-1125.
- (66) McLellan A.T., Woody G.E., Luborsky L., Goehl L. Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176(7):423-430.
- (67) McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; 269:1953-1959.
- (68) Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30(3):290-303.
- (69) Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of improvement after methadone treatment: 1 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend* 2000; 60:275-286.
- (70) Hallinan R, Ray J, Byrne A, Agho K, Attia J. Therapeutic thresholds in methadone maintenance treatment: A receiver operating characteristic analysis. *Drug Alcohol Depend* 2006; 81(2):129-136.
- (71) Morral AR, Iguchi MY, Belding MA, Lamb RJ. Natural classes of treatment response. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(4):673-685.
- (72) Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30(3):290-303.
- (73) Milby JB. Methadone maintenance to abstinence. How many make it? *J Nerv Ment Dis* 1988; 176(7):409-422.
- (74) Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30(3):290-303.
- (75) Morral AR, Iguchi MY, Belding MA, Lamb RJ. Natural classes of treatment response. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(4):673-685.
- (76) Morral AR, Belding MA, Iguchi MY. Identifying methadone maintenance clients at risk for poor treatment response: pretreatment and early progress indicators. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55(1-2):25-33.
- (77) MacCoun R, Reuter P, Schelling T. Assessing alternative drug control regimes. *J Policy Anal Manage* 1996; 15(3):330-352.

- (78) Solano PL. Reconsideration of contemporary U.S. drug policy. *J Ment Health Policy Econ* 2002; 5(4):175-183.
- (79) Hall W, Bell J, Carless J. Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug Alcohol Depend* 1993; 31(2):123-129.
- (80) Bell J, Hall W, Byth K. Changes in criminal activity after entering methadone maintenance. *Br J Addict* 1992; 87:251-258.
- (81) Hall W, Bell J, Carless J. Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug Alcohol Depend* 1993; 31(2):123-129.
- (82) Saxon AJ., Wells E.A., Fleming C., Calsyn D.A. Pre-treatment characteristics, program philosophy and level of ancillary services as predictors of methadone maintenance treatment outcome. *Addiction* 1996; 91(8):1197-1209.
- (83) Zule WA, Desmond DP. Attitudes toward methadone maintenance: implications for HIV prevention. *J Psychoactive Drugs* 1998; 30(1):89-97.
- (84) Koester S, Anderson K, Hoffer L. Active heroin injectors' perceptions and use of methadone maintenance treatment: cynical performance or self-prescribed risk reduction? *Subst Use Misuse* 1999; 34(14):2135-2153.
- (85) Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37(4):495-522.
- (86) Fischer B, Rehm J, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, El Guebaly N et al. Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *J Urban Health* 2005; 82(2):250-266.
- (87) Neale J. Methadone, methadone treatment and non-fatal overdose. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58(1-2):117-124.
- (88) Neale J, Robertson M. Comparisons of self-report data and oral fluid testing in detecting drug use amongst new treatment clients. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71(1):57-64.
- (89) Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37(4):495-522.
- (90) Fischer B, Chin AT, Kuo I, Kirst M, Vlahov D. Canadian illicit opiate users' views on methadone and other opiate prescription treatment: an exploratory qualitative study. *Subst Use Misuse* 2002; 37(4):495-522.
- (91) Fischer B, Rehm J, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, El Guebaly N et al. Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *J Urban Health* 2005; 82(2):250-266.
- (92) Metrebian N, Shanahan W, Wells B, Stimson GV. Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *Med J Aust* 1998; 168(12):596-600.

- (93) Brooner RK, Kidorf M, King VL, Stoller K. Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 1998; 49(3):249-260.
- (94) Brooner RK, Kidorf MS, King VL, Stoller KB, Peirce JM, Bigelow GE et al. Behavioral contingencies improve counseling attendance in an adaptive treatment model. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27(3):223-232.
- (95) Neale J. Methadone, methadone treatment and non-fatal overdose. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58(1-2):117-124.
- (96) Luty J, O'Gara C, Sessay M. Is methadone too dangerous for opiate addiction? *BMJ* 2005; 331(7529):1352-1353.
- (97) Schroeder JR, Schmittner JP, Epstein DH, Preston KL. Adverse events among patients in a behavioral treatment trial for heroin and cocaine dependence: effects of age, race, and gender. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(1):45-51.
- (98) Breslin KT, Malone S. Maintaining the viability and safety of the methadone maintenance treatment program. *J Psychoactive Drugs* 2006; 38(2):157-160.
- (99) Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, des Jarlais D et al. Fortnightly Review: Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994; 309(6960):997-1001.
- (100) Luty J, O'Gara C, Sessay M. Is methadone too dangerous for opiate addiction? *BMJ* 2005; 331(7529):1352-1353.
- (101) Sims SA, Snow LA, Porucznik CA. Surveillance of methadone-related adverse drug events using multiple public health data sources. *J Biomed Inform* 2006.
- (102) Digiusto E, Shakeshaft A, Ritter A, O'Brien S, Mattick RP. Serious adverse events in the Australian National Evaluation of Pharmacotherapies for Opioid Dependence (NEPOD). *Addiction* 2004; 99(4):450-460.
- (103) Luty J, O'Gara C, Sessay M. Is methadone too dangerous for opiate addiction? *BMJ* 2005; 331(7529):1352-1353.
- (104) Torsades de pointes with methadone. *Prescrire Int* 2005; 14(76):61-62.
- (105) Pearson EC, Woosley RL. QT prolongation and torsades de pointes among methadone users: reports to the FDA spontaneous reporting system. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2005; 14(11):747-753.
- (106) Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės metinis pranešimas. 2004. Vilnius, Baltijos kopija.

Ref Type: Report

- (107) Sveikatos apsaugos ministerija. Lietuvos Respublikos Sveikatos Apsaugos Ministro Įsakymas dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo (2002 m. gegužės 3 d. Nr. 204). *Valstybės Žinios* 2002; 47(1824).

- (108) Centrinės ir Rytų Europos Žalos Mažinimo Tinklas. ŽIV/AIDS prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje: gera praktika. USAID, Family Health International, editors. 2003. Vilnius, Ex Arte.

Ref Type: Report

- (109) Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res* 2003; 12((Suppl 1)):59-72.
- (110) Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, Wilber C, Kleber H. Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39(2):151-156.
- (111) Kipnis SS, Herron A, Perez J, Joseph H. Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program--problems and solutions. *Mt Sinai J Med* 2001; 68(1):28-32.
- (112) Kipnis SS, Herron A, Perez J, Joseph H. Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program--problems and solutions. *Mt Sinai J Med* 2001; 68(1):28-32.
- (113) Kipnis SS, Herron A, Perez J, Joseph H. Integrating the methadone patient in the traditional addiction inpatient rehabilitation program--problems and solutions. *Mt Sinai J Med* 2001; 68(1):28-32.
- (114) Noecker RJ, Walt JG. Cost-effectiveness of monotherapy treatment of glaucoma and ocular hypertension with the lipid class of medications. *Am J Ophthalmol* 2006; 141(1 Suppl):S15-S21.
- (115) Rodriguez-Roca GC, Alonso-Moreno FJ, Garcia-Jimenez A, Hidalgo-Vega A, Llisterri-Caro JL, Barrios-Alonso V et al. Cost-effectiveness of ambulatory blood pressure monitoring in the follow-up of hypertension. *Blood Press* 2006; 15(1):27-36.
- (116) Vijgen SM, Hoogendoorn M, Baan CA, de Wit GA, Limburg W, Feenstra TL. Cost effectiveness of preventive interventions in type 2 diabetes mellitus: a systematic literature review. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(5):425-441.
- (117) Mojtabai R, Zivin JG. Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Serv Res* 2003; 38(1 Pt 1):233-259.
- (118) Healey A, Knapp M, Marsden J, Gossop M, Stewart D. Criminal outcomes and costs of treatment services for injecting and non-injecting heroin users: evidence from a national prospective cohort survey. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8(3):134-141.
- (119) Barnett PG, Hui SS. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):365-374.
- (120) Jefferson T, Smith R, Yee Y, Drummond M, Pratt M, Gale R. Evaluating the BMJ Guidelines for Economic Submissions: Prospective Audit of Economic Submissions to BMJ and The Lancet. *JAMA* 1998; 280(3):275-277.
- (121) Jefferson T, Demicheli V. Quality of economic evaluations in health care. *BMJ* 2002; 324(7333):313-314.

