

СНИЖЕНИЕ ПОРОГА

Модели доступного метадонного
и бупренорфинового лечения

verboden te parkeren
dagelijks van
13.30 uur tot 14.45 uur
i.v.m. methadon bus

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА СНИЖЕНИЯ ВРЕДА



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

Снижение порога: Модели доступного метадонового и бупренорфинового лечения

Февраль 2010

Международная программа снижения вреда

**Институт «Открытое общество»
Программа «Общественное здравоохранение»**



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

© 2010. Институт «Открытое общество». Все права защищены.

Текст: Элизабет Кини и Роксанн Сосье
Редактор: Роксанн Сосье, Пол Силва, Томас Бэйн
Макет: Юдит Ковач | Createch Ltd.

Дополнительная информация:

Международная программа снижения вреда
Программа общественного здравоохранения ИОО
www.soros.org/health
Телефон 1 212 548 0600
Email ihrd@sorosny.org

Благодарность

Этот документ не появился бы без вклада Патриции Карриери, Анте Иванчича, Андрея Кастелича, Дэвида Марша, Беатрис Стамбул и Геррита Ван Сантена.

Содержание

Введение	5
Детоксификация или лечение?	5
Низкопороговые программы	6
Инновационные программы	6
Метадон по потребности: Модель Гонконга	7
Лечение по рецепту: Франция	11
Словения: Высокий уровень охвата – низкая распространенность ВИЧ	15
Высокий уровень охвата	15
Гибкие нормы доступа	16
Медикаментозное поддерживающее лечение в тюрьмах	17
Распространенность и непротиворечивость:	
 метадон и бупренорфин в Хорватии	19
Гибкий режим отпуска дозы на дом	20
Комплексные услуги и направления к специалистам	21
Метадон из автобуса в Амстердаме	23
Мобильный метадон	24
Фокус на пациенте	25
Ванкувер: интегрированные низкопороговые модели помощи	27
Назначение препаратов по усмотрению врача	27
Отпуск через аптеки	28
«Шивэй»	29
«Фёр Сквэр»	30
«Ванкуверское общество здоровья коренных жителей»	31

Введение

Шестьдесят пять стран в настоящее время предлагают бупренорфин и метадон, как средства для лечения опиоидной зависимости. Названные “жизненно важными лекарственными препаратами” Всемирной организацией здравоохранения, они признаются Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, ЮНЭЙДС и многочисленными национальными, региональными и международными медицинскими организациями как способствующие сокращению употребления инъекционных наркотиков и связанных с наркотиками преступлений, улучшению общественного порядка, стабильности семьи, возвращению на работу, а также приверженности к лечению ВИЧ-инфекции.

К сожалению, даже тогда, когда лечение с помощью программ метадоновой или бупренорфиновой терапии доступно, его не могут получить многие из тех, кому оно принесёт пользу. Одна из причин – это множество требований, включая ограничения на допуск в программы, ограниченные часы работы, списки очередников, громоздкие требования к выписке и хранению препаратов, что затрудняет пациентам доступ к лечению. Данная публикация рассматривает низкопороговые метадоновые и бупренорфиновые программы, то есть программы, стремящиеся, согласно философии снижения вреда, работать с пациентами на «их территории» и свести бюрократические процедуры к минимуму.

Детоксификация или лечение?

Метадон и бупренорфин – два из наиболее изученных и наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. Оба лекарства могут быть использованы и для детоксификации и для терапии. Используемые для детоксификации, они ослабляют симптомы отмены и блокируют действие последующих приёмов опиатов. Тем не менее, многие люди с опиоидной зависимостью возвращаются к незаконным наркотикам и после детоксификации. Регулярное использование этих лекарств, которое часто называют «поддерживающим лечением» или «терапией», может применяться для уменьшения или устранения тяги к героину и другим незаконным опиатам. В ходе поддерживающей терапии люди стабилизируются на метадоне или бупренорфине столько

времени, сколько необходимо, чтобы помочь им избежать употребления опасных наркотиков. Преимущества поддерживающей терапии, а также отсутствие негативных побочных эффектов, подробно описаны в научной литературе.

Низкопороговые программы

В низкопороговых программах предоставление услуг и критерии доступа очень гибки. Цель лечения – его доступность для наибольшего числа людей, которые нуждаются в нем. Формы интервенций разработаны специально, чтобы привлечь и удержать представителей наиболее маргинализированных и труднодоступных групп населения. Непредвзятость подхода низкопороговых программ направлена на уменьшение отрицательных последствий для здоровья, не требуя при этом полного воздержания от употребления незаконных наркотиков.

Инновационные программы

От Канады до Хорватии государства всего мира предлагают инновационные модели предоставления метадона и бупренорфина. В Гонконге доступность является краеугольным камнем метадонового лечения: там люди могут начать лечение по их усмотрению и, как правило, получают свои первые дозы в день, когда они записываются в клинику. Во Франции пациенты получают метадон или бупренорфин по рецепту, как и любой другой препарат, что снимает стигму с поддерживающего лечения и внедряет его в обычную медицинскую практику.

Раннее и всестороннее осуществление услуг снижения вреда в Словении связывается с очень низкой распространенностью ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков – ниже одного процента. Кроме того, Словения предлагает медленно действующий морфин в качестве третьего варианта лечения тем, кто зависит от опиатов. Хорватская прогрессивная модель предоставления препаратов, которая включает предоставление комплексных услуг и направлений к врачу, была оценена как широко распространенная и непротиворечивая. В Нидерландах, мобильное распространение метадона является звеном в «цепи выдачи метадона», предназначенной для достижения широкого числа клиентов из группы риска и поощрения движения клиентов от низкопороговых программ предоставления препаратов к средне- и высокопороговым. Ванкуверская модель Канады включает выдачу препаратов через аптеки и предоставление всеобъемлющих, основанных на философии снижения вреда и гендерно-чувствительных медицинских и социальных услуг беременным потребительницам опиатов, включая предоставление метадоновой терапии.

Каждая из этих программ предлагает новые идеи, которые могут быть взяты на вооружение другими странами для внедрения доступных и ориентированных на удовлетворение потребностей людей, зависимых от опиатов, метадоновых и бупренорфиновых программ, и тем самым добиться прогресса в области лечения и профилактики ВИЧ и профилактики передозировок.

Метадон по потребности: Модель Гонконга

Хотя тысячи жителей Гонконга зависят от опиатов, уровень ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков там намного ниже, чем среди жителей соседних стран или других районов Китая. Общий уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Гонконге составляет ниже одного процента.¹ Широкая распространенность и доступность метадона считается основной причиной этого.²

Власти Гонконга продемонстрировали приверженность метадону ещё до эпидемии СПИДа, открыв первую метадоновую клинику в 1972 году и продолжая поддерживать низкопороговую детоксификацию метадоном и долгосрочное метадоновое лечение.³ Регион насчитывает 20 работающих метадоновых клиник⁴ и является одним из немногих районов в Азии, где поддерживающая терапия метадоном легко доступна в случае ее необходимости. Более 70 процентов потребителей героина находятся в метадоновых клиниках в любой отдельно взятый момент.⁵ Подавляющее большинство клиентов (около 98 процентов) выбирают метадоновые программы клиник, а не детоксификацию.⁶

Кампания в прессе по снижению вреда в 2000 году позиционировала поддерживающую терапию как метод снижения личного и общественного вреда, связанного с употреблением инъекционных наркотиков. Это был первый случай, когда социальный маркетинг лечения метадоном был представлен как заинтересованность правительства с поддержкой общества. В 2002 году Департамент Здравоохранения начал рекламную кампанию под лозунгом «Сломай привычку к игле. Метадон поможет». Правительство охарактеризовало кампанию как попытку повысить доверие к лечению метадоном среди потребителей наркотиков и широкой общественности.

