

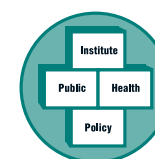
МБФ «Міжнародний Альянс
з ВІЛ/СНІД в Україні»
Європейське регіональне бюро
Всесвітньої організації охорони здоров'я
Український інститут досліджень
політики щодо громадського здоров'я



Фінальний звіт за проектом моніторингу та оцінки

програм
замісної
підтримувальної
терапії в Україні

Результати
трьох фаз
дослідження



Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Автори:

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

Переклад з англійської:

В. Штенгелов, кандидат медичних наук; О. Зезюлін.

Наукове редагування:

Гундо Вайлер, MD., PhD.;
К.Думчев, магістр охорони здоров'я (Офіс ВООЗ в Україні).

Літературне редагування:

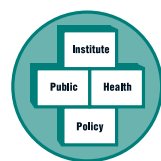
Г. Морозова.

Рецензент:

Т. Трецька, кандидат медичних наук.

**Проект моніторингу і оцінки програм ЗПТ реалізовано
Українським інститутом досліджень політики щодо
громадського здоров'я.**

Виконавці: С. Дворяк, кандидат медичних наук, головний
дослідник; В. Штенгелов, кандидат медичних наук; О.Морозова;
І. Трофімченко.



Це видання було підготовлене до друку Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я в рамках проекту «Організаційно-методичний супровід програм замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)», що був реалізований в містах: Київ, Донецьк, Одеса, Сімферополь, Дніпропетровськ, Миколаїв, Вінниця, Херсон, Суми, Івано-Франківськ.

Продукція видана за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування і догляд для найуразливіших верств населення в Україні».

Викладені тут думки та точки зору є думками та точками зору організації, яка видала цю продукцію, та не можуть розглядатися як думки або точки зору МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

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

Результати трьох фаз дослідження

Професор А. Ухтенхаген, MD, PhD

М. Шайб, PhD

Інститут досліджень в сфері громадського здоров'я

і залежності від психоактивних речовин

при Цюріхському університеті

Центр співробітництва з ВООЗ

Червень 08, 2010

Подяка

На всіх сайтах 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 Цюрихському університеті допомагав зробити аналіз даних, а також таблиці. Доктор Мартин Донохью з Регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (Копенгаген), а також доктор Аріель Брей, кандидат психологічних наук Ірина Гришаєва, доктор Костянтин Думчев та доктор Ґундо Вейлер (редагування) з Українського 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 замісної підтримувальної терапії (ЗПТ).

Автори висловлюють щиру вдячність усім цим людям за неоціненний внесок та підтримку у підготовці цього звіту.

ЗМІСТ

Подяка.....	2
Перелік таблиць	4
1. Короткий зміст і висновки	5
2. Опис проекту.....	7
2.1. Обґрунтування і цілі.....	7
2.2. Клінічні сайти та фази проекту.....	8
2.3. Партнерство	8
3. Клінічні процедури та документація.....	9
3.1. Оцінювання пацієнта та прийом до програми лікування.....	9
3.2. Стандарти та організація допомоги клієнтам	10
3.3. Ведення картки пацієнта	11
3.4. Завершення лікування й участі в дослідженні	11
4. Збір даних та їхня якість.....	12
4.1. Роль та обов'язки персоналу проекту	12
4.2. Підбір респондентів, незалежних інтерв'юерів та регіональних координаторів, відповідальних за збір даних.....	13
4.3. Інструменти та терміни збору даних.....	14
4.4. Введення даних та процедура передачі.....	14
4.5. Якість і повнота даних.....	15
5. Результати I: реалізація фрагменту моніторингу.....	15
5.1. Підбір персоналу сайтів	15
5.2. Проблеми та перебіг моніторингу	18
6. Результати II: Оцінка характеристик пацієнтів.....	21
6.1. Характеристика пацієнтів	21
6.2. Дані про лікування пацієнтів	28
6.3. Дані повторного обстеження пацієнтів	32
Додатки.....	47
1. Обов'язки Зовнішніх експертів.....	47
2. Звіти про візити до сайтів.....	48

Перелік таблиць

Таблиця 1. Підсумок 3 фаз моніторингу та оцінки програм ЗПТ в Україні.....	8
Таблиця 2. Кількість і кваліфікація персоналу.....	15
Таблиця 3. Підготовка персоналу.....	16
Таблиця 4. Плинність кадрів.....	16
Таблиця 5. Ставлення, поінформованість та задоволення персоналу роботою.....	17
Таблиця 6. Характеристика пацієнтів: демографічні дані.....	21
Таблиця 7. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР протягом життя(1).....	22
Таблиця 8. Характеристика пацієнтів: вживання ПАР(2).....	23
Таблиця 9. Характеристика пацієнтів: соматичні хвороби.....	24
Таблиця 10. Характеристика пацієнтів: психічні розлади (протягом життя).....	25
Таблиця 11. Характеристика пацієнтів: лікування та втручання (протягом життя).....	26
Таблиця 12. Характеристика пацієнтів: проблеми в сімейному анамнезі.....	28
Таблиця 13. Дані про лікування: фармакотерапія.....	29
Таблиця 14. Дані про лікування: дотримання режиму терапії.....	31
Таблиця 15. Дані про лікування: утримання в програмі.....	32
Таблиця 16. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (1).....	33
Таблиця 17. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (2).....	34
Таблиця 18. Динаміка показників: вживання ПАР протягом останніх 30 днів (3).....	35
Таблиця 19. Динаміка показників: соматичні розлади (1).....	37
Таблиця 20. Динаміка показників: соматичні розлади (2).....	38
Таблиця 21. Динаміка показників: психічні розлади (самооцінка пацієнтів) (1).....	39
Таблиця 22. Динаміка показників: психічні розлади (самооцінка пацієнтів) (2).....	40
Таблиця 23. Динаміка показників: ризикова поведінка.....	42
Таблиця 24. Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус (1).....	43
Таблиця 25. Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус (2).....	44
Таблиця 26. Динаміка показників: емоціональне, фізичне та сексуальне насилля.....	46
Таблиця 27. Динаміка показників: сімейні проблеми.....	47

1. Короткий зміст і висновки

Дослідження з моніторингу та оцінки програм ЗПТ в Україні мало на меті вивчення можливостей впровадження й ефективності замісної терапії бупренорфіном та метадоном для залежних від опіатів.

