

Tervise Arengu Instituut
Eesti Uimastiseire Keskus

**Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste
vajaduste hindamise uuringu aruanne
(UNODC 2008)**

Tallinn
2008

Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu aruanne (UNODC 2008)

Katri Abel-Ollo¹

Kaire Vals¹

Ave Talu¹

Franz Trautmann²

John-Peter Kools³

Sigrid Vorobjov¹

Emilis Subata^{4,5}

Signe Rotberga⁶

¹ Tervise Arengu Instituut, Eesti Uimastiseire Keskus

² Trimbos Instituut, 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

Kõik selles materjalis esitatu on kaitstud autoriõigusega, mis kuulub Tervise Arengu Instituudile ja UNODCle. Väljaande tsiteerimine või refereerimine on lubatud üksnes juhul, kui viidatakse materjali autoritele. Käesolev raport kajastab ka autorite seisukohti, mis ei pruugi alati kattuda UNODC ametlike seisukohtadega.

Copyright © Tervise Arengu Instituut, UNODC

Tervise Arengu Instituut

Eesti Uimastiseire Keskus

Hiiu 42, Tallinn 11619, Eesti

telefon +372 6593 997

faks +372 6593 998

e-post katri.abel-ollo@tai.ee

koduleht <http://eusk.tai.ee>; <http://www.tai.ee>

Tänuavaldus

Täname uuringus osalenud asendusravi keskuseid, MTÜ Convictus Eesti ja MTÜ Me Aitame Sind süstlavahetuse punkti töötajaid ning kõiki opiaatasendusravi valdkonnaga kokkupuutuvaid spetsialiste, kes aitasid selle uuringu valmimisele kaasa. Teie osalemine uuringus ja väärtuslikud nõuanded olid meile hindamatuks abiks. Eriline tänu ka meie tublidele intervjuerijatele, välisekspertidele ja kolleegidele Tervise Arengu Instituudist.

Sisukord

Sissejuhatus.....	7
1. Kirjanduse ülevaade ja alusdokumendid	9
1.1 Opiatasendusravi teenuse osutamist reguleerivad seadused ja raamdokumendid	9
1.2 Opioidsõltuvuse ravijuhised.....	10
1.3 Metadoonasendusravi ja pikaajase võõrutusravi teenuse kirjeldus.....	11
1.4 Tingimused metadooni manustamiseks väljaspool metadoonasendusraviga tegelevat tervishoiuasutust	12
1.5 Ülevaade Eestis 2007. a osutatud asendusraviteenusest	12
1.6 Epidemioloogiline ülevaade.....	13
1.7 Teaduspõhine ülevaade metadoonasendusravi tõhususest.....	14
2. Uuringu materjal ja meetodika	16
2.1 Valim.....	17
2.2 Uuringueetika.....	18
3. Uuringu tulemused.....	18
3.1 Opiatasendusravi huvigruppide hinnang asendusravi korraldusele	18
3.2 Metadoonasendusravi kinnipidamisasutustes	22
3.3 Klientide hinnang asendusravi teenusele	24
3.3.1 Klientide taustainformatsioon	24
3.3.2 Metadoon ja selle manustamine	25
3.3.3 Keskuste ligipääsetavus ja lahtiolek	25
3.3.4 Asendusravi keskuse töökorraldus klientide väidete põhjal	26
3.3.5 Ravi tulemuslikkus klientide hinnangul.....	27
3.4. Ravikeskuste teenusepakkujate uuring	28
3.4.1 Uuringus osalenud keskuste kirjeldus.....	28
3.4.2 Töö kliendiga	29
3.4.3 Metadoonravi kliendid ja doosid	30
3.4.4 Ravikeskuse teenused ja reeglid	31
3.4.5 Kliendi visiit ravikeskusesse.....	33
3.4.6 Asendusravi keskuse sisene töökorraldus.....	33
3.5. Opiatasendusravil mittekäivate opiaate süstivate narkomaanide hinnang asendusravile.....	34
3.5.1 Uuritavate taustainformatsioon	35

3.5.2 Eelnevad ravikogemused ja suhtumine metadoonasendusravisse	36
3.5.3 Informatsioon opiaatasendusravi kohta	36
3.5.4 Metadoonasendusravi tugiteenused	38
3.5.5 Ravile pöördumine	38
Diskussioon	39
Olulisemad soovitused	44
Kirjandus	46
Introduction	51
Discussion	52

Sissejuhatus

See aruanne annab ülevaate Eesti metadoonasendusravi kvaliteedi ja teenuste vajaduste hindamise uuringu tulemustest ning nende põhjal tehtud järeldustest. Uuringu fookuses oli alguses opiaatasendusravi laiemalt, kuid kuna uuringu käigus sattusid meie valimisse asendusravimina ainult metadooni saavad kliendid, keskendusime rohkem metadoonasendusravile. Kokku osalesid hindamisuuringus kuue teenusepakkuja ravikeskused ja nende 54 klienti. Valimisse kuulunud viis teenusepakkujat osutasid ainult metadoonasendusravi ja ühes keskus pakuti asendusainena nii metadooni kui ka buprenorfiini. Sellisest piiratud pakkumisest tulenevalt ei hakanud me antud asendusravimi tarvitajatest tegema eraldi valimit. Etteruttavalt võib mainida, et uuringu üldvalim ei võimalda anda väga laiapõhjalist ülevaadet asendusravi terviklikust kvaliteedist, vaid pigem viitab probleemsetele kohtadele, mis nõuavad lahendusi või lisauuringuid. Üks raporti ülesanne ongi, tuginedes metadoonasendusravi eri osaliste hinnangute/arvamuste analüüsile ja teaduskirjandusele, anda ravikvaliteedi tõstmiseks ka praktilisi soovitusi.

Hindamisuuringu andmekogumise instrumentideks olid struktureeritud ja semi-struktureeritud intervjuud. Erinevate küsimustike põhjal püüti saada ülevaade opiaatasendusravi poliitilisest ja korralduslikust kontekstist, hinnata asendusravi saavate klientide rahulolu pakutava raviteenusega, uurida asendusravi pakkuvate tervishoiuasutuste töökorraldust ja teenusepakkumise kvaliteeti ning ravikeskuste koostööd teiste sotsiaal- ja tervishoiuasutustega. Uuringu ülesandeks ei olnud hinnata ravi tulemuslikkust ega kulusid. Peale eelmainitu koostati ka lisaküsimustik ravil mitteviibivatele opiaate süstivatele narkomaanidele, et saada informatsiooni nende suhtumisest metadoonasendusravisse ja hinnangust selle kohta. Selline käik oli tingitud asendusravi suhtes negatiivse suhtumise ilmnemisest meie intervjuudes, asendusravil viibivate sõltlaste väikesest osakaalust kogu hinnangulist süstivate narkomaanide rahvastikurühma silmas pidades ja ravijärjekordade puudumisest enamikus asendusravi keskustes.

Uuring valmis Tervise Arengu Instituudi Eesti Uimastiseire Keskuse, Hollandi Trimbose Instituudi, UNODC projektijuhi Signe Rotberga ja väliseksperti dr Emilis Subata koostöös. Uuringut rahastati ÜRO kuritegevuse ja narkomaania vastu võitlemise keskuse (UNODC) projekti XEE/J20 „HIV/AIDSi ennetamine ja hooldus süstivate narkomaanide hulgas ja vanglateskkonnas Eestis, Lätis ja Leedus 2006–2010” rahalistest vahenditest. Käesolev

uuring viitab ka sama UNODC projekti raames 2007. aasta juunis kahepäevase visiidi põhjal tehtud kiirhindamise tulemustele (1).

1. Kirjanduse ülevaade ja alusdokumendid

1.1 Opiatasendusravi teenuse osutamist reguleerivad seadused ja raamdokumendid

Opiatasendusravi teenusele Eestis eraldi litsentsi pole ja see kuulub psühhiaatrilise raviteenuse alla. Psühhiaatrilise abi seaduse järgi saab sõltuvusravi pakkuda ainult psühhiaatrilist tegevusluba omav tervishoiuasutus (jõustunud 16.03.1997) (2). Praegu on opiaatasendusravi raamdokumentideks Eesti Psühhiaatrite Seltsi poolt 2001. aastal välja antud narkomaania ravijuhised (3) ning Tervise Arengu Instituudi poolt välja töötatud metadoonasendusravi ja pikaajase võõrutuse teenusekirjeldused (ravikeskustega sõlmitud lepingu lisa). 2009. aasta alguses peaksid valmima ka uued opioidsõltuvuse ravijuhised (4). Opiatasendusravi osutamisega seonduvad Eestis ka sotsiaalministri määrus nr 73 „Narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemise ning sellealase arvestuse ja aruandluse tingimused ja kord ning narkootiliste ja psühhotroopsete ainete nimekirjad” (jõustunud 05.06.2005) (5), tervishoiuteenuse korraldamise seadus (jõustunud 01.01.2002) (6) ja isikuandmete kaitse seadus¹ (jõustunud 15.02.2007) (7). Eelmainitud määrusega reguleeritakse narkootiliste ja psühhotroopsete ainete meditsiinilisel ja teaduslikul eesmärgil käitlemist ning käitlemisega seotud arvestuse ja aruandluse pidamist. Seaduse täitmise ehk ravimite käitlemise nõuetekohasuse järelevalve kuulub Raviameti pädevusse. Tervishoiuteenuse korraldamise seadus sätestab tervishoiuteenuse osutamise nõuded ning tervishoiu valdkonna juhtimise, rahastamise ja järelevalve korra. Opiatasendusravi võib olla nii statsionaarne kui ka ambulatoorne tervishoiuteenus, mille osutamiseks vajalikele ruumidele, sisseseadele (mööbel, inventar) ja aparatuurile esitatavad nõuded kehtestab sotsiaalminister oma määrustega (8). Tervishoiuteenuse korralduse järelevalvet teostavad Tervishoiuameti selleks volitatud ametnikud. Isikuandmete kaitse seaduse eesmärk on kaitsta isikuandmete töötlemisel füüsilise isiku põhiõigusi ja vabadusi, eelkõige õigust eraelu puutumatusel. Info inimese terviseseisundi või puude kohta on delikaatne informatsioon, mille töötlemisel (kogumine, salvestamine, korrastamine) peab järgima isikuandmete töötlemise põhimõtteid.

1.2 Opioidsõltuvuse ravijuhised

Opiaatsõltuvuse ravi aluseks on 2001. aastal valminud ja 2005. aastal Eesti Psühhiaatrite Seltsi poolt heaks kiidetud soovitusliku iseloomuga konsensusdokument pealkirjaga „Narkomaania ravijuhis” (3). Juhised koostati koostöös Euroopa Nõukogu Pompidou Grupiga, kus peamiseks alusmaterjaliks olid Suurbritanniat puudutavad narkootikumide kuritarvitamise ja narkomaania kliinilise ravi juhised („Drug misuse and dependence – guidelines on clinical management”). Ravijuhis on mõeldud kõikidele spetsialistidele, kes puutuvad kokku narkosõltlaste ravi ja rehabilitatsiooniga. Ravijuhises on narkoravi põhieesmärgina toodud välja narkootikumide tarvitamisest loobumine võõrutamise teel. Võõrutusravi eesmärgiks on seatud tarvitatava narkootilise aine manustamine kohene või järkjärguline lõpetamine ning ägedate võõrutusnähtude leevendamine või vältimine maksimaalselt kuue kuu jooksul. Ravijuhistes on rõhutatud patsiendi ravis mitmekülgset lähenemist, millesse on kaasatud olemasolevad tervishoiu- ja sotsiaalabiasutused ning just sõltuvushaigusest vabanemiseks loodud struktuurid. Välja on ka toodud asendusravi põhiprintsiibid ja asendusravile pääsemise kriteeriumid. Ravijuhistele tuginedes on asendusravile pääsemise tingimuseks vähemalt viieaastane opiaatsõltuvus, eelnevad luhtunud võõrutamise katsed, vanus üle 20 eluaasta ja puhtalt ainult opiaatsõltuvus (teiste narkootikumide ja alkoholi sõltuvust käsitletakse piiranguna). (3) Sellised ravile pääsemise piirangud ei ole kooskõlas teadusuuringute leidudega ja WHO/UNAIDSi (9) seisukohta väljendavate dokumentidega, kus rõhutatakse just varajast ravile pöördumist, adekvaatseid asendusravimi doose, ravi järjepidevust ja ravi juurde kuuluvaid meditsiinilisi ning psühhosotsiaalseid teenuseid. 2005. aastal heaks kiidetud ravijuhistes mainitakse küll, et paremaid ravitulemusi saavutatakse 60–120 mg dooside kasutamisel, kuid muid konkreetseid juhiseid ravimidooside kohta ei anta. 2009. aastal valmivas uues opiaatsõltuvuse ravijuhises mainitakse soovituslikke doose (60–120 mg päevas) ja antakse ravimi doseerimiseks täpsemaid juhiseid. Samuti on uues opiaatsõltuvuse ravijuhises erinevalt praegu kehtivatest ravijuhistest suurem variatsioon just ravimeetodite osas. Ravijuhistes kirjeldatud ravimeetodite liigitus Eestis on meie kohalikust kontekstist lähtuv ning ei ole üks üheselt vastavuses UNODC, UNAIDSi ja WHO juhistega, kus ei eristata asendus ja säilitusravi ning lühiajalist võõrutust ei peeta eraldiseisvaks ravivormiks (9).

Eesti uutes opiaatsõltuvuse ravijuhistes eristatakse peale varasemalt domineerivale võõrutusravile ka teisi asendusravi liike:

asendusravimiga võõrutusravi on maksimaalselt kuu aega kestev opiaatsõltuvusest vabanemiseks tehtav ravi, milles kasutatakse asendusravimeid;

asendusravi on opiaadisõltlase sõltuvusest vabastamiseks mõeldud ravi koos psühhosotsiaalse rehabilitatsiooniga, milles kasutatakse asendusravimeid ja mis kestab kauem kui üks kuu;

toetav säilitusravi on opiaadisõltlase ravi, milles kasutatakse asendusravimeid, mis kestab kauem kui üks kuu ning mille põhieesmärk on kahjude vähendamine ja patsiendi elukvaliteedi parandamine. Toetav säilitusravi ei sea eesmärgiks sõltuvusest vabanemist ega patsiendi töövõimelisuse taastamist. Toetavat säilitusravi tuleks alustada vaid sellise patsiendi puhul, keda pole kas korduvate võõrutusravi episoodide või vähemalt 6 kuud kestnud asendusravi käigus olnud võimalik narkootikumide tarvitamisest võõrutada ega tema ravimotivatsiooni tõsta; kes on HIV positiivsed ja kelle puhul saab toetava säilitusravi abil tõenäoliselt vältida nakkushaiguste levimist ja teisi tervisehädasid ning kelle elukvaliteeti saab nõnda parandada. Toetava säilitusravi ajal saab vajadusel teha ettevalmistusi keerukamaks taastavaks asendusraviks (4).