**Practise Harm Reduction Today and Break the needle habit.
Enjoy a Better Tomorrow Methadone does it.**



Из Департамента здравоохранения Специального административного района правительства Гонконга. «Практикуй снижение вреда сегодня и чувствуй себя лучше завтра. Сломай привычку к игле. Метадон поможет.» (сайт: http://www.info.gov.hk/aids/harmreduction/english/3_3.htm)

Доступность является ключом к подходу к лечению метадоном в Гонконге. В отличие от Соединенных Штатов и Западной Европы, где начало метадоновой терапии часто требует затяжного делопроизводства, списка очередников и направлений, лечение в Гонконге, как правило, доступно по потребности, в день обращения. Люди с опиоидной зависимостью в возрасте до 18 лет могут участвовать в программе, но, как правило, им нужно представить доказательства согласия родителей.⁷ Плата за лечение остается неизменной годами – 1 гонконгский доллар (менее 80 центов США) в день. Клиники работают семь дней в неделю и открыты с утра до ночи, чтобы обслужить до 57 процентов участников программы, которые трудоустроены.⁸

В отличие от многих других странах, где сотрудники метадоновых программ должны выполнить жесткие требованиями подготовки и сертификации, клиники Гонконга всегда работали под руководством врача, но штат комплектовался добровольцами из Сервиса вспомогательной медицины, чьи основные профессии могли варьироваться от продавца обуви до домохозяйки и банковского клерка. Работая за номинальную плату, эти добровольцы позволили клинике продлить рабочее время с минимальными расходами.⁹

Пациенты также не попадают под строгий контроль: анализы мочи собираются для оценки общей эффективности влияния программ на снижение употребления героина, и, по имеющимся сведениям, их результаты не используются для дисквалификации пациентов из программ. С 2004 года посетители клиники проходят регулярные анализы мочи на ВИЧ (клиенты предпочитают анализы мочи заборам крови). Эти проверки служат для поощрения раннего выявления ВИЧ-инфекции, предоставления информации клиентам о связи между ВИЧ и употреблением наркотиков, а также служат звеном между диагностикой и лечением ВИЧ.¹⁰

Кроме того, предлагая метадон, клиники также предоставляют услуги социальных работников, групповые консультации и прививки от столбняка. Большинство клиник работают на базе обычных поликлиник. Все клиники предоставляют материалы по профилактике ВИЧ и бесплатно раздают презервативы.¹¹

Правительство Гонконга подтвердило свою приверженность делу продолжения предоставления доступного метадонового лечения. Чиновники здравоохранения заинтересованы в укреплении доступности консультирования и услуг направленных, на снижение распространения ВИЧ инфекции для людей, которые посещают клиники.¹²

Примечания

1. Shui-shan, L. 2005. *The Contribution of Methadone Maintenance Treatment to HIV Prevention – The Case of Hong Kong*. www.nd.gov.hk/conference_proceedings/Drugs_proBK_Part3/Drugs_proBK_LeeSS.pdf. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.
2. См.: Hong Kong Advisory Council on AIDS. *Recommended HIV Strategies for Hong Kong 2007–2011*. www.hivpolicy.org/Library/HPP001244.pdf. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.; и Shui-shan, 2005.
3. См.: Action Committee Against Narcotics. 2000. *Report on Review of Methadone Treatment Programme*. Government of Hong Kong.
4. См.: Reid, G. and G. Costigan. 2002. *Revisiting 'The Hidden Epidemic': A situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS*. Fairfield, Australia, The Centre for Harm Reduction at The Burnet Institute; and, Department of Health, Government of Hong Kong Special Administrative Region. N.D. Harm reduction website. 2009.www.info.gov.hk/aids/harmreduction/english/3_3.htm Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.
5. Special Preventive Programme Centre for Health Protection, Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region. 2007. *HIV Surveillance Report – 2006 Update*. www.hivpolicy.org/Library/HPP001440.pdf. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.
6. Working Group on HIV Prevention among Injecting Drug Users in Hong Kong. 2006. *Report of Community Assessment and Evaluation of HIV Prevention among Injecting Drug Users in Hong Kong 2006*. Hong Kong Advisory Council on AIDS. www.info.gov.hk/aids/pdf/g172.pdf. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.
7. Narcotics Division, Security Bureau. 2000. *Report on Review of Methadone Treatment Programme*. www.nd.gov.hk/MTP_e.htm. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.
8. Подробная информация о клиниках и медицинских услугах: Society for Aid and Rehabilitation of Drug Abusers. 2007. *Treatment and Rehabilitation Services: Methadone Clinic Counseling Service*. www.sarda.org.hk/eng/sarda_home.html. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г. и, Pi, P. 2005. *Counseling Services in Methadone Clinics – A Hong Kong Model*. www.nd.gov.hk/conference_proceedings/Drugs_proBK_Part4/Drugs_proBK_PeterPi.pdf. Доступ осуществлен 15 мая 2008 г.
9. См.: Newman, R.G. 1985. Narcotic Addiction and Methadone Treatment in Hong Kong: Lessons for the United States. *Journal of Public Health Policy* 6 (4): 526–538; and, Shui-san, L. 2005.
10. Shui-san, L. 2005.
11. Working Group. 2006.
12. Action Committee Against Narcotics. 2000; HIV Surveillance Report. 2007.

Лечение по рецепту: Франция

Франция начала предлагать лечение бупренорфином по рецепту в 1996 году. Сегодня предполагаемые 90,000 пациентов получают бупренорфин, и, кроме этого, 10,000 пациентов получают лечение метадонем.¹

Лечение с помощью этих лекарств охватывает примерно 70 процентов потребителей наркотиков во Франции, и, в результате, сократило смертность от передозировок героина на 80 процентов, распространенность ВИЧ инфекции среди потребителей наркотиков на 75 процентов, и преступления, связанные с наркотиками, также на 75 процентов.² Данные показывают, что лечение метадонем или бупренорфином спасло 3,500 жизней с 2004 года.³

Франция начала комплексную программу по снижению вреда в 1995 году в ответ на растущую эпидемию СПИДа.⁴ В программу включен аутич и просвещение потребителей наркотиков, обмен игл и шприцев и расширение медикаментозной поддерживающей терапии.⁵

Статистика арестов за употребление героина во Франции, 1990–2005 г.

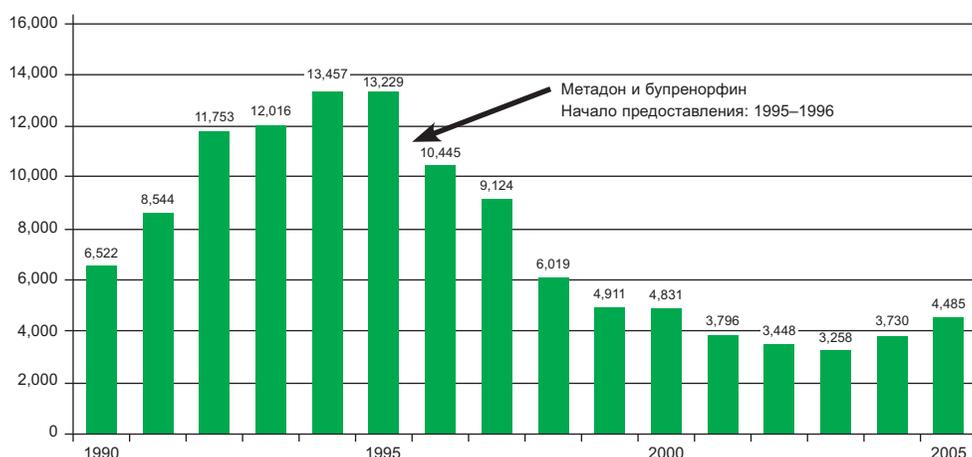


График любезно предоставлен д-ром М.П. Каррьер.

Терапия метадон, которая была введена во Франции в 1995,⁶ начинается только в наркологических клиниках, хотя лечение может быть переведено в рецептурную форму и передано под наблюдение терапевта после стабилизации пациента.⁷ Регистрации пользователей не существует, нет биологического тестирования на использование других веществ, а от пациентов не требуют обязательного посещения какого-либо консультирования.