Протягом 7 років проводилися дослідження даних, зібраних з 2004 р. по 2009 р.. У цьому звіті йдеться про 3 фази моніторингу та оцінки.

Для участі в дослідженні було відібрано 151 пацієнта, вибірка яких була сформована в період з листопада 2006 року по лютий 2007 року. Перша фаза дослідження проводилася на базі шести сайтів замісної підтримуючої терапії бупренорфіном. В другу фазу дослідження, що проводилася на двох сайтах ЗТ метадоном та на двох сайтах ЗТ бупренорфіном, з лютого по жовтень 2008 року були залучені ще 80 пацієнтів. 3 фаза була проведена на базі чотирьох метадонових сайтів з залучення 100 пацієнтів з серпня по жовтень 2008 року.

Учасники дослідження були обстежені при зарахуванні до програми та до чотирьох разів повторно протягом 18 місяців після початку лікування – вивчалися зміни стану їхнього здоров'я та соціального статусу (на основі Індексу тяжкості залежності), ризикова поведінка щодо передачі ВІЛ (на основі опитувальника BBV-TRAQ). Ставлення персоналу оцінювалося за допомогою інструменту самооцінки (SASQ). Окрім цього, в першій фазі проводилися фокус-групи з пацієнтами і з персоналом.

Формування вибірки відбувалося з дотриманням Протоколу дослідження, що підтверджено даними регулярних моніторингових візитів. Усі учасники дослідження підписували інформовану згоду щодо надання всієї необхідної інформації для використання її з метою оцінки та подальшого гарантування 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 можна було виправити. Збір даних з використанням стандартних інструментів (у перекладі) був досить обтяжливим для персоналу, однак даних за повної відсутності перешкод для адекватних моніторингу та оцінки проекту було втрачено відносно мало.

До початку першої фази проекту у 6 містах було створено мультидисциплінарні команди з кваліфікованих спеціалістів, більшість з яких і далі працюють у проектах ЗПТ. Дані про персонал не фіксувалися у фазі 2 та 3. Персонал переважно задоволений роботою. Крім того, більшість працівників програм декларували позитивне ставлення до своїх клієнтів, 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. За даними звітів про фокус-групи, персонал проектів ЗПТ висловлював рекомендації щодо поліпшення умов праці.

Основні характеристики вибірки (загалом з 3 фаз): 81 % чоловіки; середній вік 34,5; 56% перебувають у шлюбі; 11 років середньої школи; 2 роки професійної освіти; 37% були працевлаштовані. Залежність у більшості пацієнтів була від кустарних опіоїдів; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років; раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватися від залежності. Більше половини учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус.

Лікування замісними препаратами переносилося добре. Середня добова доза була 10 мг в фазі 1 та зросла до 16 мг у фазі 2. У групах, що отримували метадон, середня добова доза досягла 97 мг. Показник прихильності до ЗПТ був високим у всіх групах.

Утримання в програмі протягом фази 1 склало 93% через 6 місяців та 75% через 12 місяців. Протягом фази 2 показник утримання склав 92% для бупренорфінових пацієнтів протя-

гом 6 місяців. Під час проведення фази 3 утримання в програмі серед метадонових пацієнтів досягло 76%.

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

- Показники вживання нелегальних опіоїдів, канабісу та полінаркоманії протягом останніх 30 днів значно зменшилися (зниження показника вживання наркотиків ASI на 75%).
- Значно поліпшилися показники соматичного здоров'я (зниження показника соматичних проблем ASI на 50%).
- Пацієнти повідомляли про значне зменшення проявів депресії, тривоги, агресивності та суїцидальних настроїв (показник проблем з психологічним здоров'ям знизився на 65%).
- Рівень усіх видів ризикованої ВІЛ-поведінки знизився. Найбільш критичне зниження відбулося стосовно ін'єкційної практики (зниження близько 82% за BBV балами). Дещо менше зниження ризиків відбулося стосовно сексуальних практик та пошкоджень шкіри (як-от татуювання), які знизилися тільки тимчасово.
- Протизаконні прибутки та кримінальна активність за останні 30 днів значно зменшилися (ASI бали кримінальної активності знизилися на 70–90 %).
- Підвищилися показники соціальної інтеграції (кількість робочих днів на місяць зростала вдвічі).

За багатьма параметрами відзначено подальше незначне поліпшення. Але треба зауважити, що в першій фазі на 2 сайтах (Одеса і Сімферополь) зареєстровано вторинне підвищення після тимчасового зниження рівня споживання алкоголю та канабісу, а також повернулися до початкових показники ризикованої сексуальної поведінки та ушкоджень шкіри після тимчасового зниження в усіх фазах. Важливо відзначити, що значне поліпшення цих показників відбувалося у перші місяці ЗПТ.

Виконання та безпека ЗТ були однаково добрими в усіх фазах без особливої різниці між бупренорфіном та метадоном. Результати в більшості випадків є однаковими, лише деякі показники відрізнялися, як було відзначено вище.