1.3 Metadoonasendusravi ja pikaajase võõrutusravi teenuse kirjeldus

Peale soovitusliku sisuga ravijuhiste on HIVi/AIDSi ennetamise riikliku strateegia raames finantseeritavate opiaatasendusravi teenust pakkuvate ravikeskuste mahulepingute kohustuslikuks lisaks teenusekirjeldus. Teenusekirjeldus on suunatud nii võõrutus- kui ka asendusravile ning koosneb neljast dokumendist:

metadoonasendusravi vajaduse hindamise struktuur – hindamisintervjuus keskendutakse kliendi senisele kohanemisele ühiskonnas, tema kehalisele seisundile, uimastitarvitamise anamneesile, peresuhetele, psüühilisele seisundile ja motivatsioonile ning prognoositakse osalusvõimet raviprogrammis. Hiljem teeb ravikomisjon hindamisintervjuu põhjal otsuse;

nõuded metadoonasendusravi osutamisel sotsiaalselt toimetulevale kliendile – kehtestavad näidustused raviks, ravi katkestamise kriteeriumid, keskmised oodatavad ravitulemused, teenuse osutamiseks vajalike ruumide tingimused, teenuse osutamiseks vajalikud toimingud ja hinnakalkulatsioonid ning nõuded teenuse osutajale;

nõuded metadoonasendusravi osutamisel sotsiaalselt mittetoimetulevale kliendile – kehtestavad nõuded kliendile, kes ei oma töökohta, kes vajab sotsiaaltöötaja toetust, kellel puudub kindel elukoht ja kellel on korduvad kriminaalkaristused;

metadoonasendusravi näidis-ravileping – kliendi ja teenusepakkuja vahel sõlmitav leping, kindlustamaks, et klient peab kinni ravikeskuse nõuetest ja raviplaanist.

1.4 Tingimused metadooni manustamiseks väljaspool metadoonasendusraviga tegelevat tervishoiuasutust

HIVi/AIDSi ennetamise riikliku strateegia raames rahastatavate ravikeskuste teenusekirjelduse üheks nõudeks on, et raviskeemist lähtuvalt võtab klient metadooni iga päev üks kord päevas meditsiiniõe kontrolli all. Ravimi tegeliku sissevõtmise tagamiseks antakse vett. Praktika käigus selgus, et osade klientide puhul on vajalik metadooni manustamine ka väljaspool tervishoiuasutust. Selline olukord lahendati lepingulisaga 1.1, mis sätestab tingimused metadooni manustamiseks väljaspool tervishoiuasutust. Selliste kaasavõetavate dooside saamise võimalikkuse otsustab ravikomisjon, kes peab oma otsuse kirjalikult kinnitama ja seda põhjendama. Ravikomisjon peab oma otsuses lähtuma lepingulisas välja toodud näidustustest ja eeltingimustest. Sätestatud on ka täpsed reeglid, kuidas väljaspool tervishoiuasutust metadooni saamist korraldada. Kaasavõetavaid metadoonidoose ei anta otse kliendile, vaid kliendiga kaasasolevale tugiisikule. Selline lähenemine tuleks tulevikus realistlikult läbi mõelda, kuna kõrvaliste inimeste sidumine metadoonasendusraviga võib tugiisikule kurnavaks osutada (1).

1.5 Ülevaade Eestis 2007. a osutatud asendusraviteenusest

2007. a HIVi/AIDSi ennetamise strateegia ja GF-i aruande põhjal on eelnevate aastatega võrreldes suurenenud metadoonasendusravi saavate isikute hulk. Metadoonile alternatiiviks olevat asendusravi buprenorfiiniga aruandeperioodil riiklikult ei rahastatud. GF-i programmi ja HIVi/AIDSi strateegia raames viibis 2007. aasta jooksul metadoonasendusravil kokku 1030 klienti, kellest 35% (357 klienti) katkestas ravi (tabel 1). Riiklikult täidetud asendusravikohtade arv oli 673. Tallinna Linnavalitsus rahastas Lääne-Tallinna Keskhaigla

psühhiaatriateenuste kaudu 104 opiaate süstiva täiskasvanud narkomaani asendusravi. Seega oli 2007. aastal Eestis täidetud kokku 777 metadoonasendusravi kohta. 2007. aastal rahastati eri allikatest kuue raviteenuse pakkuja kaheksat ravikeskust. Raviteenuse tagamiseks kasutati riiklikest rahalistest vahenditest 5 580 976 krooni, millega kindlustati ravi vähem kui kümnendikule süstivatest narkomaanidest (4,9%). Koos Tallinna Linnavalitsuse rahastamisega tagati asendusravi 5,6% süstivatest narkomaanidest. Keskmiselt kulus 2007. a ühe opiaadisõitlase asendusraviks 5414 krooni.

Tabel 1. Metadoonasendusravi süstivatele narkomaanidele 2007. a

Tervishoiuasutuse nimi	Eraldatud rahalised vahendid (kr)	Täidetud ravikohtade arv aastas	Klientide arv aastas (koos katkestanutega)
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
Lääne-Tallinna Kesksaigla	92 000	8	14
Kokku	5 580 976	673	1030

Allikas: TAI, nakkushaiguste ja narkomaania ennetamise osakond, 2007; Riikliku HIVi ja AIDSi strateegia 2007. a aruanne.

1.6 Epidemioloogiline ülevaade

TAI ja TÜ tervishoiu instituut korraldasid 2004. a süstivate narkomaanide levimuse uuringu, mille andmete kohaselt oli Eestis hinnanguliselt 13 886 süstivat narkomaani (usaldusvahemik 8132–34 443), mis tähendab 2,4% levimust 15–44-aastaste vanuserühmas (usaldusvahemik 1,4–5,9%). Süstivate narkomaanide levimuses ilmnemise märkimisväärsed piirkondlikud erinevused: süstivate narkomaanide levimus oli kõige suurem pealinna piirkonnas (4,3%), järgnes Ida-Virumaa; ülejäänud Eestis oli nende levimus madal (0,5%) (10). Süstivate narkomaanide rahvastikurühma suuruse ligikaudne teadmine võimaldab meil planeerida tegevusi ja hinnata, kui suur osa süstivatest narkomaanidest on kaetud erinevate teenustega.

Kõige enam süstitavateks narkootikumideks on eri uuringutele tuginedes amfetamiin ja fentanüül, mis on välja vahetanud heroini ja kodusel teel valmistatud moonivedeliku (11–

14). TAI korraldatud süstivate narkomaanide riskikäitumise uuringu (11) järgi süstis 53% süstlavahetuspunktide teenust kasutavatest narkomaanidest viimasel kuul amfetamiini ja 9% fentanüüli. Piirkonniti on amfetamiini süstijate osakaal Tallinnas kõrgem (64%) kui Ida-Virumaal (47%).

2006. aastal korraldatud uurimuse „HIV/AIDSi ja narkomaaniaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine süüdimõistetute seas” alusel teadis 33% küsitletud süüdimõistetutest kaasvangide seas kedagi, kes oli proovinud narkootikume või kes tarvitas neid regulaarselt. Tarvitatavatest narkootilistest ainetest olid kinnipidamisasutustes kaasvangide seas kõige enam levinud marihuaana/hašiš, amfetamiin ja „valge hiinlane”. Üle poolte (58%) küsitletud süüdimõistetutest oli elu jooksul tarvitanud narkootikume, 23% nendest oli seda proovinud ja 35% tarvitas narkootikume regulaarselt. Kokku tarvitas 34% küsitletutest vanglas viibides narkootikume. Kõige enam manustati narkootikume suitsetamise ja süstimise teel (üle 60% küsitletutest) (15).

HIVi levimuse ja riskikäitumise uuring näitas, et kolmandik veenisüstivatest narkomaanidest oli viibinud vanglas. Neist üks kolmandik süstis narkootikume kinnipidamiskohas viibimise ajal, kusjuures 69% nendest, kes kinnipidamiskohas viibimise ajal süstisid, jagasid sel ajal nõelu teistega (16). Uuringu tulemused viitavad, et vanglas viibivatele süstivatele narkomaanidele on kiiresti vaja rakendada uusi sekkumisprogramme (nõustamine riskikäitumise vähendamiseks, süstimisvarustuse jagamine). Eestis tehtud uuringud näitavad ka, et C- ja B- viirushepatiidi levik kinnipeetavate hulgas on kõrge (vastavalt 89% ja 95,7%) ning sellest tulenevalt oleks otstarbekas integreerida B- ja C- viirushepatiidi ennetustegevused vanglas rakendatavatesse HIV-levimuse vähendamiseks mõeldud sekkumisprogrammidesse (17).

1.7 Teaduspõhine ülevaade metadoonasendusravi tõhususest

Eestis kasutatakse opiaatsõltuvuse asendusravimina metadooni ja vähesel määral ka buprenorfiini. Metadoon on sünteetiline opiaatagonist, mida kasutatakse opiaatsõltuvuse asendus- ja võõrutusravis (18). Buprenorfiin on semi-sünteetiline opioid, millel on osalised agonisti ja osalised antagonist omadused (19). Nende kahe asendusravimi mõju on adekvaatsete annuste juures sarnane (20). Metadooni laialdasema kasutamise Eesti asendusravi praktikas tingib selle madalam hind.

Metadoonasendusravi puhul on tegemist narkosõltlase tervisele ohutu, tõhusa ja kulu-tulusa ravivormiga (21). Uuringud on näidanud, et metadoonasendusravi on ühiskonnale tõhus just narkootikumide tarvitamise (22, 23), HIV-riskikäitumise ja üledooside (24, 25) ning kuritegevuse vähenemise poolest (26–29).

Oluline on märkida, et opiaatasendusravi tulemuslikkus ühiskonnale on seotud osutatava raviteenuse kvaliteediga (30). Leitud on, et kuluefektiivne on just metadoonasendusravi, mis sisaldab adekvaatseid asendusravimi doose ja vajalikke tugiteenuseid ning mille ravikestus on üle kuue kuu (31).

Ravikvaliteedi aspektina on kõigepealt tähtis adekvaatne asendusravimi doos. Enamik metadoonasendusravi klientide doosidest jääb Euroopas vahemikku 60–120 mg (32). Vastavalt individuaalsele vajadusele kirjutatakse välja ka suuremaid metadoonidoose (33). Uuringu tulemustele tuginedes võib tuua välja, et suurema ja keskmise metadooniannusega kliendid järgivad ravi paremini ja nad hakkavad väiksema tõenäosusega uuesti narkootikume tarvitama (22, 34). 20 mg metadooniannused tagavad küll sageli kliendi viibimise ravisüsteemis, kuid ei vähenda tema narkootikumide tarvitamist ja sellega kaasnevat deviantset käitumist (35).

Opiaatsõltuvuse puhul tuleb silmas pidada, et tegemist on väga mitmetahulise häirega, kus on omavahel seotud sõltlase füsioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed aspektid (36). Sellest tulenevalt ei saa opiaatsõltuvuse ravi olla pelgalt farmakoloogiline lähenemine. Ravi tulemuslikkuse saavutamiseks peavad raviteenuse juures olema tagatud ka tugiteenused, mis käsitleksid opiaadisõltlase psühholoogilisi, sotsiaalseid (eluase, töö, haridus/koolitus) ja teisi tervisealaseid vajadusi (36). Selliste sotsiaalsete, üldmeditsiiniliste ja psühholoogiliste teenuste olemasolu ravikeskuses (37) või klientide otsene suunamine nende juurde (38) on tähtis, vähendamaks narkootikumide tarvitamist ja suurendamaks raviprogrammi järgimist.

Asendusravi on üldjuhul ambulatoorne, otseselt kontrollitav ravi, mille eesmärk ongi anda sõltlasele võimalus tegeleda oma tervise, psühholoogiliste ja sotsiaalsete probleemidega just igapäevases keskkonnas. Raviprotsessi puhul on tähtis ka kliendi perekonna ja kogukonna kaasamine (32). Üheks oluliseks faktoriks raviprogrammi järgimises on ka ravikeskuse paiknemine ja sellele ligipääsetavus transpordiga (39, 40).

Enamiku riikide praktika kohaselt on asendusravi üldisest tervishoiusüsteemist eraldiseisev raviprogramm (32). Uuringud on näidanud, et just ravikeskuste raames pakutavaid tugiteenuseid kasutavad sõltlased sagedamini kui samu teenuseid, mis on ühendatud üldise

tervishoiusüsteemiga (41). Sõltlaste suunamine üldisesse tervishoiusüsteemi võib seada asendusravi klientidele mitmeid barjääre, nagu rahaline kulu, transport ja stigma (42). Teenuste puhul, mida ei ole võimalik pakkuda opiaatasendusravi raames, on vajalik just ravikeskuse tihe koostöö teiste tervishoiu- ja sotsiaalasutustega. Samuti on vaja teha koostööd MTÜdega, kes pakuvad asendusravi klientidele rehabilitatsiooni- ja reintegratsioonivõimalust. Näiteks metadoonravi saanud klientide suunamist tööturule, mis annab sõltlasele vajaliku struktuuri ja vastutuse, on seostatud parema ravi järgimise ja tulemuslikkusega (43, 44). Selliseid eelmainitud koostöövõrgustikke tuleb hoida pidevalt operatiivsena, et sõltlane tunneks eri asutuste ja institutsioonide vahel liigeldes ennast turvaliselt ning oodatuna (32).

Üks tähtis asendusravi kvaliteedi tagaja on ka ravikeskuse personal. Ravikeskuse personal peaks olema võimalikult mitmekülgne – tagada tuleks nii psühhiaatri, psühholoogi, üldarsti kui ka sotsiaaltöötaja olemasolu (32). Tuleb ka silmas pidada asendusravil viibiva kontingendi komplitseeritust ja metadoonikeskuste marginaliseeritud mainet, mis tingivad sageli töötajate alamotiveerituse, läbipõlemise ja tiheda vaheldumise. Sellise tendentsi vältimiseks on vaja asendusravi keskuste töötajatele pakkuda pidevat koolitust, supervisiooni ja tuge. UNODC näeb ette, et igal ravikeskusel peab olema iga-aastane personali koolitusplaan, mida rahastatakse raviprogrammi rahastamisest eraldi (32).

Asendusravi kvaliteedi tagamisel ei ole vähe oluline ka teenuse seire ja hindamine. Narkomaanide kontingent muutub ajas pidevalt ning igasugune teave sihtgrupist ja selle tarbimisharjumustest on ravi planeerimise juures tähtis. Samuti on ravi tulemuslikkuse ja kvaliteedi tõstmisel vaja arvestada ka kliendi rahulolu ning vajadusi (32).

2. Uuringu materjal ja meetodika

Antud uuringu puhul oli tegemist anonüümse uuringuga, kus ühegi ravikeskuse töötaja ega kliendi andmeid ei seostatud inimese ega ravikeskuse konkreetse nimega. Uuringu andmekogumise meetodikana kasutati semi-struktureeritud ja struktureeritud intervjuud. Kokku kasutati uuringus kolme struktureeritud küsimustikku, millest kahe koostajaks ja piloteerijaks oli Hollandi Trimbos Instituut ning mis kohandati Eesti kontekstile vastavaks. Asendusravil mitteviibivate süstivate narkomaanide metadoonasendusravisse suhtumise lühiküsimustiku koostas Eesti uuringumeeskond. Struktureeritud küsimustike alusel

korraldati intervjuusid opiaatasendusravi klientide, ravikeskuste töötajate ja asendusravil mitteviibivate süstivate opiaadisõitlastega. Semi-struktureeritud küsimustiku alusel intervjueriti opiaatasendusravi huvigruppide esindajaid. Nende intervjuud olid planeeritud teemade ja võtmeküsimuste järgi, kus küsimuste sõnastus ja järjekord võisid vastavalt intervjuu käigule muutuda. Selline intervjuu vorm oli vajalik just teemaarenduse paindlikkust ja põhjuslike seoste leidmist silmas pidades.