- (122) Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- (123) Jefferson T, Smith R, Yee Y, Drummond M, Pratt M, Gale R. Evaluating the BMJ Guidelines for Economic Submissions: Prospective Audit of Economic Submissions to BMJ and The Lancet. *JAMA* 1998; 280(3):275-277.
- (124) Jefferson T, Demicheli V. Quality of economic evaluations in health care. *BMJ* 2002; 324(7333):313-314.
- (125) Bell D, Farquhar P. Perspectives on utility theory. *Oper Res* 1986; 34(1):179-183.
- (126) Klarman H, Francis J, Rosenthal G. Cost-effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease. *Med Care* 1968; 6(1):48-54.
- (127) Aaronson NK. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials* 1989; 10(4 suppl):195-208.
- (128) French MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: methodology and findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(1):111-135.
- (129) Creese A, Parker D. *Cost Analysis in Primary Health Care: A Training Manual for Programme Managers*. Geneva, World Health Organization 1994.
- (130) Darke S, Hall W, Wodak A, Heather N, Ward J. Development and validation of a multi-dimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *Br J Addict* 1992; 87(5):733-742.
- (131) Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ* 1996; 313(7052):275-283.
- (132) Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Develop Disab* 1995; 16(51):74.
- (133) French MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: methodology and findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(1):111-135.
- (134) French MT, McGeary KA. Estimating the economic cost of substance abuse treatment. *Health Econ* 1997; 6(5):539-544.
- (135) Gerstein DR, Johnson RA, Harwood HJ, Fountain D, Suter N, Malloy K. *Evaluation Recovery Services: The California drug and alcohol treatment assessment (CALDATA)*. Department of Alcohol and Drug Programmes, editor. 1994. Sacramento, California.

Ref Type: Report

- (136) Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *Br Med J* 1997; 315(7118):1273-1279.
- (137) Jefferson T, Demicheli V, Mugford M. *Elementary Economic Evaluation in Health Care*. 2nd ed. London: BMJ Books, 2000.

- (138) Jefferson T, Smith R, Yee Y, Drummond M, Pratt M, Gale R. Evaluating the BMJ Guidelines for Economic Submissions: Prospective Audit of Economic Submissions to BMJ and The Lancet. JAMA 1998; 280(3):275-277.
- (139) Jefferson T, Demicheli V. Quality of economic evaluations in health care. BMJ 2002; 324(7333):313-314.
- (140) Rawlins MD. NICE Work -- Providing Guidance to the British National Health Service. N Engl J Med 2004; 351(14):1383-1385.
- (141) Torgerson WS. Theory and Methods of Scaling. New York: John Wiley and Sons, 1958.
- (142) Zavala SK, French MT, Henderson CE, Alberga L, Rowe C, Liddle HA. Guidelines and challenges for estimating the economic costs and benefits of adolescent substance abuse treatments. J Subst Abuse Treat 2005; 29(3):191-205.
- (143) Barnett PG. The Cost-Effectiveness of Substance Abuse Treatment. Substance Use Disorders 1999; 1(2):166-171.
- (144) Bagdonas E. Biznio įvadas. Kaunas: Technologija, 1998.
- (145) Bagdonas E, Kazlauskienė E. Biznio įvadas. Kaunas: Technologija, 2001.
- (146) Mackevičius J. Apskaita. Vilnius: Mintis, 1994.
- (147) Chasteen LG, Flaherty RE, Malvin CO. Intermediate accounting. fifth edition ed. N.Y.: McGraw-Hill, Inc, 1995.
- (148) Henrard J, Ankri J. Systèmes & politiques de santé. Rennes: ENSP, 1996.
- (149) Johns B, Baltussen R, Hutubessy R. Programme costs in the economic evaluation of health interventions. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003; 1(1):1.
- (150) Little IMD, Mirrlees JA. Project Appraisal and Planning for Developing Countries. London, Heinemann Educational Books, 1974.
- (151) Mishan EJ. Cost-benefit Analysis. 3 ed. London, George Allen & Unwin (Publishers) Ltd, 1982.
- (152) Vanagas G., Bagdonas E, Padaiga Z. Cost analysis in economic evaluation of methadone maintenance treatment: a methodological approach. Alkoholizm i Narkomania 2004; 17(1-2):21-28.
- (153) Vanagas G. Valuing cost in cost utility analysis of screening programme. J Med Screen 2004; 11(4):210.
- (154) Vanagas G. Cost accounting in cost utility analysis of screening and treatment. Br J Ophthalmol 2005; 89(2):251.
- (155) Adam T, Evans DB, Koopmanschap MA. Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods? Int J Technol Assess Health Care.
- (156) Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. J Chronic Dis 1981; 34:585-597.

- (157) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5):669-682.
- (158) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (159) Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H, Keszycka B, Taracha E. [Subjective Quality of Life in opiate-dependent patients before admission after six months and one-year participation in methadone program]. *Przegl Lek* 2002; 59(4-5):351-354.
- (160) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 2003; 98(5):693-702.
- (161) Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. Drug Addiction maintenance treatment and Quality of Life Measurements. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(9):833-841.
- (162) Bullinger M. Quality of life: definition, conceptualization and implications—a methodologist's view. *Theoretical Surgery* 1991; 6:143-8.
- (163) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (164) Schwartz RP, Brooner RK, Montoya ID, Currens M, Hayes M. A 12-year follow-up of a methadone medical maintenance program. *Am J Addict* 1999; 8(4):293-299.
- (165) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 2003; 98(5):693-702.
- (166) Higginson I.J., Carr A.J. Using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J* 2001; 322:1297-1300.
- (167) Fallowfield L. Science and society: quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer* 2002; 2:873-9.
- (168) Holme S.A., Fleming C.J. Cosmetic camouflage advice improves quality of life. *Br J Derm* 2002; 147:946-9.
- (169) Korr WS, Ford BC. Measuring quality of life in the mentally ill. *Qual Life Res* 2003; 12:17-23.
- (170) Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal* 2003; 3(8):694-706.
- (171) Torrens M, San L, Martinez A., Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction* 1997; 92:707-16.
- (172) Patrick DL, Erickson P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press, 1993.
- (173) Dimenas ES, Dahlof CG, Jern SC, Wiklund IK. Defining quality of life in medicine. *Scand J Prim Health Care* 1990;(Suppl 1):7-10.

- (174) Ware JE. Methodological considerations in the selection of health status assessment procedures. In: Wenger N MMFCEJ, editor. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. Greenwich: La Jacq, 1984: 87-111.
- (175) Revicki DA. Health care technology assessment and health related quality of life. In: Banta D LB, editor. *Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective*. New York: Oxford University Press, 1993: 114-131.
- (176) Revicki DA, Osoba D, Fairclough D., Barofsky I, Berzon R, Leidy NK et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res* 2000; 9:887-900.
- (177) Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal* 2003; 3(8):694-706.
- (178) Chren M.M. Understanding research about quality of life and other health outcomes. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 1999; 3(6):312-315.
- (179) Carr A.J., Higginson I.J. Are quality of life measures patient centered? *Br Med J* 2001; 322:1357-1360.
- (180) Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G. Is quality of life defined by expectations or experience? *Br Med J* 2001; 322:1240-1243.
- (181) Cummins RA. *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Cognate Areas*. 2nd ed. Melbourne: School of Psychology, Deakin University, 1996.
- (182) Liu BC. *Quality of Life Indicators in US Metropolitan Areas: A Statistical Analysis*. New York: Praeger Publishers, 1976.
- (183) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5):669-682.
- (184) Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance W.G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. York, UK: Oxford University Press, 1997.
- (185) Jenney M, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child* 1997; 77(4):347-350.
- (186) Kopec JA, Schultz SE, Goel V, Ivan Williams J. Can the health utilities index measure change? *Med Care* 2001; 39(6):562-74.
- (187) Liang MH. Longitudinal construct validity: establishment of clinical meaning in patient evaluative instruments. *Med Care* 2000; 38(9 Suppl):84-90.
- (188) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5):669-682.
- (189) Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Br Med J* 1998; 316(7130):542-545.
- (190) Watson D., Pennebaker JW. Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev* 1989; 96:234-254.

