

⊕

Звіт **за проектом моніторингу та оцінки** **програм замісної підтримувальної** **терапії бупренорфіном в Україні**

Проект МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»
та Європейського регіонального бюро
Всесвітньої організації охорони здоров'я,
виконавець – Український інститут досліджень
політики щодо громадського здоров'я

Результати 12-місячного дослідження

Професор А. Ухтенхаген, MD, PhD
М. Шауб, PhD
Інститут досліджень в сфері громадського здоров'я
і залежності від психоактивних речовин
при Цюрихському університеті
Центр співробітництва з ВООЗ

2008

⊕

Ініціатором цього проекту виступив МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», **який забезпечив його фінансування та постійну супервізію (старший фахівець з замісної підтримувальної терапії, лікар Олександр Лебега)**. На всіх сайтах замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) незалежні інтерв'юери та регіональні координатори, відповідальні за збір даних, у тісній співпраці з пацієнтами виконали величезну роботу, збираючи інформацію, яка стала основою цього звіту. Доцент Еміліс Субата надав детальний і вельми інформативний звіт про результати своїх візитів до сайтів ЗПТ у квітні та травні/червні 2007 року. Кандидат медичних наук Віктор Штенгелов узгоджував процес збору даних та створення банку даних в Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я (Київ). Доктор Майкл Шауб з Інституту досліджень в сфері громадського здоров'я і залежності від психоактивних речовин при Цюріхському університеті допомагав підготувати аналіз даних, а також таблиці. Доктор Мартин Донохью з Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (Копенгаген), а також доктор Аріель Брей, кандидат психологічних наук Ірина Гришаєва та доктор Гундо Вайлер (редагування) з Київського офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я, кандидат медичних наук Сергій Дворяк з Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я (Київ) разом з партнерами з Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» брали участь у реалізації проекту ЗПТ.

Автори хотіли б висловити свою щирю вдячність усім цим людям за неоціненний внесок та підтримку, які допомогли провести дослідження та створити цей звіт.

ЗМІСТ

1. Короткий зміст і висновки	4
2. Проект моніторингу та оцінки	6
2.1. Обґрунтування і цілі	6
2.2. Партнерство і сайти.....	6
3. Клінічні процедури та документація	8
3.1. Оцінювання пацієнта та включення його до програми лікування	8
3.2. Стандарти та організація допомоги пацієнтам	9
3.3. Ведення картки пацієнта	9
3.4. Завершення лікування й участі в дослідженні	9
4. Збір даних та їхня якість	10
4.1. Роль та сфера відповідальності партнерів програми	10
4.2. Процедури введення та передачі даних	11
4.3. Підбір респондентів, незалежних інтерв'юерів та регіональних координаторів, відповідальних за збір даних	11
4.4. Якість і повнота даних	12
5. Результати I: реалізація фрагменту моніторингу.....	13
5.1. Залучення пацієнтів	13
5.2. Підбір персоналу сайтів	13
5.3. Проблеми та перебіг моніторингу	15
6. Результати II: оцінка даних щодо пацієнтів	18
6.1. Характеристика пацієнтів	18
6.2. Дані про лікування пацієнтів	23
6.3. Дані повторного обстеження пацієнтів.....	25
Список таблиць	30
ДОДАТКИ	
Обов'язки Зовнішніх експертів	31
Звіти про візити до сайтів	32

1. Короткий зміст і висновки

Дослідження з моніторингу та оцінки програм ЗПТ в Україні мало на меті вивчення можливостей впровадження й ефективності замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) бупренорфіном для хворих з опіоїдною залежністю.

Для участі у дослідженні було відібрано 151 пацієнт у 6 містах України, вибірка яких була сформована в період з листопада 2006 року по лютий 2007 року. Учасники дослідження були обстежені при включенні до програми, а потім через 6 і 12 місяців після початку лікування – вивчалися зміни стану їхнього здоров'я та соціального статусу (на основі Індексу тяжкості залежності), ризикована поведінка щодо передачі ВІЛ (на основі опитувальника BBV-TRAQ). Ставлення персоналу оцінювалося за допомогою інструменту самооцінки (SASQ). Окрім цього проводилися фокус-групи з пацієнтами і з персоналом.

Формування вибірки відбувалося з дотриманням Протоколу дослідження, що підтверджено даними регулярних моніторингових візитів. Всі учасники дослідження підписували інформовану згоду щодо надання всієї необхідної інформації для використання її для цілей оцінки та наступного забезпечення доступності ЗПТ в Україні.

Дотримання протоколу дослідження з моніторингу та оцінки, спеціально створеного для цього проекту, забезпечувалося на задовільному рівні. Деякі неясності та випадкові помилки в більшості випадків піддавались корекції. Збір даних з використанням стандартних інструментів (у перекладі) виявився досить обтяжливим для персоналу, але було відносно мало пропущених даних, що не створило перешкод для адекватних моніторингу та оцінки проекту.

У 6 містах було створено мультидисциплінарні команди кваліфікованих спеціалістів, і більшість з них далі працюють у проектах ЗПТ. Персонал переважно задоволений роботою. Крім того, більшість працівників програм декларували позитивне ставлення до своїх пацієнтів, водночас досить негативно ставлячись до підходу, що дозволяє вживання наркотиків взагалі. Ставлення персоналу й задоволеність роботою залишилися в основному без змін через 6 місяців після початку проекту. Плинність кадрів була низькою, тільки 2 з 60 працівників звільнилися з проектів ЗПТ у 2007 році. За даними звітів про фокус-групи, персонал проектів ЗПТ висловлював побажання щодо поліпшення умов праці.

Основні характеристики вибірки: 75,5% чоловіки; середній вік 35,2 року; 56% перебувають у шлюбі; 4,6% були незадоволені своїми житловими умовами. Залежність у більшості пацієнтів була від опіоїдів, інших ніж героїн; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років; раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватись з приводу залежності. Більше половини учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус.

Лікування бупренорфіном переносилося добре, і 82,5% пацієнтів залишалися на ЗПТ через перші 6 місяців та 75% через 12 місяців. Побічна дія бупренорфіну відзначалася тільки у 1,9% пацієнтів. Середня добова доза склала 10 мг. Показник прихильності до ЗПТ був високим – 92,8%.

Зміни стану і поведінки пацієнтів через перші 6 місяців лікування виявилися вражаючими:

- Вживання нелегальних опіоїдів протягом останніх 30 днів зменшилося з 80% до 1%, вживання канабісу – з 34% до 12%, а вживання декількох ПАР з 54% до 15%.
- Значно поліпшилися показники соматичного здоров'я.
- Пацієнти повідомляли про значне зменшення проявів депресії, тривоги, агресивності та суїцидальних настроїв.
- Значно зменшилися показники ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, особливо це стосується ін'єкційних практик, потім сексуальних практик та пошкоджень шкіри (як-от татування).
- Протизаконні прибутки та кримінальна активність за останні 30 днів зменшилися на 90%, підвищилися показники соціальної інтеграції.

Наступні 6 місяців спостереження дозволили підтвердити ці позитивні тенденції. За багатьма параметрами відзначено подальше незначне поліпшення. Але треба відзначити, що на 2-х сайтах (Одеса і Сімферополь) зареєстровано підвищення рівня споживання алкоголю та канабісу після тимчасового зниження, порівняно з даними за перші 6 місяців, а показники ризикованої сексуальної поведінки та ушкоджень шкіри після тимчасового збільшення повернулися до початкових. Важливо відзначити, що значне поліпшення цих показників відбувалося у перші місяці ЗПТ.

Під час моніторингових візитів не було виявлено випадків вносу бупренорфіну, а стосунки між сайтами ЗПТ і правоохоронними органами характеризувалися як добрі. Організація і проведення ЗПТ були перевірені під час моніторингових візитів незалежного експерта. Він констатував в цілому успішне впровадження як терапії, так і загального режиму надання допомоги пацієнтам, а також визначив ділянки, де можливе удосконалення процесу ЗПТ. Оцінки і рекомендації експерта цитуються у цьому звіті. Важливими є питання оцінки потреб пацієнтів, впровадження більш гнучкого режиму лікування (з можливістю ви-

давати замісний препарат додому, щоб полегшити пошук і утримання робочого місця), постійного підвищення кваліфікації співробітників програм ЗПТ, налагодження кращої співпраці з іншими медичними та соціальними службами.

На основі отриманих даних можна зробити такі висновки:

1. Успішне й адекватне впровадження ЗПТ опіоїдами в Україні можливе, а ризики відхилення від вимог можуть бути контрольовані.
2. Підтверджено, що ЗПТ є високо ефективною програмою щодо зменшення вживання нелегальних наркотиків і проявів ризикованої поведінки, асоційованої з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно поліпшує соматичне здоров'я пацієнтів.
3. ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки пацієнтів і сприяє їхній соціальній реінтеграції.
4. Розширення програм ЗПТ можна рекомендувати як ефективний засіб у галузі охорони громадського здоров'я, особливо для контролювання епідемії ВІЛ-інфекції. ЗПТ має бути невід'ємним елементом національної політики протидії поширенню нелегальних наркотиків, а також функціональної недискримінаційної системи допомоги споживачам наркотиків.
5. Необхідно ініціювати зміни регуляторної політики для того, щоб зробити можливим продовження ЗПТ у разі госпіталізації пацієнта чи позбавлення його волі, а також щоб дозволити отримання пацієнтом у стабільному стані замісного препарату на обмежену кількість днів для прийому вдома.
6. Велику увагу потрібно приділяти постійному підвищенню кваліфікації персоналу в питаннях організації ЗПТ, ефективної інтеграції заходів зменшення шкоди і лікування інфекцій, які передаються з кров'ю. Варто переглянути методичні рекомендації з питань впровадження ЗПТ (бупренорфіном і метадоном) для того, щоб досягати кращих практичних результатів.
7. Результати можна покращити шляхом оптимізації умов праці персоналу, а також функціонування лікувального закладу в цілому.

2. Проект моніторингу та оцінки

2.1. Обґрунтування і цілі

Проект моніторингу та оцінки (МіО) започатковано відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 161 від 13.04.2005 р. «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків». Проект було розроблено для забезпечення найбільш ефективного впровадження замісної підтримувальної терапії бупренорфіном.

В ході впровадження проекту, який було заплановано розпочати з 1 лютого 2006 року, планувалося отримати дані щодо впровадження та попередніх результатів ЗПТ, необхідні для розширення програми ЗПТ, передбаченого на подальші роки.

Метою моніторингу впровадження програми ЗПТ є отримання стандартизованих, надійних та обґрунтованих даних щодо елементів, які є важливими для визначення того, чи дійсно програма рухається у правильному напрямку згідно з планами.

Детальними завданнями моніторингу є:

- надання інформації щодо залучення пацієнтів
- надання стандартизованої інформації щодо залучення персоналу, а також його плинності, ставлення та рівня задоволеності
- надання інформації щодо проблем, пов'язаних з впровадженням проекту та неочікуваних подій, які стосуються пацієнтів та персоналу
- надання зворотного зв'язку про хід та здійсненість проекту партнерам програми.

Загальною **метою оцінки процесу та результату впровадження програми ЗПТ** є отримання стандартизованих та надійних даних щодо показників, які описують роботу проектів та їхні результати на індивідуальному та програмному рівнях.

Зокрема, цілі полягають в:

- наданні інформації щодо змін у стані та поведінці пацієнта;
- наданні інформації щодо призначених медпрепаратів, спеціальних режимів лікування та супутнього догляду;
- наданні інформації про завершення лікування та/або участь пацієнтів в процесі оцінки.

2.2. Партнерство і сайти

В цьому проекті взяли участь:

- МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро;
- Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я;
- керівники та персонал пілотних проектів;
- незалежні інтерв'юери;
- зовнішні експерти.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» забезпечив фінансування цього проекту.

Всесвітня організація охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро (ВООЗ-Європа), є провідним агентством з розробки та впровадження плану з моніторингу та оцінки.

Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я (далі – Інститут) є організацією, яка впровадила цей проект. Директор Інституту – Сергій Дворяк, кандидат медичних наук, є Головним дослідником (ГД), відповідальним за проект моніторингу та оцінки.

Керівництво та персонал пілотних проектів

Впровадження шести пілотних проектів з використанням бупренорфіну проходило на базі

- Київської міської клінічної наркологічної лікарні „Соціотерапія“;
- Донецького обласного наркологічного диспансеру;
- Одеського обласного наркологічного диспансеру;
- Кримського республіканського наркологічного диспансеру (Сімферополь);
- Дніпропетровського міського наркологічного диспансеру (поліклініка №5);
- Миколаївського обласного наркологічного диспансеру.

Незалежні інтерв'юери (НІ) визначалися та наймалися Головним дослідником.

Регіональний координатор, відповідальний за збір даних (ВЗД) для кожного пілотного проекту призначався керівниками цих проектів. Ця особа була відповідальною за збір даних на місцях та їх передачу Головному досліднику.

До складу **зовнішніх експертів**, які обиралися та наймалися Європейським бюро ВООЗ, увійшли

- Професор Амброс Ухтенхаген, M.D., Ph.D., керівник Інституту досліджень в сфері громадського здоров'я і залежності від наркотичних речовин при Цюріхському університеті (Цюріх, Швейцарія) здійснює загальне наукове керівництво проектом моніторингу, аналіз кількісних даних та підготовку аналітичного звіту.
- Доктор Еміліс Субата, M.D., директор Вільнюського центру з лікування розладів, спричинених залежністю від психоактивних речовин (Вільнюс, Литва) здійснював науково-методичну підтримку на місцях шляхом регулярних візитів до сайтів проекту МіО.

3. Клінічні процедури та документація

Клінічні процедури та документація щодо моніторингу та оцінки детально викладені у загальному протоколі моніторингу та оцінки. Нижче наводяться фрагменти загального протоколу.