Peale uuringu raames toimunud intervjuude on uuringus taustainformatsioonina kasutatud metadoonasendusravi keskustega sõlmitud lepinguid ning lepingute lisasid, valdkonnaga seonduvaid seadusi, ravijuhiseid ja teaduskirjandust.

2.1 Valim

Uuringusse kaasati kõik Eesti kuus opiaatasendusravi pakkuvat tervishoiuasutust (Lääne-Tallinna Keskhaigla (LTKH) sõltuvusravikeskus (2 keskust), Tervisekeskus Elulootus, Tallinna Wismari haigla, Narva Sõltuvuse Ravikeskus, Corrigo, Aasa Kliinik). Igast opiaatasendusravi pakkuvast tervishoiuasutusest kaasati uuringusse ravikeskuse juhataja, meditsiiniõde ja psühhiaater ning kahe keskuse puhul ka psühholoog (kokku 21 intervjuud).

Metadoonasendusravi klientidega tehti kokku 54 intervjuud (igast ravikeskusest 8–9 klienti), hõlmates *ca* 10% Eestis asendusravil olevatest klientidest. Kliendid värvati uuringusse juhusliku valiku põhimõttel, et kõigil ravikeskusesse tulnud klientidel oleks võrdne võimalus valimisse sattuda. Uuringusse värvati iga kolmas ravikeskust külastav klient kuni valimimahu täitumiseni.

Ravil mitteviibivate opiaate süstivate narkomaanidega tehti kokku 20 intervjuud: 10 intervjuud Kohtla-Järvel ja 10 intervjuud Tallinnas. Ravil mitteviibivad süstivad narkomaanid värvati uuringusse süstlavahetuspunktide kaudu.

Opiaatasendusravi huvigruppide (praktikud, otsuste tegijad, poliitika kujundajad jm) esindajatega tehti kokku 10 intervjuud. Intervjueritavad olid Tervise Arengu Instituudist, Sotsiaalministeeriumist, Eesti Psühhiaatrite Seltsist, Justiitsministeeriumist, Tallinna Vanglast ja ka teenusepakkujate hulgast. Huvigruppide esindajate puhul valiti intervjueritavateks opiaatasendusravi korralduse ja toimimisega tihedalt seotud inimesed,

võttes arvesse nende positsiooni ning spetsialiteeti. Intervjuusid korraldasid 2008. aasta aprillis Hollandi Trimbose Instituudi välisekspertid.

Opiaatasendusravi kliente ja keskuste töötajaid intervjuerisid spetsiaalse väljaõppe saanud intervjuerijad. Opiaate süstivaid narkomaane, kes asendusravil ei viibinud, värbasid ja intervjuerisid süstlavahetuspunktide töötajad, kes olid saanud vastava väljaõppe.

2.2 Uuringuetika

Uuringuprojekt sai kooskõlastuse Tallinna Meditsiiniuuringute Eetikakomiteelt (otsus nr 1350, 26.03.2008). Tegemist oli anonüümse uuringuga, mille puhul tõi uuringus osalemine osalejate jaoks kaasa minimaalsed riskid. Opiaatasendusravi klientidele anti aja- ja transpordikulu hüvitamiseks sajakroonine kinkekaart. Iga intervjueritavat teavitati uuringu eesmärgist ja läbiviimisest ning talle anti tutvumiseks ja allkirjastamiseks informeeritud nõusoleku leht. Huvigruppide esindajatega tehtud intervjuud salvestati diktofonile, kust nad pärast transkribeerimist kustutati.

3. Uuringu tulemused

3.1 Opiaatasendusravi huvigruppide hinnang asendusravi korraldusele

Tuginedes aprillis 2008 tehtud 10 intervjuule opiaatasendusravi valdkonna huvirühmade esindajatega, võib kokkuvõtvalt nentida, et asendusravi ei ole Eestis poliitiline teema, vaid kuulub pigem teenuse planeerimise/arendamise ja raviteenuse osutamise seotud suhteliselt kitsa inimrühma huvivaldkonda.

Opiaatasendusravi ei ole Eesti Haigekassa rahastatavate terviseteenuste nimekirjas, vaid selle rahastamiseks on loodud riiklik paralleelne jaotussüsteem. Peamise poliitilise vastutajana nähakse asendusravi puhul Sotsiaalministeeriumi, kes viib peasjalikult Tervise Arengu Instituudi kaudu asendusraviteenust ellu. Sotsiaalministeeriumi puhul toonitatakse just finantseeringute tagamise olulisust. Kõike, mis puudutab ravi sisu ja teenusepakkujate aruandlust/kontrolli, nähakse TAI vastutusalasse kuuluvana. Sotsiaalministeerium peab ka ise oma peamiseks vastutusalaks finantsvahendite olemasolu tagamist. Teenusepakkujate

hulgas puudub ühtne arusaam neile suunatud ootustest ja pigem nähakse ennast üksiku iseseisva asutusena kui osana suuremast ravistruktuurist. Intervjuudest võibki järeldada, et asendusravi puhul on tegemist killustatud valdkonnaga, kus eri osaliste vahel puudub koostöö, vastutuse jaotamine ja ühtne juhtimine.

Intervjueeritud huvigruppide esindajatel puudub ka ühtne arusaam, millist opiaatasendusravi Eestis praegu pakutakse. Arvatakse, et enamik ravikeskusi kasutab asendusravimina metadooni, kuid pakutav raviliik ja ravi eesmärk (säilitusravi, asendusravi, võõrutusravi) varieerub intervjueeritavate lõikes.

Me ei kasuta Eestis säilitusravi kontseptsiooni... Meie suund on pikaajaline asendusravi, kus ravi lõpus toimub reorienteerumine vastavalt patsiendi olukorrale. Asendusravi käigus peab olema tagatud ka sotsiaalne abi... Terminoloogia on Eestis ikka selgeks rääkimata aga... säilitusravi on see, mis ei vaja tugiteenuseid ning on pelgalt asendusravimi administreerimine, ja asendusravi on ravi, isegi siis kui selle eesmärk ei ole täielik võõrdumine, mis peab olema koos tugiteenustega, et toimuks patsiendi stabiliseerimine...

Ravivormiks on just säilitusravi, mille eesmärgiks on HIV-preventsioon. Ka lepingutes on selgelt kirjas kas säilitusravi või asendusravi, me ei kasutanud ja ei kasuta ka praegu võõrutusravi mõistet.

Global Fund rahastas tegelikult ju HIV-ennetust, aga vastuoluline on see, et enamuse raha läks narkomaania ravile... Just võõrutusele... Kasutuselolevad metadoonasendusravi juhised märkisid selgelt, et lõplik eesmärk on patsiendi võõrutamine narkootikumidest.

Seega üheltpoolt peetakse opiaatasendusravi eesmärgiks indiviidi ravimist ja teisalt on asendusravi eesmärk ennetada riskeeriva süstimiskäitumise vähendamise kaudu nakatumist HIVi. Erinevatele metadoonasendusravi kontseptsioonidele viitab oma hindamisraportis ka dr Emilis Subata (1). Selline arusaamade erinevus ja HIV-ennetusliku lähenemise kritiseerimine tuleneb osade intervjueeritavate arvates kahjude vähendamise kontseptsiooni ning selle vajalikkuse erinevast mõistmisest. Kahjude vähendamisele suunatud lähenemist propageeris Eestis aastatel 2003–2007 Global Fundi (GF) programm, mille nõudmistele metadoonasendusravi jaotamine suuresti üles ehitatigi. Teenusepakkujate hulgas leidis selline kahjude vähendamisele suunatud lähenemine kriitilist vastukaja, kus nn

metadoonilonsu jagamist ilma tugiteenuseta peeti naljaks ja sotsiaaltöök. Intervjuudes tauniti mitmeid kordi GF-i programmi ajal primaarseks olnud ravikohtade suurendamist olematu kvaliteediga teenuste arvel. Selles süsteemis nähti madala kvaliteedi propageerimist ja teenusepakkujate aastatepikkust harjumist väheste nõudmistega.

Asendusravi planeerijate/arendajatega tehtud intervjuudest selgus, et tulevikusuund on kindlasti raviteenuse kvaliteedi tõstmine ja tugiteenuste arendamine. Teenuse planeerijad viitasid oma intervjuudes vajadusele pöörata aina rohkem tähelepanu ka patsiendi individuaalsetele ravivajadustele. Intervjuudest jäi mulje, et tuleviku tarbeks tuleks jõuda kombineeritud lahenduseni, mis hõlmaks nii HIV-ennetuse kui ka süstivate narkomaanide ravi vajadusi.

Eesmärk on jah asendada illegaalne narkootikumide tarbimine... mille eesmärk HIV-preventsioon ja kuritegevuse vähendamine, kui siiski ka inimese tegelik ravi...

Ravi kvaliteedi nõuetest rääkides mainisid nii ravikorraldajad kui ka -planeerijad just opiaatsõltuvuse ravijuhiste, erinevate seaduste ja lepingulisade olemasolu, mille järgimine aitab tagada ühtset kvaliteeti. Eriti suurt positiivset muudatust oodatakse uutest, veel valmimisjärgus olevatest ravijuhistest, kus võrreldes eelmistega on suurem rõhk ravi meetoditel ja kinnitatud keskmistel doosidel. Teenusepakkujate puhul on endiselt aga probleemiks ravijuhiste soovituslik iseloom. Sellisel kujul, kui need pole kõrgemal astmel kinnitatud ja seaduslikuks muudetud, on tegemist järjekordse paberiga, mida sageli ei kasutata.

Kahjuks ei ole tegemist seaduse/määrusega... Need juhised on soovitusliku sisuga ja näitavad nn head tava/praktikat, kuid need on lihtsalt erialaselt soovitud ja ideed...kuid siin peab olema ka poliitiline otsus nende kasutuselevõtuks.

Muutuste tegemine olemasolevas ravikorralduses peab olema teenusepakkujate arvates hästi läbi mõeldud. Praegu keskendub ravisüsteem suuresti psühhiaatritele, kuid palju tööd saab ravikeskuses teha ära ka mitte-psühhiaater. Ravikeskus peab töötama süsteemselt, kus psühhiaatrit/arsti vajatakse ravis muudatuste tegemisel ja ülejäänud jooksvaid teenuseid suudab osutada meditsiiniõde või muu ravipersonal. Teenusepakkuja poole pealt nähakse probleemina ka ühtse riikliku ravisüsteemi puudumist Eestis. Praegu on tegemist täiesti

eraldiseisvate teenusepakkujatega, kelle vahel puudub sageli koostöö ja kokkupuutepunkt. Koostöö puudub mitte ainult eri ravikeskuste vahel, vaid ka teiste sotsiaal- ja tervishoiuteenust pakkuvate institutsioonidega.

Olenemata asjaolust, et enamik intervjueeritavatest kinnitab metadoonasendusravi puhul järjekorra puudumist, räägitakse teenuse laiendamise vajadusest. Eri osalised pakuvad välja ideid, kuidas teha asendusravi süstivatele narkomaanidele kättesaadavamaks.

Ma arvan, et me peame suurendama raviteenusega kaetust, laiendama teenuseid linnadesse, kus selline teenus puudub hetkel... Aga aus olles on meil hetkel 600 ringis riigi poolt finantseeritud kliente ja meil pole järjekordi... Ma arvan, et kui meil oleks 14 000 ravikohta, kõik narkomaanid ei läheks ikka ravile...

Midagi tuleb fundamentaalselt muuta... sest me ei saa ju lihtsalt ehitada uusi ravikeskusi, selleks pole piisavalt raha. Kas metadooni saaks välja kirjutada keegi veel... Ma ei tea, mis oleks lahendus... Ehk muuta midagi, kuidas ravi on organiseeritud... Oleks näiteks perearstid, õed, kellelt süstiv narkomaan saaks oma päevase metadoonidoosi, ning psühhiaatri juures käiks üks-kaks korda kuus eraldi. Et kui metadoon sealt keskustest välja tuua, muutuks midagi...

Järjekordade puudumise puhul tuuakse välja erinevaid põhjuseid. Kõige levinumaks ravile mittepöördumise põhjuseks peetakse just venekeelse kontingendi kahtlustavat ja tõrjuvat suhtumist metadooni. Paljuski näevad intervjueeritavad selle põhjust Venemaal ja vene meedias, kus metadoonasendusravi on keelatud ja mürgiks tunnistatud. Mainitakse, et just venekeelne kontingent tunneb huvi alternatiivsete ja sageli pseudoefekti omavate ravimeetodite vastu.

Peterburist tulnud peavad metadooni jõhkraks ja ebatavaliseks karistuseks.

Metadoonasendusravi kohtade optimaalset vajadust hinnatakse Eestis samuti väga erinevalt. Intervjuudest võib järeldada, et selline ebalevus on tingitud osati süstivate narkomaanide rahvastikurühma suuruse ja tarbimismustrite kohta käivate uuringute andmetega mittetutvumisest või nende vaidlustamisest. Mõni üksik intervjueeritav on teadvustanud endale, et süstivate narkomaanide rahvastikurühma kuulub palju

amfetamiinisõltlasi, kellele antud ravivorm ei sobi. Levib ka arusaam, et Eesti süstiv narkomaan on oma käitumise ja vanuse tõttu tavajuhtudest erinev ning nõuab maailmapraktikas teadaolevast teistsugust lähenemist.

Uute ravikohtade/keskuste loomise võimalikkust peab enamik intervjueeritavatest raskeks just teenusepakkujate vähesuse tõttu.

...aga isegi kui me tahaks saada 100% raviteenusega kaetust, poleks meil piisavalt teenusepakkujaid ja realistlikult mõeldes puudub ka nende saamise võimalus. Kuid eesmärk on aastate jooksul siiski teenusepakkujaid juurde leida...

Mainitakse, et uute teenusepakkujate toomine sellesse valdkonda nõuab suurt veenmist. Vähesse huvi põhjusena mainitakse suhteliselt rasket kontingenti ja metadoonasendusravi ebapopulaarsust ka meditsiinitöötajate seas (perearstid, apteegid). On arusaam, et selline olukord, kus teenusepakkujaid on vähe ja puudub konkurents, tingib vahel pakutava raviteenuse madalama kvaliteedi. Teenuse arendajad/planeerijad nentisid mitmeid kordi, et lepingulisade mõnede väiksemate nõudmiste mittetäitmine (ravikeskuse ruumid jne) jäetakse tähelepanuta, sest paremaid pakkumisi pole lihtsalt võtta.