- (191) Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *Br Med J* 1997; 315(7118):1273-1279.
- (192) Leidy NK, Revicki DA, Geneste B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health* 1999; 2:113-27.
- (193) Guyatt GH, Deyo RA, Charlson M, Levine MN, Mitchell A. Responsiveness and validity in health status measurement: a clarification. *Clin Epidemiol* 1989; 42:403-8.
- (194) Dempster M, Donnelly M. Selecting a measure of health related quality of life. *Soc Work Health Care* 2000; 32(1):45-56.
- (195) Ware JE Jr. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis* 1987; 40:473-80.
- (196) Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addict Behav* 2003; 28(4):627-642.
- (197) Comfort M, Sockloff A, Loverro J, Kaltenbach K. Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: A prospective longitudinal study. *Addict Behav* 2003; 28(2):199-224.
- (198) Hemingway H, Stafford M, Stansfeld S, Shipley M, Marmot M. Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall II study. *Br Med J* 1997; 315(7118):1273-1279.
- (199) Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Br Med J* 1998; 316(7130):542-545.
- (200) Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Br Med J* 1998; 316(7130):542-545.
- (201) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Public health and aging: health-related quality of life among low-income persons aged 45-64 years--United States, 1995-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003.
- (202) Comfort M, Sockloff A, Loverro J, Kaltenbach K. Multiple predictors of substance-abusing women's treatment and life outcomes: A prospective longitudinal study. *Addict Behav* 2003; 28(2):199-224.
- (203) World Health Organization. Procedural manual for data collection: interviews and biological sampling. 2003.

Ref Type: Statute

- (204) Deering DE, Sellman JD. An inter-rater reliability study of the Opiate Treatment Index. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15(1):57-63.
- (205) World Health Organization. WHOQoL Study Protocol. 1993. WHO . MNH/PSF/93.9.

Ref Type: Report

- (206) Darke S, Ward J, Hall W, Heather N, Wodak A. The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual. 1991. Sydney, National Drug & Alcohol Research Centre.

Ref Type: Report

- (207) French MT, Roebuck MC, McLellan AT. Cost estimation when time and resources are limited: the Brief DATCAP. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27(3):187-193.
- (208) French MT, Drummond M. A research agenda for economic evaluation of substance abuse services. *J Subst Abuse Treat* 2005; 29(2):125-137.
- (209) Roebuck MC, French MT, McLellan AT. DATStats: results from 85 studies using the Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25(1):51-57.
- (210) Salome HJ, French MT. Using cost and financing instruments for economic evaluation of substance abuse treatment services. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15:253-269.
- (211) Salome HJ, French MT, Miller M, McLellan AT. Estimating the client costs of addiction treatment: first findings from the client drug abuse treatment cost analysis program (Client DATCAP). *Drug Alcohol Depend* 2003; 71(2):195-206.
- (212) Zavala SK, French MT, Henderson CE, Alberga L, Rowe C, Liddle HA. Guidelines and challenges for estimating the economic costs and benefits of adolescent substance abuse treatments. *J Subst Abuse Treat* 2005; 29(3):191-205.
- (213) French MT, McGeary KA. Estimating the economic cost of substance abuse treatment. *Health Econ* 1997; 6(5):539-544.
- (214) French MT, McGeary KA. Estimating the economic cost of substance abuse treatment. *Health Econ* 1997; 6(5):539-544.
- (215) Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *BMJ* 1996; 313(7052):275-283.
- (216) French MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: methodology and findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(1):111-135.
- (217) French MT, Salome HJ, Sindelar JL, McLellan AT. Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Serv Res* 2002; 37(2):433-455.
- (218) Vanagas G. Do the cost in recently published papers are measured appropriately? *Med Sci Monit* 2004; 10(7):LE9-11.
- (219) Vanagas G. Cost accounting in cost utility analysis of screening and treatment. *Br J Ophthalmol* 2005; 89(2):251.
- (220) Vanagas G, Padaiga Z, Bagdonas E. Cost-utility analysis of methadone maintenance treatment: a methodological approach. *Subst Use Misuse* 2006; 41(1):87-101.
- (221) Hwang JS, Wang JD. Integrating health profile with survival for quality of life **assessment** . *Quality of Life Research* 2004; 13(1):1-10.
- (222) Hwang JS, Wang JD. Integrating health profile with survival for quality of life **assessment** . *Quality of Life Research* 2004; 13(1):1-10.

- (223) Hwang JS, Wang JD. Integrating health profile with survival for quality of life assessment . Quality of Life Research 2004; 13(1):1-10.
- (224) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. Addiction 1999; 94(4):479-488.
- (225) Hwang JS, Wang JD. Integrating health profile with survival for quality of life assessment . Quality of Life Research 2004; 13(1):1-10.
- (226) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. Addiction 1999; 94(4):479-488.
- (227) Joe GW, Lehman W, Simpson DD. Addict death rates during a four-year posttreatment follow-up. Am J Public Health 1982; 72(7):703-709.
- (228) Segest E, Mygind O, Bay H. The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. Int J Addict 1990; 25(1):53-63.
- (229) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. Addiction 1999; 94(4):479-488.
- (230) Caplehorn JR, Dalton MS, Cluff MC, Petrenas AM. Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. Addiction 1994; 89(2):203-209.
- (231) Gronbladh L, Ohlund LS, Gunne LM. Mortality in heroin addiction: impact of methadone treatment. Acta Psychiatr Scand 1990; 82(3):223-227.
- (232) Joe GW, Lehman W, Simpson DD. Addict death rates during a four-year posttreatment follow-up. Am J Public Health 1982; 72(7):703-709.
- (233) Segest E, Mygind O, Bay H. The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. Int J Addict 1990; 25(1):53-63.
- (234) Drummond MF, Jefferson TO. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. BMJ 1996; 313(7052):275-283.
- (235) OECD. EUROSTAT-OECD Methodological manual on purchasing power parities. http://www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_34357_37961859_1_1_1_1,00.html . 2007.

Ref Type: Electronic Citation

- (236) Eurostat. Eurostatistics - Data for short-term economic analysis. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-BJ-06-011 . 2005.

Ref Type: Electronic Citation

- (237) OECD. Purchasing Power Parities. www.oecd.org/std/ppp . 2007.

Ref Type: Electronic Citation

- (238) Sheldon MR, Fillyaw MJ, Thompson WD. The use and interpretation of the Friedman test in the analysis of ordinal-scale data in repeated measures designs. Physiother Res Int 1996; 1(4):221-228.

- (239) Siegel S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 1956. NY, McGraw-Hill. A standard reference work.

Ref Type: Report

- (240) EUROSTAT. Guidelines on harmonised European Time Use surveys . 2004. EUROSTAT.

Ref Type: Report

- (241) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94(4):479-488.
- (242) Zaric G, Barnett P, Brandeau M. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health* 2000; 90:1100-1111.
- (243) Masson CL, Barnett PG, Sees KL, Delucchi KL, Rosen A, Wong W et al. Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction* 2004; 99(6):718-726.
- (244) Harris AH, Gospodarevskaya E, Ritter AJ. A randomised trial of the cost effectiveness of buprenorphine as an alternative to methadone maintenance treatment for heroin dependence in a primary care setting. *Pharmacoeconomics* 2005; 23(1):77-91.
- (245) Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den BW. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ* 2005; 330(7503):1297.
- (246) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Kemmler G, Ertl M, Richter R, Rossler H et al. [Subjective wellbeing and somatic markers in methadone substitution. Evaluation of 61 heroin addicts]. *Fortschr Med Orig* 2001; 119(3-4):103-108.
- (247) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Kemmler G, Ertl M, Richter R, Rossler H et al. [Subjective wellbeing in heroin withdrawal. With methadone the patient feels better]. *MMW Fortschr Med* 2001; 143(37):53.
- (248) Andrews FM., Withey SB. Social Indicators of Well-Being: Americans' Perceptions of Life Quality. NewYork: Plenum Press, 1976.
- (249) Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12((Suppl 1)):25-31.
- (250) French MT, Zarkin GA, Hubbard RL, Rachal JV. The effects of time in drug abuse treatment and employment on posttreatment drug use and criminal activity. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19:19-33.
- (251) Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999; 353(9158):1101.
- (252) NIH Consensus Conference. Effective medical treatment of opiate addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA* 1998; 280:1936-1943.
- (253) Rawlins MD. NICE Work -- Providing Guidance to the British National Health Service. *N Engl J Med* 2004; 351(14):1383-1385.