Результати візитів зовнішнього експерта доцента Еміліса Субати підтвердили дотримання загального протоколу, але виникали деякі питання щодо розуміння і застосування правил.

3.1. Оцінювання пацієнта та включення його до програми лікування

Усі пацієнти, які зверталися з проханням включити їх до програми отримання контрольованого замісного підтримувального лікування бупренорфіном, проходили скринінг і реєструвалися відповідно до стандартизованої процедури.

Первинний скринінг щодо відповідності критеріям включення до програми

Всі кандидати мали відповідати чітко визначеним критеріям включення до програми:

Критеріями включення були:

- Діагноз опіоїдної залежності згідно з МКХ-10;
- Мінімальний вік – 18 років;
- Розумова здатність надати поінформовану згоду;
- Достатньо добрий фізичний стан для участі в програмі;
- Надання поінформованої згоди на лікування та режим лікування, включаючи аналізи крові та сечі;
- Постійне місце проживання неподалік від клініки.

Критерії виключення:

- Значне зниження когнітивних здібностей або затримка розумового розвитку;
- Тяжкі поведінкові розлади або психотичні симптоми;
- Очікувана госпіталізація чи ув'язнення (під час проведення дослідження), коли не існує можливості продовжити лікування.

При відборі пацієнтів для участі в програмі оцінки, застосовувалися додаткові критерії:

- Надання поінформованої згоди на участь в дослідженні з проведенням подальших опитувань;
- Призначення особи, яка матиме адресу пацієнта для здійснення подальших контактів.

Скринінг проводився співробітниками програми з використанням списку критеріїв відповідності; усі відповіді пацієнтів було внесено до списку. Такі списки збиралися систематично – дані про тих, хто не розпочав лікування, заносилися в окрему папку, а решта – до карток пацієнтів. Кандидатам пропонувалися форми реєстрації їхньої згоди. Після уважного вивчення та обговорення вони підтверджували свою згоду підписом. Ці форми також вносилися до медичної документації.

Ще одним елементом процесу скринінгу було пояснення кандидатам того, як використовуватимуться дані лікування та дослідження, а саме, що дані щодо пацієнтів є конфіденційними, жодний інший заклад чи правоохоронні органи не мають до них доступу, дані зберігаються у надійному місці, недоступному для сторонніх осіб. Інформація, необхідна для розробки плану моніторингу та оцінки, кодується, а кодований список зберігається керівництвом програми у безпечному місці.

Оцінювання пацієнтів, яких визнано відповідними

Після того, як кандидата визнано відповідним для участі в програмі та дослідженні, персонал програми проводив клінічне обстеження пацієнта, визначаючи його поточний стан (здоров'я, соціальні умови, споживання психоактивних речовин, проблеми з законом), а також анамнез (загальний і психіатричний; досвід вживання наркотиків та лікування, соціальна інтеграція). Результати обстеження вносилися до картки пацієнта.

Усі пацієнти були обстежені NI за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI) впродовж перших двох тижнів після включення до програми, коли у них вже не було симптомів стану відміни та були вирішені перші практичні проблеми. Крім того, ризикована поведінка, пов'язана з інфекціями, що передаються з кров'ю, реєструвалася за допомогою опитувальника BBV-TRAQ (інструмент самооцінки). Копії результатів вносилися до медичної картки.

Включення до програми та план лікування

На основі результатів оцінювання формувалася індивідуальний план лікування, який відображав усі терапевтичні та соціальні елементи. План пояснювали пацієнтові й отримували його згоду. Після цього до картки пацієнта вносився відповідний запис.

План лікування адаптувався до прогресу та змін у житті та статусі пацієнта. План переглядався щонайменше кожні три місяці, а результати вносилися до картки пацієнта.

3.2. Стандарти та організація допомоги пацієнтам

Лікування відповідає розробленим в Україні стандартам і методичним рекомендаціям щодо замісної підтримувальної терапії бупренорфіном.

Такі принципи є добре відомими персоналу. Крім того, на місцях впровадження пілотних проектів були доступними інформаційні матеріали щодо специфічних моментів ведення хворого, як-от:

- ведення/лікування передозування опіатів;
- як виявляти інтоксикацію перед наданням щоденної дози;
- як визначати індивідуальне дозування у фазах індукції та підтримки;
- як діяти у разі вагітності;
- правила щодо доз, які прийматимуться поза межами клініки;
- правила забору зразків сечі;
- як діяти у випадках пропусків прийому ліків та/або огляду лікаря;
- санкції за неприпустиму поведінку;
- правила завершення лікування.

Забезпечено внутрішній та зовнішній контроль за роботою персоналу для поліпшення ефективності та рівня компетентності у вирішенні проблемних ситуацій.

Відвідування сайтів зовнішнім експертом доцентом Емілісом Субатою мало на меті надання підтримки персоналу в вирішенні питань, пов'язаних із впровадженням протоколів лікування й дослідження. Візити відбулися в квітні та травні/червні 2007 року.

3.3. Ведення картки пацієнта

На кожного пацієнта, якого було включено до програми лікування й моніторингу та оцінки, заводилася стандартизована картка, розроблена в Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я. Вся відповідна інформація про стан, режим та отримане лікування, негативні події, відповідність критеріям та завершення лікування щоденно вносилися до вищезазначеної картки медичним персоналом.

3.4. Завершення лікування й участі в дослідженні

Лікування завершувалося в разі

- двосторонньої згоди, тобто за згодою між співробітниками програми та пацієнтом;
- ініціативи пацієнта (відмова від продовження лікування або припинення лікування без формального попередження);
- з ініціативи персоналу (виключення пацієнта з програми через неспроможність останнього продовжити лікування, наприклад, через госпіталізацію або ув'язнення, або через постійну неприйнятну поведінку).

Завершення лікування документувалося належним чином з наданням опису причин припинення лікування в односторонньому порядку або успішного завершення програми ЗПТ.

Ця інформація заносилася в стандартну форму завершення лікування (див. розділ «Збір інформації та якість даних»).

В будь-якому з випадків припинення лікування, пацієнт отримував консультацію щодо всіх існуючих варіантів детоксикації та подальшої підтримки. Пацієнта також повторно інформували про ризик рецидиву чи передозування після проведення детоксикації.

Пацієнта просили надати інформацію про те, де і як його/її можна знайти для подальших опитувань/інтерв'ю. Ця інформація заносилася до картки пацієнта.

Завершення антиретровірусної терапії (АРТ)

ВІЛ-інфіковані пацієнти, які отримують АРТ та були прийняті до програми ЗПТ бупренорфіном, мали можливість відмовитися від АРТ без припинення лікування бупренорфіном, наприклад, через побічні ефекти АРТ, або внаслідок нерегулярного прийому призначених медпрепаратів, або через відсутність прихильності до лікування.

Факт завершення АРТ та причини такого завершення мали реєструватися в формі завершення лікування (див. розділ «Збір інформації та якість даних»).

Завершення участі в дослідженні

Пацієнти мали можливість відкликати свою поінформовану згоду брати участь у дослідженні чи інтерв'юванні або відмовитися, щоб їхні заcodedані дані було використано для оцінки, при цьому було передбачено можливість продовжувати лікування.

Причини відкликання своєї згоди мали заноситися в стандартну форму завершення участі в дослідженні.

4. Збір даних та їхня якість

4.1. Роль та сфера відповідальності партнерів програми

Головний дослідник

Головний дослідник (ГД) відповідав за організацію навчання інтерв'юєрів і регіональних координаторів та за збір даних на національному рівні. ГД та його підлеглі забезпечували керівникам та працівникам програм підтримку в усіх питаннях, що пов'язані зі збором даних.

У співпраці з керівниками пілотних проектів ГД розробив письмові правила для персоналу щодо дій в особливих ситуаціях (наприклад, при передозуванні, супутніх захворюваннях, пропусках дози тощо). Створення таких правил мало на меті запровадження загальних стандартів в усіх пілотних проектах.

ГД відповідав за забезпечення ВЗД інструкціями щодо використання системи кодування.

ГД організував переклад та тестування опитувальників, а також правил, згаданих вище.

ГД відповідав за організацію контролю та зберігання інформації, що надходить з пілотних проектів. Він призначив кандидата медичних наук Віктора Штенгелова відповідальним за створення електронної бази даних та передачі цих даних зовнішнім експертам для участі в аналізі, оцінці та підготовці звітів через 6 та 12 місяців реалізації проекту.

Керівники та персонал пілотних проектів

Керівники та персонал пілотних проектів несли відповідальність за дотримання правил та вимог належного застосування ЗПТ бупренорфіном, за дотримання плану моніторингу та оцінки і, насамперед, за якість збору даних.

Регіональний координатор, відповідальний за збір даних

ВЗД – це особа, яка несла відповідальність за збір даних на місці впровадження пілотного проекту та за їх передачу ГД.

Кандидатури ВЗД узгоджувалися з ГД та вносилися до відповідного переліку. Цей ВЗД був також контактною особою для ГД впродовж всього періоду реалізації пілотного проекту.

ВЗД відповідав за присвоєння кожному пацієнтові особистого коду на основі системи кодування, що надавалася ГД, для забезпечення анонімності всієї інформації про пацієнта, яка використовувалася для оцінки. ВЗД мав зберігати список пацієнтів з їхніми прізвищами та кодами у надійному місці, недоступному для інших осіб.

ВЗД працював з інструментами, призначеними для збору даних, розповсюджував для заповнення опитувальника «Ставлення до виконання обов'язків та задоволеність персоналу» (SASQ) та нагадував про вимогу щодо надання заповненого опитувальника безпосередньо ГД.

Незалежні інтерв'юєри

НІ проводили опитування пацієнтів з використанням Індексу тяжкості залежності (ASI) та Опитувальника для оцінки ризику передачі вірусів, що переносяться з кров'ю (BBV-TRAQ).

НІ також відбирали учасників для фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом, проводили ці фокус-групи та надавали звіти зовнішнім експертам.

Кандидатури НІ визначав ГД.

ГД раз на два місяці мав звітувати перед Європейським бюро ВООЗ, Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні та керівниками пілотних проектів.

Зовнішні експерти

Зовнішні експерти несли відповідальність за підготовку та остаточне формулювання плану та протоколу моніторингу та оцінки на основі проведення консультацій з Європейським бюро ВООЗ, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», керівниками програм та ГД. Вони надали необхідні методичні інструменти (англійською мовою).

Зовнішні експерти також несли відповідальність за підтримку національних партнерів:

- у впровадженні плану МіО в частині дотримання протоколу підтримувальної терапії бупренорфіном, організовуючи візити на місця (др. Субата)
- в моніторингу та оцінці, надаючи відповіді на будь-які запити ГД (проф. Ухтенхаген).

Зовнішні експерти відповідали за участь в аналізі та оцінці даних, наданих ГД, та за підготовку проміжного та остаточного звіту.

Зовнішні експерти також підготували й подали остаточний звіт та рекомендації на основі результатів і висновків проекту.

Терміни збору даних

Скринінг щодо відповідності критеріям включення проводився впродовж кількох днів після подачі особою заявки на участь в програмі ЗПТ. Належне обстеження та заведення картки пацієнта здійснювалось відразу після скринінгу. Якщо початок лікування відкладався, період очікування та причини затримки вносилися до картки пацієнта.

Таблиці щодо складу пацієнтів (M1) оновлювались щотижня. Таблиці щодо складу персоналу (M2) оновлювались щомісячно.

Анкети щодо ставлення та задоволеності персоналу роздавалися усім співробітникам програм ЗПТ, які мали безпосередній контакт з хворими: один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту МіО.

Проведення фокус-груп з пацієнтами та фокус-груп з персоналом відбувалося один раз під час першої чверті, один раз під час другої чверті і один раз під час останньої чверті періоду виконання проекту.

Інструменти ASI та BBV-TRAQ застосовувалися впродовж двох тижнів після початку отримання пацієнтом лікування бупренорфіном.

Інформацію вносили до карток пацієнта щоденно (стосовно денних доз) або кожного разу, коли переглядався план лікування або приймалося певне рішення.

Повторне обстеження із застосуванням ASI та BBV-TRAQ проводилося через 6 і 12 місяців лікування пацієнта бупренорфіном.

4.2. Процедури введення та передачі даних

Для збору даних використовувалися дослідницькі інструменти, представлені в паперовому або електронному вигляді. На всіх сайтах пілотних проектів дані фіксувалися на паперових або безпосередньо на електронних носіях.

Електронні версії методичних інструментів були розроблені Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я. ГД відповідав за організацію дотримання інструкцій щодо внесення даних в електронні версії інструментів.

ВЗД відповідав за організацію та контроль за вводом даних на сайтах пілотних проектів (як в інструменти на паперових носіях, так і в їхні електронні версії).

Для того, щоб зменшити кількість помилок при перенесенні даних з паперових носіїв до електронних версій інструментів, рекомендувалося вводити їх у два файли, які потім перевірялись щодо можливих допущених помилок.

Дані про результати дослідження періодично передавалися ГД, який визначав інтервали надання даних.

В Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я всі вхідні дані впорядковувалися. Було створено банк даних, в якому всі файли з даними, що надійшли з пілотних проектів, зберігалися та готувалися для аналізу. Банк даних був доступним для зовнішніх експертів, які мали змогу ним користуватися для аналізу поєднаних даних та підготовки звітів з моніторингу та оцінки.