Під час моніторингових візитів не було виявлено випадків виносу бупренорфіну, а стосунки між сайтами ЗПТ і правоохоронними органами характеризувалися як добрі під час дослідження. 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 зацитовані в цьому звіті. Важливими є питання оцінки потреб пацієнтів, впровадження гнучкішого режиму лікування (з можливістю видавати 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 є можливим, враховуючи запобігання виносу замісного препарату з лікувальних закладів.
2. Підтверджено, що ЗПТ є високо ефективною 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 клієнтів 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 наркотиків, а також функціональної недискримінаційної системи допомоги споживачам наркотиків.

5. Необхідно започаткувати зміни регуляторної політики для того, щоб зробити можливим продовження ЗПТ у разі госпіталізації чи позбавлення волі, а також щоб дозволити видавати пацієнтам у стабільному стані замісний препарат на обмежену кількість днів для прийому вдома.
6. Велику увагу потрібно приділяти постійному підвищенню кваліфікації персоналу з питань організації ЗПТ, ефективної інтеграції заходів зменшення шкоди і лікування інфекцій, які передаються з кров'ю, а також рекомендовано переглянути методичні рекомендації з питань впровадження ЗПТ (замісна підтримувальна терапія бупренорфіном і метадоном) для того, щоб досягати кращих практичних результатів.
7. Виконання, безпека та результати були однаково добрими як для сайтів, що використовували бупренорфін в фазі 1, так і для пацієнтів сайтів, що використовували метадон у 2 фазі проекту.
8. Результати можна покращити шляхом оптимізації умов праці персоналу, а також функціонування лікувального закладу в цілому.

2. Опис проекту

2.1. Обґрунтування і цілі

Проект моніторингу та оцінки (MiO) започатковано відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я № 161 від 13.04.2005 р. Першу фазу проекту було розроблено для забезпечення найбільш ефективного впровадження замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) бупренорфіном. У другій та третій фазі був задіяний аналогічний протокол для оцінки впровадження ЗПТ метадоном.

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

Детальними завданнями моніторингу є:

- надання інформації щодо залучення пацієнтів;
- надання стандартизованої інформації щодо залучення персоналу, а також його плінності, ставлення та рівня задоволеності;
- надання інформації щодо проблем, пов'язаних з впровадженням проекту, та неочікуваних подій, які стосуються пацієнтів та персоналу;
- зворотний зв'язок щодо ходу і здійснення проекту партнерами програми.

Загальною метою оцінки 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 у:

- наданні інформації про зміни стану та поведінки пацієнта;
- наданні інформації про призначені медпрепарати, спеціальні режими лікування та супутній догляд;
- наданні інформації про завершення лікування та/або участь пацієнтів в процесі оцінки.

2.2. Клінічні сайти та фази проекту.

Історія моніторингу та оцінки замісної терапії в Україні почалась в 2004 році з міжнародного дослідження за підтримки ВООЗ з метою оцінки двох перших сайтів, що використовували бупренорфін у Києві і Херсоні. Згодом була проведена низка національних досліджень з використанням розширеного протоколу. Даний звіт в основному стосується результатів 3 фаз національного дослідження моніторингу та оцінки ЗТ. Структура сайтів, графік та план повторних обстежень описані в Таблиці 1.

Таблиця 1.

Підсумок 3 фаз моніторингу та оцінки програм ЗПТ в Україні.

Фаза	Сайти	ЗП	Початок збору даних	Кінець збору даних	Кількість клієнтів на сайт	Термін повторних обстежень	Спонсор
1	Київ, клініка “Соціотерапія”	Бупренорфін	Листопад 2006	Січень 2008	25	6 місяців, 12 місяців	ГФ/Альянс
	Донецький наркологічний диспансер						
	Одеський обласний наркологічний диспансер						
	Кримський республіканський наркологічний диспансер (Сімферополь)						
	Дніпропетровський наркологічний диспансер						
	Миколаївський наркологічний диспансер						
2	Вінницький обласний наркологічний диспансер	Метадон	Травень 2008	Березень 2009	20	6 місяців	ІВС
	Херсонський обласний наркологічний диспансер		Серпень 2008				
	Сумський обласний наркологічний диспансер	Бупренорфін	Лютий 2008				
	Івано-Франківський обласний наркологічний диспансер						
3	Київський міський СНІД-центр	Метадон	Серпень 2008	Березень 2010	25	6 місяців, 9 місяців, 12 місяців, 18 місяців	ГФ/Альянс
	Донецький наркологічний диспансер						
	Дніпропетровський СНІД-центр						
	Миколаївський наркологічний диспансер						

2.3. Партнерство

В цьому проекті взяли участь:

- Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу 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.

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

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

До складу зовнішніх експертів, яких обирає та наймає Європейське бюро ВООЗ, увійшли

Професор Амброс Ухтенхаген, M.D., Ph.D., керівник Інституту досліджень в сфері громадського здоров'я і залежності від наркотичних речовин при Цюрихському університеті (Цюрих, 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 MiO.

3. Клінічні процедури та документація

Клінічні процедури та документація з моніторингу та оцінки детально викладені у загальному протоколі моніторингу та оцінки (див. Додаток). Нижче наводяться фрагменти загального протоколу.

Результати візитів зовнішнього експерта доцента Е. Субати підтвердили дотримання загального протоколу. Однак виникали деякі питання щодо розуміння і застосування правил, що описані в звітах фокусних груп (див. Додаток).

3.1. Оцінювання пацієнта та прийом до програми лікування

Усі пацієнти, які зверталися з проханням включити їх до програми замісної терапії, повинні були пройти скринінг і реєстрацію відповідно до стандартизованої процедури протоколу дослідження.

