

Институт развития здоровья
Эстонский центр мониторинга наркотических веществ

**Отчет об исследовании оценки необходимости услуг и качества
заместительной метадоновой терапии в Эстонии
(UNODC 2008)**

Таллинн
2008

Отчет об исследовании оценки необходимости услуг и качества заместительной метадоновой терапии в Эстонии (UNODC 2008)

Катри Абель-Олло¹

Кайре Валс¹

Аве Талу¹

Франц Траутманн²

Джон-Питер Куулз³

Сигрид Воробьев¹

Эмилис Субата^{4, 5}

Сигне Ротберга⁶

¹ Институт развития здоровья, Эстонский центр мониторинга наркотических веществ

² Институт Тримбос, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Unit of International Affairs

³ Independant consultant (drug use, HIV, harm reduction)

⁴ Vilnius University, Medical Faculty Psychiatry Clinics

⁵ Vilnius Centre for Addictive Disorders

⁶ UNODC

2008

Вся представленная в данном материале информация защищена авторскими правами, которые принадлежат Институту развития здоровья и UNODC. Цитирование или реферирование издания разрешается только со ссылкой на авторов материала.

Copyright © Tervise Arengu Instituut, UNODC

Институт развития здоровья

Эстонский центр мониторинга наркотических веществ

Хийу, 42, Таллинн 11619, Эстония

телефон: +372 6593 997

факс: +372 6593 998

э-почта: katri.abel-ollo@tai.ee

интернет-сайт: <http://eusk.tai.ee>; <http://www.tai.ee>

Содержание настоящего отчета отражает точку зрения авторов и может не всегда полностью совпадать с официальной позицией UNODC.

Благодарность

Благодарим принявшие участие в исследовании центры заместительной терапии, работников пунктов по обмену шприцев MTÜ Convictus Eesti и MTÜ Me Aitame Sind, а также всех специалистов в области опиатной заместительной терапии, которые оказали помощь в проведении данного исследования. Ваше участие в исследовании и полезные советы стали для нас неоценимой помощью. Особая благодарность людям, проводившим опросы, зарубежным экспертам и коллегам из Института развития здоровья.

Содержание

Введение	6
1. Обзор литературы и основные документы.....	8
1.1 Законы и рамочные документы, регулирующие оказание услуги заместительной опиатной терапии.....	8
1.2 Инструкции по лечению опиоидной зависимости	9
1.3 Описание услуги заместительной метадоновой терапии и долгосрочной отлучающей терапии.....	11
1.4 Условия приема метадона вне лечебного учреждения, занимающегося заместительной метадоновой терапией	12
1.5 Обзор оказанной в Эстонии в 2007 году услуги заместительной терапии	13
1.6 Эпидемиологический обзор.....	14
1.7 Научный обзор эффективности заместительной метадоновой терапии	15
2. Материал и методика исследования	19
2.1 Выборка	19
2.2 Этика исследования	21
3. Результаты исследования	21
3.1 Оценка организации заместительной терапии заинтересованными группами заместительной опиатной терапии.....	21
3.2 Заместительная метадоновая терапия в местах заключения.....	26
3.3 Оценка услуги заместительной терапии клиентами	28
3.3.1 Фоновая информация о клиентах	28
3.3.2 Метадон и его прием	29
3.3.3 Доступность и время работы центров.....	31
3.3.4 Организация работы центров заместительной терапии на основании утверждений клиентов.....	31
3.3.5 Результативность терапии по оценке клиентов	33
3.4. Исследование услугодателей в центрах терапии.....	34
3.4.1 Описание принявших участие в исследовании центров	34
3.4.2 Работа с клиентом	36
3.4.3 Клиенты метадоновой терапии и дозы	37

3.4.4 Услуги и правила центров терапии	38
3.4.5 Визит клиента в центр терапии	40
3.4.6 Внутренняя организация работы центра заместительной терапии.....	40
3.5. Оценка заместительной терапии не посещающими заместительную опиатную терапию и употребляющими опиаты наркоманами	42
3.5.1 Фоновая информация об исследуемых	42
3.5.2 Предшествующий опыт лечения и отношение к заместительной метадоновой терапии.....	43
3.5.3 Информация о заместительной опиатной терапии.....	44
3.5.4 Психосоциальные услуги заместительной метадоновой терапии	46
3.5.5 Обращение за лечением	47
Дискуссия	48
Наиболее важные рекомендации.....	55
Литература.....	57

Введение

Настоящий отчет дает обзор результатов исследования оценки качества и потребности в части услуги заместительной метадоновой терапии и сделанных на основании этих результатов заключений. В фокусе исследования первоначально находилась заместительная опиатная терапия в более широком понимании, но поскольку в ходе исследования в нашу выборку попали клиенты, получающие в ходе заместительной терапии только метадон, мы сосредоточились в основном на заместительной метадоновой терапии. Всего в исследовании оценки принимали участие центры терапии шести услугодателей и их 54 клиента. Вошедшие в выборку пять услугодателей оказывали только услугу заместительной метадоновой терапии, и в одном центре предлагали в качестве замещающего вещества как метадон, так и бупренорфин. Исходя из такого ограниченного предложения, мы не стали делать отдельную выборку из тех, кто принимал данное замещающее вещество. Забегая вперед, можно отметить, что общая выборка исследования не позволяет дать очень широкого обзора общего качества заместительной терапии, а скорее указывает на проблемные места, требующие решения или дополнительного изучения. Одна из задач отчета как раз и заключается в том, чтобы, опираясь на анализ оценок/мнений разных участников заместительной метадоновой терапии и на научную литературу, дать практические рекомендации в отношении повышения качества терапии.

Инструментами сбора данных в рамках исследования были структурированные и полуструктурированные интервью. На базе разных анкет была сделана попытка получить обзор политического и организационного контекста заместительной опиатной терапии, оценить удовлетворенность получающих заместительную терапию клиентов предлагаемой медицинской услугой, исследовать организацию работы предлагающих услугу заместительной терапии учреждений здравоохранения и качество предлагаемой услуги, а также сотрудничество центров терапии с другими социальными и лечебными учреждениями. В задачу исследования не входила оценка результативности лечения и расходов-доходов. Помимо вышесказанного, был составлен и дополнительный вопросник для не проходящих лечение употребляющих опиаты наркоманов, чтобы получить информацию об их отношении к заместительной метадоновой терапии и о ее оценке.

Такой ход был обусловлен проявлением негативного отношения к заместительной терапии в наших интервью, малым удельным весом проходящих заместительную терапию наркозависимых лиц, учитывая всю оценочную группу населения, которая является колющимися наркоманами, а также отсутствием очередей на лечение в большинстве центров заместительной терапии.

Исследование было проведено в сотрудничестве Эстонского центра мониторинга наркотических веществ Института развития здоровья, Института Тримбос в Голландии, менеджера проекта UNODC Сигне Ротберга и зарубежного эксперта доктора Эмилиса Субата. Исследование финансировалось из денежных средств проекта Управления по наркотикам и преступности ООН (UNODC) XEE/J20 «Профилактика и уход при ВИЧ/СПИДе среди потребителей инъекционных наркотиков и в тюремной среде в Эстонии, Латвии и Литве в 2006–2010». Настоящее исследование ссылается и на результаты проведенной в рамках того же проекта UNODC в июне 2007 года в ходе двухдневного визита экспресс-оценки (1).

1. Обзор литературы и основные документы

1.1 Законы и рамочные документы, регулирующие оказание услуги заместительной опиатной терапии

Отдельно услуга заместительной опиатной терапии лицензии в Эстонии не лицензируется, она относится к психиатрическим лечебным услугам. В соответствии с Законом о психиатрической помощи, лечение зависимости может предлагать только имеющее разрешение на психиатрическую помощь лечебное учреждение (вступил в силу 16.03.1997) (2). В настоящее время рамочными документами для заместительной опиатной терапии являются изданные в 2001 году Обществом психиатров Эстонии инструкции по лечению наркоманов (3) и разработанные Институтом развития здоровья описания услуг заместительной метадоновой терапии и длительной детоксикации (приложение к договору, заключенному с центром терапии). В начале 2009 года должны быть готовы и новые инструкции по лечению опиоидной зависимости (4).

К оказанию услуг заместительной опиатной терапии в Эстонии имеют отношение также постановление № 73 министра социальных дел «Условия и порядок обращения с наркотическими и психотропными веществами в медицинских и научных целях, их учета и отчетности, а также списки наркотических и психотропных веществ» (вступило в силу 05.06.2005) (5), Закон об организации услуг здравоохранения (вступил в силу 01.01.2002) (6) и Закон о защите персональных данных¹ (вступил в силу 15.02.2007) (7). Вышеупомянутое постановление регулирует обращение с наркотическими и психотропными веществами в медицинских и научных целях, а также ведение связанного с обращением учета и отчетности. Исполнение закона или надзор за надлежащим обращением с лекарственными препаратами входит в компетентность Департамента лекарств. Закон об организации услуг здравоохранения устанавливает требования к оказанию услуг здравоохранения и порядок руководства, финансирования и надзора сферы здравоохранения. Заместительная опиатная терапия может быть как стационарной, так и амбулаторной услугой, для оказания которой требования, предъявляемые к необходимым помещениям, оборудованию (мебель, инвентарь) и аппаратуре, устанавливает министр социальных дел своими постановлениями (8). Надзор за

организацией услуг здравоохранения осуществляют уполномоченные для этого Департаментом здравоохранения чиновники. Целью Закона о защите персональных данных является защита основных прав и свобод физического лица при обработке персональных данных, в первую очередь права на неприкосновенность частной жизни. Информация о состоянии здоровья человека или инвалидности – это деликатная информация, при обработке которой (сбор, сохранение, приведение в порядок) следует соблюдать принципы обработки персональных данных.

1.2 Инструкции по лечению опиоидной зависимости

Основой для лечения опиоидной зависимости является подготовленный в 2001 году и одобренный в 2005 году Обществом психиатров Эстонии консенсуальный документ рекомендательного характера с заголовком «Инструкция по лечению наркомании» (3). Инструкции составлены в сотрудничестве с Группой Помпиду Совета Европы, где основным базовым материалом являлись инструкции по клиническому лечению злоупотребления наркотиков и наркомании в Великобритании („Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management”). Инструкция по лечению предназначена для всех специалистов, которые сталкиваются с лечением и реабилитацией наркозависимых. В этой инструкции в качестве главной цели лечения наркозависимости указан отказ от употребления наркотиков путем отлучения. Целью отлучающей терапии является немедленное или постепенное прекращение употребления наркотических веществ и уменьшение или профилактика острых синдромов отмены максимально в течение шести месяцев. В инструкциях подчеркнута необходимость всестороннего подхода к лечению пациента, куда привлечены существующие учреждения здравоохранения и социальной помощи и структуры, созданные именно для освобождения от зависимости. Изложены также основные принципы заместительной терапии и критерии допуска к заместительной терапии. Согласно инструкциям по лечению, условием допуска к заместительной терапии является по меньшей мере пятилетняя опиоидная зависимость, не удавшиеся до этого попытки отлучения, возраст не меньше 20 лет и в чистом виде опиоидная зависимость (зависимость от других наркотиков и алкоголя рассматривается как

ограничение) (3). Такие ограничения по допуску к лечению не согласуются с результатами научных исследований и документами, выражающими точку зрения WHO/UNODC/UNAIDS (9), в которых подчеркиваются необходимость именно раннего поступления на лечение, получение адекватных доз заместительной терапии, последовательность лечения и прилагающиеся к лечению медицинские и психосоциальные услуги. В одобренных в 2005 году инструкциях по лечению хотя и говорится, что лучшие результаты лечения достигаются при дозах 60–120 мг, однако других конкретных инструкций относительно доз лекарственных препаратов не указывается. В новой инструкции по лечению опиатной зависимости, которая будет составлена в 2009 году, указываются рекомендуемые дозы (60–120 мг в день) и даются более точные инструкции по дозировке препарата. В отличие от инструкции, действующей в настоящее время, в новой инструкции по лечению опиатной зависимости указано большее разнообразие именно в части методов лечения. Классификация описанных в лечебных инструкциях методов лечения в Эстонии исходит из нашего местного контекста и не может полностью соответствовать инструкциям UNODC, UNAIDS и WHO, в которых не различаются замещение и лечение, а также краткосрочная детоксикация не считается самостоятельной формой лечения (9).