3.2 Metadoonasendusravi kinnipidamisasutustes

Mitmed huvigruppide esindajad mainisid metadoonasendusravi ühe probleemse punktina Eesti kinnipidamisasutustes välja arendamata süstivate narkomaanide raviteenuseid. Suure takistusena nähti just arestimajasid, kus kinnipeetavad peavad sageli veetma mitmeid kuid enne vanglasüsteemi sisenemist. Arestimajade näol on tegemist ajutise iseloomuga kinnipidamiskohaga, kus peab võimaldama kinnipeetavale üldist ja vältimatut arstiabi ning jätkama vabaduses arsti poolt määratud ravi (45). Praegu aga süstivast narkomaanist kinnipeetavale vabaduses alustatud metadoonasendusravi arestimajades ei tagata. Vanglast tulev informatsioon kinnitas väidet, et nendeni jõuavad ainult mõned üksikud kinnipeetavad, kes vajavad metadoonasendusravi. Enamik potentsiaalsetest asendusravi vajajatest on arestimajades oma võõrutusnähud üle elanud ega vaja enam metadooni. Vangla andmetele tuginedes on viimastel aastatel olnud ainult paar juhtu, kus metadooni on

kasutatud kinnipeetava kiireks võõrutamiseks. Samas seadusandliku (45)¹ ja korraldusliku poole pealt on vanglad valmis osutama süstivatele narkomaanidele ravi. Sellist lähenemist on ka toetanud UNODC projekt „HIV/AIDSi ennetamine ja hooldus süstivate narkomaanide hulgas ja vanglateskkonnas Eestis, Lätis ja Leedus 2006–2010”. Eestis puuduvad spetsiaalsed juhised opiaatasendusraviks kinnipidamisasutustes. Seega on üldistes opiaatsõltuvuse ravijuhistes kirjeldatud põhimõtted ja tegevussuunised aluseks ka vanglas praktiseeritavas sõltuvusravis. Asendusravimina kasutatakse vanglas metadooni.

Justiitsministeeriumi spetsialisti isikliku korrespondentsi alusel on sõltuvusprobleemidele eriliselt spetsialiseerunud Tartu Vangla, kus vajaduse korral osutatakse opiaadisõltlastele ravi- ja rehabilitatsiooniteenust. Rehabilitatsiooniteenust, mis hõlmab sotsiaalsete oskuste arendamist ja muude vajalike eluoskuste õpetamist, osutavad peale Tartu Vangla (44 kohta) ka Viru (40 kohta) ja Harku Vangla (8 kohta). Teoreetiliselt on vanglateskkonnas võimalik osutada nii sümptomaatilist kui ka spetsiifilisemat ravi (kiire võõrutusravi, aeglane võõrutusravi või toetav säilitusravi). Spetsiifiline ravi opiaatasendusainega on võimalik ainult juhul, kui vanglas on tööl vastava väljaõppe saanud psühhiaater (neljas Eesti vanglas, kokku kuus psühhiaatrit). Praegu antakse opiaadisõltlastele esmase võõrutusseisundi puhul enamasti rahusteid/bensodiasepiine ja valuvaigisteid, mille administreerimisega tegeleb vanglas meditsiiniosakond. Sõltuvusravi alustamine asendusravimiga toimub ainult vajaliku väljaõppe saanud Tartu Vanglas, ambulatoorset ravi jätkavad teiste vanglate meditsiiniosakonnad.

Intervjuust Justiitsministeeriumi ja vangla esindajaga selgus, et vaatamata süstivate narkomaanide suurele osakaalule kinnipeetavate hulgas ei ole vanglas metadoonasendusravi järele suurt nõudlust. Justiitsministeeriumi hinnangul on 20% süüdimõistetutest (500 isikut) ja 30% vahistatutest (300 isikut) narkosõltlased (46). Edaspidi tuleks uurida vanglapersonali ja kinnipeetavate suhtumist asendusravisse.

¹ Vangistusseadus sätestab tervishoiuteenuse osutamise vanglas ja kinnipeetavate ravimise. Selle seaduse alusel on arst kohustatud pidevalt jälgima kinnipeetavate terviseseisundit, ravima neid vanglas olevate võimaluste piires ja vajaduse korral suunama ravile asjakohase eriarstiabi osutaja juurde ning täitma teisi talle pandud kohustusi (RT I 2000, 58, 376).

3.3 Klientide hinnang asendusravi teenusele

3.3.1 Klientide taustainformatsioon

Uuringus osales 54 klienti, kes said metadoonasendusravi kuue teenusepakkuja seitsmes ravikeskuses. Klientide rahulolu teenusega ei ole analüüsitud ravikeskuste kaupa, vaid see on esitatud üldise hinnanguna Eestis pakutavale raviteenusele. Uuringu valimisse sattunud kliendid olid kõik vene keelt kõnelevad, keskmise vanusega 29 eluaastat (noorim 23, vanim 45). 72% klientidest oli meessoost. 54 kliendist 16-l oli olemas regulaarne töö, 9 kliendil oli ajutine töö, 21 klienti olid töötud, 7 said invaliidsuspensiooni ja 1 oli emapuhkusel. Keskmiselt olid kliendid sõltuvusaineid tarvitanud 10 aastat (variatsioon 1–28 aastani). 16 klienti olid enne asendusravile pöördumist tarvitanud ühte kindlat illegaalset narkootikumi, ülejäänuid võis klassifitseerida mitme uimasti tarvitajaks (*polydrug users*). Fentanüüli ehk „valget hiinlast” tarvitas 37 klienti, 9-le oli see ainus tarvitatav narkootikum. Peale opiaatide tarvitas 8 klienti ka amfetamiini. Üle pooltel uuringusse kaasatud asendusravi klientidest puudus varasem kogemus narkomaaniraviga (N 34). Professionaalse abiga võõrutusravil oli üks kord elus viibinud 12 klienti, kaks korda 7 ja rohkem kui kaks korda 5 klienti (kordade arv varieerus ühest kümneni). Kokku 21 klienti oli kas korra või korduvalt püüdnud ennast ise narkootikumidest võõrutada. Eelnevaid opiaatasendusravi kogemusi oli kokku 18 kliendil. Maksimaalselt kuuel korral oldi opiaatasendusraviga varem katsetatud. Käesoleval metadoonasendusravil viibimise aeg erines klientide lõikes suuresti. Kõige pikema ravil viibimise staažiga oli seitse klienti, kes olid olnud ravil alates 2003. ja 2004. aastast. Üle poolte klientidest oli ravi alustanud 2007.-2008. aastal (N 29). Valdav enamik (N 41) käis oma elukohale/kohale lähimas metadoonasendusravi keskuses. Ülejäänud üksikud vastajad eelistasid elukohast kaugemat ravikeskust, põhjuseks paindlikum tööaeg, järjekorra puudumine, väljakirjutatava annuse parem sobivus.

Peamised põhjused, miks uuringus osalenud kliendid ravile pöördusid, olid järgmised: soov elada normaalset elu (N 31), väsimus narkosõltlane olemisest (N 31), soov tuua oma ellu positiivseid muudatusi (N 29), füüsilised terviseprobleemid (N 23) ning kahjutunne narkootikumidele raisatud raha pärast (N 21). Enamik klientidest oli asendusravile pöördunud ise, 11 ravialust tunnistas pere või partneri survet ravi alustamiseks.

3.3.2 Metadoon ja selle manustamine

Kõik 54 metadoonasendusravi keskuse klienti nimetasid tarvitatava narkootikumide aseainena metadooni, mille keskmine doos on 75,9 ml (min 9 ml, max 205 ml). Enamik kliente väitis, et doosid määrab psühhiaater ja neil endal ei ole sõnaõigust selles küsimuses. Vaatamata sellele oli 46 ravialust oma metadoonidoosi suurusega rahul. Peale manustatava asendusaine ja väljakirjutatavate ravimite tarvitavad mõned kliendid ka erineva regulaarsusega juurde alkoholi, bensiodiasepiine, barbituraate, kanepit, stimulante jm. Selline juurdetarvitamine ei ole klientide enda sõnul väga levinud ja regulaarne. Kõige enam väideti tarvitavat just alkoholi (korra nädalas väitis tarbivat üheksa klienti). Enamik kliente on teadlikud, et ravi ajal ei ole lubatud raviväliseid medikamente või narkootilisi aineid tarvitada. Samas osa kliente ei olnud teadlikud, et ravi ajal on keelatud alkohol, muude retseptiväliste ravimite, kanepi ning stimulantide tarvitamine. Seitse uuringus osalejat väitsid, et nad süstivad ravi ajal illegaalseid uimasteid. Peaaegu pooled kliendid ei teadnud, mis tagajärjed kaasnevad illegaalsete narkootikumide tarvitamisega vahelejäämisel ravil viibimise ajal. Ravikeskustepoolsete karistusviisidena mainiti hoiatamist (N 21), ravilepingu lõpetamist (N 15) ja eelisõiguste kaotamist (N 11).

Ravimi manustamise kontrolliga olid rahul ligi 90% klientidest ja hindasid protseduuri inimlikuks. 12 vastanut väitsid, et teised kliendid jagavad ja/või müüvad oma asendusravimit.

Enamik klientidest väitis, et on metadooni toimest ja ohtudest piisavalt teavitatud. Buprenorfiini ja naltreksooni ravimi kohta olid informatsiooni saanud vaid alla veerandi valimisse sattunutest. Teavet asendusravimite kohta olid kliendid saanud peamiselt oma raviarstilt (N 28), kaaslastelt/tuttavatelt (N 25), keskuse teistelt töötajatelt (N 20), infomaterjalidest (N 14) ja meediast/internetist (N 15).

3.3.3 Keskuste ligipääsetavus ja lahtiolek

Klientide väidetest ravikeskusesse jõudmise ajakulu kohta võib järeldada, et metadoonasendusravi keskuste asukoht ei ole neile liialt kaugel. Keskmine ravikeskusesse jõudmise aeg oli 28 minutit (variatsioon 3 minutist 90 minutini). Pooled kliendid kasutavad ravikeskusesse jõudmiseks ühistransporti ja natuke alla poolte tuleb jalgsi. Kokku 61% vastanutest leidis, et asendusravi keskuste lahtiolekuajad sobivad neile. Lahtiolekuageade

mittesobimise põhjuseks toodi töölkäimine. Ka osade ravikeskuste ebäühtlased lahtiolekuajad eri nädalapäevadel raskendavad töölkäival kliendil ühendada ravikeskuses käimist ja töökohustuste täitmist. Kokku 35 uuringus osalenud ravialustest peab käima asendusravimit manustamas ravikeskuses iga päev, ka nädalavahetusel. Kokku 19 kliendile on lubatud ka väljaspool tervishoiuasutust manustada metadooni ja nad peavad käima ravikeskuses 3–5 korda nädalas. Pooled vastanutest (N 27) olid metadooni kojusaamise reeglitega rahul, 25% polnud rahul ja ülejäänud ei avaldanud oma arvamust. Rahulolematuse peamine põhjus oli reeglite segav toime teiste elukohustuste täitmisel (töö). Kui aga klientidel paluti nimetada, mis põhjustel nad sooviksid metadooni koju saada, mainis ainult üheksa töölkäimist, 37 klienti soovis seda reisimiseks ja 30 selliste erakorraliste olukordade puhul nagu vanglasse või haiglasse sattumine.

Keskmiselt oli asendusravi väldanud neli kuud, kui klientidele oli avanenud võimalus taotleda koju kaasavõetavaid metadoonidoose (varieeruvus 3 nädalast 2 aastani).

3.3.4 Asendusravi keskuse töökorraldus klientide väidete põhjal

Asendusravimi kättesaamine alates ravikeskusesse sisenemisest kuni sealt lahkumiseni võtab valdavalt aega 1–5 minutit (N 42), harvem 6–10 minutit (N 11). Kokku 36 klienti teadsid, et peale asendusravimi pakutakse nende ravikeskuses psühhosotsiaalset tuge ja nõustamist, ligi pooled (N 27) olid teadlikud psühhiaatrilise abi kättesaadavusest. Vähem kui pooled teadsid ka, et asendusravi keskuses nõustatakse kliente HIVi (N 25), B- ja C-hepatiidi (N 22) testimisele ning teiste suguhaiguste (N 18) testimisele pöördumiseks. Asendusravi klientidel puudub ühtne arusaam, mis tugiteenused moodustavad asendusravi kohustusliku osa. Kõige enam teatakse, et psühhosotsiaalne tugiteenus (N 30) ja üldine ravialane nõustamine (N 27) on asendusravi kindlad komponendid. Ligi pooled vastanud klientidest soovisid, et asendusravi keskustes pakutaks praegusest enam teenuseid ja tuge.

Enam mainiti psühhosotsiaalsete lähenemiste, nõustamise ja tööturule integreerimise puudumist. Asendusravi keskuse raviarstiga vestlemise sagedus oli klientide ütluste kohaselt väga erinev (tabel 2). Teoreetiliselt on ravikeskustega sõlmitud lepingulisas märke, et sotsiaalselt toimetulev klient käib kindla regulaarsusega (kaks korda kuus) ning sotsiaalselt mittetoimetulev klient käib neli korda kuus psühhiaatri ja psühholoogi vastuvõtul. Samas positiivne leid oli see, et osades ravikeskustes on raviarsti juurde pääsemine paindlik ja vajaduse korral võib arsti vastuvõtule minna iga päev. Muret tekitab

43% küsitletud klientidest, kes väidavad, et saavad raviarsti vastuvõtule minna ainult soovi korral. Seitse klienti tunneb, et raviarstiga oleks vaja praegusega võrreldes sagedamini kokku saada.

Tabel 2. Asendusravi keskuse raviarstiga vestlemise sagedus

	N	%
Vajaduse korral iga päev	12	22,22
Iga nädal	13	24,07
Iga kuu	6	11,11
Ainult soovi korral	23	42,59
Kokku	54	100,00

Enamik uuringus osalenutest pidas oma andmete ja isiku konfidentsiaalsuse hoidmist ravikeskuses väga oluliseks. 72% oli rahul sellega, kuidas praegu nende andmete ja konfidentsiaalsuse hoidmisega tegeletakse. Kuus klienti uskus, et nende andmed ei ole ravikeskuses konfidentsiaalsed. Ka delikaatsete protseduuride (uriinianalüüsi võtmine) käsitlemisega oli enamik ravialustest rahul (N 36). Enamik klientidest oli ka üldiselt rahul ravikeskuse töötajatega ning leidis, et suhtumine klientidesse on vastuvõetav ja hea. On levinud arvamus, et kui klient käitub ravikeskuses ise kenasti, siis töötajad vastavad samaga. Küsimustike põhjal võib väita, et enamiku jaoks on ravikeskus koht, kus nad võivad ka oma igapäevamuresid lahata. Samuti väidavad pooled, et nad võivad neutraalselt avaldada ravikeskuse töötajatele rahulolematust oma ravi suhtes. Enamik kliente ei olnud kursis sellega, kuidas näeb välja raviga seotud kaebuse esitamise protseduur. Keegi küsitletutest polnud ravikeskuse kohta kaebust kunagi esitanud, kuid ligi pooled pidasid vajalikuks kaebust vajaduse korral esitada. Küsitletutest 46 kinnitas, et allkirjastas ravikeskusega ravi alustamisel lepingu, neist 42 väitis, et on kursis lepingu sisuga.