Первинний скринінг щодо відповідності критеріям прийому до програми.

Всі кандидати мали відповідати чітко визначеним критеріям прийому до програми:

- 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, враховуючи аналізи крові та сечі.
- Постійне місце проживання.

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.

Для того, щоб мати можливість бути відібраним 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 проводили співробітники програми з використанням списку критеріїв відповідності; всі 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 картки пацієнта.

Ще одним елементом процесу скринінгу було пояснення кандидатам того, як використовуватимуться дані лікування та дослідження. Дані щодо пацієнтів є конфіденційними; жодний інший заклад чи правоохоронні органи не мають до них доступу; дані зберігаються в безпечному місці. Інформація, необхідна для розробки плану моніторингу та оцінки, кодується, а кодований список керівники програми зберігають у безпечному місці.

Оцінювання пацієнтів, яких визнано такими, що відповідають критеріям

Після того, як кандидата визнано таким, що відповідає критеріям відбору 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.

Всі пацієнти були обстежені НІ за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI) впродовж перших двох тижнів після прийому до програми, коли в них уже 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 вносили до медичної картки.

Прийом до програми та план лікування

На основі результатів оцінювання формувався 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 адаптовувався до прогресу та змін у житті та статусі пацієнта. План переглядали щонайменше кожні три місяці, а результати вносили до картки пацієнта.

3.2. Стандарти та організація допомоги клієнтам

Лікування здійснювалось відповідно до методичних рекомендацій із замісної підтримувальної терапії розроблених в Україні..

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 при настанні 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 Е. Субатою протягом 1 фази проекту мало на меті надати підтримку 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 прийнято до програми лікування й моніторингу та оцінки, була заведена стандартизована картка, розроблена в Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я. Всю відповідну інформацію про стан, режим та отримане лікування, негативні події, відповідність критеріям та завершення лікування медичний персонал щоденно вносив до вищезазначеної картки.

3.4. Завершення лікування й участі в дослідженні

Лікування завершувалося:

- в разі двосторонньої згоди, тобто за згодою співробітників програми та пацієнта;
- з 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 документували належним чином з наданням опису причин припинення лікування в односторонньому порядку або успішного завершення програми ЗПТ. Цю інформацію заносили в стандартну форму завершення лікування (див. розділ з інструментами).

В будь-якому з випадків припинення лікування пацієнт отримував консультацію про всі існуючі варіанти детоксикації та подальшої підтримки. Пацієнта також повторно інформували про ризик рецидиву чи передозування після проведення детоксикації.

З припиненням лікування пацієнт автоматично не був виключений з дослідження. Пацієнта просили надати інформацію про те, де і як його/її можна знайти для подальших опитувань/інтерв'ю. Цю інформацію заносили до картки пацієнта.

Завершення антиретровірусної терапії (АРТ)

ВІЛ-інфіковані пацієнти, які отримують АРТ і які були прийняті до програми замісної підтримувальної терапії, мали можливість відмовитися від АРТ без припинення лікування замісним препаратом, 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 бути зареєстровані як завершення лікування.

Завершення участі в дослідженні

Пацієнти мали можливість відкликати свою поінформовану згоду брати участь у дослідженні чи інтерв'юванні або відмовитися від кодування власних даних з метою їх подальшої оцінки, при цьому було передбачено можливість продовжувати лікування.

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

4. Збір даних та їхня якість

4.1. Роль та обов'язки персоналу проекту

Головний дослідник

Головний дослідник (ГД) відповідав за:

- організацію навчання інтерв'юерів і регіональних координаторів та за збір даних на національному рівні. ГД та його підлеглі забезпечили керівникам та працівникам програм підтримку з усіх питань, що пов'язані зі збором даних;
- забезпечення ВЗД інструкціями з використання системи кодування;
- переклад та тестування опитувальників, а також правил, згаданих вище;
- організацію контролю та зберігання інформації, що надходила з пілотних проектів;
- створення електронної бази даних та передачу цих даних зовнішнім експертам;

У співпраці з керівниками пілотних проектів Головний дослідник розробив письмові правила для персоналу про те, як слід діяти в особливих ситуаціях (наприклад, при передозуванні, супутніх захворюваннях, пропусках дози тощо). Створення таких правил мало на меті запровадження загальних стандартів в усіх пілотних проектах;

Керівники та персонал пілотних проектів

Керівники та персонал пілотних проектів несли відповідальність за дотримання правил та вимог належного застосування замісної підтримувальної терапії, 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 узгоджували з ГД та вносили до відповідного переліку. Цей ВЗД був також контактною особою для ГД упродовж усього 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, яку використовували 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 опитувальник “Ставлення до виконання обов'язків та задоволеність персоналу” (SASQ) та нагадував про вимогу щодо надання заповненого опитувальника безпосередньо ГД.

Незалежні інтерв'юери

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.

Зовнішні експерти

Зовнішні експерти несли відповідальність за підготовку та остаточне формулювання плану і протоколу моніторингу та оцінки на основі проведення консультацій з Європейським бюро ВООЗ, організацією-спонсором, керівниками програм та ГД. Вони надали необхідні методичні інструменти (англійською мовою).

Зовнішні експерти також несли відповідальність за підтримку національних партнерів:

- у впровадженні плану МіО з дотримання протоколу підтримувальної терапії бупренорфіном в фазі 1, організовуючи візити на місця здійснення пілотних проектів (д-р Е. Субата)
- в моніторингу та оцінці, надаючи відповіді на будь-які запити ГД (проф. А. Ухтенхаген).