В новых лечебных инструкциях по опиатной зависимости в Эстонии помимо доминировавшей раньше детоксикации различаются и другие виды заместительной терапии:

- *отлучающая терапия с заместительным препаратом* – лечение от опиатной зависимости с максимальной продолжительностью один месяц, при котором применяются заместительные препараты;
- *заместительная терапия* – лечение с целью освобождения от опиатной зависимости вместе с психосоциальной реабилитацией, при котором применяются заместительные препараты и которое длится более одного месяца;
- *поддерживающее лечение* – лечение опиатного зависимого, при котором применяются заместительные препараты, которое длится дольше одного месяца и главная цель которого состоит в уменьшении вреда и улучшении качества жизни пациента. Поддерживающее лечение не ставит своей целью освобождение от зависимости и восстановление трудоспособности пациента. Поддерживающее

лечение следует начинать только в отношении такого пациента, которого было невозможно в ходе повторяющихся эпизодов детоксикации или продолжавшейся не менее 6 месяцев заместительной терапии отлучить от употребления наркотиков и повысить его лечебную мотивацию; который является ВИЧ-позитивным и в отношении которого при помощи поддерживающего лечения вероятно возможно избежать распространения инфекционных заболеваний и других проблем со здоровьем, а также поднять таким образом его качество жизни. В ходе поддерживающего лечения при необходимости можно провести подготовку к более сложной восстановительной заместительной терапии (4).

1.3 Описание услуги заместительной метадоновой терапии и долгосрочной отлучающей терапии

Кроме инструкций рекомендательного содержания по лечению, описание услуг должно быть обязательным дополнением к объемным договорам центров терапии, предлагающих услуги заместительной оптической терапии и финансируемых в рамках государственной стратегии по предотвращению ВИЧ/СПИДа. Описание услуги направлено как на отлучающую, так и на заместительную терапию и состоит из четырех документов:

- *структура оценки необходимости заместительной метадоновой терапии* – в оценочном интервью подробно останавливаются на адаптации клиента в обществе, его физическом состоянии, употреблении наркотических веществ в анамнезе, семейных отношениях, психическом состоянии и мотивации, а также прогнозируют способность к участию в программе лечения. Позже на основании оценочного интервью комиссия по лечению принимает решение;
- *требования при заместительной метадоновой терапии к социально благополучному клиенту* – устанавливают показания для лечения, критерии прекращения лечения, средние ожидаемые результаты лечения, условия необходимых для лечения помещений, необходимые для оказания услуги действия и калькуляции цен, а также требования к услугодателю;
- *требования при заместительной метадоновой терапии к социально неблагополучному клиенту* – устанавливают требования к клиенту, который не

- имеет места работы и нуждается в поддержке социального работника, не имеет определенного места жительства и неоднократно наказывался в уголовном порядке;
- *типовой договор лечения методом заместительной метадоновой терапии* – заключаемый между клиентом и услугодателем договор в подтверждение того, что клиент соблюдает требования центра терапии и план лечения.

1.4 Условия приема метадона вне лечебного учреждения, занимающегося заместительной метадоновой терапией

Одним из требований, предъявляемых к описанию услуг центров терапии, финансируемых в рамках государственной стратегии по профилактике ВИЧ/СПИДа, является то, чтобы согласно схеме лечения клиент принимал метадон ежедневно один раз в день под контролем медицинской сестры. Для обеспечения действительного приема препарата дают воду. В ходе практики выяснилось, в отношении части клиентов необходим прием метадона и вне лечебного учреждения. Эту ситуацию решили с помощью приложения 1.1 к договору, которое устанавливает условия для приема метадона вне лечебного учреждения. Возможность получения с собой таких доз решает лечебная комиссия, которая должна подкрепить свое решение в письменной форме и обосновать его. Лечебная комиссия должна в своем решении исходить из приведенных в приложении к договору показаний и предварительных условий. Установлены также точные правила, как организовать получение метадона вне лечебного учреждения. Получаемые с собой дозы не выдаются непосредственно клиенту, а приставленному к клиенту наставнику. Такой подход надо в будущем реально продумать, поскольку привлечение посторонних лиц к заместительной метадоновой терапии может оказаться утомительным для наставника (1).

1.5 Обзор оказанной в Эстонии в 2007 году услуги заместительной терапии

На основании стратегии профилактики ВИЧ/СПИДа и отчета GF за 2007 год можно сказать, что по сравнению с предыдущими годами увеличилось количество лиц, получающих заместительную метадоновую терапию. Лечение бупренорфином, как альтернативой метадону, в отчетный период не финансировалось со стороны государства. В рамках программы GF и стратегии ВИЧ/СПИДа в течение 2007 года заместительную метадоновую терапию прошли 1030 клиентов, из которых 35% (357 клиентов) прервало лечение (таблица 1). Количество заполненных мест заместительной терапии, финансируемых со стороны государства, составляло 673. Таллиннская мэрия финансировала через психиатрические услуги Центральной больницы Западного Таллинна заместительную терапию 104 колющихся опиатных наркоманов. Таким образом, в 2007 году в Эстонии в целом было заполнено 777 мест заместительной метадоновой терапии. В 2007 году из разных источников было финансировано восемь центров терапии шести услугодателей. Для лечения из государственных денежных средств было использовано 5 580 976 крон, которыми было обеспечено лечение менее десятой части колющихся наркоманов (4,9%). Вместе с финансированием со стороны таллиннской мэрии заместительная терапия была обеспечена для 5,6% колющихся наркоманов. В среднем в 2007 году на заместительную терапию одного опиатного наркомана было затрачено 5414 крон.

Таблица 1. Заместительная метадоновая терапия для колющихся наркоманов в 2007 г.

Наименование лечебного учреждения	Выделенные денежные средства (кр.)	Заполненные лечебные места в год	Число клиентов в год (вместе с прекратившими лечение)
OÜ Aasa Kliinik	578 159	69	104
OÜ Corrigo	2 259 526	274	386
OÜ Narva Sõltuvusravi Keskus	1 139 317	130	230
OÜ Elulootus	824 284	117	169
AS Wismari Haigla	687 690	75	128
Центральная больница Западного Таллинна	92 000	8	14
Всего	5 580 976	673	1030

Источник: Институт развития здоровья, отдел профилактики инфекционных заболеваний и наркомании, 2007; Отчет по государственной стратегии в области ВИЧ и СПИДа за 2007 год стратегии.

1.6 Эпидемиологический обзор

Институт развития здоровья и Институт здравоохранения Тартуского университета в 2004 году провели исследование распространенности колющихся наркоманов, данные которого показали, что в Эстонии существует примерно 13 886 колющихся наркоманов (доверительный интервал 8132–34 443), что означает распространенность 2,4% в возрастной группе 15–44-летних (доверительный интервал 1,4–5,9%). В распространенности колющихся наркоманов выявились значительные региональные различия: самой высокой распространенность колющихся наркоманов была в районе столицы (4,3%), затем следовал Ида-Вирумаа; в остальных регионах Эстонии их распространенность была низкой (0,5%) (10). Приблизительные сведения относительно численности национальной группы колющихся наркоманов позволит нам планировать деятельность и оценить, какая доля колющихся наркоманов покрыта различными услугами.

Самыми распространенными инъектируемыми наркотиками по данным разных исследований являются амфетамин и фентанил, которые заменили героин и изготавливаемую в домашних условиях маковую жидкость (11–14). Как показало проведенное Институтом развития здоровья исследование рискованного поведения

колющихся наркоманов (11), 53% наркоманов, пользующихся услугой пунктов обмена шприцев, в последний месяц кололи амфетамин и 9% фентанил. Если взять по регионам, то удельный вес колющихся амфетамином лиц в Таллинне больше (64%), чем в Ида-Вирумаа (47%).

Проведенное в 2006 году исследования «Связанные с ВИЧ/СПИДом и наркоманией знания, позиции и поведение среди осужденных» показало, что 33% опрошенных осужденных знали кого-то среди других заключенных, кто пробовал наркотики или употреблял из регулярно. Из употребляемых наркотиков самыми распространенными среди заключенных в местах лишения свободы были марихуана/гашиш, амфетамин и «белый китаец». Более половины (58%) опрошенных осужденных в течение жизни употребляли наркотики, 23% из них пробовали наркотики и 35% употребляли их регулярно. Больше всего наркотики употреблялись путем курения и инъекций (более 60% опрошенных) (15).

Исследование распространенности ВИЧ и рискованного поведения показало, что треть колющихся наркоманов сидели в тюрьме. Треть из них колола наркотики во время пребывания в местах лишения свободы, причем 69% из тех, кто кололись во время пребывания в тюрьме, пользовались общим шприцем с другими (16). Результаты исследования указывают на то, что в отношении находящихся в тюрьме колющихся наркоманов необходимо быстро применить новые программы вмешательства (консультирование с целью уменьшения рискованного поведения, выдача шприцев). Проведенные в Эстонии исследования также показывают высокий уровень распространения среди заключенных вирусного гепатита С и В (соответственно 89% и 95,7%), исходя из этого было бы целесообразно интегрировать действия по профилактике гепатита В и С с применяемыми в тюрьме программами вмешательства в целях уменьшения распространенности ВИЧ (17).

1.7 Научный обзор эффективности заместительной метадоновой терапии

В Эстонии в качестве заместительного препарата при лечении опиатной зависимости применяют метадон, в меньшей степени бупренорфин. Метадон является синтетическим

опиатным агонистом, который применяют в заместительной и отлучающей терапии опиатной зависимости (18). Бупренорфин является семисинтетическим опиоидом, имеющим свойства как агониста, так и антагониста (19). Эти два заместительных препарата при адекватных дозах обладают похожим действием (20). Более широкое применение метадона в практике заместительной терапии в Эстонии обусловлено его более низкой ценой.

Заместительная метадоновая терапия представляет собой безопасную для здоровья наркозависимого лица, эффективную и недорогую форму лечения (21). Исследования показали, что заместительная метадоновая терапия эффективна для общества именно с точки зрения уменьшения употребления наркотиков (22, 23), рискованного ВИЧ-поведения, передозировки (24, 25) и преступности (26–29).

Важно отметить, что эффективность заместительной опиатной терапии для общества связана с качеством оказываемой лечебной услуги (30). Установлено, что затратноэффективной является именно заместительная метадоновая терапия, включающая в себя адекватные дозы заместительного препарата и необходимые психосоциальные услуги, и продолжительность которой превышает шесть месяцев (31).

В качестве аспекта качества лечения важна прежде всего адекватная доза заместительного препарата. Большинство доз заместительной метадоновой терапии в Европе составляет 60–120 мг (32). Исходя из индивидуальной потребности выписывают и большие дозы метадона (33). Опираясь на результаты исследования, можно сказать, что клиенты, принимающие большие и средние дозы метадона, лучше соблюдают схему лечения и вероятность того, что они снова начнут употреблять наркотики, меньше (22, 34). Дозы метадона в 20 мг хоть и обеспечивают часто пребывание клиента в системе лечения, однако не уменьшают употребление им наркотиков и связанного с этим девиантного поведения (35).

В случае опиатной зависимости надо иметь в виду, что речь идет об очень многогранном расстройстве, где связаны между собой физиологические, психологические и социальные аспекты наркозависимого (36). Исходя из этого, при лечении опиатной зависимости не может быть чисто фармакологического подхода. Для достижения эффективности лечения наряду с услугой лечения должны быть обеспечены и психосоциальные услуги, которые охватывали бы психологические, социальные (жилье, работа, образование/обучение) и

другие потребности в сфере здоровья опиатного зависимого (36). Наличие таких социальных, общемедицинских и психологических услуг в центре терапии (37) или непосредственное направление к ним клиентов (39) важно для уменьшения употребления наркотиков и улучшения соблюдения программы лечения.

Заместительная терапия, как правило, является амбулаторным, непосредственно контролируемым лечением, цель которого и заключается в том, чтобы предоставить наркозависимому возможность заниматься своим здоровьем, психологическими и социальными проблемами именно в повседневной среде. Важно привлечь в процесс лечения также семью клиента и общину (32). Одним из важных факторов в соблюдении программы лечения является также местоположение центра терапии и наличие транспортного сообщения (39, 40).

Как показывает практика большинства государств, заместительная терапия является программой лечения, стоящей в стороне от общей системы здравоохранения (32). Исследования показали, что психосоциальные услуги, предлагаемые именно в рамках центров терапии, наркозависимые применяют чаще, чем те же услуги, объединенные с общей системой здравоохранения (41). Направление наркозависимых в общую систему здравоохранения может поставить перед клиентами заместительной терапии много барьеров, например, денежные затраты, транспорт и стигма (42). При оказании услуг, которые невозможно предложить в рамках заместительной опиатной терапии, необходимо именно тесное сотрудничество центра терапии с другими учреждениями здравоохранения и социальной помощи. Нужно также проводить сотрудничество с некоммерческими объединениями (MTÜ), которые предлагают клиентам заместительной терапии возможность реабилитации и реинтеграции. Например, направление прошедших метадонное лечение клиентов на рынок труда, что дает наркозависимому необходимую структуру и ответственность, связано с лучшим соблюдением лечения и результативностью (43, 44). Такие вышеупомянутые сети сотрудничества следует постоянно держать в оперативном состоянии, чтобы наркозависимый при посещении различных учреждений мог чувствовать себя защищенным и желанным (32).