3.3.5 Ravi tulemuslikkus klientide hinnangul

Kokku 37% küsitletud klientidest pidas oma tervislikku seisundit palju paremaks kui enne ravi alustamist ning uskus, et lähitulevikus nende tervis paraneb veelgi. Veerand klientidest on veendunud, et seoses raviga on nende töövõimalused paranenud ja paranevad lähitulevikus veelgi. 30% klientidest väidab, et alates ravi alustamisest on toimunud positiivseid muutusi ka nende sotsiaalses ja psühholoogilises olukorras. Ligi pooled kliendid loodavad, et lähitulevikus paraneb psühholoogiline olukord võrreldes hetkelise

olukorraga veelgi. Kõikidest küsitletutest 20 klienti väidavad, et ei tarvita võrreldes ravi alustamise hetkega enam illegaalseid narkootikume ja 15 ei tegele enam kuritegevusega (tabel 3). Enamik klientidest väidab, et tänu metadoonasendusravile on nende narkootikumide tarbimine ja kuritegelik käitumine märkimisväärselt vähenenud (N 35). Ainult kolm klienti ei näe võrreldes ravi alustamisega oma kuritegevuslikus käitumises muutusi.

Tabel 3. Illegaalsete uimastite tarvitamise sagedus antud ajamomendil võrreldes ravile eelnenud ajaga

	N	%
Ei tarvita	20	37,04
Palju vähenenud	30	55,56
Natuke vähenenud	3	5,56
Ei oska öelda	1	1,85
Kokku	54	100,00

Problemaatiline on metadoonasendusravi maine nende süstivate narkomaanide hulgas, kes ei ole asendusravi teenusega hõlmatud. Kokku 56% klientidest mainis, et nende süstivad sõbrad ei tule narkoravile, kuna ei usu sellesse ja peavad seda tervisele kahjulikuks. Enam mainitud põhjus on uue, „raskema” sõltuvuse tekitamise kartus (levinud on arusaam, et metadoon on herooinist kahjulikum). Üks mainitud põhjuseid oli ka kinnipidamisasutuses puuduvad ravivõimalused ja hirm võõrutusnähtude läbielamise ees vanglasse sattudes. Samas on ravikeskuste klientide suhtumine oma ravisse üldjoontes positiivne. Sageli nägid kliendid selles viimast võimalust normaalse elu juurde tagasipöördumiseks. Mainitakse psüühika ja sotsiaalse olukorra paranemist ning kuritegevuse vähenemist.

3.4. Ravikeskuste teenusepakkujate uuring

3.4.1 Uuringus osalenud keskuste kirjeldus

Uuringus osales kokku kuue teenusepakkuja seitse ravikeskust. Igast ravikeskusest küsitleti psühhiaatrit (7), meditsiiniõde (7) ja juhatajat (6) ning kahest keskusest ka psühholoogi. Ravikeskuse töökorraldusega seotud küsimusi on analüüsitud nii üldiselt kui ka ravikeskuste lõikes anonüümselt.

Mitte ühegi ravikeskuse töötajate arvamused ei ühtinud selles, kui palju on neil kaastöötajaid/erialaspetsialiste ja mis on nende töömahud ravikeskuses. Kõige enam erinevad just ravikeskuste psühhiaatrite antud vastused teiste töötajate omadest. Eri spetsialistide olemasolu ravikeskustes varieerus keskuste lõikes suuresti. Osades keskustes olid olemas sotsiaaltöötajad ja psühholoogid, teises jälle puudus sotsiaaltöötaja ja oli olemas perearsti osaline teenus (2 keskust).

Samuti puudus ühtne arusaam asendusravi keskuse siseselt pakutavatest tugiteenustest. Seitsmest küsitatud ravikeskusest ühes kattus töötajate arusaam asendusravi keskuses pakutavatest erinevatest teenustest. Vastustest võib aimata, et enamik ravikeskustest osutab mingil määral meditsiinilist üldarstiabi, psühhiaatrilist ja psühholoogilist abi ning pakub farmakoloogilist tuge. Lisaks pakuvad mõned keskused asendusravi osana nakkushaigustega seonduvat tuge, nõustamist ja sotsiaalabi.

Keskuse töötajate arvu pidas ebapiisavaks kokku 12 töötajat ja piisavaks 8 töötajat ning 2 ei omanud arvamust. Ravikeskuste sees ei olnud arusaamad töötajate piisavusest ja ebapiisavusest ühtivad. Ühe ravikeskuse puhul olid kõik küsitatud nõus, et töötajaskond on teenuse kvaliteetseks osutamiseks piisav.

Ravikeskuse regulaarsete koosolekute toimumise sagedusest polnud enamik keskuste töötajatest teadlikud. Leidus üks keskus, kus kõik töötajad omasid ühist arusaama ravikeskuses peetavate koosolekute sagedusest. Samas koosolekute päevakorra, infosisalduse ja toimumise sagedusega oli rahul enamik küsitatud ravikeskuste töötajatest. Enamik küsitatud töötajatest (N 18) hindas ligipääsu ametialasele kirjandusele ja teaduskirjandusele heaks. Lisakoolituse vajadust tunnistas kokku 17 küsitatud teenusepakkujat. Sealjuures mainiti, et vaja oleks just koolitusi, mis aitaksid keskustel vahel jagada infot narkoturul toimuvast, uuematest ravivõimalustest ja tugiteenustest ning vahetada kogemusi.

3.4.2 Töö kliendiga

Keskuste lõikes puudus arusaam, kui palju aega võtab keskmiselt ühe kliendi arvelevõtt asendusravi programmi. Keskuste puhul varieerus ühe patsiendi arvelevõtuaeg 15 minutist kuni kuue tunnini. Kui võtta aluseks eri keskuste kolme töötaja antud keskmised vastused (psühholoogid on sellest analüüsist välja jäetud), siis erinevus varieerub 25 minutist 4,5 tunnini. Arvelevõtu erinevatest protseduuridest (meditsiinilise seisundi kindlakstegemine,

psühhiaatri hinnang, narkosõltuvuse raskusastme määramine, sotsiaalse olukorra määramine) oli keskuse töötajatel suhteliselt ühtne arusaam. Mõnes keskuses esinesid üksikud ebakõlad meditsiinilise info olemasolu ja sotsiaalse olukorra määramise puhul. Osades keskustes täpsustati lisaks, et sotsiaalse olukorra määramise osaks on info eluaseme, töökoha, majandusliku olukorra, sotsiaalse toetusevajaduse, hariduse, perekonnaseisu ja kriminaalse tausta kohta.

Raviplaani koostamisse on seitsmest keskusest kuues kaasatud ka klient. Keskuste lõikes erineb, mis töötajad on raviplaani koostamise juures. Osades keskustes tegeleb raviplaani koostamisega terve ravipersonal ning osades on kaasatud ainult psühhiaater ja meditsiiniõde. Kõigis ravikeskustes annab klient raviplaanile nõusoleku. Enamik eri keskuste töötajatest tunnistab, et neil on ravile tahtjate puhul olemas väljajätukriteeriumid. Neli teenusepakkujat väidavad, et väljajätukriteeriumeid ei ole. Väljajätukriteeriumitena on välja toodud agressiivsus, psühhoos, raske füüsiline puue, vanus (alla 18), narkostaaž alla viie aasta, amfetamiin peamise uimastina, klient on diiler jne.

3.4.3 Metadoonravi kliendid ja doosid

Seitsmest ravikeskusest kuus kasutas asendusravimina ainult metadooni, ühes keskuses on alternatiivravimina võimalik ka buprenorfiin. Peale kahe ravikeskuse (üks teenusepakkuja) puuduvad metadoonravile pääsemiseks järjekorrad. Järjekorra pikkus varieerub eelmainitud ravikeskustes kahest nädalast kümne nädalani.

Nelja ravikeskuse töötajad teadsid 2007. aastal metadoonasendusravil olnud klientuuri arvu. Osade ravikeskuste puhul olid keskusesisesed märkimisväärsed erinevused klientide arvus tingitud just psühhiaatri eemalolekust keskuse tööst. Samas leidis ka keskusi, kus juhataja ja meditsiiniõe vastustes esines 2007. aasta klientide arvudes oluline erinevus (keskuse sees 147–250 klienti). Kõikide ravikeskuste lõikes (olenevalt teenusepakkuja teenusest) jäi 2007. aastal klientide arv keskuse kohta vahemikku 30–330 klienti. Praegu keskustes asendusravi saavate klientide arv varieerub samuti ravikeskuse töötajate lõikes. Osa küsitletud töötajatest ei osanud pakkuda, kui palju kliente praegu asendusravil viibib. Ühes ravikeskuses andsid ravikeskuse meditsiiniõde ja juhataja ravikeskuse klientide hetkeseisu kohta sama vastuse. Kõikide ravikeskuste lõikes jäi asendusravil olevate klientide arv vahemikku 30–279 klienti, sõltudes keskuse suurusest. Ravikeskuste töötajate

andmete põhjal viibib asendusravi saav klient ilma ajaliste katkestusteta ravil vahemikus ühest kuust 66 kuuni, koos relapsidest tingitud vahepausidega 12–72 kuud.

Nii nagu esines erinevusi klientide arvus, leidus ravikeskuste sees ka keskmiste metadoonidooside kohta erinevaid arusaamasid. Ei leidunud ühtegi keskust, kus kõik küsitletud töötajad oleksid omanud keskmiste dooside kohta ligilähedast arusaama. Kõige suurem keskusesisene erinevus metadoonidoosides oli 30–112 ml. Summaarselt kõigi keskuste lõikes tuli keskmiseks jagatavaks metadoonidoosiks 57 ml (keskmise varieerus keskuste lõikes 25–80 ml). Keskuste keskmised maksimaalsed doosid jäid vahemikku 100–240 ml. Keskuste keskmine maksimaalne metadoonidoos oli 176 ml.

Üldjoontes hinnatakse keskustes patsiendile määratud metadoonidoosi ja teisi ravivorme jooksvalt, sõltuvalt ravikeskusest on sageduseks kas iga päev, kaks korda kuus või neli korda kuus. Kliendi kokkupuude keskuse raviarstiga (psühhiaatriga) oli sõltuvalt keskusest kas kord või kaks kuus ning paindlikult ka vajaduse järgi.

3.4.4 Ravikeskuse teenused ja reeglid

Kõigil uuringusse kaasatud ravikeskustel on olemas kriteeriumid, mille järgi arvatakse kliente asendusravi programmist välja. Peamiseks põhjuseks on korduv agressiivne käitumine ja ravirežiimi rikkumine.

Kõigis raviasutustes on võetud meetmeid asendusravimite kõrvalepaneku, müügi ja lekkimise vältimiseks. Enam levinud meetmeteks on ravimi manustamine töötaja juuresolekul ning selle järgselt patsiendiga vestlemine, ravimi kaasavõtmise keelamine ja individuaalne klienditeenindus.

Viis ravikeskust on arusaamal, et kui klient hilineb ravikeskusesse, ei saa ta oma päevast ravimiannust kätte, kahes keskuses on hilinemine võimalik. Mitte üheski ravikeskuses ei saa aga uut doosi, kui klient väidab, et ta doos varastati või ta kaotas selle ära. Üksikutel juhtudel on ravikeskuse töötajad vastanud, et metadooni varastamise ja kaotamise korral on uut doosi võimalik saada, kuid kõikide keskuste meditsiiniõdede sõnul on uue doosi saamine välistatud.

Klientide ravirežiimi järgimise kontrollimiseks tehakse kõigis küsitletud ravikeskustes uriinianalüüse. Mis sagedusega neid tehakse, jääb selgusetuks, kuna ravikeskusesiseselt antakse erinevaid vastuseid. Kõikide keskuste peale kokku jäi keskmine uriinitestide tegemise sagedus aastas vahemikku 1–52 korda.

Ravikeskustes pakutavate ravivormide ja tugiteenuste suhtes puudus samuti keskustesisene ühine arusaam. Tabel 4 kajastab ravikeskuste arusaama keskustes pakutavatest teenustest/ravivormidest.

Tabel 4. Ravikeskuste arusaam keskkuses pakutavatest ravivormidest ja tugiteenustest

Raviliik/tugiteenus	Keskuste arv, kus raviliik/tugiteenus on olemas*	Keskuste arv, kus raviliik/tugiteenus puudub*	Keskuste arv, kus anti vastuolulisi vastuseid
Asendusravi metadooniga	7	-	-
Asendusravi buprenorfiiniga	1	6	-
Võõrutusravi ravimiteta	1	5	1
Võõrutusravi metadooniga	3	1	3
Võõrutusravi buprenorfiiniga	1	6	-
Ravi bensodiasepiinidega	2	2	3
Ravi muude ainetega	1	-	6
Nõustamine	6	-	1
Psühholoogiline ja/või sotsiaalne abi	6	-	1
Õendusteenus (mädanikud, veenide hooldus, haavad jne)	1	1	5
Konkreetsetele rühmadele suunatud sekkumised:			
rasedad	3	-	4
endised vangid	1	-	6
noored narkomaanid	2	2	3
kaksikdiagnoosiga kliendid	1	1	5
katseajal olevad inimesed	3	-	4
Informatsioon nakkushaiguste kohta	3	1	3
Üledoosi ennetamine	4	-	3
Võõrutusjärgne ravi naltreksooniga	-	3	4
HIVi, B- ja C-hepatiidi ning teiste suguhaiguste alane nõustamine	6	1	
B-hepatiidi vastu vaktsineerimine	-	-	7
Nõustamine ravile pöördumiseks (HIV, B- ja C-hepatiit, teised suguhaigused)	7	-	-

* Keskused, kus kõik küsitatud töötajad omasid sarnast arusaama osutatavast teenusest (arvestatud on ka keskusi, kus üks töötajatest polnud mingil põhjusel küsimusele üldse vastanud).

3.4.5 Kliendi visiit ravikeskusesse

Ühe visiidi käigus kulutatakse eri ravikeskustes eri töötajate sõnul kliendile aega väga erinevalt, see varieerub viiest minutist ühe tunnini. Ravikeskuste töötajate keskmine hinnang ravikeskuste kaupa varieerus 15 minutist 40 minutini. Küsitletud töötajatest enamiku (N 21) hinnangul sõltub kliendi visiidi ajaline kestus kliendi olukorra spetsiifilisusest. Suur osa (N 18) töötajatest peab klientidele ühe visiidi käigus kulutatud aega piisavaks. Ravikeskuste 14 töötajat väidavad, et suhtuvad erinevatesse kliendirühmadesse (nt probleemsed kliendid, mitme narkootikumi kasutajad, nakkushaiguste põdejad) erinevalt, 8 töötaja sõnul tagatakse kõigile võrdne ja ühesugune lähenemine.

Tüüpilisteks tegevusteks visiidi käigus on ravikeskuse töötajate sõnul vestlus kliendiga, seisundi hindamine ja ravimi väljastamine. Lisaks tuuakse välja, et visiidi käigus võib tekkida ka vajadus kutsuda patsiendile politsei või kiirabi, vestelda erinevatest probleemidest (psühhosotsiaalsed), nõustada kliente ja tegeleda meditsiiniõdede pädevusse kuuluvate protseduuridega.

3.4.6 Asendusravi keskuse sisene töökorraldus

Ravikeskuste lahtiolekuajad erinesid keskuste lõikes. Osa ravikeskustest oli lahti varahommikust kuni õhtul kella kuueni, andes klientidele laia valikuvõimaluse külastada keskust neile sobival ajal. Leidus ka ravikeskusi, mille ametlik lahtiolekuage lõppes iga päev kell 14 või 16. Nädalavahetustel olid lahtiolekuajad üldjuhul kolmetunnised, üksikute juhitudel pikemad või puudusid üldse. Nädalavahetuse puhul olid osadel keskustel avamisajad hilisemad kui tööpäevadel.