Зовнішні експерти відповідали за аналіз та оцінку даних, наданих ГД. Зовнішні експерти готували та подавали на розгляд звіт та рекомендації, створені на основі отриманих даних.

4.2. Підбір респондентів, незалежних інтерв'юерів та регіональних координаторів, відповідальних за збір даних

Підбір незалежних інтерв'юерів

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

З огляду на зазначені умови НІ призначав та навчав ГД. Організація-спонсор готувала технічні завдання та контракти, враховуючи рекомендації ГД.

Підбір регіональних координаторів, відповідальних за збір даних

В усіх пілотних проектах керівники призначали одну особу з персоналу, яка відповідала за організацію збору даних та передачу їх ГД. Ця особа проходила тренінг, який проводив ГД, та отримувала від нього підтримку з усіх 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, асистент з приймальної, консультант, лікар, медсестра, секретарка).

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

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

4.3. Інструменти та терміни збору даних

Скринінг щодо відповідності критеріям прийому проводили впродовж кількох днів після подачі особою заявки на участь в програмі ЗПТ. Належне обстеження та заведення картки пацієнта здійснювали відразу після скринінгу. Якщо початок лікування відкладався, період очікування та причини затримки вносили до картки пацієнта. Анкети щодо ставлення та задоволеності персоналу роздавали 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 застосовували впродовж двох тижнів після початку лікування пацієнта (період оцінки стосувався часу до призначення терапії). Повторні інтерв'ю з використанням ASI та BBV-TRAQ проводили раз на два тижні з часу оцінки за календарем проведення інтерв'ю (терміни, що застосовувались у різних фазах, вказані у Таблиці 1).

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

4.4. Введення даних та процедура передачі

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

Електронні версії методичних інструментів розробив Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я. ГД відповідав за організацію дотримання інструкцій з 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 дані методом подвійного введення. Це дає змогу порівняти два файли і перевірити наявність помилок.

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

Всі вхідні дані було впорядковано в Українському інституті досліджень політики щодо громадського здоров'я. 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.

4.5. Якість і повнота даних

Дані, отримані за допомогою стандартних інструментів – Індексу тяжкості залежності ASI та BBV-TRAQ, у цілому були задовільної якості; випадкові помилки можна було скоригувати. Більш складною була ситуація з картою пацієнта, до якої дані слід було вводити вручну – це призводило до ускладнень і можливості помилок при переведенні у цифровий формат для введення до загального банку даних.

Кількість втрачених даних під час первинного та першого повторного обстеження була невеликою, з невеликим зростанням протягом періоду другого повторного обстеження. Деякі дані було втрачено через те, що на деяких сайтах при повторному обстеженні використовувалась скорочена версія ASI (lite). Дані повторного обстеження відсутні майже на всіх пацієнтів, які залишили програму. Інші втрачені дані виникали, ймовірно, внаслідок проблем з дешифруванням записів та/або через квапливість.

Упродовж 2 та 3 фази якість даних покращилася та скоротилася кількість втрачених звітів щодо соматичних захворювань пацієнта.

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. Однак таких даних недостатньо для оцінки стану та поведінки пацієнтів після виписки з програми: це потребує окремого дослідження для повторного обстеження колишніх пацієнтів.

Багато цінної інформації від співробітників програм і пацієнтів міститься в звітах про проведення фокус-груп. Ці звіти збиралися київським офісом ВООЗ, стислий виклад цих даних поданий у розділі 5.2.

5. Результати І: реалізація фрагменту моніторингу

5.1. Підбір персоналу сайтів

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

Таблиця 2.

Кількість і кваліфікація персоналу

	Ліка-рі	Нарко-логи	Медичні сестри	Психо-логи	Соціальні працівники	Консультанти рівний-рівному	Волон-тери	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.

Таблиця 3.

Підготовка персоналу

	<i>Кількість персоналу зі спеціальною підготовкою з наркології</i>	<i>Кількість персоналу з досвідом роботи зі споживачами наркотиків</i>	<i>Кількість персоналу з додатковою підготовкою</i>	<i>Кількість персоналу з додатковою підготовкою у 2006 році</i>	<i>Кількість персоналу з додатковою підготовкою у 2007 році</i>	<i>Наявність супервізії</i>
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

Таблиця 4.

Плинність кадрів

	<i>Кількість персоналу, залученого 2006 року</i>	<i>Кількість персоналу, звільненого 2006 року</i>	<i>Кількість персоналу, залученого 2007 року</i>	<i>Кількість персоналу, звільненого 2007 року</i>
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

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

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

Додатково, згідно з протоколом дослідження вивчали ставлення, поінформованість та задоволеність персоналу своєю роботою. Для цього використовували спеціальний опитувальник – під час прийому до програми, а також при обстеженні пацієнтів через 6 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 (28 питань), правильність медичних знань (5 питань), а також задоволеність роботою (9 питань).

Результати зі змінами за період від початку програми до обстеження через 6 місяців можна побачити у Таблиці 5.

Таблиця 5.