Одним из факторов, обеспечивающих качество заместительной терапии, является персонал центра терапии. Персонал центра терапии должен быть как можно более разносторонним – в нем должны работать психиатр, психолог, врач общего профиля и

социальный работник (32). Следует также учитывать сложность контингента, получающего заместительную терапию, и маргинализированную репутацию центров метадоновой терапии, которые часто являются причиной сниженной мотивации работников, переутомления и их частой смены. Для предотвращения такой тенденции для работников центров заместительной терапии должны предлагаться постоянное обучение, супервизорство и поддержка. UNODC предусматривает, что каждый центр терапии должен иметь ежегодный план обучения персонала, который отдельно финансируется из денежных средств, выделенных на лечебную программу (32).

В обеспечении качества заместительной терапии немаловажными являются также мониторинг и оценка услуги. Контингент наркоманов с течением времени постоянно меняется, и любая информация о целевой группе и ее привычках в отношении употребления наркотиков имеет большое значение при планировании лечения. Для повышения результативности и качества лечения нужно также учитывать удовлетворенность и потребности клиента (32).

2. Материал и методика исследования

Что касается данного исследования, то речь идет об анонимном исследовании, в котором ни одно имя работника центра терапии, ни данные клиента не привязаны к имени конкретного человека или названию центра. В качестве методики сбора данных в исследовании применялись семиструктурированные и структурированные интервью. Всего в исследовании применялось три структурированных вопросника, два из которых составил и пилотировал Нидерландский институт Trimbos и которые были адаптированы к контексту Эстонии. Краткий вопросник об отношении колющихся наркоманов, не получающих заместительную терапию, к заместительной метадоновой терапии составила исследовательская команда Эстонии. На основании структурированных вопросников были организованы интервью для клиентов опиатной заместительной терапии, работников центров терапии и не получающих заместительной терапии колющихся опиатных зависимых. На основании семиструктурированного опросника были интервьюированы представители заинтересованных групп опиатной заместительной терапии. Их интервью были спланированы по темам и ключевым вопросам, где формулировка и очередность вопросов могли меняться в зависимости от хода интервью. Подобная форма интервью была нужна именно учитывая гибкость развития темы и нахождение причинных связей.

Кроме проведенных в рамках исследования интервью, в качестве фоновой информации для исследования применялись заключенные с центрами заместительной метадоновой терапии договоры и приложения к договорам, связанные с этой областью законы, инструкции по лечению и научная литература.

2.1 Выборка

К исследованию были привлечены все шесть лечебных учреждений Эстонии, предлагающих опиатную заместительную терапию (Центр терапии зависимостей Центральной больницы Западного Таллинна (ЛТКН) (2 центра), Центр здоровья Elulootus, Таллиннская больница Wismari, Нарвский центр терапии зависимостей, Corrigo, Клиника

Aasa). От каждого лечебного учреждения, предлагающего опиатную заместительную терапию, к исследованию были привлечены руководитель центра терапии, медицинская сестра и психиатр, а от двух центров также психолог (всего 21 интервью).

С клиентами заместительной метадоновой терапии было проведено 54 интервью (от каждого центра терапии 8–9 клиентов), охватывая около 10% клиентов, проходящих в Эстонии заместительную терапию. Клиенты для исследования были отобраны по принципу случайного выбора, чтобы все пришедшие в центр терапии клиенты имели равную возможность попасть в выборку. Для исследования был отобран каждый третий посещающий центр терапии клиент до заполнения объема выборки.

С колющимися опиатными наркоманами, не получающими лечения, было проведено 20 интервью: 10 интервью в Кохтла-Ярве и 10 интервью в Таллинне. Не получающие лечения колющиеся наркоманы были отобраны для исследования через пункты обмена шприцев.

С представителями заинтересованных групп опиатной заместительной терапии (практики, лица, принимающие решения, формирующие политику, и др.) было проведено 10 интервью. Интервьюированы были представители Института развития здоровья, Министерства социальных дел, Общества психиатров Эстонии, Министерства юстиции, Таллиннской тюрьмы и услугодателей. От представителей заинтересованных групп для интервью были отобраны люди, тесно связанные с организацией и проведением опиатной заместительной терапии, с учетом их позиции и специалитета. Интервью были организованы в апреле 2008 года зарубежными экспертами Нидерландского института Trimbos.

Клиентов опиатной заместительной терапии и работников центров интервьюировали получившие специальную подготовку интервьюеры. Колющихся опиатных наркоманов, не получавших заместительной терапии, отбирали и интервьюировали прошедшие специальную подготовку работники пунктов обмена шприцев.

2.2 Этика исследования

Проект исследования был согласован с Таллиннским комитетом по этике медицинских исследований (решение № 1350, 26.03.2008). Это было анонимное исследование, участие в котором сопровождалось минимальным риском для участников. Клиентам опиатной заместительной терапии для возмещения затрат времени и транспортных расходов были вручены 100-крупные подарочные карточки. Каждый интервьюируемый был информирован о цели и проведении исследования, ему также был выдан для ознакомления и подписи лист информированного согласия. Проведенные с заинтересованными группами интервью были записаны на диктофон, откуда они были удалены после транскрибирования.

3. Результаты исследования

3.1 Оценка организации заместительной терапии заинтересованными группами заместительной опиатной терапии

Опираясь на проведенные в апреле 2008 года 10 интервью с представителями заинтересованных сторон опиатной заместительной терапии, можно в итоге отметить, что заместительная терапия является в Эстонии не политической темой, а относится скорее к сфере интересов сравнительно узкого круга людей, связанных с планированием/развитием услуги и оказанием услуги лечения.

Опиатная заместительная терапия не состоит в списке медицинских услуг, финансируемых Больничной кассой Эстонии, для ее финансирования создана государственная параллельная система распределения. Главным политическим ответственным в случае заместительной терапии видят Министерство социальных дел, которое проводит в жизнь услугу заместительной терапии преимущественно через Институт развития здоровья. Что касается Министерства социальных дел, то подчеркивается именно важность обеспечения финансирования. Считают, что все, что касается содержания лечения и отчетности/контроля услугодателя, относится к сфере

ответственности Института развития здоровья. Министерство социальных дел и само считает своей основной сферой ответственности обеспечение наличия финансовых средств. Среди услугодателей отсутствует единое мнение относительно направленных на них ожиданий, они видят себя скорее отдельным самостоятельным учреждением, чем частью большой лечебной структуры. Из интервью как раз и следует такой вывод, что заместительная терапия представляет собой раздробленную сферу, где между различными участниками отсутствует сотрудничество, распределение ответственности и единое руководство.

У представителей интервьюируемых заинтересованных групп также отсутствует единое представление о том, какую опиатную заместительную терапию предлагают в настоящее время в Эстонии. Считают, что большинство центров терапии применяют в качестве заместительного препарата метадон, однако предлагаемый способ лечения и цель лечения (поддерживающая терапия, заместительная терапия, отлучающая терапия) различаются среди интервьюируемых.

Мы в Эстонии не применяем концепции поддерживающей терапии... Наше направление – это длительная заместительная терапия, при которой в конце лечения происходит реориентация в соответствии с состоянием пациента. В ходе заместительной терапии должна быть обеспечена и социальная помощь... Терминология в Эстонии все еще не разъяснена, но... поддерживающая терапия – это то, что не требует психосоциальных услуг и является исключительно администрированием заместительного препарата, а заместительная терапия – это лечение даже в том случае, если его цель не состоит в абсолютном отлучении, эта услуга должна оказываться вместе с психосоциальными услугами, чтобы произошла стабилизация пациента...

Формой лечения является именно поддерживающая терапия, цель которой состоит в профилактике ВИЧ. В договорах также четко указано, является это поддерживающей или заместительной терапией, мы не применяли и сейчас не применяем понятия отлучающей терапии.

Global Fund финансировал в действительности профилактику ВИЧ, однако противоречие в том, что большинство средств пошло на лечение наркомании ... Именно на отлучение... В имеющихся инструкциях по заместительной метадоновой терапии четко сказано, что конечная цель – это отлучение пациента от наркотиков.

Таким образом, с одной стороны, целью опиатной заместительной терапии считается лечение индивида, с другой стороны – профилактика заражения ВИЧ через уменьшение рискованного поведения, связанного с инъекциями наркотиков. На различные концепции заместительной метадоновой терапии указывает в своем оценочном рапорте и др. Эмилис Субата (1). Такое различие в понимании и критика профилактического подхода в отношении ВИЧ обусловлены, по мнению части опрошенных, различным пониманием концепции уменьшения вреда и его необходимости. Подход, направленный на уменьшение вреда, пропагандировала в Эстонии в 2003–2007 годы программа Global Fundi (GF), на требованиях которой и было в основном построено распределение заместительной метадоновой терапии. Среди услугодателей такой подход, направленный на уменьшение вреда, нашел критический отклик, в котором т.н. выделение глотка метадона без опорной услуги считалось шуткой и социальной работой. Во многих интервью осуждалось считавшееся главным во времена программы GF увеличение лечебных мест за счет низкокачественных услуг. В этой системе видели пропагандирование низкого качества и многолетнее привыкание услугодателей к малым требованиям.

Из интервью с лицами, планирующими/развивающими заместительную терапию, выяснилось, что будущее стоит за повышением качества услуги лечения и развитием психосоциальных услуг. Лица, планирующие услугу, указали в своих интервью на необходимость обращать все большее внимание и на индивидуальные лечебные потребности пациента. Из интервью создается впечатление, что во имя будущего следует придти к комбинированному решению, которое охватывало бы как профилактику ВИЧ, так и потребности лечения колющихся наркоманов.

Надо стремиться к тому, чтобы заменить употребление нелегальных наркотиков... цель заключается в профилактике ВИЧ и снижении преступности, но также и в реальном лечении человека...

Говоря о требованиях к качеству лечения, как организаторы лечения, так и планирующие лечение лица отметили наличие именно инструкций по лечению опиатной зависимости, различных законов и приложений к договорам, соблюдение которых помогает обеспечить единое качество. Особенно большого позитивного изменения ожидают от новых, находящихся еще на стадии составления инструкций по лечению, в которых в отличие от предыдущих большее ударение ставится на методах лечения и утвержденных средних дозах. Для услугодателей по-прежнему проблемой является рекомендательный характер инструкций. В таком виде, пока они не утверждены на высшей ступени и не стали законными, они являются очередной бумагой, на которую часто не обращают внимания.

К сожалению, речь не идет о законе/постановлении... Эти инструкции имеют рекомендательный характер и показывают т.н. добрые традиции/практику, однако это просто рекомендации и идеи общества специалистов...но здесь для принятия их к использованию должно быть и политическое решение.

Проведение изменений в имеющейся организации лечения должно быть по мнению услугодателя хорошо продумано. В настоящее время система лечения сосредоточена, в основном, на психиатрах, однако большую работу в центрах терапии может проводить и не психиатр. Центр терапии должен работать системно, когда психиатр/врач требуется при внесении изменений в лечение, а остальные текущие услуги способны оказать медицинская сестра или другой лечебный персонал. Со стороны услугодателя проблему видят также в отсутствии единой государственной лечебной системы в Эстонии. В настоящее время она представляет собой совершенно разобщенных услугодателей, между которыми часто отсутствует сотрудничество и точка соприкосновения. Сотрудничество отсутствует не только между различными центрами терапии, но и между другими учреждениями, предлагающими социальные услуги и услуги здравоохранения.

Независимо от того обстоятельства, что большинство интервьюируемых подтверждают отсутствие очереди на заместительную метадонную терапию, говорится о необходимости расширения услуги. Разные участники предлагают идеи, как сделать заместительную терапию доступнее для колющихся наркоманов.

Я считаю, что мы должны увеличить покрытие лечебной услугой, расширить услуги в города, где такая услуга в настоящий момент отсутствует... Но говоря честно, у нас в настоящее время существует около 600 финансируемых государством клиентов и у нас нет очередей ... Я думаю, что если бы у нас было 14 000 лечебных мест, то все наркоманы все равно не пошли бы лечиться ...

Что-то нужно фундаментально менять... поскольку мы ведь не можем просто строить новые центры терапии, для этого недостаточно денег. Может ли метадон выписать кто-то еще... Я не знаю, какое тут могло бы быть решение... Может, изменить что-нибудь в организации лечения... Например, если бы колющийся наркоман мог бы получать свою дневную дозу метадона от семейного врача или сестры, а к психиатру ходил бы один-два раза в месяц отдельно. Может, если метадон не давать в центрах, что-нибудь изменится...

Что касается отсутствия очередей, то тут приводят различные причины. Самой распространенной причиной необращения за лечением считается недоверчивое и настороженное отношение к метадону именно русскоязычного контингента. Интервьюируемые видят во многом причину в российских СМИ и в России, где заместительная метадонная терапия запрещена и признана ядом. Отмечается, что именно русскоязычный контингент испытывает интерес к альтернативным и имеющим псевдоэффект методам лечения.