4.3. Підбір респондентів, незалежних інтерв'юєрів та регіональних координаторів, відповідальних за збір даних

Підбір незалежних інтерв'юєрів

НІ не входили до складу персоналу, що працював в пілотних проектах. Вони мали гарантувати конфіденційність відомостей, отриманих в результаті опитування пацієнтів та проведення фокус-груп. Незалежні інтерв'юєри проходили тренінг з проведення опитувань пацієнтів (з використанням інструментів, зазначених в протоколі дослідження) та проведення фокус-груп. Водночас їх знайомили з механізмами опіоїдної залежності та замісної підтримувальної терапії. Зазвичай незалежні інтерв'юєри були спеціалістами-психологами.

З огляду на зазначені умови, НІ призначалися та навчалися ГД. Європейське регіональне бюро ВООЗ готувало технічні завдання, враховуючи рекомендації ГД.

Підбір регіональних координаторів, відповідальних за збір даних

В усіх пілотних проектах керівники призначили одну особу з числа персоналу, котра відповідала за організацію збору даних та передачу їх ГД. Ці особи пройшли підготовку на тренінгу, який проводив ГД, та в подальшому отримували від нього підтримку щодо всіх проблем, що виникали під час збору даних.

Відбір персоналу для проведення самооцінки (SASQ)

Ставлення та рівень задоволеності персоналу, що працює з пацієнтами, впливає на рівень задоволеності пацієнта лікуванням, на його утримання в програмі терапії та на її результати. Отже, інструмент SASQ використовувався для всього персоналу, що мав прямий контакт з пацієнтами. Методика SASQ застосовувалася ВЗД, який обов'язково нагадував опитуваним про необхідність відправляти заповнені анкети безпосередньо ГД. ГД також отримував від ВЗД перелік співробітників програми ЗПТ, які отримали опитувальник.

Відбір учасників фокус-груп

Пацієнтів для фокус-груп відбирали таким чином, щоб їх склад був неоднорідним (з пацієнтів різного віку, соціальних верств, терміну перебування в програмі лікування).

Персонал для фокус-групи відбирали з різних ієрархічних рівнів програми та з різних посад (наприклад, консультант, лікар, медсестра, соціальний працівник, психолог).

Учасники фокус-груп з пацієнтами відбиралися HI зі списку пацієнтів.

Учасники фокус-груп з персоналом відбиралися HI зі списку, наданого керівниками пілотних проектів.

4.4. Якість і повнота даних

Дані, отримані за допомогою стандартних інструментів – Індексу тяжкості залежності ASI та BBV-TRAQ звичайно були хорошої якості; випадкові помилки можна було скоригувати. Більш складною була ситуація з картою пацієнта, до якої дані мали вводитися вручну – це призводило до утруднень і можливості помилок при переведенні до цифрового формату для введення до загального банку даних.

Кількість втрачених даних була невеликою. Деякі дані було втрачено з тієї причини, що в деяких сайтах використовувалась при повторному обстеженні скорочена версія ASI (lite). Дані повторного обстеження відсутні майже на усіх пацієнтів, які залишили програму. Інші втрачені дані виникали внаслідок проблем з дешифруванням записів та/або квалітивістю.

Якість і повноту даних можна вважати цілком задовільними для цілей моніторингу та оцінки, особливо це стосується виявлення позитивних результатів ЗПТ та демонстрації сильних і слабких моментів у процесі реалізації проектів ЗПТ.

Багато цінної інформації від співробітників програм і пацієнтів міститься в звітах про проведення фокус-груп. Ці звіти збиралися київським офісом ВООЗ, короткий виклад цих даних міститься в розділі 5.3.

5. Результати I: реалізація фрагменту моніторингу

5.1. Залучення пацієнтів

Була розроблена спеціальна форма для обліку на кожному сайті кількості та основних характеристик пацієнтів, які звернулися із заявою на участь у програмі ЗПТ. В цій формі також позначались відповідність кандидатів критеріям включення та дата включення до програми.

Таблиця 1.

Заяви, відповідність критеріям і включення пацієнтів до програм ЗПТ

	№ заяв	% чоловіків	Середній вік	Середній стаж залежності	% самостійних звернень	% тих, що відповідають вимогам	% включених з тих, що відповідають вимогам	Кількість пацієнтів, включених до проекту
Київ	25	52.0	29.0	9.64	100	100	100	25
Донецьк	25	80.0	33.6	12.36	100	100	100	25
Одеса	24	87.5	37.5	17.25	100	100	100	24
Сімферополь	24	80.0	35.3	9.32	100	100	100	24
Дніпропетровськ	25	75.0	38.6	15.04	100	100	100	25
Миколаїв	28	75.0	37.4	17.39	100	100	100	28
Загалом	151	75.5	35.2	13.54	100	100	100	151

Загалом до програми ЗПТ і до дослідження з МіО було включено 151 пацієнта. Всі вони до цього перебували на обліку в тих наркологічних закладах, де проводилася ЗПТ, і були інформовані про програму – цим можна пояснити, чому заяви подали тільки пацієнти, які відповідають вимогам і чому це трактувалося як самостійне звернення. Перших декілька пацієнтів було включено до дослідження для тестування інструментів на кожному сайті, а основна маса – після певного інтервалу, викликаного затримкою поставки бупренорфіну фармацевтичною компанією.

5.2. Підбір персоналу сайтів

Для того, щоб відобразити склад, рівень підготовки, наявність контролю та плінність персоналу на сайтах проекту, керівники сайтів повинні були вносити відповідні дані до форми, спеціально розробленої для цього. Узагальнені дані підготовлено в офісі Головного дослідника. Результат відображено в таблиці.

Таблиця 2.

Кількість і кваліфікація персоналу

	Лікарі	Наркологи	Медичні сестри	Психологи	Соціальні працівники	Колишні споживачі	Волонтери	Інші	Всього
Київ	3	2	6	1	4	0	1	1	16
Донецьк	4	2	3	1	2	1	0	1	11
Одеса	3	2	2	1	1	3	0	2	9
Сімферополь	2	1	1	1	1	2	2	0	7
Дніпропетровськ	2	1	3	1	1	2	0	1	8
Миколаїв	2	1	2	1	1	2	2	1	9
Загалом	16	9	17	6	10	10	5	6	60

На всіх сайтах мультидисциплінарні команди (МДК) включали необхідних спеціалістів, які могли б піклуватися про фізичні, психіатричні, психологічні та соціальні потреби пацієнтів. Співвідношення персонал - пацієнти склало в цілому 1:2,5 (для учасників дослідження).

Таблиця 3.

Підготовка персоналу

	Кількість персоналу зі спеціальною підготовкою з наркології	Кількість персоналу з досвідом роботи зі споживачам наркотиків	Кількість персоналу з додатковою підготовкою	Кількість персоналу з додатковою підготовкою у 2006 році	Кількість персоналу з додатковою підготовкою у 2007 році	Наявність контролю
Київ	11	14	10	10	6	Так
Донецьк	4	10	1	1	1	Так
Одеса	2	8	7	7	5	Так
Сімферополь	3	6	5	5	4	Так
Дніпропетровськ	5	6	4	1	4	Так
Миколаїв	4	8	9	9	1	Так
Загалом	29	52	36	33	21	Так

Наведені дані свідчать про те, що МДК всіх сайтів укомплектовані персоналом, який є досвідченим і компетентним щодо роботи з наркозалежними і надання їм необхідної допомоги.

Таблиця 4.

Плинність кадрів

	Кількість персоналу, залученого 2006 року	Кількість персоналу, звільненого 2006 року	Кількість персоналу, залученого 2007 року	Кількість персоналу, звільненого 2007 року
Київ	2	1	1	1
Донецьк	1	1	5	4
Одеса	3	4	0	0
Сімферополь	4	2	0	0
Дніпропетровськ	4	1	1	1
Миколаїв	5	8	3	1
Загалом	19	17	10	7

За виключенням Миколаївської, МДК продемонстрували невелику плинність кадрів після початку роботи проекту та високий рівень стабільності в подальшому.

Додатково згідно з протоколом дослідження вивчалось ставлення, поінформованість та задоволеність персоналу своєю роботою. Для цього використовувався спеціальний опитувальник – під час включення до програми, а також при обстеженні пацієнтів через 6 та 12 місяців (опитувальник ставлення та задоволеності). Загальна кількість питань складала 51, вони стосувалися чотирьох сфер: питання щодо позитивного ставлення до споживачів наркотиків (9 питань), рестриктивного чи негативного ставлення (21 питання), правильність медичних знань (5 питань), а також задоволеність роботою (9 питань).

Результати можна побачити у наведеній нижче таблиці, включаючи зміни за період від початку програми до обстеження через 6 та 12 місяців.

Таблиця 5.

Ставлення, поінформованість та задоволення персоналу своєю роботою

	N	Позитивне ставлення до споживачів (min 9, max 27)			Рестриктивне чи негативне ставлення (min 28, max 84)			Коректність медичних знань (min 5, max 15)			Задоволеність своєю роботою (min 9, max 27)		
		BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.													
ms – середній бал		ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms	ms
Київ	7	23.2	22.6	19.8	43.0	45.4	51.2	5.8	7.0	7.4	20.0	17.2	20.2
Донецьк	5	21.8	23.5	17.7	60.3	55.8	69.7	6.0	5.5	9.0	19.0	20.3	18.0
Одеса	11	21.1	21.1	18.6	60.6	59.5	69.4	9.6	10.0	10.8	18.3	18.4	16.3
Сімферополь	13	25.7	24.0	21.7	47.0	48.3	43.7	6.1	7.0	6.0	21.8	20.9	20.1
Дніпропетровськ	7	21.5	22.3	22.3	56.3	60.0	60.8	8.2	8.3	7.5	18.0	16.7	17.0
Миколаїв	8	22.9	25.4	19.2	54.5	50.2	68.2	7.6	6.2	6.2	22.0	24.0	19.5
Загалом	51	22.6	23.1	19.9	53.8	53.3	59.9	7.5	7.6	7.9	20.0	19.4	18.5

У показниках позитивного ставлення до споживачів наркотиків мінімальна кількість балів складала 9, а максимальна 27. Середній показник по всіх сайтах перевищував 21, як при першому опитуванні, так і через перші 6 місяців. Це свідчить про те, що більшість персоналу виявляло скоріше позитивне, ніж негативне ставлення до пацієнтів. У показниках рестриктивного чи негативного ставлення до вживання наркотиків та до споживачів наркотиків мінімальна кількість балів складала 28, максимальна – 84 бали. У цій області ми бачимо велику різницю з менш негативним ставленням на сайтах Києва і Сімферополя, порівняно з іншими сайтами. Але при опитуванні через 12 місяців після початку ЗПТ позитивне ставлення до споживачів наркотиків стало менш вираженим, ніж за даними, отриманими через перші 6 місяців, а негативне ставлення виявлялося більшою мірою на всіх сайтах, крім Сімферопольського.

У показниках коректності медичних знань мінімальна кількість балів є 5, максимальна – 15. Цей показник відрізняється на різних сайтах і свідчить про дефіцит коректної медичної інформації з невеликим покращенням цього показника з часом, або ж без змін.

Показники задоволеності своєю роботою: мінімальна кількість балів – 9, максимальна – 27. Середні показники досить високі з невеликою різницею між сайтами і незначними змінами з часом, на деяких сайтах у бік підвищення, у деяких навпаки.

5.3. Проблеми та перебіг моніторингу

Ми мали аналізувати інформацію щодо проблем і перебігу впровадження програм з двох джерел. Перше – це звіти про моніторингові візити доцента Еміліса Субати (додаток: звіти про відвідування сайтів), друге джерело – звіти про фокус-групи, які проводилися з персоналом і пацієнтами на кожному сайті проекту. Загальна інформація про фокус-групи включена до звітів про візити експерта; повні звіти за результатами фокус-груп були надіслані до Київського офісу ВООЗ і аналіз цих даних наводиться у цьому розділі.

Основні результати відвідування сайтів експертом включають:

- Дослідження з моніторингу і оцінки позитивно сприймалося персоналом і пацієнтами програм ЗПТ. З боку пацієнтів відзначалася повна співпраця. Незалежні інтерв'юери та регіональні координатори (ВЗД) не відзначали проблем зі збором і передачею даних.
- Пацієнти на всіх сайтах переважно були задоволені ЗПТ та персоналом. На всіх сайтах пацієнти відзначали, що персонал був легко досяжний і налаштований на підтримку пацієнтів. Пацієнти також були задоволені послугами спеціалістів з ВІЛ/СНІД, які надавалися поза межами програми ЗПТ у центрах профілактики і боротьби зі СНІД: тестування на ВІЛ, лабораторний контроль, антиретровірусна терапія. АРВ препарати видавалися пацієнтам додому кожного місяця на 30 днів. Усі послуги спеціалістів з ВІЛ/СНІД є доступними та безкоштовними.
- Головною проблемою, яку відзначали пацієнти, є те, що участь у ЗПТ створювала перешкоди в пошуках і збереженні роботи, оскільки закон забороняє видачу лікарських препаратів додому.

Пацієнти також відзначали, що щоденне чи майже щоденне відвідування лікувального закладу вимагало значного часу і додаткових витрат.