Ставлення, поінформованість та задоволення персоналу своєю роботою

Фаза 1	Позитивне ставлення до споживачів (min 9, max 27)					Рестриктивне чи негативне ставлення (min 28, max 84)					Некоректність медичних знань (min 5, max 15)					Задоволеність своєю роботою (min 9, max 27)				
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
Київ	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	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	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	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	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	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	22.6	23.1		19.9	-	53.8	53.3		59.9	-	7.5	7.6		7.9	-	20.0	19.4		18.5	-
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
Херсон	19.8	20.8	-	-	-	47.0	52.0	-	-	-	8.6	10.8	-	-	-	17.6	20.8	-	-	-
Вінниця	22.0	20.4	-	-	-	46.8	49.7	-	-	-	5.6	5.6	-	-	-	18.0	19.5	-	-	-
Івано-Фр.	22.6	24.0	-	-	-	49.9	55.0	-	-	-	8.0	9.4	-	-	-	20.0	20.1	-	-	-
Суми	21.5	22.0	-	-	-	54.6	60.3	-	-	-	5.6	7.7	-	-	-	27.2	20.6	-	-	-
Загалом	21.9	23.0	-	-	-	57.8	72.8	-	-	-	8.7	10.8	-	-	-	20.4	25.7	-	-	-
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
Київ	17.7	21.3	19.0	19.5	18.3	70.3	69.7	72.7	70.5	67.67	9.7	8.3	10.0	9.5	7.7	22.0	20.0	16.0	16.0	16.7
Донецьк	20.0	22.4	21.8	22.0	22.6	65.3	66.2	67.4	68.4	64.8	8.0	7.4	7.2	9.0	7.4	18.5	17.6	19.60	20.00	20.00
Дніпропетровськ	23.8	21.50	24.75	24.33	23.33	57.7	58.2	60.75	62.00	58.6	7.3	8.3	8.00	5.00	7.00	21.8	19.8	18.25	19.00	20.00
Миколаїв	22.1	23.0	24.17	23.00	23.80	62.6	58.2	49.83	58.8	44.00	9.1	8.2	7.33	8.00	5.0	22.1	37.5	23.1	19.8	25.2
Загалом	21.4	21.6	22.4	22.2	22.0	57.3	59.3	62.6	64.9	58.	7.0	7.4	8.1	7.8	6.7	22.1	22.7	19.2	18.7	20.4

У показниках позитивного ставлення до споживачів наркотиків мінімальна кількість балів складала 9, а максимальна 27. Середній показник по всіх сайтах перевищував 19 як при першому опитуванні, так і при наступних обстеженнях. Це свідчить про те, що більшість персоналу виявляло у більшості випадків позитивне, а не негативне, ставлення до клієнтів. У показниках рестриктивного чи негативного ставлення до вживання наркотиків та до споживачів наркотиків мінімальна кількість балів складала 28, максимальна — 84 бали. В цій області ми бачимо велику різницю з менш негативним ставленням на сайтах Києва і Сімферополя, порівняно з іншими сайтами. Але при обстеженні 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.

Такі знахідки можна розуміти таким чином, що початкове позитивне ставлення персоналу ставало критичнішим протягом другої половини проекту. З іншого боку, рестриктивне ставлення до споживачів наркотиків підсилювалося, в основному, протягом проекту.

В 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, на деяких—навпаки.

Між бупренорфіновими та метадоновими сайтами не виявилось великої різниці. Однак додаткові бупренорфінові клініки показали значне зростання рестриктивно-негативного відношення та некоректної медичної інформації в 2 фазі дослідження.

5.2. Проблеми та перебіг моніторингу

Під час 1 та 3 фази були зібрані описові дані стосовно проблем та процесу виконання програм. Інформація була отримана в фокус-групах, що проводилися серед персоналу та пацієнтів на кожному з сайтів проекту. Повна інформація стосовно фокус-груп знаходиться у звіті кожного сайту. Висновки з результатами дослідження розміщено у цьому розділі. У фазі 1 фокус-групи проводилися за участю доктора Е. Субати, котрий забезпечив підтримку проекту, а також контроль за дотриманням протоколу дослідження. Повний звіт щодо візитів на сайти знаходиться в Додатку 2. Короткий підсумок представлений нижче.

Основні результати відвідування сайтів експертом такі:

- Дослідження з моніторингу і оцінки персонал і пацієнти програм ЗПТ сприймали позитивно. З боку пацієнтів слід відзначити абсолютну співпрацю. 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 легкодоступним і налаштований на підтримку клієнтів. Пацієнти також були задоволені послугами спеціалістів з ВІЛ/СНІДу, які надавалися поза межами програми ЗПТ у центрах профілактики і боротьби зі СНІДом: тестування на ВІЛ, лабораторний контроль, антиретровірусна терапія. АРВ-препарати видавалися пацієнтам додому кожного місяця на 30 днів. Всі послуги спеціалістів з ВІЛ/СНІДу є доступними та безкоштовними.
- Головною проблемою, яку відзначали пацієнти, є те, що участь у ЗПТ створювала перешкоди в пошуках і утриманні 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 витрачати 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. Для забезпечення контролю керівники програм ЗПТ мали впроваджувати суворі санкції за спроби вносу препарату із загрозою виключення з програми ЗПТ. Упродовж дослідження не виникло проблем з силовими структурами з причини можливого вносу препарату.
- Лікарі відзначали порівняно велику кількість паперової роботи, яку треба виконувати відповідно до правових актів, спрямованих на контроль за використанням замісних препаратів.
- На деяких сайтах співробітники скаржилися на недостатню кількість робочого простору для програм ЗПТ. На більшості сайтів відсутні кімнати для конфіденційного консультування.
- Персонал у цілому добре підготовлений і професійний. Деякі лікарі наполягали на поліпшенні якості підвищення кваліфікації.