Приезжие из Петербурга считают метадон жестоким и необычным наказанием.

Оптимальную потребность в количестве мест заместительной метадонной терапии в Эстонии также оценивают по разному. Из интервью можно сделать вывод, что это

частично обусловлено численностью национальной группы колющихся наркоманов и неознакомлением с данными исследований относительно привычек употребления или их оспариванием. Отдельные интервьюируемые осознали для себя, что в группу колющихся наркоманов входит много амфетаминовых зависимых, для которых данная форма лечения не подходит. Распространено также мнение, что колющийся наркоман в Эстонии вследствие своего поведения и возраста отличается от обычных и требует другого подхода, отличного от известного в мировой практике.

Возможность создания новых лечебных мест/центров большинство интервьюируемых считают затруднительным именно вследствие малого количества услугодателей.

...даже если бы мы хотели получить 100%-ное покрытие лечебными услугами, у нас не было бы достаточно услугодателей и, думая реалистично, нет и возможности их получения. Однако цель заключается в нахождении с годами дополнительных услугодателей...

Отмечается, что приведение новых услугодателей в эту сферу требует большого убеждения. В качестве причины недостаточного интереса отмечается относительно трудный контингент и непопулярность заместительной метадоновой терапии также среди медицинских работников (семейные врачи, аптеки). Существует мнение, что такая ситуация, когда услугодателей мало и отсутствует конкуренция, иногда приводит к низкому качеству предлагаемой лечебной услуги. Лица, развивающие/планирующие услугу, несколько раз отмечали, что несоблюдение некоторых небольших требований приложений к договорам (помещения центров терапии и др.) оставляют без внимания, поскольку лучших предложений просто негде взять.

3.2 Заместительная метадоновая терапия в местах заключения

Многие представители заинтересованных групп в качестве одного из проблемных пунктов заместительной метадоновой терапии отмечали недостаточное развитие услуг лечения колющихся наркоманов в местах заключения в Эстонии. Большим препятствием видели именно арестные дома, где заключенные часто должны проводить многие месяцы, прежде

чем поступят в тюремную систему. Арестные дома представляют собой места заключения временного характера, где надо обеспечить заключенному общую и неотложную медицинскую помощь и продолжать на свободе назначенное врачом лечение (45). В настоящее время начатая на свободе заместительная метадонная терапия колющегося наркомана в арестном доме не обеспечивается. Поступающая из тюрьмы информация подтвердила, что до них доходят лишь отдельные заключенные, которым требуется заместительная метадонная терапия. Большинство потенциальных нуждающихся в заместительной терапии пережили в арестном доме свой синдром отмены и метадон им больше не требуется. Опираясь на данные тюрьмы, в последние годы было всего пару случаев, когда метадон применялся для быстрого отлучения заключенного от наркотиков. В то же время, с законодательной (Закон о тюремном заключении¹) и организационной стороны тюрьмы готовы предоставлять лечение колющимся наркоманам. Такой подход поддержал и проект UNODC «Предупреждение и профилактика ВИЧ/СПИДа среди колющихся наркоманов и в тюремной среде в Эстонии, Латвии и Литве в 2006–2010». В Эстонии отсутствуют специальные инструкции по опиатной заместительной терапии в местах заключения. Таким образом, описанные в общих инструкциях по лечению опиатной зависимости принципы и направления деятельности служат основой лечения зависимости, практикуемому и в тюрьме. В качестве заместительного препарата в тюрьме применяется метадон.

На основании личной корреспонденции специалиста Министерства юстиции на проблемах зависимости особенно специализируется Тартуская тюрьма, где при необходимости опиатным зависимым может быть оказана услуга лечения и реабилитации. Услугу реабилитации, которая охватывает развитие социальных навыков и обучение другим необходимым жизненным навыкам, кроме Тартуской тюрьмы (44 места) оказывают также в Вирусской тюрьме (40 мест) и Харкуской тюрьме (8 мест). Теоретически в тюремной среде возможно оказывать как симптоматическое, так и

¹ Закон о тюремном заключении регулирует вопросы, связанные с оказанием здравоохранительной услуги и лечением заключенных в тюрьме. На основании данного закона врач обязан постоянно следить за состоянием здоровья заключенных, лечить их в рамках имеющихся в тюрьме возможностей и в случае необходимости направлять на лечение к соответствующему врачу-специалисту и выполнять все возложенные на него обязательства (RT I 2000,58,376).

специфическое лечение (быстрая отлучающая терапия, медленная отлучающая терапия или поддерживающая терапия). Специфическое лечение заместительным опиатным препаратом возможно только в случае, когда в тюрьме работает получивший соответствующую подготовку психиатр (в четырех тюрьмах Эстонии в целом шесть психиатров). В настоящее время опиатным зависимым при первом синдроме отмены дают в основном успокоительные/бензодиазепины или болеутоляющие, администрированием которых в тюрьме занимается медицинское отделение. Начало лечения зависимости заместительным препаратом происходит в получившей необходимую подготовку Тартуской тюрьме, амбулаторное лечение продолжается в медицинских отделениях других тюрем.

Из интервью с представителями Министерства юстиции и тюрьмы выяснилось, что несмотря на большой удельный вес колющихся наркоманов среди заключенных, большого спроса на заместительную метадоновую терапию в тюрьме нет. По оценке Министерства юстиции, 20% осужденных (500 лиц) и 30% заключенных под стражу (300 лиц) являются наркозависимыми (46). В дальнейшем следует исследовать отношение к заместительной терапии персонала тюрьмы и заключенных.

3.3 Оценка услуги заместительной терапии клиентами

3.3.1 Фоновая информация о клиентах

В исследовании принимало участие 54 клиента, получавших заместительную метадоновую терапию в семи центрах терапии шести услугодателей. Удовлетворенность услугами со стороны клиентов не анализировалась отдельно по центрам терапии, а представлена в виде общей оценки предлагаемой в Эстонии лечебной услуги. Попавшие в выборку исследования клиенты все были русскоязычными, средний возраст составлял 29 лет (самый младший 23, самый старший 45). 72% клиентов были представителями мужского пола. Из 54 клиентов у 16 была постоянная работа, у 9 клиентов была временная работа, 21 клиент был безработным, 7 получали пенсию по инвалидности и 1 находилась в отпуске по уходу за ребенком. В среднем клиенты употребляли наркотические вещества в

течение 10 лет (вариации 1–28 лет). 16 клиентов до обращения за заместительной терапией употребляли один определенный нелегальный наркотик, остальных можно классифицировать как потребителей нескольких наркотиков (*polydrug users*). Фентанил или «белый китаец» употребляло 37 клиентов, для 9 клиентов это был единственный употребляемый наркотик. Кроме опиатов 8 клиентов употребляли также амфетамин. Более чем у половины вовлеченных в заместительную терапию клиентов отсутствовал прежде опыт лечения наркомании (N 34). Отлучающую терапию с профессиональной помощью один раз в жизни прошли 12 клиентов, два раза – 7 клиентов и более двух раз – 5 клиентов (количество лечений варьировало от одного до десяти). Всего 21 клиент пытались один или несколько раз самостоятельно отлучиться от наркотиков. Опыт прежней опиатной заместительной терапии имели 18 клиентов. Максимально шесть раз делались попытки ранее пройти опиатную заместительную терапию.

Время прохождения данной заместительной метадоновой терапии среди клиентов было очень различным. Самый продолжительный стаж лечения был у семи клиентов, которые находились на лечении с 2003 и 2004 года. Более половины клиентов начали лечение в 2007-2008 году (N 29). Подавляющее большинство (N 41) посещало центр заместительной метадоновой терапии поблизости от места жительства. Остальные отдельные отвечающие предпочитали центр терапии, расположенный далеко от места жительства по причине более гибкого рабочего времени, отсутствия очередей, более подходящей выписываемой дозы.

Главные причины, почему участвующие в исследовании клиенты обратились за лечением, были следующими: желание жить нормальной жизнью (N 31), усталость от наркозависимости (N 31), желание внести в свою жизнь положительные изменения (N 29), физические нарушения здоровья (N 23) и сожаление по поводу потраченных на наркотики денег (N 21). Большинство клиентов обратились за заместительной терапией сами, 11 клиентов признались в давлении со стороны семьи или партнера начать лечение.

3.3.2 Метадон и его прием

Все 54 клиента заместительной метадоновой терапии назвали в качестве заменителя употребляемых наркотиков метадон, средняя доза которого составляет 75,9 мг (мин. 9 мг,

макс. 205 мл). Большинство клиентов утверждало, что дозу назначает психиатр, и они сами по этому вопросу не имеют права высказаться. Несмотря на это, 46 пациентов удовлетворены размером своей дозы метадона. Кроме принимаемого заместительного препарата и выписываемых лекарств некоторые клиенты к разной регулярностью дополнительно употребляют алкоголь, бензодиазепины, барбитураты, коноплю, стимулянты и пр. Такое дополнительное употребление, по словам самих клиентов, не является очень распространенным и регулярным. Больше всего, как они утверждают, употребляют именно алкоголь (по утверждению девяти клиентов – раз в неделю). Большинство клиентов знают, что во время лечения не разрешается употреблять посторонних медикаментов или наркотических веществ. В то же время, часть клиентов не знали, что во время лечения запрещено употребление конопли, стимулянтов, алкоголя и других посторонних лекарств. Семь участников исследования утверждали, что они во время лечения делают инъекции нелегальных наркотиков. Почти половина клиентов не знали, какие последствия их ожидают, если обнаружится, что они во время лечения употребляют нелегальные наркотики. В качестве способов наказания со стороны центров терапии были указаны предупреждение (N 21), прекращение договора лечения (N 15) и потеря преимущественного права (N 11).

Контролем приема препарата удовлетворены и оценили процедуру как человеческую около 90% клиентов. 12 отвечавших утверждали, что другие клиенты отдают и/или продают свой заместительный препарат.

Большинство клиентов отметили, что достаточно осведомлены о действии и опасностях метадона. Информацию относительно бупренорфина и налтрексона получили лишь менее четверти вошедших в выборку. Информацию относительно заместительных препаратов клиенты получили в основном от своего лечащего врача (N 28), партнеров/знакомых (N 25), другого работника центра (N 20), из информационных материалов (N 14) и СМИ/интернета (N 15).

3.3.3 Доступность и время работы центров

Из информации, полученной от клиентов относительно затрат времени на поездку в центр терапии, можно сделать вывод, что центры заместительной метадоновой терапии не находятся от них очень далеко. Среднее время, чтобы добраться до центра терапии, составляет 28 минут (вариации от 3 до 90 минут). Половина клиентов пользуются для этого общественным транспортом и немного меньше половины добирается пешком. 61% ответивших находят, что время работы центров им подходит. В качестве причины, почему не подходит время работы центра, привели необходимость ходить на работу. Неравномерное время работы части центров в разные дни недели также затрудняет для работающего клиента совмещение посещения центра терапии и выполнения рабочих обязанностей. В целом 35 участников исследования для приема заместительного препарата должны посещать центр ежедневно, даже в выходные. 19 клиентам разрешено принимать метадон и вне учреждения здравоохранения, и они должны посещать центр терапии 3–5 раз в неделю. Половина опрошенных (N 27) были удовлетворены правилами получения метадона на дом, 25% не были удовлетворены, остальные не выразили своего мнения. Основная причина неудовлетворенности заключалась в мешающем действии правил на выполнение других обязанностей (работа). Когда клиентов попросили назвать, по какой причине они бы хотели получать метадон на дом, только девять отметили необходимость ходить на работу, 37 клиентов хотели получить его из-за поездок и 30 для таких чрезвычайных ситуаций, как попадание в тюрьму или больницу.

В среднем заместительная терапия длилась четыре месяца, пока клиентам представилась возможность ходатайствовать о получении доз метадона на дом (варьирование от 3 недель до 2 лет).

3.3.4 Организация работы центров заместительной терапии на основании утверждений клиентов

Получение заместительного препарата начиная с входа в центр терапии до выхода оттуда занимает в основном 1–5 минут (N 42), реже 6–10 минут (N 11). 36 клиентов знали, что кроме заместительного препарата в этих центрах предлагают также психосоциальную

поддержку и консультации, около половины знали о доступности психиатрической помощи (N 27). Менее половины знали также, что в центрах заместительной терапии клиентов консультируют для прохождения тестирования на ВИЧ (N 25), гепатиты В и С (N 22) и другие венерические заболевания (N 18). У клиентов заместительной терапии отсутствует единое понимание, почему психосоциальные услуги составляют обязательную часть заместительной терапии. Больше всего осведомлены о том, что психосоциальная услуга (N 30) и общее консультирование в области лечения (N 27) являются обязательными компонентами заместительной терапии. Почти половина отвечавших клиентов желали, чтобы в центрах заместительной терапии предлагалось больше услуг и поддержки, чем в настоящее время.