Kõik ravikeskused lähtuvad oma töös kõigist kehtivatest riiklikest asendusravijuhistest. Probleeme nendest kinnipidamisega on olnud kolmel uuringus osalenud ravikeskuse töötajal, piisavaks peab neid juhiseid 17 töötajat. Peale üldiste juhiste on kõigi uuringus osalenud ravikeskuste töötajate sõnul keskustesiseselt paika pandud erinevate ametirühmade vastutusala ja tööjaotus. Kokku 20 töötaja sõnul on ravikeskustes olemas ka ametlikud tööülesannete kirjeldused. Ka juhatuse tugi ja töötajate tegevuse kontroll on enamiku töötajate sõnul tõhus. Kontrolli all peetakse silmas jooksvat dokumentide täitmist, aruandlust, koosolekuid ja vestlusi töötajatega.

Kõikides ravikeskustes on võetud meetmeid kliendi- või töötajatepoolse vägivalda ennetamiseks, selleks kasutatakse keskustes turvateenuseid (paanikanupp, turvakaamera, turvamees).

Ravikeskustes on iga kliendi kohta olemas tervise- ja ravikaart, samuti sotsiaalse olukorra kaart. Kliendi raviportsessist antakse temaga seotud töötajatele regulaarselt aru. Samuti on klientidel võimalik raviga seonduvat arutada ja probleeme tõstatada. Kõik keskused kinnitavad andmekaitseseadusest kinnipidamist ja klientide konfidentsiaalsuse tagamist ravikeskuses.

Enamik ravikeskuste töötajaid (N 17) on rahul nii oma keskuse ruumikuse, klientidele pakutava privaatsuse kui ka hoone seisukorraga.

Koostöö teiste sotsiaal- ja tervishoiuasutustega ei ole ravikeskuste töötajate hinnangu põhjal regulaarne, vaid enamikul juhtudel juhuslik või puudub sageli üldse. Eriti puudulikuks hindasid ravikeskuse töötajad oma koostööd vanglate ja kriminaalhooldusasutuste, MTÜde ja eri tugigruppide ning rühmadega. Koostöö oli kõige aktiivsem sotsiaaltöökeskustega (lastekaitse, varjupaigad, sotsiaalamet jne), mille puhul keskuste 9 töötajat hindasid koostöö sageduseks 1–5 korda kuus. Sellist koostööd teiste institutsioonidega hinnati üldjoontes üle keskmise kasulikuks. Koostöö eesmärgina nägid ravikeskuste 17 töötajat klientidele vajalike sekkumiste võimaldamist, 2 pidasid seda vajalikuks erialaste teadmiste vahetamisel.

3.5. Opiaatasendusravil mittekäivate opiaate süstivate narkomaanide hinnang asendusravile

Selle uuringu kliendiküsitlusest selgus, et 56% vastanutest arvab, et nende süstivad sõbrad ei tule narkoravile, kuna ei usu sellesse ja peavad seda tervisele kahjulikuks. Samuti selgus asendusravi keskuste töötajaskonna küsitlusest, et enamikus keskustes puuduvad ravile pääsemiseks järjekorrad. Selleks et uurida täpsemalt süstivate narkomaanide meelsust ja suhtumist metadoonasendusravisse, tegime asendusravil mitteviibivate süstivate narkomaanide seas Tallinnas ja Kohtla-Järvel lisaküsitluse.

3.5.1 Uuritavate taustainformatsioon

Väikese lisauuringu valimisse sattus 17 meest ja 3 naist. Enamik (N 17) valimisse sattunutest rääkis vene keelt. Vastajate keskmine vanus oli 26,05 aastat (min 19, max 34), 65% neist oli põhiharidusega ning 4 keskeri-/kutseharidusega. Pooled vastanutest omasid peamise sissetulekuallikana juhutööd, 5 käisid regulaarsel tööl ja 4 olid töötud.

Valimisse sattunud mehed olid süstinud uimasteid keskmiselt 5,8 aastat ja naised 8,3 aastat. Peamiseks süstitavaks narkootikumiks oli üheksa vastaja puhul moon, kaheksal fentanüül ehk „valge hiinlane”, ühel heroiin ja kahel amfetamiin. Kõik küsitletud tarvitasid peale põhiuimasti veel mingit narkootikumi. Ainult kuus küsitletud süstijat tarvitasid lisaks üht uimastit, ülejäänud 14 puhul võime rääkida enam kui kahe narkootikumi segatarvitamisest. Peamisele narkootikumile lisaks tarvitavate ainete seas oli kõige levinum fentanüül (N 15), amfetamiin (N 8) ja heroiin (N 5). Lisaks tarvitavate narkootikumidena mainiti ka kanepit, *ecstasy*'t, kokaiini, sudafedi ja kahel juhul illegaalset metadooni.

14 vastajat olid igapäevased süstijad, neli süstisid 2–3 korda nädalas, üks üle päeva ja üks korra nädalas. 20 vastaja keskmine päevane tarbitava sõltuvusaine kogus oli 3,6 ml (min 0,025 ml, max 10 ml). Kokku 45% vastanutest süstis süstimise päeval korra päevas. Maksimaalseks süstimise kordade arvuks tuli viis korda päevas (tabel 5). Narkootikumide tarvitamise põhjusena mainis enamik vastajaid, et tegemist on lihtsalt sõltuvusega (N 17), kolmel korral mainiti kaifi saamise olulisust.

Tabel 5. Süstimise kordade arv päevas

	N	%
1 kord	9	45,00
1–2 korda	4	20,00
2 korda	2	10,00
2–3 korda	1	5,00
2–5 korda	1	5,00
3 korda	2	10,00
3–5 korda	1	5,00
Kokku	20	100,00

3.5.2 Eelnevad ravikogemused ja suhtumine metadoonasendusravisse

16 vastajat olid mingil eluperioodil soovinud omal käel sõltuvusest vabaneda. Ainult kaks amfetamiini ja kaks fentanüüli peamise aina tarvitajat väitsid, et pole kunagi püüdnud sõltuvusest vabaneda. 12 vastanud süstivat narkomaani olid proovinud oma sõltuvusest vabaneda arsti poole pöördudes. Nendest seitse olid mingil eluperioodil viibinud ka metadoonasendusravil. Seitsmest asendusravi saanud vastajast viis tunnistasid, et tarvitasid ravil olles ka narkootikume. Asendusravi lõpetamise põhjuseid oli erinevaid: ravikeskuse halvustav suhtumine klienti (N 4), ravi ebaefektiivsus (N 4), metadooni mitte kaifi andev toime (N 3), raviprogrammist eemaldamine (N 2). Kaks vastanut olid metadoonasendusravi programmi edukalt lõpetanud, kuid olid uuesti süstimist alustanud.

Põhjuseks, miks ei ole arsti poole pöördunud, mainiti kolmel korral, et asendusravimid on mürgised ja kahjulikud, samuti öeldi, et puudub informatsioon ravi võimalusest, toimest ja kõrvalmõjudest. Ainult üks vastaja ei näinud narkootikumidest loobumiseks põhjust ega klassifitseerinud ennast sõltlaseks.

Vastajate üldine suhtumine metadoonasendusravisse oli pigem negatiivne. Üheksa vastanut arvasid, et asendusravi on kasutu, mürgine ja vandenõu narkomaanide suhtes. Kümme küsitletut pidasid metadoonravi heaks vahendiks, kuidas ajutine narkootikumi puudumine üle elada. Mainiti ka arvamust, et metadoonist tekib suurem sõltuvus kui narkootikumidest (N 2). Ainult kaks vastanut leidsid, et metadoonasendusravi on tõhus viis tavaellu tagasipöördumiseks. Enamikul vastanutest (N 16) on tuttavaid, kes viibivad metadoonasendusravil. Uuringus osalenute hinnangul (N 13) oli ka nende ravil viibivate tuttavate seas levinud arusaam asendusravist kui vahendist, kuidas üle elada narkootilise aine ajutine puudumine. Viis vastanut väitsid, et nende tuttavad peavad ravi kasulikuks ja tõhusaks vahendiks.

3.5.3 Informatsioon opiaatasendusravi kohta

Vastanute sõnul pärines põhiline informatsioon opiaatasendusravi kohta süstlavahetuspunktidest (SVP), väljatöötajatelt ja tuttavatelt. Peaaegu võrdselt mainiti infoallikana SVPde ja väljatöötajate kaudu saadavaid kirjalikke materjale/voldikuid (N 13) ja suusõnalist info edasiandmist (N 15). 16 vastanut väitsid, et informatsioon asendusravist

levib ka tuttavate kaudu. Internetti ja massimeediat oli informatsiooniallikana mainitud vaid ühel korral.

Massimeedia vähene mainimine oli mõnevõrra üllatuslik, kuna esialgse taustainfo põhjal võis oletada, et vene keelt kõnelevad süstivad narkomaanid saavad peamise informatsiooni just Venemaa massimeediast. Käesolev küsimustik sisaldas ka küsimust vastanute enim eelistatava massimeedia kohta. Küsimustike põhjal selgus, et eelistatuimaks massimeediaks on televisioon (N 17), millele järgnes raadio (N 6). Teisi massimeedialiike oli mainitud üksikutel kordadel. Kolm enim vaadatud televisioonikanalit olid RVK, TV3+ ja ORT ning kolm enim kuulatud raadiojaama Dinamit FM, 100FM ja Russkoje Radio.

Üle poolte vastanutest arvas, et neil puudub piisav informatsioon opiaatasendusravi toime ja tagajärgede kohta. Rohkem lisainformatsiooni sooviti saada just ravi tulemuslikkuse (N 13), ravi kõrvaltoimete (N 10), asendusravimite toime (N 10) ja ravile pääsemise võimaluste (ravikindlustuseta kliendid) (N 11) kohta. Vajalikuks peeti ka lisateavet selle kohta, kuidas asendusravimid sobivad kokku teiste ravimitega (ARV, hepatiit) (N 11), ja ravi mõjust tervisele (N 10). 14 küsitletut ei omanud erinevate opiaatasendusravimite kohta teavet.

Adekvaatset informatsiooni opiaatasendusravi ja ravimite kohta eeldati saada erinevatest infoallikatest. Kõige paremaks infoedastajaks peeti SVP töötajaid (N 20) ja juba ravil käivaid süstivaid narkomaane (N 10). Positiivsena võib näha mainitud infoallikate mitmekesisust ja ka tavaliste tervishoiuteenuste raames info jagamise mainimist (tabel 6).

Tabel 6. Informatsiooni asendusravist edastamise soovitatavad kohad narkosõltuvusega inimesele

	N
SVP töötajatelt	20
Madalalävekeskuste töötajatelt	9
Infektsionistidelt	7
Apteekritelt	6
Kiirabilt	7
Perearstilt	6
Meediast	7
Internetist	7
Erinevatest infomaterjalidest (voldikud, trükised jne)	8
Juba ravil käivatelt sõltlastelt	10
Muu	2
Sõpradelt	1
Info/kuulutused haiglates	1

3.5.4 Metadoonasendusravi tugiteenused

15 vastanut arvasid, et asendusravile minemise vastu tuntaks suuremat huvi, kui raviteenus sisaldaks suuremal määral tugiteenuseid. Soovitavatest tugiteenustest mainiti peamiselt psühhosotsiaalseid lähenemisi ja erinevaid nõustamise vorme (tabel 7). Enamik vastanuid (N 15) mainis, et asendusravi ühe tugiteenusena sooviksid nad näha tööhõive korraldamist ja üldarstiabi osutamist klientidele (N 11).

Tabel 7. Tugiteenuste soov opiaatasendusravi osana SVP külastajate sõnul

	N
Psühholoogiline nõustamine	19
Sotsiaalne nõustamine	18
HIVi/AIDSi testimine	16
B-, C-viirushepatiidi testimine	16
Tööhõive	15
Üldarstiabi	11
Muu	2
Tööle suunamine	1
Kõik olemas, aga ei toimi	1

3.5.5 Ravile pöördumine

Vastanute hinnang sellele, kas nad kavatsevad tulevikus opiaatasendusravile pöörduda, oli erinev. Üheksa vastanut väitsid kindlalt, et ei pöördu enam kunagi asendusravile, neli uskusid, et tulevikus pöörduvad, ja seitse vastajat ei omanud kindlat seisukohta. Ravile pöördumise peamiste põhjustena mainiti füüsilisi terviseprobleeme (N 7), väsimust olemast narkosõltlane ja positiivsete muudatuste (N 8) ning normaalse elu elamise soovi (N 4).

Diskussioon

Klientide ravitõhususe hinnangule tuginedes võib öelda, et opiaatsõltuvuse asendusravi peetakse tõhusaks ja vajalikuks sekkumiseks. Vaatamata uuringukäigus väljatulnud puudujääkidele teenuse pakkumise juures on kliendid asendusravil viibides parandanud tunduvalt oma elukvaliteeti ja sotsiaalset olukorda. Kuna antud uuringu eesmärgiks oli just kaardistada asendusravi teenuse vajadused, siis antud diskussioonis püüame võimalikult konkreetselt keskenduda just lahendamist vajavatele probleemidele. Rääkides erinevatest puudujääkidest Eestis pakutava asendusravi juures püüame diskussioonis sisse tuua ka maailmakirjanduses ja praktikas levinud lähenemisviise sarnaste asendusravi teenuse pakkumise kitsaskohtadega tegelemiseks.

Üldise plaanis võib Eesti metadoonasendusravi teenuse probleeme liigitada järgmiselt: üldise kontseptsiooni ja juhtimissüsteemi puudumine, ravikeskuste töökorralduslikud puudujäägid, tugiteenuste piiratus, koostöö puudumine teiste institutsioonidega ja metadoonravi negatiivne maine nii süstivate narkomaanide kui ka teenusepakujate seas. Etteruttavalt võib öelda, et selle uuringu leiud on sarnased 2007. a juunis UNODC sõltumatu eksperdi, Vilniuse Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kliiniku professori ja Vilniuse Sõltuvushäirete Keskuse direktori dr Emilis Subata korraldatud metadoonasendusravi kiirhindamise tulemustega.

Eestis on opiaatasendusravi suhtes viimastel aastatel rakendatud enim nn kahjude vähendamisele ehk toetavale säilitusravile suunatud asendusravi. Selline lähenemine oli just teenusepakujate arvates domineeriv tänu aastatel 2003–2007 väldanud HIV-ennetuslikule GFi programmile. Metadoonasendusravi tulemuslikkuse metanalüüsile tuginedes võime väita, et antud ravivorm on HIV-nakkuse vältimiseks süstivate narkomaanide hulgas tõepoolest tõhus, vähendades nii narkootikumide süstimist (26, 47) kui ka kriminaalset tegevust (26, 29). Asendusravi on seotud ka HIV-positiivsete süstivate narkomaanide parema ravi soostumuse ja tervisenäitajate paranemisega (47). Samas on HIV-nakkuse ennetamise puhul leitud, et tähtis on asendusravi programmi lisada ka selliseid HIV-ennetustegevuste komponente nagu nõustamine ja riskikäitumise vähendamine. Samuti ei tohi piirata klientidele juurdepääsu süstlavahetusteenusele (48).