- (254) Barnett PG, Hui SS. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):365-374.
- (255) Caplehorn JR, Ross MW. Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *Int J Addict* 1995; 30(6):685-698.
- (256) Charnaud B, Griffiths V. Levels of intravenous drug misuse among clients prescribed oral dexamphetamine or oral methadone: a comparison. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52(1):79-84.
- (257) Darke S. Self-report among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Depend* 1998; 51(3):253-263.
- (258) Dolan KA, Wodak AD, Hall WD. Methadone maintenance treatment reduces heroin injection in New South Wales prisons. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17(2):153-158.
- (259) Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(3):329-335.
- (260) Palepu A, Raj A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Substance abuse treatment and risk behaviors among HIV-infected persons with alcohol problems. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28(1):3-9.
- (261) Rich JD, McKenzie M, Shield DC, Wolf FA, Key RG, Poshkus M et al. Linkage with methadone treatment upon release from incarceration: a promising opportunity. *J Addict Dis* 2005; 24(3):49-59.
- (262) Schroeder JR, Epstein DH, Umbricht A, Preston KL. Changes in HIV risk behaviors among patients receiving combined pharmacological and behavioral interventions for heroin and cocaine dependence. *Addict Behav* 2006; 31(5):868-879.
- (263) Ward J, Mattick RP, Hall W. The effectiveness of methadone maintenance treatment: an overview. *Drug Alcohol Rev* 1994; 13(3):327-335.
- (264) Ward J, Mattick RP, Hall W, Darke S. The effectiveness and safety of methadone maintenance. *Addiction* 1996; 91(11):1727-1729.
- (265) Baker A, Kochan N, Dixon J, Wodak A, Heather N. Drug use and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users not currently in treatment in Sydney, Australia. *Drug Alcohol Depend* 1994; 34(2):155-160.
- (266) Baker A, Kochan N, Dixon J, Heather N, Wodak A. Controlled evaluation of a brief intervention for HIV prevention among injecting drug users not in treatment. *AIDS Care* 1994; 6(5):559-570.
- (267) Baker A, Kochan N, Dixon J, Wodak A, Heather N. HIV risk-taking behaviour among injecting drug users currently, previously and never enrolled in methadone treatment. *Addiction* 1995; 90(4):545-554.
- (268) Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(3):329-335.

- (269) Schroeder JR, Epstein DH, Umbricht A, Preston KL. Changes in HIV risk behaviors among patients receiving combined pharmacological and behavioral interventions for heroin and cocaine dependence. *Addict Behav* 2006; 31(5):868-879.
- (270) Contoreggi C, Rexroad VE, Lange WR. Current management of infectious complications in the injecting drug user. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15(2):95-106.
- (271) Espinosa Parra FJ, Ramos Rincon JM, Aleman LA, Pretel SL, Herrero HF. [Infective endocarditis in intravenous drug users. Study of 34 cases]. *An Med Interna* 2000; 17(7):356-360.
- (272) Rubio M, Romero J, Corral O, Roca V, Picazo JJ. [Bacteremia by *Staphylococcus aureus*: analysis of 311 episodes]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999; 17(2):56-64.
- (273) Diez M, Bleda MJ, Alcaide J, Caloto T, Castells C, Cardenal JI et al. Determinants of patient delay among tuberculosis cases in Spain. *Eur J Public Health* 2004; 14(2):151-155.
- (274) Santana Rodriguez OE, Male Gil ML, HernandezSantana JF, Liminana Canal JM, Martin Sanchez AM. Prevalence of serologic markers of HBV, HDV, HCV and HIV in non-injection drug users compared to injection drug users in Gran Canaria, Spain. *Eur J Epidemiol* 1998; 14(6):555-561.
- (275) Kermode M, Crofts N, Miller P, Speed B, Streeton J. Health indicators and risks among people experiencing homelessness in Melbourne, 1995-1996. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22(4):464-470.
- (276) Santana Rodriguez OE, Male Gil ML, HernandezSantana JF, Liminana Canal JM, Martin Sanchez AM. Prevalence of serologic markers of HBV, HDV, HCV and HIV in non-injection drug users compared to injection drug users in Gran Canaria, Spain. *Eur J Epidemiol* 1998; 14(6):555-561.
- (277) Mintz J, O'Hare K, O'Brien CP, Goldschmidt J. Sexual problems of heroin addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 31(5):700-703.
- (278) Muller T. [Partnership and sex behavior of consumers of illegal drugs: a survey of 654 persons in the "open" drug scene in Zurich]. *Soz Praventivmed* 1995; 40(5):285-297.
- (279) Palha AP, Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *J Sex Marital Ther* 2002; 28(5):427-437.
- (280) Parr D. Sexual aspects of drug abuse in narcotic addicts. *Br J Addict Alcohol Other Drugs* 1976; 71(3):261-268.
- (281) Dolezal C, Meyer-Bahlburg HF, Liu X, Ehrhardt AA, Exner TM, Rabkin JG et al. Longitudinal changes in sexual risk behavior among HIV+ and HIV- male injecting drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25(2):281-303.
- (282) Wisniewski AB, Apel S, Selnes OA, Nath A, McArthur JC, Dobs AS. Depressive symptoms, quality of life, and neuropsychological performance in HIV/AIDS: the impact of gender and injection drug use. *J Neurovirol* 2005; 11(2):138-143.
- (283) Brown R, Balousek S, Mundt M, Fleming M. Methadone maintenance and male sexual dysfunction. *J Addict Dis* 2005; 24(2):91-106.

- (284) Secades-Villa R, Fernandez-Hermida JR. The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addict Behav* 2003; 28(6):1175-1182.
- (285) Addington-Ha UJ., Kalra L. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001; 322:1417-1420.
- (286) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 2003; 98(5):693-702.
- (287) Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal* 2003; 3(8):694-706.
- (288) Chan AC, Palepu A, Guh DP, Sun H, Schechter MT, O'Shaughnessy MV et al. HIV-positive injection drug users who leave the hospital against medical advice: the mitigating role of methadone and social support. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 35(1):56-9.
- (289) Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5):669-682.
- (290) Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *Br Med J* 1998; 316(7130):542-545.
- (291) Wodak A. Managing illicit drug use. A practical guide. *Drugs* 1994; 47(3):446-457.
- (292) French MT, Salome HJ, Carney M. Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Soc Sci Med* 2002; 55(12):2267-2282.
- (293) Schumacher JE, Mennemeyer ST, Milby JB, Wallace D, Nolan K. Costs and effectiveness of substance abuse treatments for homeless persons. *J Ment Health Policy Econ* 2002; 5(1):33-42.
- (294) Singh BK. The effects of community structure on during-treatment outcomes of methadone maintenance programs. *Int J Addict* 1981; 16(7):1183-1196.
- (295) National Institute for Clinical Excellence. Guide to the methods of technology appraisal. National Institute for Clinical Excellence website . 2006.

Ref Type: Electronic Citation

- (296) French MT, Salome HJ, Carney M. Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Soc Sci Med* 2002; 55(12):2267-2282.
- (297) Hartz DT, Meek P, Piotrowski NA, Tusel DJ, Henke CJ, Delucchi K et al. A cost-effectiveness and cost-benefit analysis of contingency contracting-enhanced methadone detoxification treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25(2):207-218.
- (298) Brands B, Blake J, Marsh D. Impact of methadone program philosophy changes on early treatment outcomes. *J Addict Dis* 2003; 22(3):19-38.
- (299) French MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: methodology and findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(1):111-135.

- (300) Bergmann MM, Jacobs EJ, Hoffmann K, Boeing H. Agreement of self-reported medical history: comparison of an in-person interview with a self-administered questionnaire. *Eur J Epidemiol* 2004; 19(5):411-416.
- (301) Hamid R, Deren S, Beardsley M, Tortu S. Agreement between urinalysis and self-reported drug use. *Subst Use Misuse* 1999; 34(11):1585-1592.
- (302) Koopmans GT, Lamers LM. Assessing the construct validity of three indicators of psychological distress in relation to perceived health and physical illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(12):1012-1018.
- (303) Langenbucher J, Merrill J. The validity of self-reported cost events by substance abusers. Limits, liabilities, and future directions. *Eval Rev* 2001; 25(2):184-210.
- (304) Sha MC, Callahan CM, Counsell SR, Westmoreland GR, Stump TE, Kroenke K. Physical symptoms as a predictor of health care use and mortality among older adults. *Am J Med* 2005; 118(3):301-306.
- (305) Terwee CB, van der Slikke RM, van Lummel RC, Benink RJ, Meijers WG, de Vet HC. Self-reported physical functioning was more influenced by pain than performance-based physical functioning in knee-osteoarthritis patients. *J Clin Epidemiol* 2006; 59(7):724-731.
- (306) Wu AW, Dave NB, Diener-West M, Sorensen S, Huang IC, Revicki DA. Measuring validity of self-reported symptoms among people with HIV. *AIDS Care* 2004; 16(7):876-881.
- (307) Hamid R, Deren S, Beardsley M, Tortu S. Agreement between urinalysis and self-reported drug use. *Subst Use Misuse* 1999; 34(11):1585-1592.
- (308) Howard K, Bell J, Christie MJ. Measuring heroin use in methadone maintenance programmes. *Drug Alcohol Rev* 1995; 14(1):27-34.
- (309) Jain R. Self-reported drug use and urinalysis results. *Indian J Physiol Pharmacol* 2004; 48(1):101-105.
- (310) Amsel Z, Mandell W, Matthias L, Mason C, Hocherman I. Reliability and validity of self-reported illegal activities and drug use collected from narcotic addicts. *Int J Addict* 1976; 11(2):325-336.
- (311) Convit A, O'Donnell J, Volavka J. Validity of self-reports of criminal activity in psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178(1):48-51.
- (312) Darke S. Self-report among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Depend* 1998; 51(3):253-263.
- (313) Knight K, Hiller ML, Simpson DD, Broome KM. The validity of self-reported cocaine use in a criminal justice treatment sample. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24(4):647-660.
- (314) Langenbucher J, Merrill J. The validity of self-reported cost events by substance abusers. Limits, liabilities, and future directions. *Eval Rev* 2001; 25(2):184-210.
- (315) Langenbucher J, Merrill J. The validity of self-reported cost events by substance abusers. Limits, liabilities, and future directions. *Eval Rev* 2001; 25(2):184-210.