Метадон, как правило, прописывается на максимум 14 дней приема, и, разделенный на дозы, может быть приобретен в аптеке раз в семь дней, в количестве, достаточном на одну неделю. Врачи могут выписать рецепт отдельных доз и на более длительные сроки. Бупренорфин (прописанный в чистом виде как субutex) может быть назначен любым терапевтом, без специальной подготовки или лицензии. В клиниках также есть терапевты общего профиля, которые могут прописывать субutex.

Субutex прописывается как и метадон, но максимальная длительность рецепта больше – 28 дней; обычно в разделенных дозах, достаточных на каждые семь дней, но лечащий врач может предписать и иное назначение. Фармацевты должны отпускать бупренорфин ежедневно в течение первых нескольких дней, и непосредственно проследить за употреблением дозы до начала неконтролируемого назначения.

Хотя все терапевты имеют право назначать бупренорфин, на практике 26 процентов врачей назначают лечение 75 процентам пользователей – пациентов.⁸ В отличие от США, где врачи могут обслуживать только 30 пациентов данной категории, во Франции не существует ограничений количества больных, которым может прописывать бупренорфин один врач.

Метадон в клиниках предоставляется бесплатно, в то время как бупренорфин приобретается в аптеке и его стоимость возмещается через стандартную страховку, покрывающую рецептурные препараты, и часто все или почти все лечение оплачивается третьей стороной.⁹

Доступность метадона и бупренорфина и снижение показателей смертности от передозировки во Франции, 1990–2003

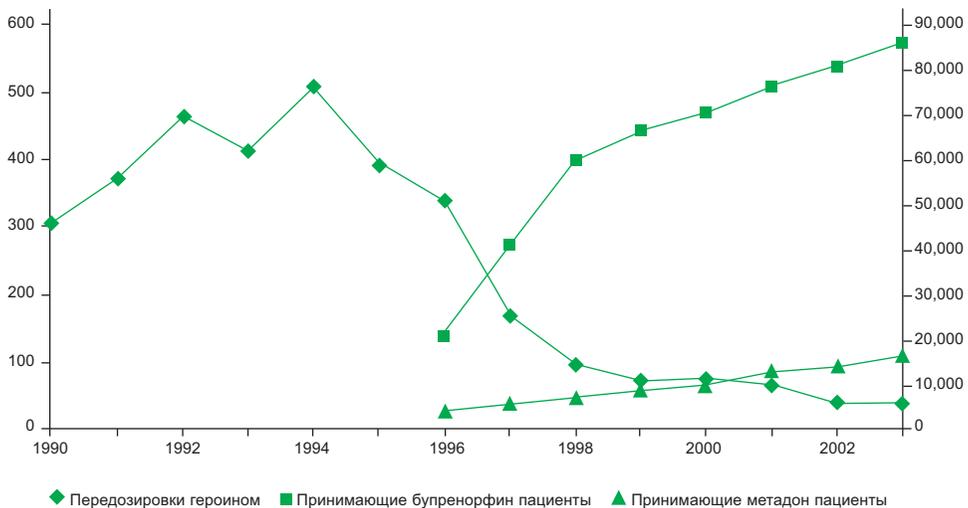


График любезно предоставлен д-ром М. П. Каррьеро.

Данные показывают, что рецептурная модель лечения интегрировала лечение наркотической зависимости в систему первичной медицинской помощи, и, следовательно, дестигматизировала его.¹⁰ Это также привело к более комплексному лечению пациентов – многие французские врачи теперь прописывают и метадоновое и бупренорфиновое лечение и антиретровирусную терапию для ВИЧ-позитивных пациентов¹¹, что улучшает возможность координировать взаимодействия препаратов.

ГОЛОСА ПАЦИЕНТОВ

«Многие из моих друзей передозировались, и многие из них погибли. Я не знаю, как я уцелел. Почему же вы появились так поздно? Благодаря замечательной терапии опиоидами, я в безопасности».

– *Бруно*

«Посещение клиники – удовольствие, все дружелюбны, знают о нашей жизни и не осуждают. Обычно потребителей наркотиков ненавидели и отказывали им в помощи. Мне дали субутекс в мой самый первый визит, и я смогла быстро сдвинуться с мертвой точки».

– *Лоран*

«Для моей семьи я всего-навсего наркоман. Моя мать старая и живет в Алжире. Теперь с субутексом я могу получить 4-недельные рецепты, взять месячный отпуск и приехать к ней, как и мои братья и сестры».

– *Брахим*

«В первый раз я пришел к самому закрытию, и я был в ломке. Врач кратко расспросил меня, и прописал одну дозу субутекса до следующего дня. Я не вернулся, как мне сказали, но в следующий раз, когда я попал в беду, я пришел снова. Меня опять встретили хорошо и помогли, так что я вернулся навсегда, и начал настоящее лечение».

– *Кристоф*

«Мой друг и я были на героине. Мы оба получили субутекс, как только мы пришли сюда. Стефан работал, и очень скоро перешел на лечение к терапевту. Я осталась в клинике дольше, так как мы решили завести ребенка. Лии сейчас девять лет. Персонал пришел в роддом, когда она родилась, поздравить меня, и проследить, чтоб мы были обеспечены надлежащим уходом. Я с гордостью могу сказать, что моя дочь была первым субутекс-ребенком клиники».

– *Софи*

Примечания

1. Carrieri, M.P., L. Amass, et al. 2006. Buprenorphine Use: The International Experience. *Clinical Infectious Diseases*, 43: S197–215.
2. Carrieri, M.P. and B. Stambul. 2007. Treatment Shortage Fuels Drug Diversion. [Letter to the editor]. *The Baltimore Sun*: December 29.
3. Carrieri, M.P. and B. Spire. 2008. Harm Reduction and Control of HIV of Injecting Drug Users in France. *The Lancet*, 376: 448.
4. Roux P., V. Villes et al. 2008. Buprenorphine in Primary Care: Risk Factors for Treatment Injecting and Implications for Clinical Management. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1-2): 105–113.
5. Carrieri, M.P. and B. Stambul. 2007.
6. Roux P., V. Villes et al. 2008.
7. Guichard A., F. Lert et al. 2007. Buprenorphine Substitution Treatment in France: Drug Users' Views of the Doctor-user Relationship. *Social Science and Medicine*, 64(12): 2578–2593.
8. Carrieri, M.P., L. Amass et al. 2006.
9. Guichard A., F. Lert et al. 2007.
10. Carrieri, M.P., L. Amass et al. 2006.
11. Ibid.

Словения: высокий уровень охвата – низкая распространенность ВИЧ

Словения и Хорватия внедрили метадонное и бупренорфиновое лечение раньше, чем любая другая страна Восточной Европы. Эти две страны также имеют самые низкие показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в регионе.¹ Раннее и всестороннее предоставление услуг снижения вреда сохраняет уровень распространенности ВИЧ среди потребителей наркотиков в Словении ниже одного процента.² Этот пакет услуг включает в себя широко и легко доступное метадонное и бупренорфиновое лечение, а также терапию морфином замедленного высвобождения. Кроме того, лечение доступно в тюрьмах.