Kõik asendusraviga seotud programmid ja sekkumised ei ole tõhusad ega kulu-tulusad. Ravi tõhusust silmas pidades võime metanalüüsi põhjal väita, et just raviprogrammi kvaliteet, kliendiga tegelemise osakaal ja ravi kestus on tihedalt seotud süstimise ning

riskikäitumise vähendamise või lõpetamisega (27). Raviprogrammi ajalise kestuse suhtes on leitud, et kliendid, kes viibisid asendusravil aasta või enam, vähendasid suurema tõenäosusega oma süstimist (49). Lisaks on asendusravimi õige doos seotud ravi tulemuslikkusega. Teaduskirjandusele tuginedes võime väita, et asendusravimi suurema doosi kasutamine (60–109 mg) tagab parema ravi tulemuslikkuse kui keskmiste (40–59 mg) ja väiksemate koguste (1–39 mg) manustamine (34, 31). Erinevate tugiteenuste osatähtsust illustreerivad kõige paremini McLellani (38) uuringu tulemused: uuringus võrreldi asendusravilt väljalangemise osakaalusid eri programmide lõikes, mille põhjal selgus, et kõige väiksema ravilt väljalangemisega olid programmid, mille juurde kuulus lai spekter psühhosotsiaalseid tugiteenuseid (19%), järgnes programm, mille kohustuslikuks osaks oli nõustamine (41%), ja programm, kus tagati ainult asendusravimi kättesaadavus (69%). Asendusravi juurde käivad tugiteenused aga varieeruvad kulu-tulususe poolest. Kuigi kõige suurem tulemuslikkus saavutatakse mitmete erinevate teenuste osutamisega kliendile, on kõige kulu-tulusam tagada kliendile asendusravim koos kvaliteetse psühhosotsiaalse nõustamise võimalustega (50, 51).

Uutes 2009. aastal aktsepteeritavates opiaatsõltuvuse ravijuhistes eristatakse toetavat säilitusravi ja asendusravi. Huvigruppide esindajate intervjuudest võis välja lugeda, et nii teenuseplaneerijate kui ka -pakkujate poole pealt peeti tulevikusuunaks enamasti asendusravi, mille juurde kuuluvad ka tugiteenused. Kindlaid ja konkreetseid metadoonasendusravi arengusuundi intervjuudest ei selgunud. Üleüldiselt võibki järeldada, et asendusravi puhul on Eestis tegemist killustunud valdkonnaga, kus puudub ühtne lähenemine ja vastutuse jaotamine. Nii teenuseplaneerijate kui ka -pakkujate vahel puudub koostöö ja ühtne arusaam asendusravi olemusest ning eesmärkidest. Praegu on selle valdkonna ühtseks sisuliseks raamdokumendiks Eesti Psühhiaatrie Seltsi konsensusdokumendina kasutatav opiaatsõltuvuse ravijuhis. Osa ravikeskustest, mida rahastab ainult TAI, omab ka lepingu lisas asendusravi teenusekirjeldusi. Selline ühtne raamistiku ja juhendite puudumine nõuab riiklike asendusravi standardite paikanemist, kindla ravistruktuuri ja arengusuundade kindlaksmääramist, vastutuse jaotamist ja poliitilist tahet selle valdkonna arendamisega tegeleda. Ühe lahendusena pakkusid uuringus osalenud välja kinnitada uus opiaatsõltuvuse ravijuhis kõrgemal tasemel, et vältida selle muutumist soovituslikuks dokumendiks.

Kui üldine opiaatasendusravi raamistik on paika pandud, tuleks hakata tegelema ravikeskustesisese töökorralduse tõhustamisega. Metadoonasendusravi pakkuvate töötajate

küsimustikest selgus, et problemaatiline on just keskustesisene töökorraldus. Teooria kohaselt tagab ravikeskuse eduka toimimise hästi toimiv ravikollektiiv, kes on teadlik oma vastutusalast ning omab oma klientide raviprotsessist ja seisundist ühtset ülevaadet/informatsiooni (52). Sellise meeskonnatöö tõhustamiseks on vaja kindlasti asendusravikeskuste töötajatele võimaldada lisakoolitusi. Peale meeskonnatöö koolituse vajab ravikollektiiv toimimiseks ka regulaarset täiendusõpet, mis hõlmaks uusi ravisuundi ja lähenemisi (32). Uuringust selgub, et praegu on lisakoolituse vajadus suur ja koolitusvõimalused piiratud ning hektilised. Vajalik oleks eriala gruppide lõikes paika panna konkreetsed koolitusplaanid ja korraldada koolituste rahastamist. Tuleks ka võimendada ravikeskuste teiste töötajate pädevust psühhiaatrile pandud ülesannetes, et vähendada psühhiaatri hõivatust ja suurendada muude töötajate motiveeritust (53).

Ravikeskuste töötajaskonna koostöö teiste tervishoiu- ja sotsiaalasutustega on limiteeritud. Selline isoleeritus ja kontaktide puudumine võib asendusravi kliendile tekitada vajalikesse teenustesse sisenemisel barjääre. Asendusravi keskuse üks roll võiks olla kliendi sidumine teiste tervishoiu- ja sotsiaalasutuste teenustega. Selline kontaktide ja suunamise vajadus on eelkõige vajalik Eesti olukorras, kus ravikeskuste juures olevate tugiteenuste osakaal on vähene või puudub üldse. Eri institutsioonide vahelist koostööd aitaks ravikeskuse töötajate arvates parandada ravikeskuse juures paiknev juhtumikorraldaja. Abiks oleks kindlasti ka eri institutsioonide koostöö tõhustamine ümarlaudade ja vastastikuse koostöölepingute sõlmimise kaudu.

Uuringu tulemustele ja ravikeskustega sõlmitavatele lepingutele tuginedes võib välja tuua, et osades keskustes puudub psühholoogi ja sotsiaaltöötaja ametikoht, samas osades on vastav personal olemas, kuid kõik keskuse kliendid ei ole teenusega hõlmatud. Pooled kliendid mainivad asendusravi nõrkusena puuduvaid tugiteenuseid, enam tuntakse puudust psühhosotsiaalsetest lisateenustest ja nõustamisest. Tugiteenuste vähesele osakaalule viitab ka kaudselt klientide hinnang sellele, kui palju aega kulub neil keskmiselt ravikeskuses metadooni manustades. Selline vastus võib olla tingitud ka sellest, et kliendid on küsimust valesti mõistnud, pidades tugiteenuseid ravimi manustamisest eraldiseisvaks.

Nii ravikeskuse töötajate kui ka klientide küsitlusest selgus, et metadoonidooside kaasaandmine kliendile on Eestis küllaltki levinud praktika. Kokku 19 klienti 54-st võis metadooni manustada väljaspool tervishoiuasutust. Maailmakirjanduse põhjal kasutatakse klientidele metadooni kaasaandmist motivatsioonimehhanismina, sest sellistes doosides nähakse suurimat privileegi (54). Kaasaantavate dooside puhul on tähtis, et kliendid oleksid

need välja teeninud. Tavaliselt pakutakse sellist võimalust kliendile, kes on 90 päeva või enam ravil viibides andnud puhta uriiniproovi. Tõendust on leidnud, et dooside kaasaandmist klientidele kasutatakse ka väiksemate positiivsete käitumismuudatuste premeerimiseks, kuid see ei ole väga levinud praktika. Klientide ütluste kohaselt varieerub Eestis keskuste lõikes aeg, mille möödumisel oli klientidel võimalus taotleda kaasaantavaid metadoonidoose, kolmest nädalast kahe aastani. Samuti jäi kontrollmehhanismina kasutatavate uriiniproovide võtmise sagedus ravikeskustes selgusetuks. Sellises olukorras oleks otstarbekas põhjalikumalt struktureerida metadooni kaasaandmise nõudeid ja sätestada kontrolliks vajalike uriiniproovide tõhusam süsteem. Teaduslikult on tõestatud, et regulaarsete uriiniproovide tegemine klientidele, kes saavad kaasavõetavaid metadoonidoose, vähendab nende seas oluliselt narkootikumide tarvitamist (55). Uriiniproovide tegemiseks on aga vaja ravikeskusi varustada usaldusväärsete ja kõiki aineid tuvastavate vahenditega. Testid, mida kasutatakse opiaatide kindlaksmääramiseks uriinist, on vähetundlikud sünteetiliste opiaatide, näiteks fentanüüli suhtes (56, 57). Sellest tulenevalt on vaja võtta kasutusele spetsiifiline ELISA-testimisprotseduur, mis võimaldaks asendusravi klientide puhul tuvastada Eestis laialdaselt levinud fentanüüli kasutamist (58). Üks olulisi metadoonasendusravi teenuse aspekte on ka teenuse igapäevane kättesaadavus. Ravikeskuste lahtiolekuaegu tuleks valida väga hoolikalt, võttes arvesse klientide soove, ümbritseva keskkonna võimalusi, ühistranspordi ajagraafikut ja ravikeskuse töötajate võimalusi. Suurte ravikeskuste puhul oleks otstarbekas ka jagada kliendid kellaaegade vahel ära, et vältida pikki järjekordi (52). Meie valimisse sattunud keskused olid erinevate lahtiolekuaegadega. Osa keskustest oli lahti kella kaheksast hommikul kuni kella kuueni õhtul, mis andis klientidele oma päevase doosi kättesaamiseks suhteliselt suure valikuvõimaluse. Osa ravikeskustest oli vastavalt nädalapäevale avatud kas hommiku- või õhtupoole. Kliendiküsimustiku põhjal võib väita mõningast rahulolematust keskuste lahtiolekuaegade suhtes. Lõplikku järeldust on selle info põhjal raske teha, kuna seda teemat puudutavatele eri küsimustele antud vastused on vastukäivad. Kokkuvõtvalt võib öelda, et lahtiolekuaegade puhul ootavad kliendid ühtset igapäevast ajagraafikut ja pikemat lahtioleku intervalli. Eriti raskeks peeti nädalavahetusi, mil hilisema lahtiolekuaja tõttu esinevad klientidel võõrutusnähud.

Metadoonidoosidest ülevaate andmiseks on see uuring kindlasti ebasobiva valimiga. Selleks et teha eri keskuste lõikes kindlaks klientide keskmised doosid, oleks vaja teha lisauuring. Praeguse uuringu puhul on võetud arvesse, et enamik metadoonasendusravi

keskusi on Eestis loodud sarnasel põhimõttel ja teoreetiliselt ei tohiks eri keskuste lõikes metadoonidoosid oluliselt erineda. Keskuste eri töötajate arvamuste keskmiste põhjal varieerusid doosid keskuses vahel 25–80 ml. Selle põhjal on keskustevahelised erinevused metadoonikogustes suhteliselt suured. Suuri erinevusi doosides kinnitab ka kliendirahulolu küsimustik, mille põhjal kliendi päevane metadoonikogus jäi 9–205 ml vahele. Tavapraktikas on päevane metadoonidoos 60–120 mg (32) ja väikeste dooside puhul loetakse asendusravi ebatõhusaks (35). Positiivne on see, et uued opiaatsõltuvuse ravijuhised sätestavad soovitatavad metadoonidoosid ja annavad metadooni manustamiseks juhtnööre. Ühtse standardi ja tavapraktika väljakujunemiseks oleks aga vajalik ravijuhiste kinnitamine kõrgemal tasemel.

Kliendirahulolu küsitlusest selgus, et üle poolte klientidest omavad sõpru, kes ei käi asendusravil, sest ei usu sellesse või peavad seda kahjulikuks. Metadoonasendusravi ebapopulaarsusest annab märku ka ravile pääsemiseks järjekordade puudumine enamikus keskustes. Süstivate narkomaanide hulgas korraldatud lisaküsitlusest selgus samuti, et asendusravi maine on vaadeldavas rahvastikurühmas negatiivne ja pigem nähakse selles kahjulikku lähenemist. Metadooni kasu toovat aspekti mainisid süstivad narkomaanid harva, enam mainiti medikamendi väärkasutamist (viis, kuidas üle elada narkootikumi ajutine puudumine). Selline suhtumine on ühelt poolt kindlasti tingitud sellest, et asendusravi kohta ei leidu adekvaatset infomaterjali. Eesti vene keelt kõnelev elanikkond saab informatsiooni Venemaa allikatest, mis on opiaatasendusravi suhtes mittesooivad. Vaatamata farmakoloogilise opiaadisõltuvusravi tõhususe teaduspõhisusele on Venemaal narkoloogiaga tegelevad eksperdid ametlikult asendusravi vastu. Venemaa seadused välistavad asendusravi vormi ja keskenduvad võõrutusravile ning muudele ravivõtetele. Samuti peab Venemaa ortodoksi kirik opiaatasendusravi esimeseks etapiks uimastite legaliseerimisel (59).

Seega vähendavad metadoonasendusravi nõudlust adekvaatse informatsiooni puudumine ja metadoonasendusravi kaheldav kvaliteet. Uuringu tulemustele tuginedes võib oletada, et klientide poolt praktikas kogetud asendusravi kvaliteedi tõus ja adekvaatse raviinfo levitamine õigete kanalite kaudu võivad ravinõudlust suurendada. Nagu küsitlusest selgus, on süstivate narkomaanide silmis usaldusväärseks infoallikaks nende kaaslased ja süstlavahetuspunktide töötajad. Seetõttu tuleks just eelnimetatud infoallikate kaudu planeerida lähenemisi, mis aitaksid levitada adekvaatset informatsiooni ja tegeleda raviteenuse juurde suunamisega.

Edaspidi on vaja tõsta ka asendusravi mainet ühiskondlikul tasandil, et raviteenuse pakkumisel tekiks konkurents ja töötajaskond peaks ennast enam väärtustatuks selles valdkonnas. Metadoonasendusravi ühiskondliku maine ja kaetuse suurendamise aluseks on samuti asendusravi teenuse kvaliteedi tõus.

Positiivse leiuna võib hindamisuuringu põhjal välja tuua selle, et nn piiratud kvaliteediga raviteenuste juures suhtuvad osad kliendid asendusravisse soosivalt ja tõdevad, et tänu asendusravile võib nende käitumises täheldada positiivseid muutusi ja psühholoogilise olukorra paranemist. Mitmed kliendid väitsid, et nende tervislik, psühholoogiline ja sotsiaalne olukord on tänu raviprogrammis viibimisele paranenud ja loodetavasti pareneb tulevikus veelgi. Samuti väidab osa klientidest, et on uimastite kasutamise ja kuritegeliku käitumise täielikult lõpetanud. Tuginedes teooriale, et ravikvaliteedi tõus ja psühhosotsiaalsete tugiteenuste arendamine asendusravi programmides tagab ka parema ravi järgimise ja tulemuslikkuse, võivad eelnimetatud positiivsed muudatused klientide seas raviteenuse kvaliteedi tõusuga kordades suurenedada (38).