- (316) Weissman JS, Levin K, Chasan-Taber S, Massagli MP, Seage GR, III, Scampini L. The validity of self-reported health-care utilization by AIDS patients. *AIDS* 1996; 10(7):775-783.
- (317) Deering DE, Sellman JD. An inter-rater reliability study of the Opiate Treatment Index. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15(1):57-63.
- (318) Deering DE, Sellman JD. An inter-rater reliability study of the Opiate Treatment Index. *Drug Alcohol Rev* 1996; 15(1):57-63.
- (319) Caplehorn JR, Dalton MS, Cluff MC, Petrenas AM. Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death. *Addiction* 1994; 89(2):203-209.
- (320) Caplehorn JR, Drummer OH. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Med J Aust* 1999; 170(3):104-109.
- (321) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94(4):479-488.
- (322) Barnett PG, Hui SS. The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):365-374.
- (323) Johnson EM. Substance abuse and women's health. *Public Health Rep* 1987; 102(4 Suppl):42-48.
- (324) Orti RM, Domingo-Salvany A, Munoz A, Macfarlane D, Suelves JM, Anto JM. Mortality trends in a cohort of opiate addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol* 1996; 25(3):545-553.
- (325) Staub C, Jeanmonod R, Fryc O. Morphine in postmortem blood: its importance for the diagnosis of deaths associated with opiate addiction. *Int J Legal Med* 1990; 104(1):39-42.
- (326) Caplehorn JR, Drummer OH. Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved. *Med J Aust* 1999; 170(3):104-109.
- (327) Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-1442.
- (328) Macran S, Kind P. "Death" and the valuation of health-related quality of life. *Med Care* 2001; 39:212-227.
- (329) Barnett PG. The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 1999; 94(4):479-488.
- (330) Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction* 2003; 98(5):693-702.
- (331) Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addict Behav* 2002; 27(2):155-166.
- (332) Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(3):329-335.

- (333) Merrill JC, Menza M. Treatment of drug dependence in the context of traditional disease treatment models. *Psychiatr Serv* 2002; 53(12):1632-1633.
- (334) Merrill J, Alterman A, Cacciola J, Rutherford M. Prior treatment history and its impact on criminal recidivism. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17(4):313-319.
- (335) Bovasso G, Cacciola J. The long-term outcomes of drug use by methadone maintenance patients. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30(3):290-303.
- (336) King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS et al. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65(2):137-148.
- (337) Sheerin I, Green T, Sellman D, Adamson S, Deering D. Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand. *N Z Med J* 2004; 117(1190):U795.
- (338) Avants SK, Margolin A, Sindelar JL, Rounsaville BJ, Schottenfeld R, Stine S et al. Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: a comparison of clinical efficacy and cost. *Am J Psychiatry* 1999; 156(1):27-33.
- (339) Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK). *Addict Behav* 2002; 27(2):155-166.
- (340) Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(3):329-335.
- (341) King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS et al. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65(2):137-148.
- (342) Merrill J, Alterman A, Cacciola J, Rutherford M. Prior treatment history and its impact on criminal recidivism. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17(4):313-319.
- (343) Merrill J, Alterman A, Cacciola J, Rutherford M. Prior treatment history and its impact on criminal recidivism. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17(4):313-319.
- (344) Inoue M, Suhara T, Sudo Y, Okubo Y, Yasuno F, Kishimoto T et al. Age-related reduction of extrastriatal dopamine D2 receptor measured by PET. *Life Sci* 2001; 69(9):1079-1084.
- (345) O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. *Lancet* 1996; 347(8996):237-240.
- (346) Kerr T, Marsh D, Li K, Montaner J, Wood E. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug Alcohol Depend* 2005; 80(3):329-335.
- (347) King VL, Stoller KB, Hayes M, Umbricht A, Currens M, Kidorf MS et al. A multicenter randomized evaluation of methadone medical maintenance. *Drug Alcohol Depend* 2002; 65(2):137-148.

PRIEDAI

1 priedas. Lietuvos Bioetikos komiteto leidimas vykdyti tyrimą

08/02 05 11:10 3702260019 NARKUCENTRAS 40001

8 37 32 69 34
Dr. V. V. V.



LIETUVOS BIOETIKOS KOMITETAS
LITHUANIAN BIOETHICS COMMITTEE
Code 8871059, Vilnius 33-250, 2001 Vilnius, Lithuania, tel./fax + (370-3) 212 45 45, www.san.lt/bioetika

APPROVAL TO CONDUCT BIOMEDICAL RESEARCH
2003-06-04 No. 33

Title:
WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS

Protocol Dated: 25 February, 2003

Patient information sheet and informed consent form:
Dated: 25 February, 2003

Principal Investigator: Emilis Subata, M.D., Ph.D.

Biomedical research sites:
Vilnius addiction treatment center, Gerosios vilnos 3, Vilnius
Kaunas addiction treatment center, Giedričių 8, Kaunas
Klaipėda addiction treatment center, Taikos 46, Klaipėda

Approval is issued according to the decision of the Lithuanian Bioethics Committee meeting of 03 June, 2003

Members of the Lithuanian Bioethics Committee's biomedical research experts group

No.	Name	Occupation	Presence in the meeting
1	Gintarė Breivienė, M.D.	pediatrician	yes
2	Vytautas Čepulis, M.D.	oculologist	no
3	Eugenijus Gefenas, Assoc.Prof.	bioethicist	yes
4	Zita Liubartienė, Assoc.Prof.	philosopher	yes
5	Andrius Narbekovas, Ph.D.	priest	yes
6	Algimantas Raupalis, Prof.	pediatrician	yes
7	Krescentinas Stoklus, Assoc.Prof.	philosopher	yes
8	Vytautas Turkus, M.D.	micro surgeon	yes
9	Dalia Zeleckienė	lawyer	no

LBEC works in compliance with the International Harmonized Good Clinical Practice Guideline, recommended for adoption to the regulatory bodies of the European Union, Japan and USA

Chairman  Eugenijus Gefenas



2 priedas. Publikacijų disertacijos tema sąrašas

Publikuoti straipsniai

- (1) Vanagas G., Padaiga Z., Subata E. Economic efficiency of the methadone maintenance and factors affecting it. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(7):607-613
- (2) Vanagas G., Padaiga Z., Subata E. Drug Addiction maintenance treatment and Quality of Life Measurements. *Medicina (Kaunas)* 2004; 40(9):833-841.
- (3) Vanagas G., Padaiga Z., Bagdonas E. Cost-utility analysis of methadone maintenance treatment: a methodological approach. *Subst Use Misuse* 2006; 41(1):87-101.
- (4) Vanagas G., Bagdonas E., Padaiga Z. Cost analysis in economic evaluation of methadone maintenance treatment: a methodological approach. *Alkoholizm i Narkomania* 2004; 17(1-2):21-28.

Parengti publikavimui straipsniai

- Padaiga Z., Subata E., Vanagas G. Out-patient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid dependant persons in Lithuania. (priimtas)
- Vanagas G., Padaiga Z., Subata E., Bagdonas E., Hwang JS Cost-Utility of methadone maintenance treatment in Lithuania. (recenzuojamas)
- Subata E., Vanagas G., Padaiga Z. Crime and drug use changes during methadone maintenance program. (recenzuojamas)

3 priedas. WHOQOL-BREF klausimynas

WHOQOL-BREF

DALYVIO NUMERIS: ____ / ____ / ____ / ____ / ____

APKLUSĖJO NUMERIS: ____ / ____ / ____ / ____

ASMENS KODAS: ____ / ____

DATA: DIENA / MĖNUO / METAI

APKLAUSA: ____ (0) pradinė (1) 3 mėn. (2) 6 mėn.