Высокий уровень охвата

С 1994 года в Словении внедрено медикаментозное поддерживающее лечение, бесплатное для потребителей наркотиков, которое осуществляется через сеть, объединяющую 19 специализированных Центров по профилактике и лечению наркотической зависимости; в том числе 18 местных амбулаторных центров и один национальный центр, который координирует сеть и предлагает как стационарные, так и амбулаторные виды лечения.³ В некоторых сельских районах, где население живет вдали от медицинских центров, терапевты общего профиля и фармацевты назначают лечение пациентам с опиоидной зависимостью. В конце 2006 года 2,689 человек получили такое лечение и, кроме этого, 1,730 пациентов посетили центры, чтоб получить какие-либо другие формы лечения и помощи.⁴ Подсчеты показывают, что немногим менее половины «проблемных потребителей наркотиков»⁵ были зарегистрированы в центрах по всей Словении, и примерно одна треть получила медикаментозное поддерживающее лечение в этих центрах.⁶ По отношению к другим странам Европейского союза, эти цифры отражают высокий национальный уровень охвата.⁷

Метадон прописывается 81 проценту пациентов, находящихся на лечении, в основном в жидкой форме, а 13 процентов лиц с опиоидной зависимостью принимают бупренорфин в форме таблеток.⁸ Субситол, таблетки морфина медленного высвобождения, стали доступны в 2005 году⁹ и на следующий год были назначены 6 процентам клиентов.¹⁰

Охват по стране: 19 лечебных центров в Словении



Карту любезно предоставил д-р Андрей Кастелиц, источник: Simon and Illiuta 2006.

Предположительная численность потребителей наркотиков с опиоидной зависимостью, получающих поддерживающее медикаментозное лечение (на 100 тыс. населения)



Предоставил д-р Андрей Кастелиц.

Источник данных: Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании.

Гибкие нормы доступа

Врачи несут ответственность за прием новых пациентов, назначение, дозирование и графики раздачи препаратов, а медсестры обычно раздают лекарства в центрах. Центры проводят гибкую политику выдачи доз на дом, однако пациенту обычно одновременно предоставляется не более

чем одна недельная норма лекарств. Списка очередников не существует, но клиенты должны иметь действующий полис медицинского страхования, который является бесплатным для каждого гражданина и полностью покрывает расходы на медикаменты.¹¹ Пациенты должны иметь участкового терапевта, и достичь по крайней мере 16-ти лет, чтобы получать метадон, и 15-ти, чтобы получать бупренорфина или морфин медленного высвобождения по рецепту.

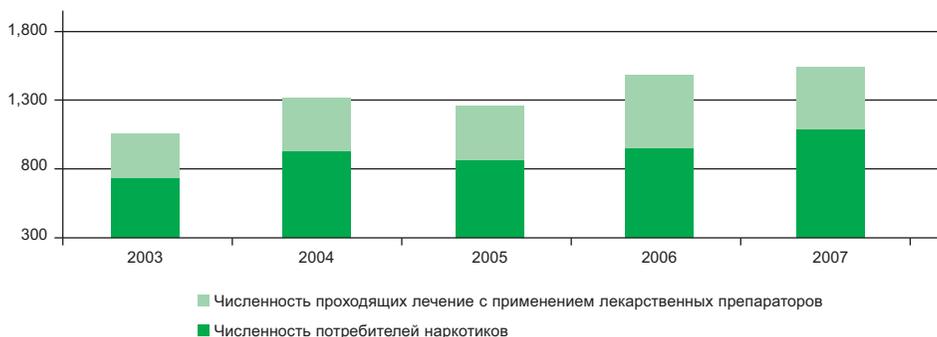
Нет национального регистра лиц, употребляющих наркотики, центры лечения сообщают только закодированные персональные данные в Национальный институт общественного здравоохранения, и информация о клиентах не передается в Институт государственного медицинского страхования.¹²

В дополнение к национальной сети центров медикаментозной поддерживающей терапии, финансируемых Институтом медицинского страхования Словении, Министерство здравоохранения и Министерство Труда, семьи и социальных вопросов финансируют высоко- и низкопороговое лечение наркозависимости, осуществляемые НПО. Эти услуги включают в себя комплекс профилактических и лечебных мероприятий, от обмена игл и шприцев до терапевтических общин и групп самопомощи.

Медикаментозное поддерживающее лечение в тюрьмах

Тюрьмы в Словении ввели медикаментозное поддерживающее лечение ещё в 2003 году; в 2007 году в семи словенских тюрьмах получили лечение 586 заключенных.¹³ Это число представляет собой 53 процента от предполагаемых 1,090 потребителей наркотиков в местах лишения свободы в Словении в 2007 году. Словения стала региональной моделью по обеспечению наивысшего достижимого уровня медицинской помощи для наркозависимых заключенных. В 2007 году в сербских тюрьмах открыли свои первые «свободные от наркотиков блоки», которые предоставляют лечение и вспомогательные услуги, включая медикаментозное поддерживающее лечение, и основаны они на словенской программе.¹⁴

Процент проходящих лечение пациентов, содержащихся под стражей



Данные любезно предоставил д-р Андрей Кастелиц.

Примечания

1. Carrieri, M.P., L. Amass. 2006. Buprenorphine Use: The International Experience. *Clinical Infectious Diseases*, 43: S197–215.
2. Simon, A.W. and C. Iliuta. 2006. NGO Perspectives on HIV/AIDS in Slovenia. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_11_frep_a6_en.pdf. Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.
3. Trautmann, F., N. Rode et al. 2007. *Evaluation of Substitution Maintenance Treatment in Slovenia. Assessing Its Quality and Efficiency*. Trimbos Institute and the Faculty of Social Work at the University of Ljubljana. Также см.: Kastelic, A. and T. Kostnapfel Rihtar. 2005. Ten Years of Organized Drug Addiction Treatment in the Republic of Slovenia. *Zdrav Var*, 44: 111–112.
4. Kastelic, cited in Trautmann, Rode et al. 2007.
5. Проблемное употребление наркотиков определяется как «употребляющие наркотики инъекционным путем или употребляющие опиаты, кокаин или амфетамины на регулярной основе в течение одного года и попадающие в возрастную группу от 15-ти до 64-х лет.» (National Report, 2004, Grgic-Vitek, 2004, cited in Trautmann et al. 2007).
6. Trautmann, F., N. Rode et al. 2007.
7. Van der Gouwe et al. 2006, cited in Trautmann, F., N. Rode et al. 2007.
8. Trautmann, F., N. Rode et al. 2007.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2008. Drug Situation: Country Overviews: Slovenia. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index35999EN.html>. Доступ осуществлен 14 ноября 2008 г.
10. Kastelic, A. cited in Trautmann, F., N. Rode et al. 2007.
11. Trautmann, F., N. Rode et al. 2007.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2008.
13. Kastelic, A. 2008. E-mail correspondence, November 2008.
14. Organization for Security and Cooperation in Europe. 2007. OSCE Establishes First Drug-free Units in Serbia's Prisons. www.osce.org/serbia/item_2_25725.html. Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.

Распространенность и непротиворечивость: метадон и бупренорфин в Хорватии

Сегодня на Хорватию и Словению, которые ввели метадоновые программы в середине 1990-х годов, приходится 52 процента пациентов, получающих медикаментозное поддерживающее лечение от опиоидной зависимости в Центральной и Восточной Европе.¹ Медицинские работники Хорватии убеждены в том, что зависимость следует лечить как любое другое заболевание, а метадон и бупренорфин прописывать, как и любой другой медикамент. Именно это позволило стране принять одну из самых прогрессивных моделей предоставления метадона и бупренорфина в регионе.²

Амбулаторное лечение метадоном и бупренорфином доступно в 21 клинике, а также через обширную сеть терапевтов. Предоставление медикаментозного поддерживающего лечения в Хорватии было успешным, отчасти потому, что оно было введено без строгого регулирования и широких дебатов в обществе.³ В 2004 году Хорватия одобрила бупренорфин для лечения опиоидной зависимости.