- Пацієнти висловлювали стурбованість тим, що на деяких сайтах (Київ, Донецьк) не було можливості продовжувати ЗПТ у випадку госпіталізації (включно з такими причинами, як СНІД чи туберкульоз).
- В жодному з сайтів пацієнти не відзначали проблем з правоохоронними органами (наприклад, безпідставний тиск чи обшук споживачів ін'єкційних наркотиків).
- Соціальна підтримка була кваліфікованою не на всіх сайтах. Колишні споживачі наркотиків, які працюють у недержавних організаціях, часто не володіють навичками оцінки соціального статусу і потреб пацієнтів, створення та впровадження планів соціальної допомоги.
- Працівники проектів ЗПТ відзначали, що багато часу й енергії вони мали витратити на контроль процесу прийому бупренорфіну та запобігання спробам його вносу з лікувального закладу. На всіх сайтах медичні сестри видавали пацієнтам дозу замісного препарату, спостерігали за його прийомом і перевіряли його розсмоктування, відповідно до чинних нормативних актів. На сайтах у Києві та Донецьку медичні сестри подрібнювали таблетки для мінімізації ризику вносу препарату. Для забезпечення контролю керівники програм ЗПТ мали впроваджувати суворі санкції за спроби вносу препарату із загрозою виключення з програми ЗПТ.
- За 12 місяців не було проблем з правоохоронними органами в зв'язку з викраденням замісного препарату.
- Лікарі відзначали порівняно велику кількість паперової роботи, яку треба виконувати відповідно до правових актів, спрямованих на контроль за використанням бупренорфіну.
- На деяких сайтах співробітники скаржилися на недостатню кількість робочого простору для програм ЗПТ. На більшості сайтів відсутні кімнати для конфіденційного консультування.
- Персонал в цілому добре підготовлений і професійний. Деякі лікарі наполягали на поліпшенні якості підвищення кваліфікації.

В результаті відвідування сайтів експерт надав такі рекомендації:

- Передбачити створення при Міністерстві охорони здоров'я робочої групи для перегляду законодавчих актів, які регулюють проведення ЗПТ. Зміни законодавчих документів мають забезпечити більшу гнучкість програм ЗПТ і надати більше можливостей індивідуалізованої допомоги та соціальної реінтеграції – пошуку й збереження робочого місця. Правові акти підлягають перегляду для того, щоб забезпечити можливість продовження ЗПТ у випадках госпіталізації пацієнтів, включно з хворими на СНІД, туберкульоз та інші захворювання.
- Забезпечити тісніший зв'язок програм ЗПТ з організаціями, які надають професійну соціальну підтримку. Покращення підтримки з боку недержавних організацій має передбачати тренінги для персоналу НДО з питань оцінки потреб пацієнтів ЗПТ та надання соціальної допомоги. Персонал потребує постійного підвищення кваліфікації, в т.ч. шляхом участі у тренінгах.
- Забезпечити сайти ЗПТ додатковими приміщеннями для конфіденційного консультування, якщо це можливо.
- Мультидисциплінарні команди мають оцінювати психосоціальні і медичні потреби пацієнтів більш ретельно і розробляти плани лікування на всіх сайтах ЗПТ, а також регулярно переглядати ці плани.
- Створити систему постійного підвищення кваліфікації для всіх членів МДК програм ЗПТ, а також для персоналу, який не бере участі у ЗПТ з включенням до розгляду таких питань: професійна оцінка психосоціальних потреб пацієнтів, розробка і впровадження плану лікування; наркологічна допомога із використанням ЗПТ як один з підходів у сфері громадського здоров'я, а не «лікування» окремого споживача ін'єкційних наркотиків; інформування про майбутні програми ЗПТ метадоном.
- Шляхом лобювання відповідних змін до правових актів підвищити терапевтичну гнучкість у закладах, які проводять ЗПТ, із забезпеченням можливості видачі замісного препарату додому, продовження ЗПТ у випадках госпіталізації, зменшення обсягу обов'язкових записів, що їх мають вести медичні працівники. Водночас вживати заходів із запобігання масштабних викрадень замісного препарату.

Звіти про фокус-групи з пацієнтами отримано з усіх сайтів, за виключенням Миколаївського (один звіт від кожного сайту). Учасники груп відбиралися незалежними інтерв'юерами; вони були різного віку і з різними термінами перебування у програмі.

В цілому пацієнти висловлювали задоволення програмами ЗПТ, а також побажання розширити такі програми, щоб охопити більше наркозалежних. Багато пацієнтів висловлювали задоволення тим, що у них з'явилося більше часу для того, щоб займатися своїми сім'ями, спортом та іншими корисними спра-

вами, а також для поліпшення свого здоров'я. Деякі з них планують з часом відмовитися від наркотиків взагалі, інші бачать перспективу у довготривалому перебуванні у програмах ЗПТ.

Основні проблеми, озвучені на фокус-групах:

- обмеження часу роботи сайтів ЗПТ, що утруднює пошук і збереження робочих місць;
- обмежувальні правила, які не дозволяють видачу замісних препаратів додому;
- недоступність замісної терапії під час госпіталізації;
- негативне ставлення роботодавців до пацієнтів програм ЗПТ;
- потреба в інформації, де і як отримати медичну і соціальну допомогу;
- щоденні візити до сайту для отримання препарату.

Крім побажань полегшити тягар цих проблем, внесено пропозицію створити Клуб пацієнтів ЗПТ, куди можна було б приходити для спілкування й після виходу з програми (Сімферополь).

Звіти про фокус-групи з персоналом програм отримано з усіх сайтів, за виключенням Миколаївського (один звіт від кожного сайту). Учасники груп відрізнялися за професіями та кваліфікаційним рівнем; вони відбиралися незалежними інтерв'юерами.

Ці звіти відбивають широкий спектр ставлення та життєвого досвіду. Так в одній групі (Дніпропетровськ) підкреслювалися позитивні зміни в пацієнтів в плані зовнішності, поведінки, бажання вирішувати свої проблеми, а в іншій групі (Сімферополь) працівники програми відзначали у пацієнтів неадекватну вимогливість та недостатню прихильність до лікування. Мали місце окремі випадки виключення з програми за порушення поведінки.

Часто критикувалися умови роботи персоналу: дуже багато паперової роботи, недостатність фінансування і заробітної платні, затісні приміщення програм. Побажання в основному стосувалися поліпшення цих умов: збільшення штату, підвищення заробітної платні, розширення приміщень, облаштування окремого входу та телефонної лінії, проведення додаткових тренінгів.

6. Результати II: оцінка даних щодо пацієнтів

Вихідні характеристики пацієнтів та дані через 6 і 12 місяців збиралися за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI) та опитувальника BBV-TRAQ щодо ризику зараження інфекціями, що передаються з кров'ю. Дані про лікування бралися з карти пацієнта.

6.1. Характеристика пацієнтів

Демографічні характеристики, наркологічний анамнез, дані про лікування та сімейні проблеми пацієнтів на момент включення до програми ЗПТ збиралися за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI). Номери перемінних відповідають базі даних, сформованій Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я.

Таблиця 6.

Характеристика пацієнтів: демографічні дані

	n	Стать	Вік (роки)		Сімейний стан	Умови проживання	Роки освіти		Професійна освіта		Зайнятість (за оплату)
			% чол	середні			діапазон	% одружених	% незадоволених житловими умовами	середні	
Змінні		2	3		108	112	42		43		44
Київ	25	52.0	29.0	27	68.0	0.0	10.2	5.0	3.2	11.0	37.5
Донецьк	25	80.0	33.6	20	60.0	0.0	11.4	10.0	0.2	7.0	40.0
Одеса	24	87.5	37.5	33	20.9	4.2	9.8	3.0	0.1	5.0	50.0
Сімферополь	24	80.0	35.3	37	56.0	20.0	10.9	8.0	0.2	5.0	48.0
Дніпропетровськ	25	75.0	38.6	24	81.0	0.0	12.5	7.0	1.4	5.0	40.9
Миколаїв	28	75.0	37.4	23	50.0	0.0	9.9	7.0	1.4	3.5	14.8
Загалом	151	75.5	35.2	37	56.0	4.6	10.8	10.0	1.8	11.0	38.1

Отримані дані свідчать про деякі відмінності у популяції пацієнтів залежно від сайту. У Києві зафіксовано майже рівний розподіл пацієнтів за статтю, а в інших сайтах переважали чоловіки. Ці дані вимагають пояснення: можливо, за межами столиці менше осіб жіночої статі споживають наркотики або, може, для них є проблемою звернутися за допомогою чи бути включеними до програми ЗПТ?

Середній вік пацієнтів коливався від 29,0 до 38,6 років; у Києві цей показник був дещо нижчим, порівняно з іншими сайтами. Інтервал між найменшим і найбільшим віком дуже значний і складав 37 років.

Велика відмінність зафіксована щодо відсотка одружених пацієнтів – від 20,9% на Одеському сайті до 81,1% - на Дніпропетровському. Цю різницю не можна пояснити різницею у віці.

Значимий показник рівня незадоволених житловими умовами зафіксовано тільки на Сімферопольському сайті та ще один випадок в Одесі. Це може бути пов'язано зі значними житловими проблемами споживачів наркотиків у Сімферополі або може свідчити про більш рестриктивну політику прийому до програм ЗПТ на інших сайтах.

Показник загальної освіти склав 10,8 роки у середньому з невеликими відмінностями на сайтах, але зі значним інтервалом у 10 років між мінімумом і максимумом. Додаткова професійна освіта теж значно відрізняється за показниками сайтів при середньому на всіх сайтах 1,8 року, найвищий середній у Києві – 3,2 року.

Рівень трудової зайнятості (оплачувані посади) досить високий – 38,1% у середньому по всіх сайтах. Виключення складає Миколаїв з середнім показником 14,8%.

Таблиця 7.

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (1)

	Зловживання алкоголем (роки)		Вживання героїну (роки)		Вживання метадону/ бупренорфіну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбітуратів (роки)	
	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал
Змінні	57		60		63		66		69	
Київ	0.08	2	2.44	7	0.20	1	9.64	30	5.64	13
Донецьк	0.56	5	0.24	2	0.00	0	12.36	22	0.32	5
Одеса	0.04	1	0.33	6	0.00	0	17.25	34	0.42	5
Сімферополь	1.84	7	0.28	3	0.20	2	9.32	22	0.28	3
Дніпропетровськ	0.42	5	0.17	2	0.21	3	15.04	27	0.54	10
Миколаїв	0.57	7	0.50	4	0.00	0	17.39	32	1.39	10
Загалом	0.59	7	0.66	7	0.10	3	13.54	38	1.44	13

Таблиця 8.

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (2)

	Вживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгалентів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал	серед-не	інтер-вал
Змінні	72		75		78		81		84		87		90	
Київ	3.34	13	0.04	1	0.80	12	5.04	15	0.04	1	0.00	0	5.36	13
Донецьк	1.48	15	0.00	0	0.24	3	6.60	30	0.00	0	0.00	0	5.40	20
Одеса	1.46	15	0.00	0	0.13	3	10.33	36	0.08	1	0.00	0	8.25	22
Сімферополь	3.28	15	0.08	1	0.32	2	7.12	22	0.80	5	0.28	2	4.04	15
Дніпропетровськ	2.67	18	0.00	0	0.25	5	1.00	15	0.00	0	0.00	0	7.54	20
Миколаїв	3.75	21	0.04	1	0.07	1	9.00	36	0.04	1	0.07	1	5.64	30
Загалом	2.69	21	0.03	1	0.30	12	6.58	36	0.16	5	0.06	2	6.01	30

Значно відрізняється в більшу сторону тривалість вживання екстракту макової соломки - «інших опіоїдів» (в середньому 13,5 року), за ними ідуть канабіс та вживання декількох психоактивних речовин (приблизно по 6 років в середньому). На відміну від цих речовин вживання героїну пацієнти почали недавно, а історія вживання барбітуратів або седативних та транквілізаторів дещо перевищує 1 і 2 роки відповідно. Таким чином, найвищий обсяг споживання стосується «інших опіоїдів», канабісу та комбінації декількох психоактивних речовин.

З цього можна зробити висновок, що традиційний екстракт макової соломи значно популярніший, ніж вуличний героїн, що треба враховувати в роботі з профілактики ВІЛ-інфекції і парентеральних гепатитів (стерильні ін'єкційні голки та шприци не запобігають інфекції, якщо заражений сам екстракт).

Таблиця 9.

Характеристика пацієнтів: соматичні хвороби

	ВІЛ статус	СНІД (відсоток серед ВІЛ-інфікованих)	Туберкульоз		Гепатит С (зі слів)	Гепатит В (зі слів)	Лікування будь-яких хронічних соматичних хвороб в анамнезі
Змінні	22	24	28		29	29	29
	% ВІЛ-інфікованих	%	%	% проп. дан.	%	%	%
Київ	44.0	Na	Na	-	18.2	4.5	60.9
Донецьк	80.0	20.0	20.0	20.0	12.0	0.0	60.0
Одеса	41.7	Na	9.1	63.6	17.4	8.7	41.7
Сімферополь	48.0	13.0	13.3	86.7	7.7	0.0	52.0
Дніпропетровськ	45.8	0.0	9.5	61.9	30.4	4.3	77.3
Миколаїв	50.0	8.7	10.5	73.7	26.3	5.3	62.5
Загалом	51.7	12.3	9.5	62.9	15.8	3.3	55.6

Na = немає відповіді

При включенні до програми більше половини пацієнтів на Донецькому сайті мали ВІЛ-позитивний статус з показником, який значно перевищує інші (80,0%). Клінічна симптоматика СНІД була виявлена у 12,3% ВІЛ-інфікованих (середній показник), але треба зазначити, що відсутні дані з цього питання по Київському та Одеському сайтах. Виникає враження про занижений показник випадків туберкульозу з причини значного обсягу пропущених даних – 62,9%. Позитивні результати серологічних досліджень на гепатит С зафіксовано у 15,8% пацієнтів зі значними відмінностями між різними сайтами. У Дніпропетровську цей показник виявився найвищим – 30,4%, а у Сімферополі найнижчим – 7,7%. Позитивні результати серологічних досліджень на гепатит В реєструвалися набагато рідше, середній показник по усіх сайтах склав 3,3% (нульові показники у Сімферополі та Донецьку свідчать про те, що тестування на гепатит В у цих містах не проводилося).

Середній показник частоти лікування з приводу хронічних соматичних захворювань по усіх сайтах склав 55,6%.

Таблиця 10.