Instrukcijos

Čia bus jūsų klausiama apie jūsų gyvenimo kokybę, sveikatą ir kitas gyvenimo sritis. Prašytume atsakyti į visus pateiktus klausimus. Jei nesate tikras dėl atsakymo, prašome pateikti jūsų manymu tinkamiausią. Atkreipkite dėmesį į savo poreikius, norus, viltis ir galimybes. Mes klausiame apie jūsų gyvenimą per pastarąsias 2 savaites. Šie klausimai gali būti tokie:

Pavyzdys:

	Visiškai ne	Nežymiai	Vidutiniškai	Žymiai	Pilnai
Ar jums buvo suteikta visa reikiama pagalba	1	2	3	④	5

Jūs galite užbraukti 4 atsakymą jei buvo suteikta žymi pagalba per pastarąsias 2 savaites. Bet jei jūs negavote jokios pagalbos iš aplinkinių, jūs turėtumėte užbraukti 1 atsakymą, kaip pažymėta pavyzdyje

	Visiškai ne	Nežymiai	Vidutiniškai	Žymiai	Pilnai
Ar jums buvo suteikta visa reikiama pagalba	①	2	3	4	5

Ačiū už pagalbą.

Prašome atidžiai perskaityti kiekvieną klausimą ir įvertinti .

	Labai bloga	Bloga	Nei bloga, nei gera	Gera	Labai gera
1. Kaip jūs vertinate savo gyvenimo kokybę?	1	2	3	4	5

	Visiškai netenkina	Įiek tiek netenkina	Nei netenkina, nei tenkina	Tenkina	Pilnai tenkina
2. Kaip jus tenkina jūsų sveikatos būklė?	1	2	3	4	5

Kiti klausimai atspindi kaip dažnai jūs patyrėte tam tikrus reiškinius per paskutines 2 savaites.

	Visiškai ne	retai	Nei dažnai, nei retai	Dažnai	Beveik visada
3. Dėl fizinio skausmo jums teko atsisakyti įprastinės veiklos?	1	2	3	4	5
4. Jums dažnai reikia kokios nors medicininės pagalbos?	1	2	3	4	5
5. Jus dažnai džiaugiatės gyvenimu?	1	2	3	4	5
6. Jūs dažnai manote, kad jūsų gyvenimas yra prasmingas?	1	2	3	4	5

	Niekada	retai	Nei da, nai, nei retai	Da, nai	Visada
7. Jūs sugebate gerai susikonsultuoti?	1	2	3	4	5
8. Jūs jaučiatės saugus kasdieniniame gyvenime?	1	2	3	4	5
9. Jūs gyvenate sveikoje aplinkoje?	1	2	3	4	5

	Niekada	Retai	Nei retai, nei da, nai	Da, nai	Visada
10. Jums pakanka energingumo kasdieniniame gyvenime?	1	2	3	4	5
11. Jums patinka jūsų kūno išvaizda?	1	2	3	4	5
12. Jums pakanka pinigų patenkinti savo poreikiams?	1	2	3	4	5
13. Jus gaunate pakankamai reikalingos informacijos savo kasdieniniams poreikiams patenkinti?	1	2	3	4	5
14. Jus turite pakankamai galimybių praleisti laisvalaikį taip kaip norite?	1	2	3	4	5
15. Jus sugebate laisvai, pagal savo norus, judėti?	1	2	3	4	5

Kiti klausimai atspindi kaip gerai jus jautėtės įvairiose gyvenimo situacijose **per paskutines 2 savaites**.

	Visiškai nepatenkina	daugiausiai nepatenkina	Nei patenkina, nei nepatenkina	Iš dalies patenkina	Visiškai patenkina
16. Jus pakankamai patenkina jūsų miegas?	1	2	3	4	5
17. Jus patenkina esamos galimybės atlikti kasdieninius darbus?	1	2	3	4	5
18. Jus patenkina jūsų galimybės dirbti?	1	2	3	4	5
19. Jus esate patenkintas savimi?	1	2	3	4	5
20. Jus esate patenkintas tarpasmeniniais santykiais su kitais žmonėmis?	1	2	3	4	5
21. Jus esate patenkintas savo seksualiniu gyvenimu?	1	2	3	4	5
22. Jus esate patenkintas draugų suteikta parama ar pagalba?	1	2	3	4	5
23. Jus esate patenkintas savo gyvenamąją vietą?	1	2	3	4	5
24. Jus esate patenkintas savo galimybėmis gauti medicininę pagalbą?	1	2	3	4	5
25. Jus esate patenkintas galimybe naudotis transporto priemonėmis?	1	2	3	4	5

	Niekada	Retai	Nei retai, nei dažnai	Dažnai	Visada
26. Kaip dažnai jus jaučiate neigiamas emocijas, tokias kaip bloga nuotaika, nusivylimą, nerimą ar depresiją?	1	2	3	4	5

PABAIGA

4 priedas. WHOQOL-BREF duomenų konvertavimo lentelė

1 SRITIS		
Neapdorotas rezultatas	Apdoroti rezultatai	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

2 SRITIS		
Neapdorotas rezultatas	Apdoroti rezultatai	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

3 SRITIS		
Neapdorotas rezultatas	Apdoroti rezultatai	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

4 SRITIS		
Neapdorotas rezultatas	Apdoroti rezultatai	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

WHOQOL - BREF neapdoroti duomenys transformuojami, konvertuojant į WHOQOL rezultatus

5 priedas. OTI klausimynas

Opioidinės priklausomybės gydymo indeksas

DALYVIO NUMERIS: ____/____/____/____/____
APKLUSĖJO NUMERIS: ____/____/____/____
ASMENS KODAS: ____/____
DATA: DIENA / MĖNUO / METAI
APKLAUSA: ____ (0) pradinė (1) 3 mėn. (2) 6 mėn.

1 dalis: NARKOTIKO VARTOJIMAS

Pirmiausiai norėčiau jūsų paklausti apie jūsų narkotikų vartojimą. Dar kartą pabrėžiu, jog jūsų suteikta informacija yra visiškai konfidenciali.

[Dėmesio: Visoms kategorijoms, jei tiriamasis atsako, jog paskutinį kartą narkotikus vartojo daugiau nei prieš mėnesį, įrašykite nulį į tą kategoriją. Neįskaitykite vartojimo apklausos dieną.]

Heroinas

Dabar paklausiu jūsų keleto klausimų apie heroiną.

- 3.1.1. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote heroiną? ____/____
- 3.1.2. Kiek dozių, rūkymų, šniūkių suvartojote tą dieną? ____/____
- 3.1.3. Kada priešpaskutinį kartą vartojote heroiną? ____/____
- 3.1.4. Kiek dozių, rūkymų, šniūkių suvartojote tą dieną? ____/____
- 3.1.5. Kada buvo ankstesnė vartojimo diena? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=) Q: _____

Kiti opioidai

Šie klausimai yra apie jūsų vartojamus opioidus, išskyrus heroiną (pvz. gatvės metadonas, morfinas, kodeinas ir kt)

- 3.1.6. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote kitus opioidus, ne heroiną? (neįtraukite legaliai gaunamo metadono) ____/____
- 3.1.7. Kiek piliulių, dozių ir t.t. suvartojote tą dieną? ____/____
- 3.1.8. Kada priešpaskutinį kartą vartojote opioidus (ne heroiną)? ____/____
- 3.1.9. Kiek piliulių, dozių ir t.t. suvartojote tą dieną? ____/____
- 3.1.10. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojote? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=) Q: _____

Kanapės

Šie klausimai yra apie marihuanos vartojimą (kanapės, žolė, hašišas, kt.).

- 3.1.11. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojo marihuaną? ____/____
3.1.12. Kiek cigarečių su marihuana surūkėte tą dieną? ____/____
3.1.13. Kiek dienų prieš tai jūs vartojo marihuaną? ____/____
3.1.14. Kiek cigarečių su marihuana surūkėte tą dieną? ____/____
3.1.15. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojo? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=)

Q: _____

Amfetaminai

Šie klausimai yra apie j amfetaminų vartojimą (spidas).

- 3.1.16. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojo amfetaminus? ____/____
3.1.17. Kiek tablečių, šniūkių, dozių ir t.t. suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.18. Kiek dienų prieš tai vartojo amfetaminus? ____/____
3.1.19. Kiek tablečių, šniūkių, dozių ir t.t. suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.20. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojo? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=)

Q: _____

Kokainas

Šie klausimai yra apie kokaino vartojimą (koksas, sniegas, krekas, t.t.).