В 2006 году Всемирная организация здравоохранения сообщила о предполагаемых 10,000 потребителей инъекционных наркотиков от общей численности населения в 4,556,000 человек. На сегодняшний день количество потребителей инъекционных наркотиков оценивается между 15,000 и 18,000 человек.⁴ Несмотря на столь значительное число наркозависимых, низкопороговая доступность, наличие медикаментозной поддерживающей терапии и других услуг по снижению вреда, в том числе программ обмена игл и шприцев, помогли удержать показатель распространенности ВИЧ в Хорватии среди потребителей инъекционных наркотиков на низком уровне – один процент – с 1991.⁵ Эта доля не увеличилась за последние 15 лет.⁶

Последние данные показывают, что в настоящее время в Хорватии 5,703 потребителей опиатов получают медикаментозное лечение: 2,141 – метадоновое и 1,164 – бупренорфиновое.⁷ Доктор Анте Иванчич, из Центра по проблемам лечения наркомании (Пореч, Хорватия), считает,

что данные за 2007 год занижают цифры примерно на 20 процентов: он полагает, что число пациентов на метадоне составляет 3,500 человек, а число больных на бупренорфине – 2,500 человек.⁸ У более половины из 2,400 терапевтов страны есть пациенты, получающие поддерживающее лечение, и все терапевты общего профиля обязаны предоставить лечение, если их пациенты нуждаются в нём.⁹

Гибкий режим отпуска дозы на дом

Центры амбулаторного лечения несут ответственность за первоначальный диагноз, назначение стартовой дозировки и корректировку дозы, психо-социальное консультирование, анализы мочи и сбор эпидемиологических данных. Врачи общего профиля сотрудничают со специалистами в центрах амбулаторного лечения и назначают метадон или бупренорфин, контролируют принятие препаратов, а также обеспечивают выдачу доз на дом.

Ежедневные дозы метадона регулируются в зависимости от нужд пациента, и могут варьироваться от 10 мг до более чем 100 мг.¹⁰ Метадон предоставляется в офисе врача общего профиля; выдача доз на дом распространена, и большинство пациентов могут получить дозы препарата на срок до одной недели.



Медсестра готовит дозу метадона к приему. Таблетки измельчаются и смешиваются с апельсиновым порошком

Фото любезно предоставил д-р Анте Иванчич.

Бупренорфин назначается на дом для лечения дозами, достаточными на одну неделю, и пациенты могут получить его в аптеке, как и любое другое лекарство. Непосредственное наблюдение за приемом бупренорфина крайне редко. Не существует официальной статистики по средней дозе бупренорфина, но если доза низкая, 2–6 мг, пациенты могут продлевать свой рецепт на срок больше одной недели. Средняя доза, по оценкам, растет, и, вероятно, составляет где-то около 6 мг.¹¹

Комплексные услуги и направления к специалистам

Центры амбулаторного лечения, расположенные в районах с высоким уровнем распространенности употребления инъекционных наркотиков, укомплектованы мультидисциплинарными командами, включающими медицинских работников, психологов, социальных работников и медсестер; эти команды предоставляют психологическое консультирование, проводят мониторинг, и осуществляют сбор эпидемиологических данных. Нет очередей, чтобы войти в программу, и все услуги оплачиваются Национальным институтом здоровья. Персональные данные клиентов от стационарных и амбулаторных клиник заносятся в Регистр лиц, лечущихся от употребления психоактивных веществ.

Центры амбулаторного лечения сообщаются и координируют лечение с другими учреждениями, направляя пациентов с ВИЧ или гепатитом С к специалистам по инфекционным болезням, а беременных пациенток к специалистам по гинекологии и акушерству. Центры также поддерживают хорошие отношения с сотрудниками правоохранительных органов. Лицам, обвиняемым в хранении опиатов, предлагается возможность начать амбулаторное лечение в центрах, и если человек соглашается на лечение, уголовное дело не заводится.¹²

Пациенты не обязаны посещать никакие службы на регулярной основе, и курс лечения в специализированных амбулаторных центрах индивидуально устанавливается в зависимости от состояния и потребностей клиента. Хотя анализы мочи используются, пациенты не отстраняют от программы, если в моче обнаружены наркотические вещества; уровень удержания пациентов составляет 85 процентов.¹³

Примечания

1. Carrieri, M.P., L. Amass. 2006. Buprenorphine Use: The International Experience. *Clinical Infectious Diseases*, 43: S197–215.
2. Ivancic, A. 2003. Methadone Therapy in Croatia. *Annales de Medecini Interne*, 154: 51–54. See, also, Sarang A., R. Stuikeyte et al. 2007. Implementation of Harm Reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy*, 18: 129–35.
3. Ivancic, A. 2009. Переписка по электронной почте, февраль 2009 года.
4. Ibid.
5. World Health Organization. 2008. Sexually Transmitted Infections/HIV/AIDS: Croatia. www.euro.who.int/aids/ctryinfo/overview/20060118_9. Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.

6. Gjenero-Margan I. and B. Kolaric. 2006. Epidemiology of HIV Infection and AIDS in Croatia: An Overview. *Collegium Antropologicum*, S2: 11–16.
7. Croatian Public Health Institute. 2007. <http://www.hzjz.hr/publikacije/Ovisnici2007.pdf>. Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.
8. Ivancic, A. 2009.
9. Ivancic, A. 2008. Fifteen Years of Office-based Prescribing in Croatia : Attitudes, Obstacles, and Outcomes. [письмо редактору]. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 10(3): 37–40.
10. Sakoman, S. 2002. The Experience with Methadone Maintenance Programmes in Croatia. In *Models of Medication Supported Treatment for Opioid Addicts*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
11. Ivancic, A. 2009.
12. Sakoman, S. 2004. Croatia. In *The Practices and Context of Pharmacotherapy of Opioid Dependence in Central and Eastern Europe*. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.
13. Sakoman, S. 2002.

Метадон из автобуса в Амстердаме

В Амстердаме метадон доступен по средним оценкам, 2,700 (или 68–77 процентам) из 3,500–4,000 потребителей опиатов.¹ Муниципалитет добился такого широкого охвата в рамках интегрированной программы комплексной низко-, средне- и высокопороговой метадоновой терапии. Исследование потребителей наркотиков в Амстердаме установило, что полное участие в программах снижения вреда² двукратно, если не троекратно, снизило риск сероконверсии ВИЧ, и в шесть-семь раз – риск сероконверсии гепатита С. Одним из компонентов программы снижения вреда в Амстердаме является автобус, раздающий метадон около 200 клиентам по всему городу, без списка очередников.

Героин появился в Нидерландах в 1972, и в 1979 году муниципалитет Амстердама начал комплексную программу низко-, средне-, и высокопорогового предоставления метадона, известную как «Цепь отпуска метадона». Идея системы заключается в охвате наибольшего числа клиентов из группы наиболее высокого риска, через низкопороговые программы, создавая при этом клиентам стимулы для перехода к программам с более высоким порогом.³ Потребители наркотиков могут свободно перемещаться между различными программами.

Программы высокого порога состоят из наркологических клиник, где не разрешается употреблять наркотики.⁴ Программы среднего порога включают врачей общего профиля и психиатров, которые прописывают метадон для пациентов на дом в одно- или двух недельных дозах; возможно, пациенты находят этот подход менее стигматизирующим, поскольку метадон выпивается как и любые другие лекарства.⁵ Любой врач может назначать метадон; специальной лицензии не требуется.

Мобильный метадон

Около половины из тех, кто получает метадон через «Цепь отпуска метадона», получают препарат через программы низкого порога.⁶ Низкопороговая метадоновая терапия осуществляется через центры психического здоровья и инновационный мобильный автобус. Мобильные программы были введены в 1979 году как ответ на опасения, что постоянное место раздачи метадона привлечет наркоманов в данный район⁷, и одновременно для охвата как можно большего числа потребителей наркотиков.⁸ Первая мобильная клиника была создана в отремонтированном и приспособленном городском автобусе; а сегодня метадоновый автобус оснащен системой отопления, автоматическими дверями, видео-экранами, гигиеническим устройством для утилизации использованных игл и шприцев, телефонами и защитными окнами. Автобус курсирует 365 дней в году и делает четыре часовых остановки в день.