Характеристика пацієнтів: психічні розлади (останні 30 днів)

	Депресія	Тривога	Галюцинації	Розлади пам'яті та мислення	Агресія	Суїцидальні прояви
Змінні	133	136	139	142	145	148
% позитивних відповідей	%	%	%	%	%	%
Київ	68	84	4	52	32	8
Донецьк	64	44	8	28	20	0
Одеса	79	88	0	21	4	0
Сімферополь	8	8	0	0	8	4
Дніпропетровськ	58	88	0	13	0	0
Миколаїв	54	58	0	7	25	0
Загалом	55	62	2	20	15	2

Переважають симптоми депресії та тривоги з високими показниками 55% і 62% відповідно. Тільки на Сімферопольському сайті цей показник є дуже низьким – 8%. Крім того частота розладів пам'яті та мислення є теж досить високою з середнім показником по всіх сайтах 20%, при цьому дуже високим є цей показник на Київському сайті – 52%, в той час як на Сімферопольському сайті такі випадки не зареєстровано. Аналогічні розбіжності зафіксовано щодо агресивності, показник коливається в діапазоні від 0% у Сімферополі, до 32% - в Києві. Принаймні частина цих дуже значних розбіжностей може бути віднесена на рахунок різних діагностичних підходів.

Таблиця 11.

Характеристика пацієнтів: лікування в анамнезі

Змінні	Кількість випадків лікування алкогольної залежності				Кількість випадків лікування наркотичної залежності				Кількість випадків лікування психічних розладів			
	91		92		93		94		131		132	
	Будь-які		Тільки детоксикація		Будь-які		Тільки детоксикація		Стационарне		Амбулаторне	
	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Київ	0.00	0	0.00	0	12.20	50	11.00	2	0.12	2	0.08	1
Донецьк	0.12	2	0.04	1	6.24	20	5.84	2	0.12	2	0.08	1
Одеса	0.00	0	0.00	0	1.75	9	1.17	8	0.33	8	0.00	0
Сімферополь	0.60	8	0.36	7	2.16	10	1.16	3	0.32	3	0.48	4
Дніпропетровськ	0.00	0	0.00	0	6.83	26	3.42	3	0.54	3	0.29	2
Миколаїв	0.11	2	0.07	1	4.43	20	3.29	2	0.11	2	0.18	2
Загалом	0.14	8	0.08	7	5.60	50	4.32	8	0.25	8	0.19	4

Переважає більшість випадків лікування – це лікування від наркотичної залежності; середня кількість випадків лікування по всіх сайтах склала 5,6 на одного пацієнта з великим інтервалом (50) між мінімальним і максимальним значеннями. Середній показник випадків лікування “тільки детоксикація” склав 4,3 за наявності інтервалу набагато меншого (8). Найбільший показник випадків попереднього лікування зареєстровано на Київському сайті – 12,2 епізоду лікування на одного пацієнта (11,0 епізодів – детоксикація). Найнижчий показник на Одеському сайті – тільки 1,75 епізоду на одного пацієнта.

Лікування з приводу алкогольних проблем (0,14 епізоду в середньому) та психічних розладів (0,25 епізоду у середньому) значно менше виявлялися в анамнезі на всіх сайтах. Відсоток пацієнтів, які отримували такі форми лікування, можна побачити в наступній таблиці.

Таблиця 12.

Характеристика пацієнтів: лікування та втручання в анамнезі

Змінні	Лікування алкоголізму в анамнезі		Лікування наркозалежності в анамнезі		Участь в групах АА/НА	Ремісія >3 місяці	Епізоди лікування психічних розладів		Фармако-терапія	Кількість арештів чи засуджень					
	91	92	93	94			95	96		131	132	156	101	102	103
	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	Будь-яке %	Тільки детоксикація %			%	%		Стационарне %	Амбулаторне %	%	% арешт	% засудження	Середнє
Київ	0.0	0.0	88.0	80.0	52.2	73.9	8.0	8.0	24.0	60.9	24.0	0.9	7		
Донецьк	8.0	4.0	92.0	88.0	8.3	88.0	8.0	8.0	16.0	68.0	16.0	1.4	4		
Одеса	0.0	0.0	70.8	46.8	12.5	62.5	4.2	0.0	4.2	95.8	4.2	2.5	6		
Сімферополь	20.0	8.0	76.0	48.0	20.0	84.0	20.0	20.0	56.0	80.0	56.0	0.4	2		
Дніпропетровськ	0.0	0.0	95.8	79.2	4.5	81.8	37.5	25.0	54.2	68.2	54.2	1.7	6		
Миколаїв	7.2	7.1	82.1	60.7	0.0	55.6	7.1	10.7	32.1	77.8	32.1	2.1	6		
Загалом	5.9	4.0	84.1	66.9	15.2	71.5	13.9	11.9	31.3	75.3	31.3	1.5	7		

Середній по всіх сайтах відсоток випадків лікування від алкоголізму в анамнезі склав 5,9%, з них 2/3 включали тільки детоксикацію. Найвищий показник 20,0% зареєстровано на Сімферопольському сайті. З іншого боку, 84,1% пацієнтів раніше отримували лікування з приводу наркотичних проблем (66,9% - тільки детоксикацію), найбільший відсоток на Донецькому сайті – 92% (88% - детоксикацію). 13,9% усіх пацієнтів перебували в минулому в психіатричних стаціонарах з приводу лікування психічних розладів, крім того 11,9% отримували таке лікування амбулаторно. Найвищі показники зареєстровано в Сімферопольському сайті.

полі (20% у кожній категорії) та в Дніпропетровську (37,5% - стаціонарне лікування, 25,0% - амбулаторне лікування). Найнижчі показники щодо психіатричного лікування зареєстровано на Одеському сайті (4,2% - стаціонарне лікування, 0% - амбулаторне лікування), а також на Миколаївському сайті (7,1% - стаціонарне лікування та 11,9% - амбулаторне лікування). Відсоток пацієнтів, які отримували лікування психотропними препаратами в минулому, коливається від 56,0% в Сімферополі до 4,2% в Одесі (31,3% в середньому по всіх сайтах). Виникає питання щодо доступності психофармакотерапії для цієї групи пацієнтів.

Ці відмінності не відповідають самооцінці пацієнтів щодо наявності психіатричних проблем і можуть бути пов'язані з різними підходами до надання та використання послуг.

15,2% усіх пацієнтів брали участь у роботі груп анонімних алкоголіків чи анонімних наркоманів. Відмінності між сайтами (52,2% в Києві і 0% в Миколаєві) можуть бути пов'язані з наявністю таких груп самодопомоги.

Середній по всіх сайтах відсоток заарештованих в минулому склав 75,3%, засуджених в минулому – 67,8%. Кількість арештів і засуджень на одного пацієнта склала в середньому 1,5 з невеликими відхиленнями (2,5 в Одесі і 0,4 в Сімферополі) при максимальному інтервалі -7.

Незалежно від типу втручання, ремісії тривалістю 3 місяці чи більше зафіксовано в 71,1% всіх пацієнтів (максимум 88,0% пацієнтів на Донецькому сайті, мінімум 55,6% пацієнтів на Миколаївському сайті).

В карті пацієнта є відомості про деякі фактори ризику, які можуть бути пов'язані з вживанням наркотиків.

Таблиця 13.

Характеристика пацієнтів: проблеми в сімейному анамнезі

	Проживання разом зі споживачем наркотиків	Проживання разом з особою, яка зловживає алкоголем	Психічні розлади в сім'ї	Емоційне насильство над пацієнтом	Фізичне насильство над пацієнтом	Сексуальне насильство над пацієнтом	Жорстоке агресивне поведіння членів сім'ї
Змінні	117	116	130	120	123	126	127
	%	%	%	%	%	%	%
Київ	16.7	8.0	8.7	84.0	56.0	4.0	21.7
Донецьк	12.0	4.0	0.0	44.0	40.0	4.0	4.0
Одеса	8.3	12.5	0.0	54.2	45.8	8.3	13.0
Сімферополь	36.0	24.0	0.0	68.0	44.0	8.0	4.0
Дніпропетровськ	37.5	4.2	4.5	95.8	70.8	8.3	4.5
Миколаїв	21.4	7.1	0.0	100.0	96.4	3.6	8.0
Загалом	22.0	13.3	2.0	75.5	60.4	6.0	8.6

Відповідно до самооцінки, 75,5% пацієнтів на всіх сайтах страждали в минулому від психологічного насильства, а 60,4% - також і фізичного насильства. Існують суттєві відмінності між сайтами з максимальними показниками для Миколаєва (100% психологічного насильства, 96,4% - фізичного насильства) і з мінімальними показниками для Донецька (44,0% - психологічного насильства, 40,0% - фізичного насильства). Але рідко згадувалося сексуальне насильство – в середньому 6,0% для пацієнтів на всіх сайтах. Прояви жорстокості й агресивності найчастіше згадувалися пацієнтами Київського сайту (21,7%).

Спільне проживання з особами, які мали проблеми з наркотиками, відзначали 22,0% усіх пацієнтів (найвищі показники – в Дніпропетровську 37,5% і Сімферополі 36,0%, а в Одесі цей показник становив 8,0%). Рідше згадували про спільне проживання з особами, які мали алкогольні проблеми – 13,3% усіх пацієнтів (максимум – 24,0% у Сімферополі). Про психічні розлади в сім'ї пацієнти повідомляли мало – 2,0% всіх пацієнтів (але в Києві цей показник дорівнює 8,7%, можливо, внаслідок кращої діагностики таких розладів).

6.2. Дані про лікування пацієнтів

Інформацію про отримуване лікування та прихильність пацієнтів до терапії взято з індивідуальних карт пацієнтів.

Таблиця 14.

Дані про лікування: фармакотерапія

VL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Дози бупренорфіну (Б)			Побічна дія Б		АРВ препарати			Побічна дія АРВ		Зміни режиму ЗПТ		Кількість аналізів сечі на наркотики	
	VL	FU1	FU2	FU1	FU2	VL	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2
Змінні	6	7		8		25	26		27		9		13	
% «Так» M=середні	M	M	M	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M
Київ	13	13	13	71	25	13	24	Na	8	8	24	30	1.2	13
Донецьк	11	12	11	16	0	21	38	75	8	0	24	5	0.9	11
Одеса	11	11	11	33	0	Na	Na	Na	Na	Na	21	Na	Na	11
Сімферополь	8	8	12	0	12	16	16	55	0	0	16	6	2.0	8
Дніпропетровськ	11	9	8	38	0	6	6	11	0	0	29	31	1.6	11
Миколаїв	8	7	8	11	7	7	24	24	0	7	25	14	0.3	8
Загалом	10	10	10	25	6	12	21	27	3	3	23	17	1.0	10

Na = немає відповіді

Не всі карти пацієнта містять повні й достовірні дані. Наведено показники, які вдалося отримати співробітникам Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я.

Середня зареєстрована доза бупренорфіну складала 10 мг на день як на початку лікування, так і через 6 та 12 місяців. Найвища середня доза зареєстрована на Київському сайті (13 мг на день на пацієнта). Найнижча середня доза зафіксована на Миколаївському і Дніпропетровському сайтах через 12 місяців лікування (8 мг на день).

Побічні ефекти бупренорфіну виявлено в середньому в 25% пацієнтів протягом перших 6 місяців, і в 6% пацієнтів через 6-12 місяців. Ці дані не інтерпретувалися тому, що не зовсім зрозуміло, як діагностувалися побічні ефекти.

Процент пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які отримували антиретровірусну терапію, підвищився в середньому з 12% на початку лікування до 23% після 12 місяців. Найбільший відсоток виявлено у Києві (75%), а найменший – у Дніпропетровську (11%) за відсутності даних з Одеси. Про побічні ефекти сповіщали 3% пацієнтів, які отримували АРТ (діапазон від 0 до 8%; відсутні дані з Одеського сайту).

У 23% пацієнтів була необхідність у зміні режиму лікування протягом перших 6 місяців лікування. Згодом режим дещо стабілізувався – цей показник склав 17% через 12 місяців.

Аналізи сечі на вміст наркотиків (уроноконترول) проводилися рідко – тільки 1 тест на пацієнта в середньому протягом перших 6 місяців (немає даних з Одеського сайту). Не отримано даних з уриноконролю через 7-12 місяців.

Ми не маємо даних щодо різних психосоціальних втручань, які пропонували пацієнтам програм ЗПТ. Більшість цих втручань і заходів підтримки здійснювалися не закладами, які проводили ЗПТ, а недержавними організаціями, які спеціалізуються на таких послугах.

Таблиця 15.

Дані про лікування: дотримання режиму терапії

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Кількість позитивних аналізів сечі на наркотики		Прихильність до ЗПТ		Відвідування індивідуальної терапії		Відвідування групової терапії		Відвідування сімейної терапії		Відвідування груп само-допомоги		Прихильність до соціальної підтримки	
	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2	FU1	FU2
Змінні	14		12		15		16		17		18		19	
M=середні	M	M	% ні	% ні	% так	% так	% так	% так	% так	% так	% так	% так	% ні	% ні
Київ	0.2	1.2	0.0	12.5	100	82	80	70	40	18	40	41	20	41
Донецьк	0.5	0.5	8.3	0.0	100	88	13	8	29	4	42	17	8	0
Одеса	Na	Na	5.0	0.0	80	69	50	56	Na	Na	70	31	25	31
Сімферополь	0.0	Na	16.0	0.0	100	100	100	18	26	29	90	18	0	29
Дніпропетровськ	0.5	0.9	13.0	0.0	Na	10	Na	Na	0	5	11	32	11	21
Миколаїв	0.0	Na	4.5	0.0	100	100	100	100	62	71	86	71	5	0
Загалом	0.4	0.7	7.2	1.9	82	75	57	42	27	22	57	35	13	19

Na = немає відповіді

Дотримання режиму лікування оцінювалося за допомогою різних підходів: кількість аналізів сечі з вмістом вуличних наркотиків, відвідування сеансів консультування, а також прихильність до медикаментозного лікування і заходів соціальної підтримки.