Больше всего отмечалось отсутствие психосоциального подхода, консультирования и интегрирования на рынок труда. Периодичность бесед с лечащим врачом центра заместительной терапии, согласно ответам клиентов, была очень разной (таблица 2). Теоретически в приложении к договору, заключенному с центром терапии, имеется пометка о том, что социально благополучный клиент посещает его с определенной регулярностью (два раза в месяц), а социально неблагополучный клиент ходит четыре раза в месяц на прием к психиатру и психологу. В то же время положительным открытием было то, что в некоторых центрах терапии график приема лечащего врача гибкий и при необходимости на прием к врачу можно попасть каждый день. Озабоченность вызывают 43% опрошенных клиентов, которые утверждают, что могут ходить на прием к лечащему врачу только по желанию. Семь клиентов чувствуют, что с лечащим врачом следовало бы встречаться чаще, чем сейчас.

Таблица 2. Периодичность бесед с лечащим врачом центра заместительной терапии

	N	%
При необходимости каждый день	12	22,22
Каждую неделю	13	24,07
Каждый месяц	6	11,11
Только по желанию	23	42,59
Всего	54	100,00

Большинство участников исследования считало сохранение в центре терапии конфиденциальности своих данных и личности очень важной. 72% были удовлетворены

тем, что как в настоящее время обращаются с их данными и сохранением конфиденциальности. Шесть клиентов думали, что в отношении их данных в центре терапии не соблюдается конфиденциальности. Большинство пациентов также удовлетворены обращением с деликатными процедурами (сбор мочи для анализа) (N 36). Большинство клиентов были в общем удовлетворены работниками центра терапии и нашли, что отношение к клиентам приемлемое и хорошее. Распространено мнение, что если клиент сам хорошо ведет себя в центре терапии, то и работники отвечают ему тем же. На основании вопросников можно утверждать, что для большинства центр терапии является местом, где они могут рассказать и о своих повседневных проблемах. Половина также утверждает, что они могут нейтрально выразить работникам центра терапии неудовлетворение в отношении своего лечения. Большинство клиентов не были в курсе того, как выглядит процедура предъявления связанной с лечением жалобы. Никто из опрошенных никогда не предъявлял жалобы в отношении центра терапии, однако около половины сочли нужным предъявлять жалобу в случае необходимости. 46 опрошенных подтвердили, что подписали в начале лечения договор, 42 из них утверждали, что знакомы с содержанием договора.

3.3.5 Результативность терапии по оценке клиентов

37% опрошенных клиентов сочли, что их состояние здоровья намного лучше, чем было до начала лечения, и верили, что в ближайшем будущем оно еще более улучшится. Четверть клиентов убеждена, что в связи с лечением улучшились их возможности получения работы, а в ближайшем будущем улучшатся еще. 30% клиентов утверждает, что с начала лечения произошли позитивные изменения также в их социальном и психологическом состоянии. Около половины клиентов надеются, что в ближайшем будущем еще более улучшится их психологическое состояние по сравнению с настоящим. Из всех опрошенных 20 клиентов утверждают, что после начала лечения больше не употребляли нелегальных наркотиков, 15 клиентов больше не совершают преступлений (таблица 3). Большинство клиентов утверждают, что благодаря заместительной метадоновой терапии заметно уменьшилось употребление ими наркотиков и преступное поведение (N 35).

Только три клиента не видят после начала лечения изменений в своем преступном поведении.

Таблица 3. Частота употребления нелегальных наркотиков в данный момент по сравнению с предшествующим лечению периодом

	N	%
Не употребляет	20	37,04
Намного уменьшилось	30	55,56
Немного уменьшилось	3	5,56
Затрудняюсь ответить	1	1,85
Всего	54	100,00

Проблематичной является репутация заместительной метадоновой терапии среди тех колющихся наркоманов, которые не охвачены услугой заместительной терапии. 56% клиентов отметили, что их колющиеся друзья не пойдут на лечение, поскольку не верят в него и считают его вредным для здоровья. В качестве причины чаще всего приводят страх перед появлением новой более «тяжелой» зависимости (распространено мнение, что метадон более вреден, чем героин). Одна из приведенных причин заключалась также в отсутствии возможностей лечения в местах заключения и страх перед синдромом отмены при попадании в тюрьму. В то же время, отношение клиентов центров терапии к своему лечению в основном позитивное. Часто клиенты видели в этом последнюю возможность для возвращения к нормальной жизни. Отмечались улучшения в психике и социальном положении, а также уменьшение преступности.

3.4. Исследование услугодателей в центрах терапии

3.4.1 Описание принявших участие в исследовании центров

В исследовании приняли участие в общей сложности семь центров терапии шести услугодателей. В каждом центре были опрошены психиатр (7), медсестра (7) и руководитель (6), а в двух центрах – также и психологи.

Связанные с организацией работы центров вопросы проанализированы как в общем, так и по центрам терапии анонимно.

Ни в одном из центров терапии мнения работников не совпали в части того, сколько у них коллег/специалистов и каков их объем работы в центре терапии. Больше всего отличаются от ответов других работников именно данные психиатрами ответы. Наличие в центрах терапии различных специалистов сильно различалось в разных центрах. В некоторых центрах имелись социальные работники и психологи, в других же не было социального работника, но частично присутствовала услуга семейного врача (2 центра).

Также не было единого понимания предлагаемых внутри центра заместительной терапии психосоциальных услуг. Из семи опрошенных центров терапии в одном центре совпало понимание работников в части предлагаемых центром различных услуг. Из ответов можно было понять, что большинство центров терапии в какой-то степени оказывает общие врачебные услуги, психиатрическую и психологическую помощь, а также предлагает фармакологическую поддержку. Кроме того, некоторые центры предлагают заместительную терапию в рамках связанной с инфекционными заболеваниями опорной услуги, консультаций и социальной помощи.

Численность работников центра посчитало недостаточной в общей сложности 12 работников и достаточной – 8 работников, двое не имели своего мнения. Среди центров терапии не было единого понимания в части достаточности и недостаточности работников. В одном центре все опрошенные были согласны с тем, что рабочая среда достаточная для оказания качественной услуги.

Частота проведения регулярных собраний в центрах терапии для большинства работников центров была неизвестна. Нашелся один центр, в котором все работники имели единое понимание в плане частоты проводимых в центре терапии собраний. В то же время, повесткой дня, содержательностью и частотой проведения собраний были удовлетворены большинство опрошенных работников центров терапии.

Большинство опрошенных работников (N 18) оценили доступ к литературе по специальности и к научной литературе как хороший. Необходимость дополнительного обучения признали в общей сложности 17 опрошенных работодателей. При этом было упомянуто, что нужны именно те виды обучения, которые помогли бы центрам делиться

информацией о происходящем на рынке наркотических веществ, о новейших возможностях лечения и психосоциальных услугах, а также обмениваться опытом.

3.4.2 Работа с клиентом

Среди центров не было понимания того, сколько времени в среднем занимает постановка на учет в программу заместительного лечения одного клиента. В зависимости от центра, время принятия пациента на учет варьировалось от 15 минут до шести часов. Если принимать за основу данные тремя работниками разных центров средние ответы (психологи из этого анализа исключены), то разница варьируется от 25 минут до 4,5 часов. В части различных процедур постановки на учет (определение медицинского состояния, оценка психиатра, определение степени наркозависимости, определение социального положения) у работников центра было относительно единое понимание. В некоторых центрах наблюдались отдельные разногласия в отношении наличия медицинской информации и определения социального положения. В части центров было также уточнено, что частью определения социального положения является информация о месте жительства, месте работы, экономическом положении, потребности в социальной помощи, образовании, семейном положении и уголовном фоне.

К составлению лечебного плана в шести центрах из семи был привлечен и клиент. В разных центрах составлением плана лечения занимаются разные работники. В некоторых центрах составлением лечебного плана занимается весь медицинский персонал, а в некоторых к этому привлечены только психиатр и медсестра. Во всех центрах терапии клиент дает согласие в части лечебного плана. Большинство работников разных центров признает, что у них имеются критерии отсеивания желающих пройти лечение. Четыре услугодателя утверждают, что таких критериев нет. В качестве критериев отсеивания приводились агрессивность, психоз, тяжелое физическое расстройство, возраст (моложе 18 лет), стаж употребления наркотиков менее 5 лет, амфетамин как основное наркотическое вещество, клиент является дилером и т.д.

3.4.3 Клиенты метадоновой терапии и дозы

Шесть из семи центров терапии использовали в качестве заместительного препарата только метадон, в одном центре в качестве альтернативного препарата возможно и использование бупренорфина. Кроме двух центров (один услугодатель), очередей в части получения метадонового лечения нет. Величина очереди варьируется в указанных выше центрах от двух до десяти недель.

Работники четырех центров терапии знали о численности клиентуры, находившейся на заместительном метадоновом лечении в 2007 году. В части центров значительные различия в численности клиентов внутри центров были обусловлены именно отстраненностью психиатра от работы центра. В то же время, были и центры, в которых в ответах руководителя и медсестры о численности клиентов наблюдалось в 2007 году существенное различие (внутри центра 147–250 клиентов). В части всех центров терапии (в зависимости от услуги услугодателя) численность клиентов в 2007 году на один центр находилась в интервале 30–330 клиентов. В настоящее время численность проходящих в центрах заместительную терапию клиентов также варьируется в разрезе работников центров. Часть опрошенных работников не могут сказать, сколько клиентов находится в настоящее время на лечении. В одном центре терапии медсестра и руководитель центра дали одинаковый ответ о численности клиентов в настоящий момент. В разрезе всех центров численность находящихся на заместительном лечении клиентов находилась в интервале 30–279 человек, в зависимости от величины центра. На основании данных работников центров терапии, проходящий курс заместительной терапии клиент проходит непрерывное лечение в течение от одного до 66 месяцев, а с учетом обусловленных релапсами пауз 12–72 месяца.

Так же как расходились мнения в отношении численности клиентов, внутри центров разнятся и средние данные в части средних доз метадона. Не нашлось ни одного центра, в котором все опрошенные работники упомянули бы примерно одинаковые средние дозы. Самое большое различие внутри одного центра в отношении дозы метадона составило 30–112 мл. Суммарно в разрезе всех центров средней дозой метадона можно назвать 57 мл (средний интервал по центрам 25–80 мл). Максимальные дозы в среднем по центрам

находились в интервале 100–240 мл. Максимальная доза метадона в среднем по центрам составляла 176 мл.

В общих чертах, в центрах назначенная пациентам доза метадона и другие формы лечения оцениваются в текущем порядке, в зависимости от центра частота может составлять каждый день, дважды в месяц или четыре раза в месяц. Контакт клиента с лечащим врачом центра (психиатром), в зависимости от центра, составлял раз или два раза в месяц, а также менялся в соответствии с необходимостью.

3.4.4 Услуги и правила центров терапии

Все привлеченные к исследованию центры имеют свои критерии, по которым клиенты исключаются из программы заместительной терапии. Основной причиной становится повторное агрессивное поведение и нарушение лечебного режима.

Во всех лечебных учреждениях принимаются меры против утаивания, продажи и утечки заместительных препаратов. Наиболее распространенной мерой является прием препарата в присутствии работника центра и проведение после этого беседы с клиентом, запрет уносить препарат с собой и индивидуальное обслуживание клиентов.

Пять центров терапии считают, что если клиент опаздывает в центр, то он не должен получить свою дневную дозу препарата, в двух центрах опоздание допускается. Ни в одном центре нельзя получить новой дозы, если клиент заявляет, что его доза украдена или он ее потерял. В отдельных случаях работники центров отвечали, что в случае кражи или утери метадона новую дозу получить можно, но, по словам медсестер всех центров терапии, получение новой дозы исключено.

Для проверки соблюдения клиентами лечебного режима во всех опрошенных центрах терапии проводится анализ мочи. С какой частотой он проводится, остается невыясненным, поскольку внутри центра даются разные ответы. По всем центрам в среднем частота проведения анализов мочи находится в интервале 1–52 раза в год.

В отношении предлагаемых в центрах терапии форм лечения и психосоциальных услуг также отсутствует единое понимание в рамках центра. Таблица 4 отражает понимание центров терапии в отношении предлагаемых услуг/форм лечения.