Виходячи з висновків, зроблених під час візитів на сайти, експерт зробив такі рекомендації:

- Прийняти до уваги необхідність створення Робочої Групи з перегляду існуючого законодавства стосовно ЗТ. Перегляд законодавства має за мету створити гнучке функціонування ЗТ програм для забезпечення видач препарату на руки, продовження ЗТ в інших медичних закладах, зменшення кількості робочої документації. Однак запобіжні міри щодо вносу препарату в великій кількості мають залишатися на відповідному рівні.
- Забезпечити зв'язок ЗТ програм з професіональними соціальними службами. Потрібно покращити соціальну підтримку від НГО шляхом підготовки працівників НГО, оцінки потреб пацієнтів ЗТ та забезпечення соціального супроводу. Необхідно оцінити потребу працівників ЗТ в нових навичках та вміннях з метою адаптації поточних тренінгових програм у відповідності з цими потребами.
- При можливості потрібно розширити сайти ЗТ з метою створення приміщень для конфіденційного консультування.
- Мультидисциплінарні команди мають оцінювати психосоціальні і медичні потреби пацієнтів ретельніше 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 із 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.

- Підвищити терапевтичну гнучкість у закладах, ЗПТ, для забезпечення індивідуального підходу та кращих можливостей соціальної реінтеграції: пошук роботи та працевлаштування.

Звіти про фокус-групи з пацієнтами протягом фази 1 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 в них з'явилося більше часу для того, щоб займатися своїми сім'ями, спортом та іншими корисними справами, а також для поліпшення свого здоров'я. Деякі з них планують з часом відмовитися від наркотиків взагалі, інші бачать перспективу в довготривалому перебуванні у програмах ЗПТ.

Основні проблеми, сформульовані на фокус-групах:

- обмеження часу роботи сайтів ЗПТ, що утруднює пошук і утримання робочих місць;
- обмежувальні правила, які не дозволяють видачу замісних препаратів додому;
- недоступність замісної терапії під час госпіталізації;
- негативне ставлення роботодавців до клієнтів 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 клієнтів ЗПТ, куди можна було б приходити для спілкування після виходу з програми (Сімферополь).

Фокус-групи з пацієнтами в фазі 3 проводилися на всіх сайтах.

Як правило, пацієнти наголошували на позитивних ефектах, зокрема, на регулярному забезпеченні медикаментами, добрій роботі персоналу, відсутності проблем з міліцією, кращому соматичному та соціальному становищі, менших фінансових труднощах, можливостях працевлаштування та кращих відносинах у сім'ї. Часто згадувалися негативні аспекти: короткий робочий день сайту, недостатність приміщень для конфіденційного консультування з психологом та соціальним працівником, порушення конфіденційності, побічні ефекти лікування, недостатня гнучкість дозування та прийом препарату тільки під наглядом.

Пацієнти висловили необхідність створення можливості видачі препарату на руки та децентралізацію пунктів видачі (в деяких місцях вони мусили брати таксі для візиту в клініку, оскільки жили в віддалених районах). У деяких групах були згадані негативні по відношенню до ЗТ сюжети в ЗМІ, а також занепокоєння щодо продовження існування програми.

Звіти про фокус-групи фази 1 з персоналом програм отримано з усіх сайтів, за винятком 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) було підкреслено позитивні зміни в пацієнтів в плані зовнішності, поведінки, бажання вирішувати свої проблеми, а в іншій групі (Сімферополь) працівники програми відзначали в пацієнтів неадекватну вимогливість та недостатню прихильність до лікування. Мали місце окремі випадки виключення з програми за порушення поведінки.

Часто критикували 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, додаткові тренінги.

В 3 фазі фокус-групи з персоналом проводилися на всіх 4 сайтах з участю представників МДК. Загалом були згадані позитивні ефекти програми для клієнтів. Однак учасники згадували деякі випадки з пацієнтами, що намагалися винести препарат та ввести метадон ін'єкційним шляхом, відмовлялися від обстежень та тестів сечі. Загальне зауваження стосується нестачі приміщень, що унеможлиблював конфіденційне консультування клієнтів.

6. Результати II: Оцінка характеристик пацієнтів

Вихідні характеристики пацієнтів та дані повторних обстежень збирали за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI) та опитувальника BBV-TRAQ щодо ризику зараження інфекціями, що передаються з кров'ю. Дані про лікування брали з карти пацієнта.

6.1. Характеристика пацієнтів

Демографічні характеристики, наркологічний анамнез, дані про лікування та сімейні проблеми пацієнтів на час прийому до програми ЗПТ збирали за допомогою Індексу тяжкості залежності (ASI).

Таблиця 6.

Характеристика пацієнтів: демографічні дані

	N	Стать	Вік (роки)		Сімейний стан	Роки освіти		Професійна освіта		Зайнятість (за оплату)
Фаза 1		% чол.	середні	Діапазон	% одружених	середні	Діапазон	Середні	Діапазон	% працюючих
Київ	25	52.0	29.0	27	68.0	10.2	5.0	3.2	11.0	37.5
Донецьк	25	80.0	33.6	20	60.0	11.4	10.0	0.2	7.0	40.0
Одеса	24	87.5	37.5	33	20.9	9.8	3.0	0.1	5.0	50.0
Сімферополь	24	80.0	35.3	37	56.0	10.9	8.0	0.2	5.0	48.0
Дніпропетровськ	25	75.0	38.6	24	81.0	12.5	7.0	1.4	5.0	40.9
Миколаїв	28	75.0	37.4	23	50.0	9.9	7.0	1.4	3.5	14.8
Загалом	151	75.5	35.2	37	56.0	10.8	10.0	1.8	11.0	38.1
	N	Стать	Вік (роки)		Сімейний стан	Роки освіти		Професійна освіта		Зайнятість (за оплату)
Фаза 2		% чол.	середні	Діапазон	% одружених	середні	Діапазон	середні	Діапазон	% працюючих
Херсон	20	80.0	30.0	28.0	55.0	9.4	5.0	2.4	5.0	40.0
Вінниця	20	95.0	36.1	37.0	90.0	10.7	2.0	2.4	6.0	35.0
Івано-Фр.	20	85.0	34.3	19.0	55.0	10.3	5.0	3.2	5.0	40.0
Суми	20	95.0	33.6	39.0	55.0	10.7	7.0	0.1	1.0	65.0
Загалом	80	88.8	33.5	30.8	63.8	10.3	4.8	2.0	4.3	45.0
	N	Стать	Вік (роки)		Сімейний стан	Роки освіти		Професійна освіта		Зайнятість (за оплату)
Фаза 3		% чол.	середні	Діапазон	% одружених	середні	Діапазон	середні	Діапазон	% працюючих
Київ	25	76.0	29.4	21.0	56.0	10.2	5.0	3.2	11.0	16.0
Донецьк	25	88.0	33.5	24.0	40.0	11.4	9.5	2.1	7.5	20.0
Дніпропетровськ	25	72.0	37.3	25.0	36.0	9.7	3.0	1.7	6.0	28.0
Миколаїв	25	88.0	36.1	25.0	68.0	10.0	0.0	1.3	4.0	52.0
Загалом	100	81.0	34.1	23.8	50.0	10.3	4.4	2.1	7.1	29.0