Показник відвідувань був найкращим для індивідуального консультування – 82% пацієнтів в середньому через перші 6 місяців і 75% - через 12 місяців. Відвідування сеансів групового і сімейного консультування мало гірші показники і зменшилося за період 6-12 місяців

Прихильність до прийому замісного препарату була високою (92,8%). Ці показники, зокрема 100% прихильність пацієнтів Київського сайту, демонструють активну зацікавленість пацієнтів в отриманні тих переваг, які надає цей вид лікування. Прихильність до заходів соціальної підтримки є теж високою – в середньому 87% за результатами перших 6 місяців (діапазон 75-100%) та 81% за усі 12 місяців (діапазон 59-100%). Ці показники є вельми задовільними.

Результати аналізів сечі на вміст наркотиків не можуть бути інтерпретованими в цьому звіті, оскільки такі аналізи проводилися дуже рідко, і не відомо, як планувалося проведення цих аналізів. Багатьом пацієнтам взагалі не робили аналізи сечі на наркотики. Дані щодо цих аналізів не отримано з Одеського сайту, а також з Сімферопольського та Миколаївського сайтів за період 6-12 місяців проекту.

Таблиця 16.

Дані про лікування: завершення терапії

FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Завершили ЗПТ (загалом)		Припинили участь у дослідженні	
	FU1	FU2	FU1	FU2
Змінні	177		179	
% «Так»	%	%	%	%
Київ	24.0	32.0	20.0	32.0
Донецьк	12.0	16.0	12.0	16.0
Одеса	16.7	29.2	20.8	29.2
Сімферополь	8.0	28.0	0.0	8.0
Дніпропетровськ	20.1	20.8	20.8	20.8
Миколаїв	21.4	25.0	14.3	17.9
Загалом	17.2	25.0	14.6	20.4

17,2% усіх пацієнтів залишили програму ЗПТ протягом перших 6 місяців лікування, та 25,0% - протягом усіх 12 місяців. 14,6% припинили свою участь у програмі моніторингу і оцінки протягом перших 6 місяців, та 20,4% - протягом усіх 12 місяців цієї програми. Найвищі показники припинення лікування зареєстровані в Києві (32,0%), а найнижчі у Донецьку (16%). Більшість випадків припинення лікування пов'язані з продовженням вживання нелегальних наркотиків та нерегулярним відвідуванням програм ЗПТ. Тільки невелика кількість пацієнтів вийшла з програми ЗПТ для того, щоб перейти до програм "drug-free" (1,4% усіх пацієнтів), декілька пацієнтів померли, були ув'язнені або виключені з програми за агресивну поведінку.

Таким чином показник утримання в програмі ЗПТ є 82,8% через 6 місяців та 75% через 12 місяців, тобто є порівняно високим і задовільним.

6.3. Дані повторного обстеження пацієнтів

Усі дані повторного обстеження пацієнтів, які перебували у програмі ЗПТ, повторно реєструвалися за допомогою індексу тяжкості залежності через 6 і 12 місяців після початку лікування, а також за допомогою карти пацієнта. Це дозволяє оцінювати зміни за багатьма показниками, як-от вживання наркотиків, соматичне та психічне здоров'я, ризикована поведінка, трудова зайнятість, правові та сімейні проблеми.

Таблиця 17.

Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (1)

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Алкоголь до інтоксикації			Героїн			Буп/Метадон			Інші опіати			Барбітур.			Седативні			Інгалянти		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	55	56		58	59		61	62		64	65		67	68		70	71		85	86	
% «Так»	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Київ	0	0	0	16	0	0	24	76	68	88	0	18	76	5	6	56	10	12	0	0	0
Донецьк	8	4	0	0	0	0	12	88	84	92	4	13	4	0	0	20	9	7	0	0	0
Одеса	4	21	23	0	0	0	0	83	71	99	5	6	4	0	24	37	89	77	0	0	0
Сімферополь	36	0	33	4	0	0	4	92	72	56	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0
Дніпропетровськ	0	0	0	0	0	0	4	80	79	92	0	0	4	0	0	33	0	0	0	0	0
Миколаїв	4	0	0	0	0	0	68	80	74	57	0	0	0	0	0	29	0	5	0	0	0
Загалом	9	3	10	3	0	0	21	83	72	80	1	5	15	1	5	35	14	16	0	0	0

Таблиця 18.

Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (2)

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Кокаїн			Амфетаміни			Канабіс			Галюциногени			Вживання декількох ПАР			ASI бали з вживання алкоголю			ASI бали з вживання наркотиків		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	73	74		76	77		79	80		82	83		88	89		97	98		99	100	
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M	M	M	M
Київ	0	0	0	12	0	0	36	0	6	0	0	0	72	0	6	0.01	0.00	0.00	0.40	0.03	0.01
Донецьк	0	0	0	4	0	7	40	32	7	0	0	0	16	27	0	0.09	0.05	0.02	0.37	0.12	0.08
Одеса	0	0	0	0	0	29	58	16	47	0	0	0	79	84	12	0.07	0.09	0.14	0.32	0.19	0.12
Сімферополь	0	0	0	0	0	0	52	28	29	12	0	0	56	0	0	0.10	0.08	0.06	0.13	0.09	0.06
Дніпропетровськ	0	0	0	4	0	0	13	0	0	4	0	0	61	0	0	0.07	0.01	0.01	0.29	0.00	0.00
Миколаїв	0	0	0	0	0	0	11	4	0	0	0	0	36	0	5	0.04	0.00	0.02	0.19	0.07	0.04

Загалом	0	0	0	3	0	6	34	12	13	3	0	0	54	15	4	0.06	0.04	0.04	0.26	0.08	0.05
---------	---	---	---	---	---	---	----	----	----	---	---	---	----	----	---	------	------	------	------	------	------

Нелегальне вживання основної психоактивної речовини ("інші опіати") зменшилось в багато разів: з 80% до 1% пацієнтів, які вживали ці речовини протягом останніх 30 днів за даними перших 6 місяців, і склало 5% через 12 місяців лікування. Водночас показник вживання бупренорфіну підвищився з 21% до 83% через 6 місяців і до 76% через 12 місяців. Також треба відзначити зниження показника вживання канабісу (з 34% до 12%, з наступним підвищенням до 23% через 12 місяців), седативних препаратів (з 35% до 14% і 16% відповідно), барбітуратів (з 15% до 1% і до 5% відповідно), а надто вживання декількох психоактивних речовин (з 54% до 15%, а через 12 місяців – до 4%). Це підтверджує дані про те, що участь у програмах ЗПТ призводить не тільки до зниження вживання нелегальних опіатів, але є також ефективним шляхом значного зниження вживання інших психоактивних речовин.

Проте «компенсаторне» підвищення рівня вживання психоактивних речовин (алкоголь і канабіс) за період 6-12 місяців виявлено у Сімферополі і Одесі, на відміну від інших сайтів.

Кількість балів розділу вживання наркотиків Індексу тяжкості залежності (ASI) значно знизилася – з 0,26 при вступі до програми ЗПТ до 0,08 через перших 6 місяців та до 0,05 через 12 місяців. З іншого боку показник ASI балів з вживання алкоголю знизився з початкових 0,06 до 0,04 за даними 12 місяців.

Таблиця 19.

Динаміка показників: соматичні розлади

	ВІЛ-позитивний статус			Нормальна маса тіла			Трофічні виразки			Диспепсичні розлади			Розлади сечовивідної системи			Сексуальні розлади			ASI бали соматичного стану			
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	
ВЛ вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.																						
Змінні	22	23		30	31		32	33		34	35		36	37		38	39		40	41		
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M	
Київ	44	44	53	38	74	85	8	0	7	38	42	36	8	0	7	13	32	50	0.22	0.21	0.26	
Донецьк	80	80	80	52	58	54	4	0	0	32	8	1	16	0	0	36	17	8	0.29	0.35	0.15	
Одеса	42	42	35	46	40	56	0	0	0	17	0	0	13	0	0	0	0	0	0.39	0.31	0.29	
Сімферополь	48	48	48	48	79	59	8	0	6	32	21	18	16	5	12	4	5	6	0.32	0.14	0.09	
Дніпропетровськ	46	46	40	68	58	40	9	10	6	9	11	53	0	0	5	27	16	16	0.09	0.09	0.03	
Миколаїв	50	50	70	82	52	60	15	10	0	40	5	14	7	0	5	4	0	0	0.42	0.23	0.15	
Загалом	52	52	56	54	48	58	7	3	3	28	11	20	10	1	5	13	9	12	0.29	0.22	0.16	

Для всіх згаданих в таблиці станів показники зменшилися через 6 місяців участі в програмі ЗПТ, але через 12 місяців зафіксовано деяке підвищення показників щодо розладів органів травлення, сечовивідної системи та сексуальних проблем. Кількість балів Індексу тяжкості залежності (розділ соматичні розлади) постійно знижувалась – з 0,29 на початку лікування до 0,16 через 12 місяців.

Деяко збільшився через 12 місяців відсоток ВІЛ-інфікованих, за рахунок пацієнтів, які вибули з дослідження (більше з серонегативним статусом). Нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено не було, але залишається невідомим, чи проводилося нове тестування пацієнтів, які мали серонегативний статус.

Таблиця 20.

Динаміка показників: психічні розлади 1 (самооцінка пацієнтів)

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Депресія			Тривога			Галюцинації			Розлади пам'яті			Агресивність			Суїцидальні спроби		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	133	134		136	137		139	140		142	143		145	146		148	149	
% «Так» за останні 30 днів	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Київ	68	60	35	84	75	53	4	0	0	52	15	18	32	10	12	8	0	0
Донецьк	64	41	20	44	59	33	8	9	0	28	9	0	20	32	0	0	0	0
Одеса	79	32	71	88	84	77	0	0	0	21	5	19	4	0	0	0	0	0
Сімферополь	8	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	8	4	5	4	0	0
Дніпропетровськ	58	11	0	88	11	11	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Миколаїв	54	29	10	58	63	35	0	4	0	7	8	5	25	8	0	0	0	0
Загалом	55	24	21	62	56	33	2	2	0	20	5	7	15	8	3	2	0	0

Відповідно до самооцінки пацієнтів, частота проявів усіх психічних розладів, перелічених нижче, зменшувалася через 6 і 12 місяців перебування у програмах ЗПТ. Особливо це стосується депресії (з 55% до 21% через 12 місяців) та тривожних станів (з 62% до 33% відповідно).

Таблиця 21.

Динаміка показників: психічні розлади 2 (оцінка інтерв'юера)

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Депресія			Агресивність			Тривога			Симптоми маячні			Розлади пам'яті			Суїцидальні прояви			ASI бали психічного стану		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	157	158		159	160		161	162		163	164		165	166		167	168		169	170	
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M
Київ	0	Na	0	0	Na	0	4	Na	0	0	Na	0	0	Na	0	0	Na	0	0.38	0.25	0.19
Донецьк	4	18	0	0	5	0	4	50	7	0	14	7	0	36	7	0	0	7	0.28	0.24	0.10
Одеса	0	0	6	0	0	0	17	0	18	0	0	0	8	5	23	0	0	0	0.36	0.20	0.24
Сімферополь	0	Na	0	0	Na	0	33	Na	0	0	Na	0	0	Na	0	0	Na	0	0.07	0.03	0.06
Дніпропетровськ	20	11	0	5	0	0	85	11	0	0	0	0	16	6	0	0	0	0	0.33	0.03	0.02
Миколаїв	4	Na	0	0	Na	0	11	0	0	4	0	0	4	Na	0	0	Na	0	0.21	0.14	0.03
Загалом	5	10	2	1	2	0	22	2	5	0	5	1	5	17	6	0	0	1	0.27	0.15	0.10

Na = немає відповіді

На Київському, Сімферопольському та Миколаївському сайтах незалежні інтерв'юери використовували коротку версію Індексу тяжкості залежності при повторному обстеженні пацієнтів через перші 6 місяців, тому відсутні дані щодо психічних розладів і неможливо оцінити зміни. Невизначеність також стосується даних обстеження через 12 місяців. Багато нульових значень і деколи значні розбіжності можуть свідчити про проблеми збору даних і не підлягають інтерпретації. За цей період відбулася зміна декількох незалежних інтерв'юерів.

Таблиця 22.

Динаміка показників: ризикова поведінка

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики			BBV-TRAQ бали з сексуальної практики			BBV-TRAQ бали з ушкодження шкіри		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	169	170		171	172		173	174	
M=середні	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Київ	14.0	0.3	1.5	5.9	7.1	4.7	1.7	2.8	1.2
Донецьк	18.5	0.4	0.3	14.3	8.0	1.3	7.0	2.2	0.8
Одеса	19.0	1.5	1.9	5.6	4.2	0.1	1.7	0.4	1.1
Сімферополь	9.6	4.6	10.0	12.3	7.5	11.9	2.3	0.5	9.2
Дніпропетровськ.	9.3	0.0	0.0	7.8	0.2	2.9	2.0	0.4	0.0
Миколаїв	4.9	0.0	2.4	2.5	1.4	9.6	0.9	1.4	3.8
Загалом	12.4	1.1	2.4	7.8	4.7	5.0	2.5	1.3	2.6

Важливі дані також отримано щодо зменшення показників ризикованої поведінки, особливо це стосується небезпечної ін'єкційної поведінки. Ці зміни є послідовними у часі, за виключенням Сімферопольського сайту, де показники небезпечної ін'єкційної поведінки повернулися до початкових значень за період 6-12 місяців після початку ЗПТ.