- 3.1.21. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojo kokainą? ____/____
3.1.22. Kiek šniūkių, dozių, rūkymų suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.23. Kiek dienų prieš tai vartojo kokainą? ____/____
3.1.24. Kiek šniūkių, dozių, rūkymų suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.25. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojo? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=)

Q: _____

Benzodiazepinai

Šie klausimai yra apie trankviliantų vartojimą trankviliantus (pvz., “benzos”, Serepax, Rohypnol, Mogadon, Valium, Xanax, Relanium, klonazepamas, apaurinas)

- 3.1.26. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojo raminamuosius vaistus? ____/____
3.1.27. Kiek piliulių suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.28. Kiek dienų prieš tai vartojo raminamuosius vaistus? ____/____
3.1.29. Kiek piliulių suvartojo tą dieną? ____/____
3.1.30. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojo? ____/____

(q1= ,q2= ,t1= ,t2=)

Q: _____

Barbitūratai

Šie klausimai yra apie barbitūratų vartojimą (pvz.: nembutal, seconal, kt.).

- 3.1.31. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote barbitūratų? ____ / ____
- 3.1.32. Kiek piliulių suvartojote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.33. Kiek dienų prieš tai vartojote barbitūratų? ____ / ____
- 3.1.34. Kiek piliulių suvartojote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.35. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojote? ____ / ____

(q1= , q2= , t1= , t2=) Q: _____

Haliucinogenai

Šie klausimai yra apie haliucinogenų vartojimą (pvz. LSD, ekstazis, haliucinogeniniai grybai).

- 3.1.36. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote haliucinogenus? ____ / ____
- 3.1.37. Kiek tablečių, piliulių suvartojote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.38. Kiek dienų prieš tai vartojote raminamuosius vaistus? ____ / ____
- 3.1.39. Kiek tablečių, piliulių suvartojote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.40. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojote? ____ / ____

(q1= , q2= , t1= , t2=) Q: _____

Įkvėpiamieji (inhaliantai)

Klausama apie inhaliantų vartojimą (pvz. klijai, linksminamosios dujos, aerosoliai, benzinas).

- 3.1.41. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote inhaliantus (neįskaitant astmos purkštuvų)? ____ / ____
- 3.1.42. Kiek įkvėpių pro nosį turėjote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.43. Kiek dienų prieš tai vartojote inhaliantus? ____ / ____
- 3.1.44. Kiek įkvėpių buvo tą dieną? ____ / ____
- 3.1.45. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojote? ____ / ____

(q1= , q2= , t1= , t2=) Q: _____

Tabakas

Galiausiai, šie klausimai yra apie cigarečių vartojimą.

- 3.1.46. Prieš kiek dienų paskutinį kartą vartojote tabaką? ____ / ____
- 3.1.47. Kiek cigarečių surūkėte tą dieną? ____ / ____
- 3.1.48. Kiek dienų prieš tai vartojote tabaką? ____ / ____
- 3.1.49. Kiek cigarečių suvartojote tą dieną? ____ / ____
- 3.1.50. Kada prieš – priešpaskutinį kartą vartojote? ____ / ____

(q1= , q2= , t1= , t2=) Q: _____

Bendros pastabos apie narkotikų vartojimą

3.1.51. vartojamų narkotikų santrauka: Q taškai

a) Heroinas		f) Benzodiazepinai	
b) Kiti opioidai		g) Barbitūratai	
c) Kanapės		h) Haliucinogenai	
d) Amfetaminai		i) Inhaliantai	
e) Kokainas		j) Tabakas	

2 dalis: NUSIKALTIMAS

Šioje dalyje klausime apie nusikaltimus, kuriuos galėjote įvykdyti. Bet kokia jūsų suteikta informacija yra visiškai konfidenciali. *[Paduokite dalyviui 1 atsakymo kortelę]*

Turtinis nusikaltimas

Pirmiausia, jūsų paklausu apie turtinį nusikaltimą. Turtiniu nusikaltimu laikome - įsilaužimą, vagystę be smurto, vagiavimą parduotuvėse, receptų blankų vagystę, mašinų vagystę ar pavogtų daiktų gavimą. Aš noriu sužinoti, kiek kartų įvykdėte turtinius nusikaltimus, bet ne kiek kartų jūs buvote sugautas.

3.2.1. Kaip dažnai, vidutiniškai, per praėjusį mėnesį įvykdėte turtinį nusikaltimą?

- 0 – Nebuvo turtinio nusikaltimo
 - 1 – Mažiau nei kartą per savaitę
 - 2 – Kartą per savaitę
 - 3 – Daugiau nei kartą per savaitę (bet mažiau nei kasdien)
 - 4 – Kasdien
-

Nelegali prekyba

Dabar jūsų paklausu keletą klausimų apie nelegalią prekybą. Nelegali prekyba, turiu omenyje, narkotikų pardavimą. Aš domiuosi, kiek kartų jūs nelegaliai prekiavote narkotikais, bet ne kiek kartų jūs buvote sugautas.

3.2.2. Kaip dažnai, vidutiniškai, per praėjusį mėnesį kam nors pardavinėjote narkotikus?

- 0 – Narkotikų sandėrių nebuvo
 - 1 – Mažiau nei kartą per savaitę
 - 2 – Kartą per savaitę
 - 3 – Daugiau nei kartą per savaitę (bet mažiau nei kasdien)
 - 4 – Kasdien
-

Sukčiavimas

Dabar paklausu apie sukčiavimus. Sukčiavimas, turiu omenyje – čekių, receptų padirbinėjimas, piktnaudžiavimas socialine parama ar naudojimasis kito asmens kreditine kortele. Aš domiuosi, kiek kartų jūs sukčiavote, bet ne kiek kartų jūs buvote sugautas.

3.2.3. Kaip dažnai, vidutiniškai, per praėjusį mėnesį sukčiavote?

- 0 – Nesukčiavau
 - 1 – Mažiau nei kartą per savaitę
 - 2 – Kartą per savaitę
 - 3 – Daugiau nei kartą per savaitę (bet mažiau nei kasdien)
 - 4 – Kasdien
-

Smurtiniai nusikaltimai

Pagaliau jūsų paklausu apie smurtinius nusikaltimus. Smurtiniai nusikaltimai, turiu omenyje, – smurtinis plėšikavimas, ginkluotas apiplėšimas, užpuolimas, išprievartavimas it t.t. Aš domiuosi, kiek kartų įvykdėte smurtinius nusikaltimus, bet ne kiek kartų buvote sugautas.

3.2.4. Kaip dažnai vidutiniškai per praėjusį mėnesį įvykdėte smurtinį nusikaltimą?

- 0 – Smurtinių nusikaltimų nebuvo
- 1 – Mažiau nei kartą per savaitę
- 2 – Kartą per savaitę
- 3 – Daugiau nei kartą per savaitę (bet mažiau nei kasdien)
- 4 – Kasdien

3.2.5 NUSIKALTIMAS IŠ VISO: _____

3 dalis: SVEIKATA

Šie klausimai yra apie jūsų sveikatą. Aš dabar perskaitysiu sveikatos problemų sąrašą. Prašau atsakyti “Taip”, jei kilo viena iš šių problemų per pastarąjį mėnesį.