До начала получения метадона из автобуса, клиенты должны пройти осмотр в медицинских центрах; дозировки устанавливаются врачами в этих клиниках, так как в автобусах работают только медсестры и водитель. Во избежание двойного прописывания, все программы входят в Центральный реестр раздачи метадона. Реестр ведет учет дозировок, типов и мест выписки всех рецептов метадона, и регистрирует дату первого обращения и информацию о поле, дате рождения и гражданстве. Автобус выдаёт метадон бесплатно – раздача финансируется в рамках системы медицинского страхования (каждый голландский гражданин обязан иметь медицинскую страховку; те, кто не может себе это позволить, имеют социальное страхование). Система стремится поддерживать связь с потребителями наркотиков, входящими в группы риска, включая секс-работников, беременных женщин и людей, живущих с ВИЧ.⁹ Метадон раздается в жидком виде ежедневной дозой, и больные могут перейти от ежедневного к еженедельному посещению, принимая выдаваемые на дом таблетки.



Дорожные знаки в Амстердаме оповещают водителей о запрещении парковки в назначенные часы остановок Метадон-Автобуса

Фото любезно предоставил Геррит ван Сантен.

Фокус на пациенте

Хотя пациенты должны регулярно посещать врача и их информация должна быть внесена в регистр принимающих метадон, не существует обязательного требования посещения консультаций, и продолжающееся употребление нелегальных наркотиков при приеме метадона не является основанием для исключения из программы. Метадоновый регистр контролируется в соответствии с Голландским законом о защите информации по медико-санитарной помощи, и информация может быть предоставлена только с разрешения пациента. Автобус предоставляет

не только метадон, но и бесплатные презервативы, чистые иглы и шприцы, а также другие рецептурные лекарства. Каждого пациента ежегодно тестируют на ВИЧ, вирус гепатита С, сифилис и туберкулез, и пациентам делают прививки гепатита В. Есть кейс-менеджеры, которые оказывают помощь в разработке плана лечения, а тестирование сопровождается консультированием и просвещением.

Примечания

1. Van Den Berg, C., C. Smit et al. 2007. Full Participation in Harm Reduction Programs Is Associated with Decreased Risk for Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus: Evidence from the Amsterdam Cohort Studies Among Drug Users. *Addiction* 102 (9): 1454–1462.
2. В настоящем исследовании полное участие в программах снижения вреда определялось как получение ежедневной дозы метадона 60 мг или выше в предыдущие 6 месяцев и полное отсутствие инъекционного употребления наркотиков или же 100 процентное получение чистых игл через программы обмена шприцев и игл в течение этого периода.
3. Plomp, H.N., H. van der Hek et al. 1996. The Amsterdam Methadone Dispensing Circuit: Genesis and Effectiveness of a Public Health Model for Local Drug Policy. *Addiction* 91(5): 711–721.
4. Langendam, M.W., H.J.A. van Haastrecht et al. 1998. Differentiation in the Amsterdam Methadone Dispensing Circuit: Determinants of Methadone Dosage and Site of Methadone Prescription. *Addiction* 93(1): 61–72.
5. Plomp, H.N., H. van der Hek et al. 1996.
6. Ibid.
7. Ball, J. and G.F. van de Wijngaart. 1994. A Dutch Addict's View of Methadone Maintenance: An American and a Dutch Appraisal. *Addiction*, 89: 799–802.
8. See Buning, van Brussel et al. 1990.
9. Plomp, H.N., H. van der Hek et al., 1996.

Ванкувер: интегрированные низкопороговые модели помощи

В 1997 году органы общественного здравоохранения в Ванкувере, Канада, объявили чрезвычайное положение в связи с тяжелой эпидемией ВИЧ, двигаемой употреблением инъекционных наркотиков, которая наглядно продемонстрировала неэффективность и недоступность предоставляемого лечения.¹ В результате городской эпидемии ВИЧ, была расширена метадоновая программа и введены более широкие услуги снижения вреда. Город призвал врачей получить лицензию для назначения метадона, и на местные аптеки было оказано давление стать лицензированными пунктами раздачи препарата.

В 1995 году число больных на поддерживающей терапии метадоном в провинции Британская Колумбия, Канада, составляло 1,000² и к 2007 году это число возросло до 8,985.³ Пик смертей от передозировки – 416 – пришелся на 1998; лечение метадоном способствовало 62-х процентному сокращению таких смертей среди потребителей инъекционных наркотиков.⁴ Считается, что медикаментозная поддерживающая терапия также сократила ежегодный темп прироста новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков на 57 процентов с 1996 года.⁵

Назначение препаратов по усмотрению врача

Метадон выписывается лицензированными врачами и раздается в лицензированных аптеках. Рецепты, как правило, выдаются на еженедельной основе, но это на усмотрение лечащего врача общего профиля.⁶ Стартовая доза для большинства пациентов начинается с 40 мл и увеличивается каждые несколько дней или по усмотрению врача.⁷ Лекарства по рецепту выдаются в местных аптеках, участвующих в программе; пациенты обычно приходят в одну и ту же аптеку

каждый день и принимают лекарство при непосредственном наблюдении, пока не получат право забирать дозу домой.⁸

Хотя пациенты должны иметь постоянный контакт со своим врачом, выписывающим препарат по рецепту, и быть зарегистрированы в провинциальной программе лечения метадонем, назначение метадонного лечения, доза, рецепт и мониторинг больного составляют исключительную ответственность лечащего врача. Хотя Коллегия врачей и хирургов Британской Колумбии рекомендует брать анализ мочи как тест на наркотики, решение и частота тестирования остаются выбором лечащего врача. Пациенты не исключаются из программы метадонной терапии при продолжающемся использовании других наркотиков.

Ограничений по возрасту нет, и хотя врачи обязаны освидетельствовать пациентов перед назначением метадона, впоследствии они видятся с пациентом два раза в месяц.⁹ Пациенты обычно посещают одного и того же врача, и пользуются постоянной аптекой, получая препарат, но переходы к другому врачу, имеющему лицензию на назначение метадона, возможны, если об этом просит пациент или врач. Из 231 терапевта Британской Колумбии, которым разрешено выписывать метадон при опиоидной зависимости, 199 имеют зарегистрированных пациентов.¹⁰

Бупренорфин был одобрен к применению в Канаде в 2005 году, как в чистой форме субutexa, так и в комбинированных таблетках, субоксоне. Коммерчески доступен только субоксон. В субоксоне смешаны бупренорфин и налоксонн – препарат, используемый для отмены действия опиоидной передозировки – в пропорции 1:4. Эта комбинация была разработана, чтобы избежать ненадлежащего использования, злоупотребления, инъекционного употребления, и чтобы увеличить доступ пациентов к лечению. В Канаде страховка еще не покрывает таблетированный субоксон, и число пациентов, которым назначен субоксон пока невелико.¹¹

Отпуск через аптеки

В 2008 году насчитывалось около 76 аптек, которые выдавали препарат, и 13 из них были расположены в центральном районе города – Центральном Истсайде.¹² Центральный Истсайд является одним из старейших районов города; он печально известен низкими доходами и неблагополучием своих жителей. По оценкам, в нем проживет 18,000 человек. В 2007 году Фонд народонаселения ООН сообщил, что распространенность гепатита С в Центральном Истсайде была равна почти 70 процентам, а распространенность ВИЧ составляла 30 процентов, почти как в Ботсване.¹³ Из 8,985 пациентов, зарегистрированных в метадонных программах в Британской Колумбии,¹⁴ около 2,849 проживают в Ванкувере, а 1,323 из них живут в Истсайде.¹⁵

На регистрацию в метадонных программах Ванкувера есть очереди,¹⁶ и эксперты считают, что лечение все ещё охватывает лишь половину населения, которое нуждается в помощи, главным образом из-за барьеров к доступу и ограниченных возможностей людей с двойным диагнозом, или живущих с ВИЧ или гепатитом С.¹⁷

Центральный Истсайд является домом для трех новых моделей с низким порогом помощи, которые работают, чтобы снизить существующие барьеры и поддерживать тех, к кому доступ труднее всего.