Таблица 4. Понимание центров терапии в отношении предлагаемых в центре форм лечения и психосоциальных услуг

Вид лечения/опорная услуга	Количество центров, в которых имеется вид лечения/опорная услуга*	Количество центров, в которых вид лечения/опорная услуга отсутствует*	Количество центров, в которых даны противоречивые ответы
Заместительная метадонная терапия	7	-	-
Заместительная бупренорфиновая терапия	1	6	-
Отлучающая терапия без медикаментов	1	5	1
Отлучающая терапия с метадоном	3	1	3
Отлучающая терапия с бупренорфином	1	6	-
Лечение с бензодиазепинами	2	2	3
Лечение с другими препаратами	1	-	6
Консультации	6	-	1
Психологическая и/или социальная помощь	6	-	1
Сестринская помощь (гнойники, уход за венами, раны и т.д.)	1	1	5
Направленные на конкретные группы вмешательства:			
беременные	3	-	4
бывшие заключенные	1	-	6
молодые наркоманы	2	2	3
клиенты с двойным диагнозом	1	1	5
проходящие испытательный срок	3	-	4
Информация об инфекционных заболеваниях	3	1	3
Предупреждение передозировки	4	-	3
Послеотлучающее лечение с налтрексоном	-	3	4
Консультации по вопросам ВИЧ, В- и С-гепатита, а также других венерических заболеваний	6	1	
Вакцинация от В-гепатита	-	-	7
Консультация для обращения за лечением (ВИЧ, В- и С-гепатит, другие венерические заболевания)	7	-	-

*Центры, в которых все опрошенные работники имели схожее понимание в части оказываемой услуги (учтены и центры, в которых один из работников по какой-либо причине вообще не ответил на вопрос).

3.4.5 Визит клиента в центр терапии

В ходе одного визита, по словам разных работников разных центров, на одного клиента затрачивается очень разное время, которое варьируется в интервале от 15 минут до 40 минут. По оценке большинства опрошенных работников (N 21), продолжительность визита клиента зависит от специфики ситуации. Большая часть работников (N 18) считает затрачиваемое на клиентов в ходе одного визита время достаточным. 14 работников центров терапии утверждают, что относятся к разным группам клиентов (например, проблемные клиенты, употребляющие несколько наркотиков клиенты, болеющие инфекционными заболеваниями) по-разному, по словам 8 работников, всем обеспечивается равный и одинаковый подход.

Типичными действиями в ходе визита, по словам работников центра терапии, является беседа с клиентом, оценка его состояния и выдача препарата. Кроме того, отмечается, что в ходе визита может возникнуть и необходимость вызвать для пациента полицию или скорую помощь, провести с ним беседу о различных проблемах (психо-социальных), проконсультировать клиента и провести процедуры, относящиеся к компетенции медсестер.

3.4.6 Внутренняя организация работы центра заместительной терапии

Время работы центров терапии различались по разным центрам. Часть центров была открыта с раннего утра до шести часов вечера, что давало клиентам широкие возможности в плане посещения центра в подходящее для них время. Были и центры, официальное время работы которых заканчивалось ежедневно в 14.00 или в 16.00. В выходные дни центры, как правило, были открыты три часа, в отдельных случаях они работали дольше или были закрыты. В выходные дни часть центров работала дольше, чем в рабочие дни.

Все центры терапии исходят в своей работе из всех действующих лечебных инструкций. Проблемы в части их соблюдения были у трех работников, участвовавших в исследовании центров, достаточными же считают эти инструкции 17 работников. Помимо общих инструкций, по словам всех участвовавших в исследовании работников центров терапии, внутри центров установлены сферы ответственности и распределение труда для разных

должностных групп. Всего, по словам 20 работников, в центрах терапии есть и описания должностных рабочих заданий. Поддержка и контроль действий работников со стороны руководства также, по словам большинства работников, являются эффективными. Под контролем имеется в виду заполнение текущих документов, отчетность, собрания и беседы с работниками.

Во всех центрах терапии приняты меры по предупреждению насилия со стороны клиентов или работников, для этого центры пользуются охранными услугами (кнопка паники, камера, охранник).

В центрах терапии на каждого клиента существует карта состояния здоровья и лечения, а также карта социального положения. Связанные с клиентом работники получают регулярные отчеты о процессе его лечения. Также клиенты имеют возможность обсуждать ход лечения и поднимать проблемы. Все центры подтверждают соблюдение закона о защите данных и обеспечение конфиденциальности клиентов в центрах терапии.

Большинство работников центров терапии (N 17) удовлетворены вместительностью своего центра, предлагаемой клиентам приватностью, а также состоянием здания.

Сотрудничество с другими социальными и здравоохранительными учреждениями по оценкам работников центров терапии не является регулярным, а в большинстве своем носит случайный характер или часто отсутствует совсем. Особенно недостаточным работники назвали свое сотрудничество с тюрьмами, недоходными объединениями, а также с различными опорными группами. Самым активным было сотрудничество с центрами социальной работы (защита детей, убежища, социальный департамент и т.д.), где 9 работников центров назвали частоту контактов 1–5 раз в месяц. Такое сотрудничество с другими институциями в общих чертах было оценено как полезное по уровню выше среднего. В качестве цели сотрудничества 17 работников центров терапии назвали обеспечение возможности необходимого для клиентов вмешательства, 2 работника посчитали это необходимым для обмена специальными знаниями.

3.5. Оценка заместительной терапии не посещающими заместительную опиатную терапию и употребляющими опиаты наркоманами

Из опроса клиентов в ходе данного исследования выяснилось, что 56% процентов опрошенных утверждает, что их колющиеся друзья не приходят для лечения наркомании, поскольку не верят в него и считают его вредным для здоровья. Также из опроса работников центров заместительной терапии выяснилось, что в большинстве центров нет очередей на лечение. Чтобы более точно определить настрой колющихся наркоманов и их отношение к заместительной метадоновой терапии, нами был проведен дополнительный опрос среди не проходящих заместительную терапию колющихся наркоманов в Таллинне и Кохтла-Ярве.

3.5.1 Фоновая информация об исследуемых

В небольшую выборку дополнительного исследования попали 17 мужчин и 3 женщины. Большинство попавших в выборку (N 17) говорили на русском языке. Средний возраст опрошенных составлял 26,05 года (min 19, max 34), 65% из них имели основное образование и 4 – средне-специальное/профессиональное образование. Половина опрошенных указали в качестве источника дохода случайные заработки, 5 регулярно ходили на работу и 4 были безработными.

Попавшие в выборку мужчины кололи себе наркотики в среднем 5,8 года и женщины – 8,3 года. Основным употребляемым наркотиком у девяти отвечавших был мак, у восьми фентанил или «белый китаец», у одного героин и у двоих – амфетамин. Все опрошенные помимо основного наркотика употребляли еще какой-то наркотик. Только шесть опрошенных наркоманов употребляли один дополнительный наркотик, в отношении остальных 14 человек мы можем говорить о смешанном употреблении более двух наркотиков. Среди веществ, употребляемых помимо основного наркотика, самым распространенным был фентанил (N 15), амфетамин (N 8) и героин (N 5). Кроме того, в качестве употребляемых наркотиков были названы конопля, *ecstasy*, кокаин, судафед, а в двух случаях – нелегальный метадон.

14 отвечавших кололись каждый день, четверо кололись 2–3 раза в неделю, один через день и один – раз в неделю. Среднее дневное количество потребляемого наркотического вещества у 20 отвечавших составило 3,6 мл (min 0,025 мл, max 10 мл). Всего 45% опрошенных кололись в день инъекции один раз. Максимальное число инъекций составило пять раз в день (таблица 5). Говоря о причинах употребления наркотиков, большинство отвечавших сказали, что речь идет просто о зависимости (N 17), в трех случаях упомянули важность получения кайфа.

Таблица 5. Число инъекций в день

	N	%
1 раз	9	45,00
1–2 раза	4	20,00
2 раза	2	10,00
2–3 раза	1	5,00
2–5 раз	1	5,00
3 раза	2	10,00
3–5 раз	1	5,00
Всего	20	100,00

3.5.2 Предшествующий опыт лечения и отношение к заместительной метадоновой терапии

16 отвечавших в какой-то период жизни пожелали сами освободиться от зависимости. Только двое употреблявших в качестве основного наркотика амфетамин и двое употреблявших в качестве основного наркотика фентанил утверждали, что никогда не пытались избавиться от зависимости. 12 отвечавших колющихся наркоманов пробовали освободиться от своей зависимости, обратившись к врачу. Семеро из них в какой-то период жизни проходили и заместительную метадоную терапию. Из семи отвечавших, получивших лечение метадонем, пятеро признались, что употребляли наркотики и во время лечения. Причины прекращения заместительной терапии были названы разные: осуждающее отношение центра терапии к клиенту (N 4), неэффективность лечения (N 4), не дающее кайфа действие метадона (N 3), исключение из лечебной программы (N 2).

Двое отвечавших успешно завершили программу заместительной метадоновой терапии, но вновь начали колоться.

Причиной необращения к врачу в трех случаях было то, что замещающие препараты ядовиты и вредны, также было сказано, что нет информации о возможностях, действии и побочных эффектах лечения. Только один отвечавший не видел причины отказываться от наркотиков и не классифицировал себя как зависимого.

Общее отношение отвечавших к заместительной метадоновой терапии было, скорее, негативным. Девять отвечавших считали, что заместительная терапия бесполезна, ядовита и представляет собой заговор против наркоманов. Десять опрошенных считали метадоновую терапию хорошим способом пережить временное отсутствие наркотиков. Было высказано и мнение о том, что метадон вызывает более сильную зависимость, чем наркотики (N 2). Только двое отвечавших посчитали, что заместительная метадоновая терапия представляет собой эффективный способ возврата к нормальной жизни. У большинства отвечавших (N 16) есть знакомые, которые проходят курс заместительной метадоновой терапии. По оценке участников исследования (N 13), и среди их проходящих лечение знакомых бытует восприятие заместительной терапии как способа пережить временное отсутствие наркотиков. Пять отвечавших сказали, что их знакомые считают лечение полезным и эффективным средством.

3.5.3 Информация о заместительной опиатной терапии

По словам отвечавших, основная информация относительно опиатной заместительной терапии исходила из пунктов обмена шприцев (ПОШ), от разработчиков и знакомых. Почти поровну в качестве источников упоминалось получение письменных материалов через ПОШ и разработчиков (N 13) и устная передача информации (N 15). 16 отвечавших утверждали, что информация относительно заместительной терапии распространяется и через знакомых. Интернет и средства массовой информации в качестве источников информации были упомянуты только в одном случае.

Такое единичное упоминание средств массовой информации было несколько неожиданным, поскольку на основании первоначальной фоновой информации можно было предполагать, что русскоязычные колющиеся наркоманы получают основную

информацию именно из российских средств массовой информации. Настоящий вопросник содержал также вопрос о самом предпочитаемом средстве массовой информации среди опрошенных. На основании вопросника выяснилось, что самое большое предпочтение отдается телевидению (N 17), за ним следовало радио (N 6). Другие виды средств массовой информации упоминались в единичных случаях. Три самых популярных телевизионных канала – это RVK, TV3+ и ORT, три самых популярных радиостанции – Dinamit FM, 100FM и Русское Радио.

Более половины опрошенных считало, что у них нет достаточной информации относительно действия и последствий опиатной заместительной терапии. Больше дополнительной информации хотели получить именно относительно результативности лечения (N 13), побочных действиях лечения (N 10), действия заместительных препаратов (N 10) и возможностях получения лечения (клиенты без медицинского страхования) (N 11). Сочли также необходимой дополнительную информацию относительно того, как сочетаются заместительные препараты с другими лекарствами (ARV, гепатит) (N 11) и о воздействии лечения на здоровье (N 10). 14 опрошенных не имели информации относительно различных заместительных препаратов опиатной зависимости.

Адекватную информацию относительно опиатной заместительной терапии и препаратов предполагали получать из различных информационных источников. Самыми лучшими распространителями информации считали работников ПОШ (N 20) и уже проходящих лечение колющихся наркоманов (N 10). В качестве позитивной стороны можно отметить разнообразие указанных источников и упоминание о получении информации в рамках обычных услуг здравоохранения (таблица 6).

Таблица 6. Рекомендуемые места получения информации о заместительной терапии для людей с наркотической зависимостью

	N
Работники ПОШ	20
Работники центров низкого порога	9
Инфекционисты	7
Аптекари	6
Скорая помощь	7
Семейный врач	6
СМИ	7
Интернет	7
Различные инфоматериалы (буклеты, печатные издания и т.д.)	8
Получающие лечение наркозависимые	10
Прочее	2
Друзья	1
Инфо/объявления в больницах	1

3.5.4 Психосоциальные услуги заместительной метадоновой терапии

15 отвечавших считали, что в заместительной терапии люди были бы больше заинтересованы, если услуга лечения включала в себя больше психосоциальных услуг. Из желаемых психосоциальных услуг были упомянуты в основном психосоциальный подход и различные формы консультирования (таблица 7). Большинство отвечавших (N 15) отметило, что в качестве одной из психосоциальных услуг заместительной терапии они хотели бы видеть организацию трудовой занятости и оказание клиентам общей медицинской помощи (N 11).