Менше змін щодо небезпечних сексуальних практик, при цьому треба відзначити підвищення показників через 12 місяців після їх зниження через перші 6 місяців у Сімферополі та Миколаєві. Що стосується пірсингу та татуювання, показники через 12 місяців є навіть вищими, ніж на початку ЗПТ на згаданих двох сайтах. Це говорить про необхідність інтенсифікації профілактичних заходів.

Таблиця 23.

Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус

BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.	Робочі дні протягом останніх 30 днів			ASI бали з трудової зайнятості			Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у доларах США)			Кримінальна активність протягом останніх 30 днів			ASI бали правових проблем		
	BL	FU1	FU-2 по-верь...	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
Змінні	46	47		50	51		48	49		104	105		106	107	
% «Так» M=середні	M	M	M	M	M	M	M	M	M	%	%	%	M	M	M
Київ	5	5	11	0.81	0.78	0.71	76	0	0	3.0	0.0	0.0	0.12	0.09	0.07
Донецьк	6	18	15	0.72	0.61	0.63	128	0	0	4.6	0.0	0.0	0.13	0.05	0.02
Одеса	13	18	14	0.76	0.73	0.78	93	8	0	8.0	1.3	0.0	0.30	0.16	0.10
Сімферополь	12	22	16	0.74	0.62	0.76	51	0	10	6.2	0.4	0.0	0.17	0.04	0.06
Дніпропетровськ	6	15	14	0.71	0.58	0.57	33	29	0	0.0	0.0	0.0	0.05	0.02	0.00
Миколаїв	8	8	16	0.72	0.75	0.66	0	3	9	2.1	0.0	0.0	0.20	0.09	0.06
Загалом	8	14	14	0.74	0.68	0.69	62	6	4	3.9	0.3	0.0	0.16	0.07	0.05

Показники соціальної інтеграції також значно поліпшилися протягом 12 місяців участі в програмі ЗПТ: середня кількість днів трудової зайнятості пацієнтів протягом попереднього місяця збільшилася майже вдвічі; середній прибуток від нелегальної діяльності значно знизився за цей самий період, відсоток пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності зменшився з 3,9% до 0,3% за даними перших 6 місяців і до 0,0% через 12 місяців. Зменшилася середня кількість балів правового розділу Індексу тяжкості залежності, це означає, що зареєстровано менше днів з будь-якою протизаконною діяльністю. Необхідно відзначити, що показники працевлаштування через 6 місяців знизилися на більшості сайтах, це свідчить про зниження потреби у консультуванні з питань зайнятості, протягом наступних 6 місяців ця потреба знов підвищилась на 3 сайтах (Донецьк, Одеса, Сімферополь).

Динаміка показників: сімейні проблеми

	Сімейний статус ок			Житлові умови ок			Емоційне насильство			Фізичне насильство			Сексуальне насильство			ASI бали сімейних проблем		
	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2	BL	FU1	FU2
BL вихідні дані FU1 6 міс. FU2 12 міс.																		
Змінні	110	111		114	115		118	119		121	122		124	125		128	129	
% «Так» M=середні	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	M	M	M
Київ	68	85	99	88	80	99	48	25	12	16	5	0	0	0	0	0.24	0.10	0.19
Донецьк	56	64	53	76	82	93	8	14	0	8	0	0	0	0	0	0.19	0.17	0.11
Одеса	29	32	41	33	32	35	17	0	0	4	0	0	0	0	0	0.23	0.15	0.13
Сімферополь	64	64	85	44	72	65	56	12	0	12	4	0	0	0	0	0.25	0.13	0.09
Дніпропетровськ	67	83	77	75	94	83	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0.17	0.04	0.06
Миколаїв	54	46	55	43	50	50	46	38	25	7	4	0	0	0	0	0.23	0.15	0.12
Загалом	60	62	69	59	69	70	35	16	7	9	1	0	0	0	0	0.22	0.12	0.11

Хоча рівень задоволеності сімейним статусом і умовами проживання підвищився незначно, пацієнти менше скаржилися з приводу негативного ставлення до себе, а середній показник сімейного розділу Індекс тяжкості залежності значно зменшився (що є позитивною зміною).

Список таблиць

- Таблиця 1. Заяви, відповідність критеріям і включення пацієнтів до програм ЗПТ.
- Таблиця 2. Кількість і кваліфікація персоналу
- Таблиця 3. Підготовка персоналу
- Таблиця 4. Плинність кадрів
- Таблиця 5. Ставлення, поінформованість та задоволення персоналу своєю роботою
- Таблиця 6. Характеристика пацієнтів: демографічні дані
- Таблиця 7. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (1)
- Таблиця 8. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (2)
- Таблиця 9. Характеристика пацієнтів: соматичні хвороби
- Таблиця 10. Характеристика пацієнтів: психічні розлади (останні 30 днів)
- Таблиця 11. Характеристика пацієнтів: лікування в анамнезі
- Таблиця 12. Характеристика пацієнтів: лікування та втручання в анамнезі
- Таблиця 13. Характеристика пацієнтів: проблеми в сімейному анамнезі
- Таблиця 14. Дані про лікування: фармакотерапія
- Таблиця 15. Дані про лікування: дотримання режиму терапії
- Таблиця 16. Дані про лікування: завершення терапії
- Таблиця 17. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (1)
- Таблиця 18. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (2)
- Таблиця 19. Динаміка показників: соматичні розлади
- Таблиця 20. Динаміка показників: психічні розлади 1 (самооцінка пацієнтів)
- Таблиця 21. Динаміка показників: психічні розлади 2 (оцінка інтерв'юера)
- Таблиця 22. Динаміка показників: ризикова поведінка
- Таблиця 23. Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус
- Таблиця 24. Динаміка показників: сімейні проблеми

Обов'язки Зовнішніх експертів

Обов'язки професора Ухтенхагена включали:

1. Аналізувати звіти незалежних інтерв'юєрів (НІ) за результатами фокус-груп зі співробітниками та пацієнтами сайтів ЗПТ (перший і останній квартал періоду дослідження).
2. Аналізувати звіти зовнішнього експерта доцента Еміліса Субати за результатами його візитів до сайтів ЗПТ, у яких проводилися моніторинг і оцінка.
3. Аналізувати звіти Головного дослідника про хід виконання проекту (кожні два місяці).
4. Розробляти й надавати рекомендації Головному досліднику щодо подальшого впровадження проекту (на основі звітів НІ, ГД та доцента Еміліса Субати).
5. У разі потреби відповідати на запити та надавати консультації ГД під час виконання проекту за допомогою доцента Еміліса Субати, якщо це є необхідним.
6. Аналізувати дані, надані Головним дослідником за проектом моніторингу та оцінки ЗПТ через 6 та 12 місяців виконання проекту.
7. Надавати результати оцінки та аналізу даних за проектом моніторингу та оцінки ЗПТ.
8. Підготувати проміжний і заключний звіти за результатами виконання проекту.
9. Розробити рекомендації щодо подальшого впровадження моніторингу і оцінки проектів ЗПТ в Україні і, зокрема, для розділу МіО плану розширення ЗПТ в Україні на 2008-2011 рр.
10. Надавати допомогу в розповсюдженні інформації за результатами проекту шляхом підготовки публікації в наукових журналах у співавторстві з доцентом Емілісом Субатою та іншими зацікавленими особами.
11. Надати партнерам та іншим зацікавленим сторонам в Україні заключний звіт і рекомендації.
12. Поза рамками цього проекту, але з перспективою необхідного перегляду чинного в Україні протоколу ЗПТ метадоном, надати зауваження та проаналізувати нову версію протоколу, підготовлену доцентом Емілісом Субатою.

Обов'язки доцента Еміліса Субати включали:

1. Разом з ГД вносити зміни до проекту в ході його впровадження й ухвалювати рішення щодо надання лікувальних послуг;
2. Провести зустрічі з персоналом програм ЗПТ на всіх сайтах для вивчення практики ЗПТ, надати співробітникам відповідні консультації та рекомендації;
3. Провести зустрічі з персоналом та пацієнтами програм МіО та надати їм відповідні консультації та рекомендації;
4. Надати інформацію Київському офісу ВООЗ після завершення візитів до сайтів;
5. Надавати рекомендації ГД щодо подальшої реалізації проекту, зокрема з питань терапії;
6. У разі потреби відповідати на запити і надавати консультації щодо подальшої реалізації проекту, зокрема з питань терапії;

Звіти про візити до сайтів

Перший раунд візитів до сайтів
Квітень 2007 року

Київ – міський центр профілактики і боротьби зі СНІД, Київська міська клінічна наркологічна лікарня „Соціотерапія”

В Київському міському центрі профілактики і боротьби зі СНІД персонал загалом позитивно ставився до своєї ролі в програмі ЗПТ. Проблемою залишалась необхідність суворих заходів контролю, за яких немає можливості видавати бупренорфін для прийому вдома. Досить багато часу витрачалося на подрібнення таблеток за допомогою пляшки, інших засобів для цього не було. Були зауваження щодо різниці у смаку, дії, вигляді і швидкості всмоктування таблеток бупренорфіну. Багато часу й зусиль лікарів і медичних сестер потребувало заповнення всіх необхідних форм та медичних документів.

Київська міська клінічна наркологічна лікарня „Соціотерапія” не мала пацієнтів і персоналу для видачі препарату на час візиту експертів у зв'язку з тимчасовою відсутністю ліцензії. НДО «Сходи» надає широкий спектр послуг споживачам ін'єкційних наркотиків: психотерапія, консультування, виховні та рекреативні заходи. Ці заходи є також доступними для пацієнтів програм ЗПТ і проводяться в дружній атмосфері при відсутності стигматизації.

Первинне інтерв'ю проводила НІ, яка також готувала дані за результатами повторного інтерв'ю через 6 місяців після початку проекту. НІ не повідомляла про якісь проблеми зі збором даних.

Фокус-група з пацієнтами виявила позитивне ставлення до участі в дослідженні та до ролі ЗПТ в житті пацієнтів, за виключенням необхідності щоденного відвідування клініки, яке заважало пошукам і збереженню робочого місця. Висловлювалась занепокоєність щодо перспектив подовження ЗПТ в Україні.

Донецький обласний наркологічний диспансер

ЗПТ проводиться в умовах диспансеру. Психосоціальну підтримку мала надавати НУО ЛЖВ, але, на думку співробітників диспансеру та пацієнтів, представники НУО виявилися недостатньо кваліфікованими для цієї роботи.

Проблем зі збором даних не виявлено.

За даними звітів фокус-груп з пацієнтами, виявлено в цілому позитивне ставлення до ЗПТ, її позитивного впливу та дослідження з оцінки ефективності. Висловлювалися сподівання щодо розширення програм ЗПТ в Україні, а деякі пацієнти висловили бажання брати участь у метадонових програмах ЗПТ. Як негативні аспекти програми згадувалися необхідність щоденного відвідування сайту та переривання ЗПТ у випадку госпіталізації (наприклад, до інфекційних або туберкульозних стаціонарів).

Дніпропетровський міський наркологічний диспансер

Сайт ЗПТ розміщено на першому поверсі міської поліклініки. Психосоціальний супровід здійснюється НУО «Віртус» шляхом індивідуальної роботи з пацієнтами та на регулярних зборах щосуботи. Є можливість продовжувати ЗПТ у випадках госпіталізації, оскільки всі лікарні є комунальними закладами і рішення прийняте на рівні місцевої влади.

Проблем зі збором даних не виявлено.

У фокус-групах пацієнти дуже позитивно оцінювали вплив ЗПТ на своє життя та свою участь у дослідженні з моніторингу і оцінки.

Одеса

Приміщення для програми ЗПТ є дуже тісним і незручним для персоналу і пацієнтів.

Соціальні працівники є досить кваліфікованими.

Лікарі не призначають аналізів сечі на наркотики, тому що позитивні результати тестів не тягнуть за собою виключення з програми ЗПТ і не можуть використовуватися для підвищення рівня мотивації до лікування.

Сімферополь

Приміщення для програми ЗПТ є дуже тісним і не має окремого входу, багато інших пацієнтів користуються цим коридором.

Високо оцінено роботу спеціалістів з ВІЛ/СНІД за індивідуальний, гуманістичний підхід та якість допомоги.

Соціальні працівники є досить кваліфікованими.

Лікарі призначають аналізи сечі на наркотики за принципом випадкового відбору, але позитивні результати тестів не тягнуть за собою виключення з програми ЗПТ.

Показник утримання в програмі за період 18 місяців склав 73%. 10% пацієнтів залишили програму, 6,5% померли, 7,4% заарештовані, 2 пацієнта пройшли успішну детоксикацію і реабілітацію.

У листі очікування біля 100 осіб.

Виявлено деякі проблеми зі збором даних. Деяким співробітникам складно заповнювати карти пацієнтів, тому що вони не мають відповідної медичної освіти. Часто їм важко було прочитати почерк лікаря. Було важко отримувати дані щодо ВІЛ-статусу і АРВ-терапії, тому що ці дані є захищеними і вимагають складних формальних кроків для доступу до них.

Пацієнти поінформовані про свою участь у дослідженні і висловлювали позитивне ставлення до нього. Бланки інформованої згоди були наявні в медичних картках за винятком двох випадків.

Миколаїв

ЗПТ проводиться в окремому приміщенні на території наркологічного диспансеру. Приміщення розташоване в центрі міста і нещодавно було відремонтовано. Кімната для консультування добре облаштована. Пацієнти можуть проводити час поруч у закритому дворі для неформальних контактів.

Соціальні працівники та представники НУО мають високий рівень професіоналізму у сфері надання підтримки пацієнтам програми ЗПТ. Консультування включає також поради юриста.

Аналізи сечі на наркотики проводяться вибірково, але ніхто із пацієнтів не виключений з програми ЗПТ через позитивні аналізи.