«Шивэй»

«Шивэй», что означает «рост» на языке береговых салиш, языке коренных народов, это программа, которая реагирует на критические ситуации беременных и недавно родивших женщин, которые употребляют психоактивные вещества. В 1993 году исследование детей, родившихся в Центральном Истсайде, показало, что 40 процентов детей имели плодный алкогольный синдром/неонатальный абстинентный синдром, 33 процента имели низкий вес при рождении, и почти 100 процентов были забраны у матерей Министерством по делам детей и развития семьи.¹⁸ В ответ заинтересованные члены общества выработали инициативу предложить этим женщинам всеобъемлющие («...ориентированные на женщин и снижение вреда») услуги здравоохранения и социальной поддержки.¹⁹

*«Безопасное место; не надо
отсиживаться, где попало... Мне повезло,
что это место есть, в противном случае
я бы, вероятно, давно была бы в могиле».*

– Участница «Шивэй» (Пейн, 2007)

До того, как была создана «Шивэй», большинство программ в городе работали с женщинами, которые были беременны, но употребляли наркотики, не скрывая осуждения и опасений; этим беременным женщинам было отказано в услугах или от них требовали воздерживаться от наркотиков во время лечения, а затем их детей забирали при рождении.²⁰ Результат такого подхода был таким, что многие женщины просто избегали дородового ухода, чтобы не оказываться объектом вражды или из-за страха потерять своих детей; мать и ребёнок попадали в состояние повышенного медицинского риска, и почти гарантированно расставались после родов.

Комплексное медицинское обслуживание и социальные услуги «Шивэй» включают в себя помощь на улицах, дроп-ин центр, дородовой уход и поддержку беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до 18 месяцев. В программе есть свободные часы посещений с понедельника по пятницу, включая предоставление ежедневного бесплатного горячего обеда. Обширный мультидисциплинарный персонал оказывает помощь в области продовольствия и питания и адвокации за безопасное доступное жилье, получении направлений и доступе к медицинскому обслуживанию, метадоновой терапии, прививкам, консультированию по контрацепции, консультированию и тестированию на ВИЧ и другие передаваемые половым путем инфекции, а также предоставляет ресурсы для новорожденных.

В партнерстве с Женской больницей провинции Британская Колумбия, которая предоставляет неотложную помощь при синдроме отмены, «Шивэй» также направляет женщин в другие программы, чтобы обеспечить лечение метадоном при выписке. «Шивэй» не использует

анализов мочи для контроля пациентов, считая, что это часто ведет к утрате доверия и порче отношений; однако, если женщина просит сделать анализ мочи, чтобы показать должностным лицам правительства, что она не использует незаконные наркотики, сотрудники сделают требуемый анализ.

Исследования и оценка являются постоянными компонентам программы; один из докладов документально подтверждает улучшения в работе программы по совместному содержанию матери и ребенка после родов: среди клиентов «Шивэй» доля лишения детей снизилась с 30 процентов в 2002 году до 21.3 процента в 2005.²¹

«Фёр Сквэр»

До 2003 года «Шивэй» была единственной программой в Ванкувере, которая предоставляла с перинатальные услуги женщинам, употребляющим наркотики.²² В 2003 году Женская больница Британской Колумбии расширила сферу услуг для беременных и недавно ставших матерями женщин, употребляющих психоактивные вещества, и их новорожденных, подвергшихся воздействию наркотиков, открыв «Фёр Сквер» – Отделение комбинированной терапии. В отделении 12 персональных палат комплексного дородового и послеродового уход, и четыре кювета, если требуется специальное лечение для новорожденных.

*«Восстановление это не место на вершине
успеха, но оно включает человеческое
достоинство и растущую уверенность
в самом себе в осуществлении выбора и
принятия решений. Фёр, может оказаться
первым огоньком в конце тоннеля или
огромным опытом перемен».*

*– Медицинская сестра Фёр Сквэр
(Пейн, 2007)*

Беременные женщины часто начинают метадоновую терапию в программах «Фёр Сквер» или «Шивэй», где врачи и акушеры-гинекологи имеют лицензии на право назначать поддерживающее лечение метадоном. В Канаде, поддерживающее лечение метадоном доступно для беременных женщин там, где есть лицензированный для назначения метадона врач, но многие из врачей, назначающие метадон, не имеют акушерской практики, поэтому беременной жен-

щине может быть трудно на практике получить рецепт (Пейн 2009).²³ «Фёр Сквер» и «Шевэй» помогают заполнить этот пробел.

Другие программы в этой стране отделяют новорожденных, подвергшихся воздействию наркотиков, от матерей сразу после рождения, лишают их сенсорных стимулов и держат их в яслях на протяжении всей госпитализации; в действительности нет никаких доказательств того, что подобная практика облегчает синдром отмены у новорожденных.²⁴ С тех пор, как в «Фёр Сквер» стали размещать матерей и новорожденных детей в одной палате, предпринятое исследование сообщило о 40-процентном снижении числа новорожденных, которые требуют медикаментозного лечения для снятия симптомов синдрома отмены.²⁵ Матери могут кормить грудью при любой принятой дозе метадона²⁶, и персонал «Фёр Сквер» заметил, что чем больше времени дети проводят с мамами, ощущают прикосновения, и живут на грудном вскармливании, тем меньше вероятность того, что они нуждаются в морфине.²⁷

Любая женщина, по крайней мере, после 15 недель беременности, которая продолжает употреблять психоактивные вещества, имеет право обратиться и будет радушно принята в «Фёр Сквер». Врачи, уличные медсестры, консультанты и друзья направляют женщин в эту программу; женщины также могут самостоятельно туда обратиться. Отсутствие документов или постоянного места жительства не является препятствием для получения помощи. Женщины допускаются в программу в порядке живой очереди, и хотя большую часть клиенток составляют жительницы Ванкувера, программа примет и для жительниц других городов. «Фёр Сквер» создал то, что сотрудники называют гендерно-чувствительным подходом, основанном на философии снижения вреда, и позволяющим женщинам вернуться в программу, даже если ранее они ушли, не послушавшись рекомендаций врачей.

«Ванкуверское общество здоровья коренных жителей»

«Ванкуверское общество здоровья коренных жителей» является одним из финансовых партнеров «Шивэй» и находится всего в двух шагах от программы, в Центральном Истсайде. «Ванкуверское общество здоровья коренных жителей» предоставляет медицинские, социальные, и консультационные услуги с акцентом на сокращение неравенства в области здравоохранения в общинах коренных жителей страны, проживающих в Центральном Истсайде.

Коренных жителей в Канаде непропорционально сильно затронула эпидемия ВИЧ/СПИДа; в 2006 году процент новых случаев ВИЧ-инфекции, вызванной употреблением инъекционных наркотиков, среди коренных канадцев был около 53 процентов, по сравнению с 14 процентами среди не-коренных наций.²⁸

«Ожидать от женщины, что она перестанет употреблять наркотики и алкоголь, когда она еще не готова к этому, нереально, и может быть опасно, так как такие ожидания часто приводят к её побегу из больницы, или она будет скрывать, что по-прежнему пользуется ПАВ...»

– Руководитель практики (Пейн 2007)

«Ванкуверское общество здоровья коренных жителей» предоставляет услуги коренным (и некоторым не-коренным) жителям через свою клинику открытого доступа. Клиника открыта до позднего вечера и в выходные дни. Все услуги, предоставляемые на месте, бесплатны, в том числе первичная медицинская помощь, консультирование и лечение ВИЧ/СПИДа, тестирование инфекций, передаваемых половым путем, метадоновая терапия, консультации по алкоголю и наркотикам. Близлежащая аптека Истсайда содействует тому, что пациенты могут легко получить доступ к лечению и развить привязанность, и фармацевты могут напрямую связаться с врачами. Предварительная запись не нужна, хотя и время ожидания может быть долгим из-за высокого спроса.