Olulisemad soovitused

- Selles peatükis esitatavad soovitused kattuvad suuremalt jaolt nende soovitustega, mida on metadoonravi kvaliteedi tõstmiseks 2007. a juunis andnud dr Emilis Subata. Muret tekitab on asjaolu, et sarnased valupunktid Eesti asendusravi valdkonnas tulid esile ka aasta pärast UNODC kiirhindamise tulemuste avaldamist.
- Paika tuleks panna riiklikud asendusravi standardid ja kehtestada ühtne ravistruktuur ning panna paika mehhanismid, mis tagavad need standardid.
- Võimaldada asendusravi keskuste töötajatele meeskonnatöoga seotud ja regulaarset täiendusõpet.
- Tõhustada asendusravi keskuste koostööd teiste tervishoiu- ja sotsiaalasutustega.
- Arendada ja luua asendusravi keskuste juurde psühhosotsiaalsed tugiteenused.
- Vaadata regulaarselt üle metadoonasendusravi keskuste lahtiolekuaegade sobivus klientuurile.
- Sätestada riiklikud realistlikud reeglid kaasaantavate metadoonidooside kohta.
- Tõhustada metadoonasendusravi klientide ravisoostumuse kontrollsüsteemi (uriinitestid).

- Tagada opiaadisõitlaste sihtgrupile ja nende peredele adekvaatne informatsioon metadoonasendusravist, kasutades selleks neile sobilikke infokanaleid.
- Tagada metadoonasendusravi ka arestimajades ja vanglas.
- Kasutada võimaluse korral peale metadooni ka teisi asendusravis tarvitata vaid medikamente.

Kirjandus

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/AIDSiga seotud riskikäitumine ja teadmised. Esmas- ja korduvkliendide 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 Anestesiol* 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.

Introduction

This report gives an overview of the results of and conclusions drawn from an assessment survey on the quality of methadone substitution treatment and on the demand for such kind of services. The initial focus of the survey was on opiate substitution treatment. However, as over the course of the survey only methadone patients tended to fall into the sample, the focus was shifted toward methadone substitution treatment. The assessment survey includes substitution centres of six service providers and their 54 clients. Five of the sampled service providers offer only methadone substitution treatment and one methadone as well as buprenorphine treatment. An individual sample of the users of the given substitution medicine was not generated due to limited supply. It can be said in advance that the general sample of this survey does not enable a very comprehensive overview of the overall quality of substitution treatment to be given, but points rather to problematic issues requiring solutions or additional surveys. Indeed, it is one of the goals of the survey to provide practical suggestions for improving treatment quality as based on scientific research and on the analyses of the assessments and opinions of the parties of methadone substitution treatment.

Structured and semi-structured interviews served as data collection instruments for the assessment survey. Different sets of questions were used in order to obtain an overview of the political and organisational context of opiate substitution treatment, to assess how satisfied clients are with the provided treatment service, to study the management of work and service quality in health care institutions providing substitution treatment and their cooperation with other social and health care institutions. It was not the aim of the survey to assess the efficiency or cost-effectiveness of the treatment. In addition to the aforementioned a supplementary questionnaire was composed for opiate-injecting addicts not undergoing treatment in order to gain information on their attitudes and opinion on methadone substitution treatment. Such a course was taken due to the negative attitude toward substitution treatment manifested in interviews, the low percentage of injecting addicts undergoing treatment and the absence of treatment queues in most substitution treatment centres.

The survey was conducted in cooperation between the Estonian Drug Monitoring Centre of the National Institute for Health Development, the Trimbos Institute of Netherlands, UNDOC project manager Signe Rotberg and foreign expert Dr. Emilis Subata. The survey

was funded from the resources of the XEE/J20 project of the UN Office on Drugs and Crime (UNODC) “HIV/AIDS Prevention and Maintenance among Injecting Addicts and in Prisons in Estonia, Latvia and Lithuania 2006-2010”. The survey also makes references to a quick assessment given on the basis of a two-day visit in June 2007 conducted under the same UNDOC project (Subata, 2007).

Discussion

Based on the clients’ therapeutic efficacy evaluation it may be said that the substitution treatment for opiate addiction is considered an effective and necessary intervention. Despite the deficiencies in the service provision which became evident during the study the clients’ quality of the life and social situation has remarkably improved while having substitution treatment. As the objective of the study was to map the needs for substitution treatment service, we will, during the present discussion, attempt to concentrate as specifically as possible especially on the problems which need to be solved. When talking about the different deficiencies in the substitution treatment offered in Estonia we will try to discuss the approaches common in the literature and in practice used to tackle the weaknesses in the provision of substitution treatment.

In general, the problems concerning methadone substitution treatment service in Estonia can be classified as follows: non-existent general concept and management system, shortcomings in the organisation of work in treatment centres, limited support services, lack of cooperation with other institutions and the negative image of methadone substitution treatment among injecting drug addicts as well as service providers. It can be said in advance that the findings of this survey are similar to those of a quick assessment of methadone substitution treatment conducted in June 2007 by Dr. Emilis Subata, UNDOC independent expert, professor of the Psychiatric Clinic of the Medicine Department of the University of Vilnius and director of Vilnius Centre of Addiction Disorders.

In the past years the focus of opiate substitution treatment in Estonia has been rather on harm reduction or maintenance treatment. According to service providers this approach was dominating in 2003-2007 due to the Global Fund HIV prevention programme. Based on the meta-analysis of the efficiency of methadone substitution treatment it can be claimed that this treatment pattern indeed helps to tackle the distribution of HIV infection among

injecting addicts, reducing drug injections (Gossop et al, 2005; Farrell et al, 2005) as well as crime level (Gossop et al, 2005; Holloway et al, 2006). Substitution treatment is also associated with injecting addicts' higher compliance to treatment and improvement of their health indicators (Farrell et al, 2005). However, prevention of HIV infection indicates that it is vital to include such elements of HIV prevention as counselling and reduction of risk behaviour in the substitution treatment programme. Also, clients' access to the syringe exchange service should not be limited (Kwiatkowski et al, 2001).

All substitution programmes and interventions are not efficient and cost-effective. Regarding the efficiency of treatment it can be stated on the basis of meta-analysis that it is the quality of the treatment programme, services for client and the duration of treatment that play an important role in reducing or quitting injecting and risk behaviour (Gibson et al, 1999). As for the duration of treatment programmes it has been found that clients who undergo substitution treatment for a year or more reduce their injecting with a higher certainty (Ball et al, 1988). In addition to the aforementioned the appropriate dose of substitution medicine also influences the efficiency of treatment. As based on scientific research it can be asserted that administering a higher dose of substitution drug (60–109 mg) guarantees greater efficiency than an average (40–59 mg) or lower dose (1–39 mg) (Amato et al, 2005, Barnett et al, 2000). The importance of support services is best illustrated by the results of McLellan's survey (1993) which compared the percentages of dropping out of substitution treatment over a number of programmes: programmes that included a wide selection of psycho-social support services had the lowest drop-out rate (19%), followed by programmes with compulsory counselling (41%) and programmes providing only the substitution medicine (69%). However, the cost-effectiveness of support services to substitution treatment varies. Although the highest efficiency is guaranteed by the co-provision of various services to a client, the most cost-effective method is to provide the substitution medicine and options of high-quality psycho-social counselling (Kraft et al, 1997, Puigdollers et al, 2003).

The new treatment guidelines to be approved in 2009 differentiate between maintenance treatment and substitution treatment. It could be gathered from the interviews with the representatives of concerned parties that parties planning services as well as service providers regard substitution treatment accompanied by supportive services as the future course to follow. However, the interviews did not reveal any specific and definite development trends of methadone substitution treatment. In general it could be concluded

that in Estonia substitution treatment is a highly fragmented field lacking an integral approach and distribution of responsibility. Cooperation between service planners and service providers is non-existent and the same is true for a uniform understanding of the essence and goals of substitution treatment. At the moment the only substantial framework document for the field is a set of treatment guidelines for opiate addiction used by the Estonian Association of Psychiatrists as the consensus document. Some treatment centres funded by the National Institute for Health Development provide service descriptions of substitution treatment in contract appendices. The lack of a unified framework and guidelines calls for setting national standards of substitution treatment, a fixed treatment structure and development trends, distributing responsibility and for political will to develop the field. Various parties of the survey offered as one solution the authorisation of new treatment guidelines for opiate addiction on a higher level so as to avoid their turning into a document of an advisory nature.

The next step after setting the general framework for opiate addiction treatment is the enhancement of the organisation of work in treatment centres. Responses of employees providing methadone substitution treatment revealed that first and foremost it is the in-house organisation of work that is problematic. Theoretically the successful functioning of a treatment centre depends on staff who know well their responsibilities and have a solid grasp of the treatment process and condition of patients (Strain & Stitzer, 2006). In order to make teamwork more effective additional training should be enabled for the employees of substitution treatment centres. In addition to teamwork training hard-working staff members need also regular in-service training on new treatment trends and approaches (UNODC, 2008). Surveys indicate that at the moment the demand for additional training is great, but options for that are limited and hectic. It would be useful to compile specific education plans for various professional groups and find funding possibilities for organising training events. Likewise it is important to increase the competence level of the employees of treatment centres in psychiatrist's tasks in order to reduce the latter's workload and increase the first's work motivation (Loth et al, 2006).

The cooperation of treatment centres with other health and social care institutions is limited. Such isolation and lack of contact can create barriers for substitution treatment clients when entering necessary services. Substitution treatment centres could also perform the function of connecting clients to other services of health and social care institutions. Such a need for contacts and direction is especially dire in Estonia where treatment centres

provide only some support services or none at all. According to the employees of treatment centres such cooperation between different institutions could be facilitated by a case manager working for a treatment centre. Also, organising round-table meetings and making mutual cooperation contracts should contribute to effective cooperation between different institutions.

Survey results and contracts made with treatment centres reveal that some treatment centres have not employed a psychologist or social worker. Other centres have recruited necessary professionals, but not all the centre's clients are covered by their services. According to half of the clients the lack of support services is a major weakness of substitution treatment; many refer to the absence of psycho-social additional services and counselling. Also, the average time that clients spend in treatment centres administering methadone – as estimated by clients themselves – points indirectly to the small scale of support services. Such a response can be also explained by clients misinterpreting a question which differentiates between support services and administering medicine.

Responses of the employees of treatment centres as well as of clients showed that giving take-away methadone doses to clients is quite a common practice in Estonia. A total of 19 clients of 54 could administer methadone outside of a health care institution. According to special literature such a strategy is used as a motivation mechanism as the take-away methadone dose is regarded as the absolute privilege (Chutuape et al, 1998). Regarding take-away doses it is important to note that clients have to “deserve” such a privilege. As a rule this opportunity is offered to clients who have been undergoing treatment for at least 90 days and whose urine samples have been clean during this period. Also, take-away methadone is used to reward smaller positive behavioural changes, but this is not a very popular practice. According to clients the period after which they can apply for take-away methadone varies among treatment centres from three weeks to two years. Also, the frequency of taking urine samples (used as a check-up mechanism) in treatment centres remains elusive. In the current situation it would be practical to further structure the requirements for take-away methadone and establish a more efficient system for check-up urine samples. It is scientifically proven that taking regular urine samples from clients receiving take-away methadone doses reduces considerably their drug use (Chutuape et al, 2001). As for urine samples, it is vital to provide treatment centres with reliable tests that can identify all substances. Tests used for identifying opiates in urine have a low-sensitivity for synthetic opiates, such as fentanyl (Berens et al, 1996; Heit et al, 2004). Due to this fact

the specific ELISA testing procedure needs to be applied to determine the use of fentanyl – highly widespread in Estonia – among substitution treatment clients (Mao et al, 2006).

One important aspect of methadone substitution treatment is also the daily availability of the service. The hours of work of treatment centres should be carefully considered, taking into account clients' preferences, the surroundings, public transport schedules and the capabilities of centre's employees. In case of large treatment centres it would be practical to distribute clients over working hours in order to avoid long queues (Strain & Stitzer, 2006). Centres in our sample had different hours of work. Some were open from 8.00 a.m. to 18.00 p.m., providing clients with quite a large window for obtaining their daily dose. Others were open in the morning or in the evening, depending on the day of the week. Client responses reveal a certain degree of discontent with centres' working hours. It is difficult to draw final conclusions on the basis of the given information as answers to questions about this field are contradictory. In general, clients expect the working hours to be the same every day and as long as possible. Weekends were regarded as especially difficult periods as clients experience detoxification symptoms due to later opening times.

The sample of this survey is unsuitable for giving an overview of methadone doses. Determining exact average doses over the centres calls for an additional survey. This survey takes into account that most methadone substitution treatment centres in Estonia are established on similar principles and theoretically methadone doses provided in different centres should not vary to a large extent. According to employees' estimates an average dose remains in the interval of 25-80 ml. However, this estimate indicates that differences between methadone doses provided in various centres are relatively large. Also, the client satisfaction survey backs up this guess: according to the survey a daily methadone dose remains in the range of 9-205 ml. In common practice a daily methadone dose is 60-120 mg (UNODC, 2008) and substitution treatment is considered to be inefficient in case of small doses (Strain et al, 1993). It is a positive change that new treatment guidelines for opiate addiction establish recommended methadone doses and instructions for administration. However, the approval of treatment guidelines on a higher level is required for the development of a unified standard and common practice.

The client satisfaction survey reveals that more than half of clients have friends who do not attend substitution treatment because they do not believe in it or consider it to be harmful. The unpopularity of methadone substitution treatment is also manifested in the lack of treatment queues in most of the centres. An additional survey conducted among injecting

addicts indicates likewise that the reputation of substitution treatment in the given population group is negative and the treatment is viewed as harmful. Injecting drug users rarely referred to the beneficial aspects of methadone, mentioning more frequently its misuse (a way to survive the temporary lack of drugs). Such an attitude is to some extent due to the absence of adequate information on substitution treatment. The Russian-speaking population of Estonia receives information from Russian media that does not favour opiate substitution treatment. Despite of the scientific evidence on effectiveness of pharmacotherapy Russian narcology experts remain firm in their official opposition to substitution treatment. Russian legislation rules out substitution treatment as such, concentrating on detoxification treatment and other treatments. Also, the Russian Orthodox Church regards opiate substitution treatment as the first step along the road to drug legalisation (Elovich & Drucker, 2008).

Thus the factors currently reducing demand for methadone substitution treatment are the lack of adequate information and the dubious quality of the treatment. On the basis of survey results it can be assumed that the rise in the quality of the treatment experienced firsthand by clients and the distribution of adequate information via appropriate channels should increase demand for the treatment. The survey indicates that injecting substance users regard as the most reliable source of information fellow addicts and employees of syringe exchange points. Consequently, planned approaches should be conducted through the aforementioned information sources in order to distribute adequate information and direct addicts to the treatment service.

It is important to improve the image of substitution treatment in the general population in order to create competition in providing the treatment service and a stronger sense of self-esteem among the staff. Also, raising the quality of the substitution treatment service contributes to improving the reputation of methadone substitution treatment in the general public and to increasing its coverage.

As noted at the beginning one of the positive findings of the survey was that some clients manifested a favourable attitude toward substitution treatment in the field of "treatment services of limited quality" and stated that substitution treatment has brought about positive behavioural changes and improved their psychological situation. A number of clients claimed that their health as well as psychological and social situation has improved thanks to undergoing the treatment and hopefully will continue to improve. Similarly, some say that they have completely quit substance use and criminal behaviour. As according to

theory rise in treatment quality and the development of psycho-social support services in substitution treatment programmes guarantees better observation of treatment routine and higher efficiency, rise in the quality of the treatment service can increase the mentioned positive changes among clients to a great extent (McLellan et al, 1993).