Після першого візиту у квітні 2007 р. доцент Еміліс Субата зробив такі висновки:

1. Пацієнти на всіх сайтах в цілому були задоволені програмою ЗПТ і її персоналом. На всіх сайтах пацієнти констатували, що співробітники програми були легкодоступні і готові надати підтримку. Пацієнти також були задоволені послугами спеціалістів з ВІЛ/СНІД, які надавалися поза програмою ЗПТ у центрах профілактики та боротьби зі СНІД: тестування на ВІЛ, лабораторний моніторинг та АРВ терапія. АРВ-препарати видаються пацієнтам на термін до 1 місяця кожного разу. Всі послуги спеціалістів з ВІЛ/СНІД є доступними та безкоштовними.
2. Головною проблемою пацієнтів було те, що участь в програмах ЗПТ створювала труднощі в пошуку й збереженні робочих місць, тому що законодавством заборонено видачу замісних препаратів додому. Пацієнти також скаржилися, що щоденні або майже щоденні поїздки до сайтів вимагали значного часу і додаткових фінансових витрат.
3. Пацієнти висловлювали стурбованість, що на деяких сайтах (Київ, Донецьк) не було можливості продовжувати ЗПТ у випадку госпіталізації (включаючи такі причини, як СНІД чи туберкульоз).
4. Ні на одному з сайтів пацієнти не відзначали проблем з правоохоронними органами (наприклад, необґрунтовані обшуки споживачів наркотиків або посилена увага до них).
5. Кваліфікована соціальна підтримка надавалася не завжди. Колишні споживачі наркотиків, які працюють в НУО, часто не володіють навичками оцінки соціального статусу і потреб пацієнта, побудови плану соціальної допомоги і його впровадження.
6. Дослідження з моніторингу та оцінки позитивно сприймалося персоналом і пацієнтами програм ЗПТ. З боку пацієнтів відзначалася повна співпраця. Незалежні інтерв'юери та спеціалісти, відповідальні за збір даних, не вказували на проблеми зі збором і передачею даних.
7. Персонал програм відзначав, що багато часу й енергії витрачалося на контроль прийому замісного препарату та запобігання його вносу. Таблетки подрібнювалися на сайтах Києва та Донецька. Медичні сестри спостерігали за прийомом препарату й перевіряли його розсмоктування. Для забезпечення контролю сайти ЗПТ мали впровадити суворі санкції за спроби сховати таблетки з наміром їх вносу. На момент візиту не було проблем з правоохоронними органами, пов'язаних з крадіжками бупренорфіну.
8. Лікарі відзначали порівняно велику кількість паперової роботи, яка має виконуватися відповідно до нормативних актів з контролю використання бупренорфіну.
9. Деякі співробітники скаржилися на затісні приміщення для програм ЗПТ. На більшості сайтів не вистачало приміщень для конфіденційного консультування.
10. Персонал сайтів ЗПТ в цілому добре підготовлений і має високий рівень професіоналізму. Деякі лікарі пропонували поліпшити якість підвищення кваліфікації.
11. Деякі співробітники заявляли, що вони не відчували себе частиною національної системи лікування наркотичної залежності і профілактики ВІЛ-інфекції серед СІН і пропонували посилити рівень інституціоналізації ЗПТ.

Другий раунд візитів на сайти
травень – червень 2007 р.

Після другого візиту в травні – червні 2007 р. доцент Еміліс Субата проаналізував широке коло питань:

Підготовка персоналу та його поінформованість щодо ЗПТ, використання протоколів лікування і методичних рекомендацій.

Не всі лікарі, які працюють безпосередньо з пацієнтами, мали високий рівень знань про ЗПТ, водночас координатори проектів ЗПТ демонстрували добрі знання протоколів і методичних рекомендацій з питань ЗПТ. Тільки дуже невелику кількість наркологів включено до програм ЗПТ. Медичні сестри досить професійно видавали пацієнтам бупренорфін.

Більшість співробітників програм продовжують розглядати ЗПТ як інструмент «лікування», а не втручання в сфері громадського здоров'я. Вони часто говорять про потребу «правильного відбору пацієнтів до ЗПТ», замість того, щоб розширювати залучення СН до програм ЗПТ для профілактики ВІЛ/СНІД.

Підготовка персоналу і його поінформованість щодо психосоціальної підтримки

Водночас не завжди спостерігалась плідна співпраця між медичними та соціальними працівниками. На деяких сайтах спостерігалось деяке напруження і навіть протиріччя, а також явно неадекватна комунікація між медиками та спеціалістами з психосоціальної підтримки.

Наявність планів лікування з включенням психосоціальної підтримки

Плани лікування для конкретних пацієнтів інколи не мали чітко визначених конкретних цілей, розрахованих на конкретний період часу. Часто в плані лікування зазначалось «консультація соціального працівника», але не конкретизувалось, які самі цілі соціальної реабілітації мають бути досягнуті для цього пацієнта. Перед створенням планів іноді не проводилася оцінка соціального статусу і нагальних потреб пацієнта. Консультант не міг побачити комплексний календарний план лікування в письмовому вигляді в медичній документації пацієнта.

Доступність і ефективність психосоціальної підтримки пацієнтів

Під час обговорення в фокус-групах (ФГ) пацієнти ЗПТ відзначали доступність для них психосоціальної підтримки, зокрема щоденно з боку персоналу програм. Ефективність психосоціальної підтримки була невідомою. Деякі випадки були представлені як успіх психосоціальної реінтеграції, але було неможливо оцінити ефективність в цілому.

Клінічні аспекти терапії (دوزи тощо)

Під час обговорення у фокус-групах пацієнти відзначали, що вони могли просити лікарів про підвищення чи зниження доз замісного препарату. Їхні прохання не завжди бралися до уваги. Тому що рішення про підвищення дози приймається комісійно, на деяких сайтах могло пройти до 3 тижнів, доки доза буде збільшена (Миколаїв).

Чинна практика передбачає призначення високих доз бупренорфіну на початку терапії для зняття синдрому відміни (звичайно 12-14 мг, іноді більше). В подальшому дози поступово знижують, і підтримувальна доза зазвичай складає 2-8 мг. Це стається часто за ініціативи пацієнтів, які планують через певний час вийти з програми ЗПТ.

Скринінг на виявлення супутніх психічних розладів, наприклад, депресії, зазвичай не проводиться, внаслідок чого ці стани не діагностуються і не лікуються. Діагностика і лікування депресії наразі не включені до системи ЗПТ.

Ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом чи гепатитом С

Часто існували значні перешкоди для продовження ЗПТ пацієнтам, госпіталізованим з приводу СНІД і туберкульозу, тому що зазвичай лікарні не мали можливості проводити ЗПТ (деякі з них не мали ліцензій на використання наркотичних препаратів). Госпіталізованим пацієнтам дозволяли відвідувати відповідний сайт ЗПТ для отримання щоденної дози бупренорфіну. ВІЛ-інфіковані пацієнти завжди мали вільний безкоштовний доступ до моніторингу клітин CD4, консультаціям інфекціоністів та АРВ-терапії у центрах СНІД та інфекційних лікарнях. Залишилося відкритим питання про те, хто з персоналу здійснює дотестове і післятестове консультування на сайтах ЗПТ. На деяких сайтах (Миколаїв) лікарі заявляли, що вони проводять добровільне консультування і тестування. Є потреба уточнення відповідальності за це на сайтах. Діагностика і лікування гепатиту С в основному не є доступними в системі безоплатної медичної допомоги.

Діапазон послуг, що надаються пацієнтам програм ЗПТ: психосоціальна підтримка, переадресація до інших закладів медичної та соціальної сфери

Соціальні працівники здійснюють переадресацію до наявних джерел соціальної підтримки. Друковані матеріали про медичні і психосоціальні ресурси ЗПТ недоступні поза установою, де працює програма. Складається враження, що соціальні працівники не часто відвідують разом з пацієнтами різні соціальні агенції і надають їм безпосередню допомогу.

Задоволеність і ставлення персоналу

В цілому працівники програм усвідомлювали те, що вони виконують важливу роботу. В бесідах співробітники різних сайтів відзначали постійне відчуття напруги, пов'язане з відповідальністю за можливий винос пацієнтами бупренорфіну. На деяких сайтах таблетки бупренорфіну подрібнюють. Працівники програм ЗПТ висловлювали незадоволення з приводу великого обсягу паперової роботи, яку треба виконувати згідно нормативних документів про наркотичні засоби. Керівники лікувальних закладів відзначали складність процесу отримання ліцензії на право роботи з наркотичними засобами.

Задоволеність і ставлення пацієнтів

Під час обговорення в фокус-групах пацієнти в основному висловлювали велике задоволення ЗПТ, а деякі вважали ЗПТ неймовірною і чудовою можливістю припинити вживання наркотиків. Більшість пацієнтів визнавали зменшення своєї кримінальної поведінки і поліпшення сімейного життя. Незадоволення викликали необхідність щоденного відвідування сайтів ЗПТ, відсутність можливості виїхати з міста під час вихідних або відпустки, а також необхідність далеко їздити для щоденного отримання препарату.

Потреба в ЗПТ (листи очікування)

Співробітники програм ЗПТ повідомляли про велику кількість охочих брати участь в цих програмах.

Виключення пацієнтів з програм

Частіше за все причиною виключення пацієнтів з програм були спроби виносу препарату. Керівники програм часто вважали, що такі спроби ставлять існування програми під загрозу. З іншого боку, виключення пацієнтів обґрунтовувалось необхідністю підтримувати дисципліну в програмі й запобігати подальшим спробам виносу препарату. Ще однією причиною виключення пацієнтів з програми було ув'язнення. На всіх сайтах заперечували, що причиною виключення може бути виявлення наркотиків в аналізі сечі.

Показник утримання в програмах і самовільний вихід з програми

Пацієнти бажали зменшувати дози й залишити програму якомога швидше через необхідність щоденно відвідувати сайт для отримання препарату, внаслідок чого обмежувалася можливість працювати і відпочивати під час вихідних днів і відпусток.

Показник утримання зазвичай високий.

Співпраця з місцевими органами охорони здоров'я.

Керівники наркологічних закладів мають добрий контакт з керівниками місцевих органів охорони здоров'я, але деякі з них висловлювали думку, що відповідальність за ЗПТ покладена тільки на наркологічну службу, яка має працювати у переважно несприятливих умовах і без достатньої підтримки з боку суспільства. Деякі керівники висловлювали незадоволення труднощами при оформленні ліцензії на право роботи з наркотичними засобами. При несвоєчасному поновленні такої ліцензії виникали труднощі з організацією ЗПТ.

Відношення з правоохоронними органами

Керівники лікувальних закладів висловлювали незадоволення вимогами відділів боротьби з незаконним обігом наркотиків при Управліннях МВС України в областях, при цьому вони намагалися підтримувати добрі стосунки з працівниками цих органів. Представники відділів боротьби з незаконним обігом наркотиків чи служби безпеки регулярно відвідують деякі наркологічні заклади. Це викликає певну напругу у відносинах і керівники лікувальних закладів відчують себе підозрюваними. Під час обговорення в фокус-групах пацієнти не скаржилися на переслідування з боку правоохоронних органів і відзначали поліпшення відносин з міліцією.

Співпраця наркологічної служби з медичними закладами, які надають допомогу хворим на ВІЛ/СНІД і туберкульоз

Між цими службами існують контакти, але не проводяться спільні заходи чи підвищення кваліфікації.

Дотримання протоколу дослідження з моніторингу та оцінки (МіО) програм ЗПТ

Усі сайти дотримуються протоколу дослідження з моніторингу та оцінки. Але за даними спостережень персонал проектів МіО інколи відчуває невпевненість щодо цього протоколу.

Проведення фокус-груп

Щодо проведення фокус-груп не виявлено ніяких проблем.

Наявність даних (комп'ютерна база даних, паперові форми обліку, звіти про проведення фокус-груп)

Комп'ютерні бази даних, паперові форми обліку, звіти про проведення фокус-груп були у наявності.

Поінформованість пацієнтів про їхню участь у дослідженні, наявність документів про інформовану згоду

Усі пацієнти були поінформовані про їхню участь в дослідженні і висловлювали до нього позитивне ставлення.

Інформація та побажання членів мультидисциплінарних команд ЗПТ (МДК ЗПТ) і пацієнтів

Члени МДК ЗПТ висловлювали незадоволення необхідністю контролювати розсмоктування бупренорфіну, що потребує значного часу і зусиль. Писанина, пов'язана з дотриманням вимог контролю за наркотиками, теж є втомливою. МДК ЗПТ часто не відчують себе складовою частиною національної системи охорони здоров'я.

Потреби МДК ЗПТ у підвищенні кваліфікації

Членам МДК ЗПТ було б корисно пройти тренінги з створення плану лікування та його впровадження. Потрібна більш тісна інтеграція медичної допомоги і психосоціальної підтримки, а також тренінги з питань ведення випадку.

Медичні працівники (наркологи) і МДК ЗПТ в цілому мають пройти підготовку з розуміння ЗПТ як втручання в рамках громадського здоров'я з метою профілактики ВІЛ-інфекції та інших інфекційних захворювань, зменшення смертності і т.д., а не як традиційного наркологічного «лікування» і «терапії».

Інформація і побажання пацієнтів

Пацієнти в цілому висловлювали дуже позитивне ставлення до ЗПТ. Часто у них виявлялися високий рівень мотивації до участі у програмі ЗПТ, позитивне ставлення до персоналу і дозування, вони цінували можливість отримувати ЗПТ. Вони пропонували розширення програм ЗПТ в Україні. Вони також висловлювали незадоволення необхідністю приходити за препаратом щодня і при цьому долати значні відстані.