Фото любезно предоставило «Ванкуверское общество здоровья коренных жителей».

В дополнение к медицинской клинике, в «Ванкуверском обществе здоровья коренных жителей» действует программа «Позитивный взгляд», оказывающая поддержку, помощь и лечение людям, живущим с ВИЧ, и поддерживающая связь между больницами, социальными и специализированными услугами в Центральном Истсайде.

Программа «Позитивный взгляд» включает в себя предоставление ухода за больными, социальную работу, консультирование зависимости и услуги аутрич, юридическую адвокацию, продовольственные пункты и питание, интервенции в кризисных ситуациях, а также «максимальную поддерживающую медикаментозную помощь». Медикаментозная терапия является моделью интенсивного кейс-менеджмента для людей, живущих с ВИЧ, и включает хранение ВИЧ-препаратов для пациентов в центре и их выдачу пациентам только в центре. Сотрудники программы обеспечивают наличие лекарств на семь дней недели и обслуживают примерно 200 пациентов ежедневно.²⁹ Персонал посещает пациентов на дому и доставляет метадон или другие лекарства, когда пациенты не в состоянии посетить аптеку. Программа «Позитивный взгляд» и ее услуги основаны на глубоком уважении к традициям первых народов и культур, а также верны взятым на себя обязательствам по предоставлению ориентированных на клиента, целостных услуг.

Примечания

1. Marsh, D. and B. Fair 2006. Addiction Treatment in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 17: 137–141.
2. Marsh, D. and B. Fair, 2006.
3. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. 2008. Annual Report 2008. <https://www.cpsbc.ca/node/128>. Доступ осуществлен 10 февраля, 2009 г.
4. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. 2005. Methadone Maintenance Handbook. www.bcguidelines.ca/gpac/guideline_methadone.html. Доступ осуществлен 10 февраля, 2009 г.
5. Ibid.
6. Ramsay, D. 2009. Переписка по электронной почте, февраль 2009 г.
7. College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 2005.
8. Marsh, D. 2009. Переписка по электронной почте, февраль 2009 г.; Payne, 2009.
9. City of Vancouver. 2008. Four Pillars Newsletter. <http://vancouver.ca/fourpillars/newsletter/Sept08/Methadone.htm>. Доступ осуществлен 23 апреля 2009 г.
10. College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 2008.
11. Marsh, D. 2009.
12. Vancouver Drug Policy Coordinator Report, 2007.
13. UN Population Fund. 2007. *Vancouver: Prosperity and Poverty Make for Uneasy Bedfellows in World's Most 'Liveable' City*. [State of the World Population 2007 Press Kit Feature Story]. www.unfpa.org/swp/2007/presskit/docs/vancouver_feature_eng.doc. Доступ осуществлен 24 апреля 2009 г.
14. College of Physicians and Surgeons BC, 2008.
15. McClelland, cited in City of Vancouver Planning Department. 2008. *10 years of Downtown Eastside Revitalization: A Backgrounder*. <http://vancouver.ca/commsvcs/planning/dtes/pdf/DTESDirectionsbackgrounder.pdf>.
16. Marsh, D. and B. Fair, 2006.
17. Anderson, cited in City of Vancouver Planning Department, 2008.
18. Look et al., cited in Benoit, C., D. Carroll et al. 2003. In Search of a Healing Place: Aboriginal Women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, 56: 821–833.
19. Payne, S. 2007. Caring not Curing: Caring for Pregnant Women with Problematic Substance Use in an Acute-care Setting: A Multidisciplinary Approach. In *With Child: Substance Use During Pregnancy: A Woman-centred Approach*. Boyd, S. and L. Marcellus. Halifax, Nova Scotia, Fernwood: 56–69.

20. Payne, S. 2007. In-Hospital Stabilization of Pregnant Women Who Use Drugs. In *Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use*. N. Poole and L. Greaves. Toronto, Center for Addiction and Mental Health: 249–255.
21. Vancouver Native Health Society. 2008. <http://www.vnhs.net/>. Accessed December 19, 2008.
22. Payne, S. 2007.
23. Payne, S. 2009.
24. Abrahams, R., A. Kelly et al. 2007. Rooming-in Compared with Standard Care for Newborns of Mothers Using Methadone or Heroin. *Canadian Family Physician*, 53: 1722–1730.
25. Payne, S. 2007.
26. Abrahams, R. 2005. Perinatal Addiction: The Vancouver Experience. *Enjeux Methadone*, 8: 8–10.
27. Payne, S. 2007.
28. Silversides, A. 2006. Complex and Unique HIV/AIDS Epidemic Among Aboriginal Canadians. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11), 1359. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/175/11/1359>. Доступ осуществлен 12 февраля, 2009 г.
29. Ibid.

Программа «Общественное здравоохранение»

Программа «Общественное здравоохранение» Института «Открытое общество» выступает за построение общества, основанного на принципах социального включения, соблюдения прав человека, справедливости, в котором законы, нормы и деятельность в области здравоохранения научно обоснованы и отражают вышеназванные принципы. Программа сотрудничает с лидерами и организациями гражданского общества в деле защиты прав человека и здоровья представителей маргинализованных слоев общества и в адвокации повышения степени прозрачности и подотчетности политики и практики в области здравоохранения. Программа «Общественное здравоохранение» работает в пяти стратегических направлениях: грантовая деятельность, развитие потенциала, адвокация, стратегическое сотрудничество, мобилизация и увеличение финансирования. Программа «Общественное здравоохранение» работает в странах Центральной и Восточной Европы, Южной и Восточной Африки, Юго-Восточной Азии, и в Китае.

Международная программа снижения вреда

Международная программа снижения вреда (IHRD) является проектом Программы общественного здравоохранения Института «Открытое общество». IHRD ставит перед собой цель снижения риска ВИЧ-инфицирования и других вредных последствий инъекционного употребления наркотиков, а также продвижения политики, направленной на защиту потребителей запрещенных наркотиков от стигмы и обеспечение их гражданских прав. Посредством грантов, программ институционального развития и адвокации IHRD стремится снизить распространение ВИЧ-инфекции и другой вред, связанный с наркотиками, и изменить политику и практики, приводящие к маргинализации и дискриминации потребителей наркотиков. IHRD также стремится снизить уровень нарушений прав людей, употребляющих наркотики, со стороны правоохранительных органов, и повысить качество медицинского обслуживания, поддерживая документацию и адвокацию силами гражданского общества, правовое просвещение и ведение стратегических судебных процессов. В основе деятельности IHRD лежит понимание того, что люди, которые не желают или не могут отказаться от употребления запрещенных наркотиков, тем не менее, способны изменить свою жизнь к лучшему, чтобы сохранить собственное здоровье, здоровье своих близких, а также здоровье общества в целом.

Международная программа снижения вреда (IHRD) является проектом Программы общественного здравоохранения Института «Открытое общество». IHRD ставит перед собой цель снижения риска ВИЧ-инфицирования и других вредных последствий инъекционного употребления наркотиков, а также продвижения политики, направленной на защиту потребителей запрещенных наркотиков от стигмы и обеспечение их гражданских прав. Посредством грантов, программ институционального развития и адвокации IHRD стремится снизить распространение ВИЧ-инфекции и другой вред, связанный с наркотиками, и изменить политику и практики, приводящие к маргинализации и дискриминации потребителей наркотиков. IHRD также стремится снизить уровень нарушений прав людей, употребляющих наркотики, со стороны правоохранительных органов, и повысить качество медицинского обслуживания, поддерживая документацию и адвокацию силами гражданского общества, правовое просвещение и ведение стратегических судебных процессов. В основе деятельности IHRD лежит понимание того, что люди, которые не желают или не могут отказаться от употребления запрещенных наркотиков, тем не менее, способны изменить свою жизнь к лучшему, чтобы сохранить собственное здоровье, здоровье своих близких, а также здоровье общества в целом.