Таблица 7. Желаемые психосоциальные услуги в качестве составной части опиатной заместительной терапии по словам посетителей ПОШ

	N
Психологическое консультирование	19
Социальное консультирование	18
Тестирование на ВИЧ/СПИД	16
Тестирование на гепатит В и С	16
Трудовая занятость	15
Общая медицинская помощь	11
Прочее	2
Направление на работу	1
Все имеется, но не действует	1

3.5.5 Обращение за лечением

Оценка отвечающих в отношении того, планируют ли они в будущем обратиться за опиатной заместительной терапией, была различной. Девять отвечающих были уверены, что больше никогда не обратятся за заместительной терапией, четверо верили, что в будущем обратятся, и семеро отвечающих не имели определенного мнения. В качестве главных причин обращения за лечением отмечались физические нарушения здоровья (N 7), усталость от наркозависимости, желание позитивных изменений (N 8) и возвращение к нормальной жизни (N 4).

Дискуссия

Опираясь на оценку эффективности лечения клиентов, можно сказать, что заместительная терапия опиатной зависимости считается эффективным и необходимым вмешательством. Несмотря на выявленные в ходе проведения исследования недостатки в процессе предложения услуги клиенты, проходя курс заместительной терапии, значительно улучшили качество своей жизни и социальное положение. Поскольку цель данного исследования заключалась именно в том, чтобы картографировать потребности услуги заместительной терапии, то в ходе настоящей дискуссии мы постараемся как можно более конкретно сосредоточиться именно на требующих решения проблемах. Говоря о различных недостатках предлагаемой в Эстонии заместительной терапии, мы постараемся привести в дискуссию и распространенные в мировой литературе и практике методы подхода к устранению подобных узких мест, связанных с предложением услуги заместительной терапии.

В общем плане проблемы метадоновой заместительной терапии в Эстонии можно классифицировать следующим образом: отсутствие общей концепции и управляющей системы, недостатки в организации работы центров терапии, ограниченность психосоциальных услуг, отсутствие сотрудничества с другими учреждениями и негативная репутация метадона как среди колющихся наркоманов, так и среди работодателей. Забегая вперед, можно сказать, что результаты этого исследования похожи на результаты быстрой оценки заместительной метадоновой терапии, проведенной в июне 2007 года независимым экспертом UNODC, профессором психиатрической клиники медицинского факультета Вильнюсского университета и директором Вильнюсского центра зависимостей д-ром Эмилисом Субатой.

Что касается опиатной заместительной терапии, то в Эстонии в последние годы больше всего применялась так наз. заместительная терапия, направленная на уменьшение вреда, т.е. поддерживающее лечение. Такой подход доминировал, по мнению работодателей, именно благодаря доминирующей в 2003–2007 годы программе GF по профилактике ВИЧ. Опираясь на метанализ результативности заместительной метадоновой терапии, можем утверждать, что данная форма лечения в целях профилактики ВИЧ среди колющихся наркоманов действительно эффективна и уменьшает как употребление

наркотиков (26, 47), так и уголовные действия (26, 29). Заместительная терапия связана также с более благосклонным отношением к лечению ВИЧ-положительных колющихся наркоманов и улучшением показателей здоровья (47). В то же время, в отношении профилактики ВИЧ-инфекции установлено, что в программу заместительной терапии важно добавить такие компоненты деятельности по профилактике ВИЧ, как консультирование и уменьшение рискованного поведения. Нельзя также ограничивать допуск клиентов к услуге обмена шприцев (48).

Не все связанные с заместительной терапией программы и вмешательства являются эффективными и рентабельными. Имея в виду эффективность лечения, мы можем на основе метанализа утверждать, что именно качество лечебной программы, удельный вес работы с клиентом и продолжительность лечения тесно связаны с уменьшением или прекращением внутривенного употребления наркотиков и рискованного поведения (27). В отношении продолжительности лечебной программы установлено, что клиенты, которые проходили заместительную терапию год или больше, с большей вероятностью уменьшили внутривенное употребление наркотиков (49). Кроме того, правильная доза заместительного препарата влияет на результативность лечения. Опираясь на научную литературу, можно утверждать, что применение большей дозы заместительного препарата (60–109 мг) обеспечивает лучшую результативность, чем прием средних (40–59 мг) и малых (1–39 мг) доз (34, 31). Значение различных психосоциальных услуг лучше всего иллюстрируют результаты исследования МакЛеллана (38): в исследовании сравнивался удельный вес выбывших из заместительной терапии в пределах разных программ, на основании чего выяснилось, что с самым наименьшим отсевом были программы, которые включали в себя широкий спектр психосоциальных услуг (19%), затем следовала программа, обязательной частью которой было консультирование (41%) и программа, в которой обеспечивалась только доступность заместительного препарата (69%). Входящие в заместительную терапию психосоциальные услуги варьируют с точки зрения рентабельности. Хотя самая большая результативность достигается оказанием клиенту нескольких разных услуг, рентабельнее всего обеспечить клиенту заместительный препарат вместе с возможностью качественного психосоциального консультирования (50, 51).

В новых, инструкциях по лечению опиатной зависимости, принимаемых в 2009 году, различается поддерживающая терапия, и заместительная терапия.. Из интервью с представителями заинтересованных групп можно сделать вывод, что как со стороны планирующих услугу лиц, так и со стороны услугодателей направлением будущего считают в основном заместительную терапию, которая включает в себя и психосоциальные услуги. Определенных и конкретных направлений развития заместительной метадоновой терапии в ходе интервью не выяснилось. В общем, можно заключить, что заместительная терапия в Эстонии является раздробленной областью, где отсутствует единый подход и распределение ответственности. Как между планирующими услугу лицами, так и между услугодателями отсутствует сотрудничество и единое понимание относительно сути и целей заместительной терапии. В настоящее время единым рамочным документом по существу этой области является применяемая в качестве консенсуального документа Общества психиатров Эстонии инструкция по лечению опиатной зависимости. Некоторые центры терапии, финансируемые только со стороны Института развития здоровья, имеют в приложении к договору описания услуги заместительной терапии. Такое отсутствие единых рамок и инструкций требует установления государственных стандартов заместительной терапии, надежной структуры лечения и определения направлений развития, распределения ответственности и политической воли заниматься развитием этой области. В качестве одного из решений участники исследования предложили утвердить новую инструкцию по лечению опиатной зависимости на высшем уровне, чтобы избежать ее превращения в рекомендательный документ.

Когда общие рамки опиатной заместительной терапии будут установлены, надо будет начать заниматься повышением эффективности организации труда внутри центров терапии. Из интервью с работниками, предлагающими метадоновую заместительную терапию, выяснилось, что проблема заключается именно в организации труда внутри центров терапии. Согласно теории, успешное функционирование центра терапии обеспечивается слаженно действующим коллективом, который осведомлен о своей сфере ответственности и обладает общим обзором/информацией о процессе лечения и состоянии своих клиентов (52). В целях повышения эффективности такой командной работы необходимо для работников центров терапии обязательно обеспечить дополнительное

обучение. Кроме обеспечения командной работы, коллективу для работы необходимо также регулярное повышение квалификации, которое включало бы в себя новые направления лечения и подходы (32). Из исследования выяснилось, что в настоящее время существует большая потребность в дополнительном обучении, а возможности для обучения ограничены. Нужно было бы для каждой профессиональной группы определить конкретные планы обучения и организовать финансирование обучения. Необходимо также повысить компетентность других работников центров терапии, переложив на них часть возложенных на психиатров обязанностей, чтобы уменьшить нагрузку психиатра и повысить мотивацию других работников (53).

Сотрудничество работников центров терапии с другими социальными учреждениями и учреждениями здравоохранения лимитировано. Такая изолированность и отсутствие контактов может создать барьеры для доступа к нужным услугам клиентам заместительной терапии. Одна из ролей центра заместительной терапии могла бы заключаться в привязывании клиента к другим услугам социальных учреждений и учреждений здравоохранения. Такие контакты и направления нужны прежде всего в ситуации Эстонии, где удельный вес прикрепленных к центрам терапии психосоциальных услуг незначителен или вообще отсутствует. По мнению работников центров терапии, сотрудничеству между различными учреждениями мог бы способствовать прикрепленный к центру терапии социальный работник. Улучшению сотрудничества между разными учреждениями могло бы помочь также проведение круглых столов и заключение договоров сотрудничества.

Опираясь на результаты исследования и заключаемые с центрами терапии договоры, можно отметить, что в некоторых центрах отсутствует должность психолога и социального работника, в то же время, в некоторых центрах соответствующий персонал имеется, однако не все клиенты центра охвачены услугой. Половина клиентов в качестве слабых сторон заместительной терапии отмечают отсутствие психосоциальных услуг, больше всего чувствуют отсутствие психосоциальных дополнительных услуг и консультирования. На малый удельный вес психосоциальных услуг косвенно указывает и оценка клиентов тому, сколько времени у них в среднем занимает прием дозы метадона в центре. Такой ответ может быть обусловлен и тем, что клиенты неправильно поняли вопрос, считая, что психосоциальные услуги стоят отдельно от приема препарата.

Из опросов как работников центра терапии, так и клиентов выяснилось, что выдача доз метадона клиенту с собой является в Эстонии довольно распространенной практикой. 19 клиентов из 54 могли принимать метадон вне учреждения здравоохранения. Согласно мировой литературе, выдачу метадона клиенту с собой применяют в качестве мотивирующего механизма, поскольку в таких дозах видят большую привилегию (54). Что касается выдаваемых с собой доз, то здесь важно, чтобы клиенты их заслужили. Обычно такую возможность предлагают клиенту, который, получая лечение 90 дней или больше, сдал чистый анализ мочи. Получил подтверждение тот факт, что выдачу доз клиентам с собой применяют также для премиривания маленьких позитивных изменений в поведении, однако это не очень распространенная практика. Согласно ответам клиентов, в различных центрах Эстонии время, по прошествии которого клиенты получают возможность ходатайствовать о выдаче доз метадона с собой, варьирует от трех недель до двух лет. Также осталась неясной периодичность взятия в центрах терапии анализа мочи, используемого в качестве контрольного механизма. В такой ситуации было бы целесообразно более основательно структурировать требования к выдаче метадона с собой и установить более эффективную систему взятия необходимых для контроля анализов мочи. Научно доказано, что регулярное взятие анализов мочи у клиентов, которые получают дозы метадона с собой, значительно уменьшает среди них употребление наркотиков (55). Для выполнения анализов мочи необходимо обеспечить центры терапии надежными и распознающими все вещества средствами. Тесты, которые применяются для определения опиатов в моче, малочувствительны к синтетическим опиатам, например, к фентанилу (56, 57). Исходя из этого, надо начать применять специфическую процедуру тестирования ELISA, которая позволила бы, говоря о клиентах заместительной терапии, установить широко распространенное в Эстонии употребление фентанила (58).

Одним из важных аспектов услуги заместительной метадоновой терапии является также ежедневная доступность услуги. Время работы центров терапии нужно выбирать очень тщательно, учитывая желания клиентов, возможности окружающей среды, график общественного транспорта и возможности работников центра терапии. Что касается крупных центров терапии, то было бы рационально распределить клиентов по времени, чтобы избежать длинных очередей (52). Попавшие в нашу выборку центры имели разное

время работы. Часть центров открыты с восьми часов утра до шести вечера, что позволило клиентам иметь довольно широкую возможность выбора для получения своей дневной дозы. Часть центров терапии в зависимости от дня недели были открыты или утром, или вечером. На основании ответов клиентов можно отметить некоторое неудовлетворение в отношении времени работы центров. На основании этой информации трудно сделать окончательный вывод, поскольку ответы, данные на вопросы по этой теме, были противоречивыми. Подводя итог, можно сказать, что в отношении времени открытия клиенты ожидают единого ежедневного графика работы и более продолжительного интервала открытия. Особенно тяжело по выходным, когда у клиентов наблюдается синдром отмены вследствие позднего времени открытия.

Для получения обзора относительно доз метадона выборка этого исследования определенно не подходит. Чтобы установить средние дозы по каждому центру в отдельности, необходимо провести дополнительное исследование. В настоящем исследовании предполагалось, что большинство центров заместительной метадоновой терапии в Эстонии созданы по похожему принципу и теоретически дозы метадона не должны значительно отличаться по центрам. По мнению различных работников центров, дозы варьировали иногда в интервале 25–80 мл. На этом основании различия в дозах метадона между центрами относительно большие. Большие различия в дозах подтверждает и опрос удовлетворенности клиентов, на основании которого дневная доза метадона находилась в промежутке 9–205 мл. В обычной практике дневная доза метадона составляет 60–120 мг (32), при маленьких дозах заместительная терапия считается неэффективной (35). Позитивным является то, что новые инструкции по лечению опиатной зависимости устанавливают рекомендуемые дозы метадона и дают предписания по его приему. Однако для формирования единого стандарта и повседневной практики необходимо утверждение инструкций на высшем уровне.