[Dėmesio: apibrėžkite dalyvio “Taip” ar “Ne” atsakymus ir susumuokite, kiek “Taip” atsakymų kiekvienoje simptomų grupėje, bei susumuokite visus “Taip” atsakymus 3.3.9 punkte]

3.3.1. Bendroji

a) Nuovargis/energijos praradimas	Taip	Ne
b) Prastas apetitas	Taip	Ne
c) Svorio kritimas/svorio trūkumas	Taip	Ne
d) Miego problemos	Taip	Ne
e) Karščiavimas	Taip	Ne
f) Naktinis prakaitavimas	Taip	Ne
g) Angina	Taip	Ne
h) Gelta	Taip	Ne
i) Lengvas kraujavimas	Taip	Ne
j) Dantų problemos	Taip	Ne
k) Akių/regos problemos	Taip	Ne
l) Ausų/klausymo problemos	Taip	Ne
m) Įpjovimai, reikalaujantys susiuvimo	Taip	Ne

VISO

3.3.2. Problemos, susijusios su injekcija

a) Perdozavimas	Taip	Ne
b) Pūlinys/ infekcijos nuo injekcijų	Taip	Ne
c) Nesterili narkotikų dozė (privertė pasijusti liguistai)	Taip	Ne
d) Pastebimas randėjimas ir kraujosruvos	Taip	Ne
e) Sunkumas įšvirkščiant	Taip	Ne

VISO

3.3.3. Širdies ir kvėpavimo problemos

a) Nepaliamamas kosulys	Taip	Ne
b) Atsikosėjimas skrepliais	Taip	Ne
c) Atsikosėjimas krauju	Taip	Ne
d) Švokštimas, gargimas	Taip	Ne
e) Gerklės skausmas	Taip	Ne
f) Dusulys	Taip	Ne
g) Krūtinės skausmai	Taip	Ne
h) Širdies plazdėjimai/greitas plakimas	Taip	Ne
i) Patinusios kulkšnys	Taip	Ne

VISO

3.3.4. Urogenitalinės problemos

a) Skausmingas šlapinimasis	Taip	Ne
b) Potraukio seksui praradimas	Taip	Ne
c) Išskyros iš lyties organų	Taip	Ne
d) Išbėrimas ant/apie genitalijas	Taip	Ne

VISO

3.3.5. Ginekologinės problemos

(TIK MOTERIMS) (per pastaruosius kelis mėnesius)

a) Nereguliarios menstruacijos	Taip	Ne
b) Persileidimas	Taip	Ne

VISO

3.3.6. Raumens-skeleto problemos

a) Sąnarių skausmai/sustingimas	Taip	Ne
b) Lūžę kaulai	Taip	Ne
c) Raumenų skausmai	Taip	Ne

VISO

3.3.7. Neurologinės problemos

a) Galvos skausmai	Taip	Ne
b) Sąmonės aptemimai	Taip	Ne
c) Tremoras (drebuliai)	Taip	Ne
d) Tirpulis/dilgčiojimas	Taip	Ne
e) Galvos svaigimas	Taip	Ne
f) Priepuoliai/smūgiai	Taip	Ne
g) Sunkumas vaikščioti	Taip	Ne
h) Galvos trauma	Taip	Ne
i) Atminties pablogėjimas	Taip	Ne

VISO

3.3.8. Skrandžio – žarnyno problemos

a) Pykinimas	Taip	Ne
b) Vėmimas	Taip	Ne
c) Skrandžio skausmai	Taip	Ne
d) Vidurių užkietėjimas	Taip	Ne
e) Viduriavimas	Taip	Ne

VISO

3.3.9. SVEIKATA IŠ VISO: _____

6 priedas. DATCAP paciento patiriamų sąnaudų klausimynas

Kliento dalyvavimo programoje sąnaudų apskaita

DALYVIO NUMERIS: ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 APKLUSĖJO NUMERIS: ____ / ____ / ____ / ____
 ASMENS KODAS: ____ / ____
 DATA: DIENA / MĖNUO / METAI
 APKLAUSA: ____ (0) pradinė (1) 3 mėn. (2) 6 mėn.

1. Išlaidos medikamentams (t.p. Metadonui ir kt.)

Medikamento pavadinimas	Kiekis, ml	Naudojimo dažnis (kartai per savaitę)	Vienos dozės kaina, Lt	Viso, Lt (Nepildyti)
metadonas				
...				

2. Ar Jūs dalyvaujamas programoje privalote įsigyti kokias nors priemones, mokėti už Jums teikiamas paslaugas, tyrimus, detoksikaciją, parkavimą, knygas, ir pan? Prašome išvardyti visas išlaidas susijusias su šia programa.

Į Taip

Į Ne

Išlaidų pavadinimas	Vertė, Lt

3. Kiek kartų **per savaitę** Jums tenka apsilankyti programą vykdančiame centre?

_____ kartų per savaitę

4. Kiek vidutiniškai kilometrų Jums tenka vykti iki programą vykdančio centro (**į vieną pusę**)?

_____ kilometrų

5. Kiek Jus užtrunkate kelyje vykdami iki programą vykdančio centro (**į vieną pusę**)?

_____ valandų

6. Kaip Jus vykstate iki programą vykdančio centro?

☐ Automobiliu

☐ Tarpmiestiniu autobusu

☐ Viešuoju miesto transportu

☐ Dviračiu

☐ Miesto mikroautobusu

☐ Pėsčiomis

☐ Taksi

☐ Kita (įrašykite) _____

☐ Traukiniu

7. Kiek vidutiniškai išleidžiate vieno vizito metu (**sudėkite nuvykimo ir grįžimo išlaidas**)?

_____ Lt per vizitą

8. Kiek Jūs iš viso užtrunkate (centre) vieno vizito metu?

_____ valandų per vizitą

9. Kada jūs paskutinį kartą dirbote apmokamą darbą?

☐ Šiuo metu dirbu (**PEREIKITE PRIE 10 KLAUSIMO**)

☐ Prieš pradėdant programą (**PEREIKITE PRIE 12 KLAUSIMO**)

☐ Prieš metus (**PEREIKITE PRIE 12 KLAUSIMO**)

☐ Daugiau nei prieš metus (**PEREIKITE PRIE 12 KLAUSIMO**)

☐ Niekada nedirbau (**STOP, KLAUSIMYNAS BAIGTAS**)

10. Jei šiuo metu dirbate ar dalyvavimas programoje turi įtakos ir trukdo jūsų darbui?

↑ Taip

↑ Ne

11. Jei Jūs dirbate, tai kiek vidutiniškai **vieno vizito metu** sugaištate darbo laiko?

_____ valandų per vizitą

12. Įrašykite pareigas kuriose dirbate (**Įmonės pavadinimo nereikia**).

13. Kiek vidutiniškai **valandų per savaitę** Jūs dirbate (dirbote)?

_____ valandų per savaitę

14. Koks yra (buvo) Jūsų atlyginimas kartu su mokesčiais (**t.y. neatskaičius**)?

_____ Lt per valandą

_____ Lt per savaitę

_____ Lt per mėnesį

_____ Lt per metus

7 priedas. Lito ir užsienio valiutų santykiai 2004 m. kovo 1 d.

	Valiutos kiekis	Valiutos pavadinimas	Kodas	Santykis	Pokytis	
		Australijos doleris	AUD	2,1372	-0,0016	↓ -0,0749 %
		Kanados doleris	CAD	2,0630	-0,0055	↓ -0,2666 %
		Šveicarijos frankas	CHF	2,1901	-0,0036	↓ -0,1644 %
	10	Čekijos kronų	CZK	1,0650	-0,0022	↓ -0,2066 %
	10	Danijos kronų	DKK	4,6335	-0,0008	↓ -0,0173 %
	10	Estijos kronų	EEK	2,2067	-0,0003	↓ -0,0136 %
		Euras*	EUR*	3,4528		-
		Didžiosios Britanijos svaras sterlingu	GBP	5,1629	-0,0144	↓ -0,2789 %
	100	Vengrijos forintų	HUF	1,3439	+0,0053	↑ +0,3944 %
	100	Islandijos kronų	ISK	3,9781	+0,0136	↑ +0,3419 %
	100	Japonijos jenu	JPY	2,5410	+0,0102	↑ +0,4014 %
		Latvijos latas	LVL	5,1873	+0,0045	↑ +0,0868 %
	10	Moldovos lēju	MDL	2,1879	-0,0001	↓ -0,0046 %
	10	Norvegijos kronų	NOK	3,9451	+0,0310	↑ +0,7858 %
	10	Lenkijos zlotų	PLN	7,0898	-0,0698	↓ -0,9845 %
	10	Rusijos rublių	RUB	0,9722	+0,0032	↑ +0,3292 %
	10	Švedijos kronų	SEK	3,7446	+0,0041	↑ +0,1095 %
	100	Slovakijos kronų	SKK	8,5205	+0,0326	↑ +0,3826 %
	10	Ukrainos grivinių	UAH	5,1936	+0,0140	↑ +0,2696 %
		JAV doleris	USD	2,7721	+0,0086	↑ +0,3102 %
		SDR Tarptautinis valiutos fondas**	XDR**	4,1037	-0,0283	↓ -0,6896 %

* - oficialus lito kursas - 3,4528 lito už 1 eurą, galiojantis nuo 2002 m. vasario 2 d., patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės (Žin., 2002, Nr.12-417) ir Lietuvos banko valdybos (Žin., 2002, Nr.12-453) nutarimais.

** SDR – Tarptautinio valiutos fondo valiutos pavadinimas, kuris yra žodžių "Special Drawing Rights" (Specialiosios skolinimo teisės) angliška santrumpa.