Из опроса удовлетворенности клиентов выяснилось, что больше половины клиентов имеют друзей, которые не посещают заместительную терапию, поскольку не верят в нее или считают ее вредной. О непопулярности заместительной метадоновой терапии говорит и отсутствие очередей на лечение в большинстве центров. Из проведенного среди колющихся наркоманов дополнительного опроса также выяснилось, что репутация заместительной терапии в рассматриваемой национальной группе является негативной и в

ней скорее видится вред. Аспект пользы от метадона колющиеся наркоманы отмечали редко, больше отмечалось неправильное употребление метадона (способ, позволяющий пережить временное отсутствие наркотика). Такое отношение, с одной стороны, определено обусловлено тем, что нет адекватного материала относительно заместительной терапии. Русскоязычное население Эстонии получает информацию из российских источников, которые неблагоприятно относятся к опиатной заместительной терапии. Несмотря на научную основу эффективности фармакологического лечения опиатной зависимости, российские эксперты, занимающиеся наркологией, официально выступают против заместительной терапии. Российские законы исключают форму заместительной терапии и концентрируются на детоксикации и других приемах лечения. Русская ортодоксальная церковь также считает опиатную заместительную терапию первым этапом легализации наркотиков (59).

Таким образом, спрос на заместительную метадоновую терапию снижают отсутствие адекватной информации и сомнения в качестве заместительной метадоновой терапии. Опираясь на результаты исследования, можно предположить, что повышение качества испытанной клиентами на практике заместительной терапии и распространение адекватной информации о лечении через правильные каналы могут увеличить спрос на лечение. Как выяснилось из опроса, в глазах колющихся наркоманов надежными источниками информации являются их товарищи и работники пунктов обмена шприцев. Поэтому именно через указанные источники информации следует планировать подход, который помог бы распространять адекватную информацию и заниматься направлением к услуге лечения.

В дальнейшем необходимо повысить и репутацию заместительной терапии на общественном уровне, чтобы при предложении услуги лечения появилась конкуренция и работники могли бы больше ценить себя, работая в этой области. Основой улучшения общественной репутации заместительной метадоновой терапии и увеличения покрытия услугой также является повышение качества услуги заместительной терапии.

В качестве позитивной стороны можно на основе оценочного исследования привести то, что при лечебной услуге т.н. ограниченного качества часть клиентов относятся к заместительной терапии благосклонно и утверждают, что благодаря заместительной терапии в их поведении можно заметить позитивные изменения и улучшение

психологического состояния. Многие клиенты утверждали, что благодаря участию в программе лечения улучшилось их состояние здоровья, психологическое и социальное положение, а в будущем, как они предполагают, улучшится еще. Часть клиентов также утверждают, что полностью прекратили употребление наркотических веществ и преступное поведение. Опираясь на теорию, что повышение качества лечения и развитие психосоциальных услуг в программах заместительной терапии обеспечивают также лучшее соблюдение лечения и результативность, вышеупомянутые позитивные изменения у клиентов с повышением качества лечения могут увеличиться во много раз (38).

Наиболее важные рекомендации

Представляемые в этой главе рекомендации в большой степени перекрываются с теми рекомендациями, которые для повышения качества метадонового лечения в июне 2007 года предоставил и д-р Эмилис Субата. Вызывает озабоченность то обстоятельство, что похожие болевые точки в области заместительной терапии в Эстонии выявились и после опубликования результатов быстрой оценки UNODC.

- Необходимо установить государственные стандарты заместительной терапии и единую структуру лечения. Следует принять государственные стандарты заместительной терапии и установить единую лечебную структуру, а также определить механизмы, обеспечивающие эти стандарты.
- Обеспечить работникам центров заместительной терапии обучение, связанное с командной работой, регулярное повышение квалификации.
- Повысить эффективность сотрудничества центров заместительной терапии с другими учреждениями здравоохранения и социальными учреждениями.
- Развивать и создавать при центрах заместительной терапии минимальные психосоциальные услуги.
- Регулярно пересматривать удобство времени работы центров заместительной метадоновой терапии для клиентов.
- Установить государственные реалистичные правила в отношении выдаваемых с собой доз метадона.

- Повысить эффективность системы контроля отслеживания лечения клиентов заместительной метадоновой терапии (анализы мочи).
- Обеспечить для целевой группы опиатно зависимых и их семей адекватную информацию о заместительной метадоновой терапии, используя подходящие для них информационные каналы.
- Обеспечить заместительную метадонovou терапию в арестных домах и тюрьмах.
- Применять по возможности кроме метадона и другие употребляемые в заместительной терапии медикаменты.

Литература

1. Subata E. Evaluation of methadone maintenance therapy program in Estonia. UNODC, 2007.
2. Psühhiaatrilise abi seadus. RT I 1997, 16, 260. Saadaval:
<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=992425>
3. Eesti Psühhiaatrite Selts. Narkomaania ravijuhis. Tallinn, 2001.
4. Tervise Arengu Instituut, Eesti Psühhiaatrite Selts. Opiatsõltuvuse ravijuhis. Tallinn, 2008.
5. Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ning psühhotroopsete ainete nimekirjad. RTL 2005, 57, 807. Saadaval:
<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12998582>
6. Tervishoiuteenuse korraldamise seadus. RT I 2001, 50, 284. Saadaval:
<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=27072>
7. Isikuandmete kaitse seadus. RTI 2007, 24, 127.
Saadaval: <https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=12909389>
8. Nõuded haiglavälise eriarstiabi osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele ja aparatuurile RTL 2002, 25, 353. Saadaval:
<https://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?replstring=33&dyn=12991957&id=710908>
9. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper. Geneva: WHO, 2004.
10. Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, Abel K, Rüütel K, Hay G. Estimating injection drug use prevalence using state wide administrative data sources: Estonia, 2004. *Addiction Res Theor* 2007; 15:411–424.
11. Lõhmus L, Trummal A. Süstlavahetusteenuse külastajate HIVi/AIDSiiga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esmas- ja korduvklientide võrdlev analüüs 2006. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2007.
Saadaval: http://www2.tai.ee/teated/GF/Systlavahetuse_kylastajad_2006.pdf
12. Platt L, Bobrova N, Rhodes T, Uusküla A, Parry JP, Rüütel K et al. High HIV prevalence of HIV among injecting drug users in Estonia: implication for understanding the risk environment. *AIDS* 2006; 20:2120–2123.

13. Uusküla A, McNutt LA, Dehovitz J, Fischer K, Heimer R. High prevalence of blood-borne virus infections and high-risk behaviour among injecting drug users in Tallinn, Estonia. *Int J STD AIDS* 2007; 18:41–46.
14. Wilson TE, Sharma A, Zilmer K, Kalikova N, Uusküla A. The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. *Int J STD AIDS* 2007 18, 389–391.
15. Lõhmus L, Trummal A. HIV/AIDS-i ja narkomaaniaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine süüdimõistetute hulgas. Tallinn: TAI, 2006.
16. Uusküla A, Rajaleid K, Rüütel K, Talu A, Fischer K, Bobrova N. HIV levimuse ja riskikäitumise uuring eesti kahe linna (Tallinna ja Kohtla-Järve) süstivate narkomaanide seas. Tallinn, 2005. Saadaval:
http://www.tai.ee/failid/S_stivate_narkomaanide_HIV_levimuse_uurimus_2005.pdf
17. Tefanova V, Tallo T, Jaroslavtsev N, Priimgi L. Viral hepatitis B and C among injecting drug users in prisons and visitors of anonymous consulting rooms during the dramatic increase of HIV infection in Estonia. *J Clin Virol* 2003; 27:62.
18. Inturrisi CE. Pharmacology of methadone and its isomers. *Minerva Anesthesiol* 2005; 71:435–437.
19. Lutfy K, Cowan A. Buprenorphine: A unique drug complex pharmacology. *Curr Neuropharmacol* 2004; 2: 395–402.
20. Soyka M, Zingg C, Koller G, Kuefner H. Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: results from a randomized study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008; 11:641–53.
21. Robles E, Miller BM, Gilmore-Thomas KK, McMillan DE. Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20:225–230.
22. 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.
23. Gambashidze N, Sikharulidze Z, Piralishvili G, Gvakharia N. Evaluation of pilot methadone maintenance therapy in Georgia (Caucasus). *Georgian Med News* 2008; 160/161:25–30.
24. Samet JH, Walley AY, Briden C. Illicit drugs, alcohol, and addiction in human immunodeficiency virus. *Panminerva Med* 2007; 49:67–77.

25. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, de la Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction* 2005; 100:981–989.
26. Gossop M, Trakada K, Stewart D, Witton J. Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug Alcohol Depend* 2005; 79:295–302.
27. Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behaviour and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999; 13:1807–1818.
28. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis. *Addiction* 1988; 93: 515–532.
29. Halloway KR, Bennett TH & Farrington DP. The effectiveness of drug treatment programs in reducing criminal behavior: A meta-analysis. *Psicothema* 2006, 18:620–629.
30. Magura S, Kang SY, Nwakeze PC, Demsky S. Temporal patterns of heroin and cocaine use among methadone patients. *Subst Use Misuse* 1998; 33:2441–67.
31. Barnett PG & Hui SS. The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2000; 67:365–374.
32. UNODC. Principles of Drug Dependence Treatment. Discussion paper. 2008.
33. WHO. The Practices and context of Pharmacotherapy of opioid dependence in Central and Eastern Europe. Geneva: WHO, 2004.
Saadaval: www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html
34. Amato L, Davoli M, Perucci CR, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidences to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005; 28:321-329.
35. Strain E, Stitzer ML, Liebson IR, Bigelow GE. Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence. *Ann Intern Med* 1993; 119:23–27.
36. Berkman ND, Wechsberg WM. Access to treatment-related and support services in methadone treatment programs. *J Subst Abuse Treat* 2007; 32:97–104.
37. Hser YI, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. Matching clients' needs with drug treatment services. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16:299–305.
38. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993; 269:1953–1959.

39. Strathdee SA, Ricketts EP, Huettner S, Cornelius L, Bishai D, Havens JR. Facilitating entry into drug treatment among injection drug users referred from a needle exchange program: Results from a community-based behavioral intervention trial. *Drug and Alcohol Dependence* 2006; 83:225–232.
40. Havens JR, Latkin CA, Pu M, Cornelius LJ, Bishai D, Huettner S, Rapp C, Rickett EP, Lloyd JJ, Strathdee SA. Predictors of opioid agonist treatment retention among injecting drug users referred from needle exchange programmes. *Journal of Substance Abuse Treatment* (in press).
41. Friedmann PD, Alexander JA, D'Aunno TA. Organizational correlates of access to primary care and mental health services in drug abuse treatment units. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16:71–80.
42. Friedmann PD, Lemon SC, Stein MD, Etheridge RM, D'Aunno TA. Linkage to medical services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Med Care* 2001; 39:284–95.
43. Kidorf M, Stitzer ML. Effects of contingent access to methadone treatment on cocaine use of mixed opiate/cocaine abusers. *Exp Clin Psychopharmacol* 1993; 1:200–206.
44. Platt JJ. Heroin addiction: theory, research, and treatment. Florida: Krieger, Malabar, 1995.
45. Vangistusseadus RTI 2000, 58, 376. Saadaval:
<http://www.riigiteataja.ee/ert/act.jsp?id=686312>
46. Justiitsministeerium. Narkoravi õigusrikkujatele. Analüüsi aruanne. Tallinn, 2008.
47. Farrel M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Pol* 2005; 16S:67–75.
48. Kwiatkowski CF, Booth RE. Methadone maintenance as HIV risk reduction with street-recruited injecting drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 26:483–489.
49. Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *J Health Soc Behav* 1988; 29:214–226.
50. Kraft MK, Rothbard DB, Hadley TR. Are supplementary services provided during methadone maintenance treatment really cost-effective? *Am J Psychiatry* 1997; 154:1214–1219.
51. Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A. Methadone maintenance programs with supplementary services: a cost effectiveness study. *Gac Sanit* 2003; 17:123–130.

52. Strain EC, Stitzer ML. The treatment of opioid dependence. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2006.
53. Loth C, Schippers GM, Hart H, van de Wijngaart G. Enhancing the quality of nursing care in methadone substitute clinics using action research: a process evaluation. *J Adv Nurs* 2006; 57:422–31.
54. Chutuape MA, Silverman K, Stitzer ML. Survey assessment of methadone treatment services as reinforcers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 14:1–16.
55. Chutuape MA, Silverman K, Stitzer ML. Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 62:69–76.
56. Berens AI, Voets AJ, Demedts O. Illicit fentanyl in Europe. *Lancet* 1996; 347:1334–1335.
57. Heit HA, Gourlay DL. Urine drug testing in pain medicine. *Journal of Pain and Symptom Management* 2004, 27:260–267.
58. Mao C–L, Zientek KD, Colahan PT, Kuo MY, Liu C–H, Lee K–M, Chou C–C. Development of an enzyme–linked immunosorbent assay for fentanyl and applications of fentanyl antibody–coated nanoparticles for sample preparation. *Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis*, 2006; 41:1332–1341.
59. Elovich R, Drucker E. On drug treatment and social control: Russian narcology's great leap backwards. *Harm Reduct J* 2008; 5:23–28.