Отримані дані свідчать про деякі відмінності у популяції пацієнтів залежно від сайту. В 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 прийнятими до програми ЗПТ?

Середній вік пацієнтів коливався від 29,0 до 38,6 років в фазі 1; 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.

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. Винятком є Миколаїв з середнім показником 14,8%.

У фазу 2 та 3 пацієнти продемонстрували більшу кількість чоловіків та дещо нижчий середній вік та вищий рівень працевлаштування. Хоча заслуговує уваги той факт, пацієнти в бупренорфіновій та метадоновій програмах є в значній мірі схожими.

Таблиця 7.

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР протягом життя (1)

	Зловживання ал- коголем (роки)		Вживання ге- роїну (роки)		Вживання метадону/ бупренорфіну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбі- туратів (роки)	
Фаза 1	середнє	інтервал	се- реднє	інтер- вал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
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
Дніпро- петровськ	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
	Зловживання ал- коголем (роки)		Вживання ге- роїну (роки)		Вживання метадону/ бупренорфіну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбі- туратів (роки)	
Фаза 2	середнє	інтервал	се- реднє	інтер- вал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Херсон	0.00	0	0.20	2	0.60	1	13.05	26	0.15	1
Вінниця	0.30	5	0.00	0	0.15	2	10.30	19	0.15	3
Івано-Фр.	1.50	25	1.20	10	2.95	18	6.80	20	5.20	20
Суми	0.00	0	3.67	12	0.10	1	10.90	20	0.50	6
Загалом	0.45	25	1.27	10	0.95	18	10.05	20	1.50	20
	Зловживання ал- коголем (роки)		Вживання ге- роїну (роки)		Вживання метадону/ бупренорфіну (роки)		Вживання інших опіоїдів (роки)		Вживання барбі- туратів (роки)	
Фаза 3	середнє	інтервал	се- реднє	інтер- вал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Київ	0.00	0	1.96	10	0.48	2	10.92	19	4.92	20
Донецьк	0.80	16	0.52	6	0.28	3	12.88	28	1.32	10
Дніпро- петровськ	0.60	5	0.04	1	0.36	3	14.56	33	1.44	10
Миколаїв	6.30	20	0.40	2	0.28	2	15.60	28	3.68	12
Загалом	0.47	20	0.84	2	0.37	2	12.79	28	2.56	12

Характеристика пацієнтів: вживання ПАР (2)

	Вживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгаліантів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
Фаза 1	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
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
	Вживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгаліантів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
Фаза 2	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Херсон	0.10	1	0.15	1	0.05	2	1.95	10	0.00	0	0.00	0	0.00	0
Вінниця	3.15	12	0.00	0	0.35	3	4.85	25	0.00	0	0.00	0	2.75	12
Івано-Фр.	3.95	15	2.05	15	3.70	15	4.50	20	0.25	5	0.00	0	1.40	6
Суми	0.45	7	0.05	1	0.10	1	0.90	15	0.00	0	0.05	1	0.00	0
Загалом	1.91	15	0.56	15	1.05	15	3.05	20	0.06	5	0.01	1	1.04	6
	Вживання седативних (роки)		Вживання кокаїну (роки)		Вживання амфетамінів (роки)		Вживання канабісу (роки)		Вживання галюциногенів (роки)		Вживання інгаліантів (роки)		Вживання декількох ПАР (роки)	
Фаза 3	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал	середнє	інтервал
Київ	4.04	15	0.00	0	0.44	1	5.28	16	0.00	0	0.00	0	8.00	18
Донецьк	3.04	22	0.00	0	0.32	3	8.48	33	0.00	0	0.00	0	9.08	33
Дніпропетровськ	1.56	10	0.04	1	0.92	5	2.40	8	0.00	0	0.00	0	2.92	10
Миколаїв	9.88	30	0.04	1	1.48	5	14.96	25	0.16	1	0.00	0	9.92	25
Загалом	4.63	30	0.02	1	0.79	1	7.78	33	0.04	1	0.00	0	7.48	33

Значно відрізняється в більшу сторону тривалість вживання “інших опіоїдів”, що, як правило, означає кустарні опіати, так звані “ханка” та “ширка” (в середньому 13,5 років), за ними йдуть канабіс та споживання декількох психоактивних речовин (приблизно по 6 років у середньому).

На відміну від цих речовин, вживання героїну пацієнти почали недавно, а історія вживання барбітуратів або седативних чи 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 і гепатитів (стерильні ін'єкційні голки та шприци не запобігають інфекції, якщо заражений сам екстракт).

Варто зауважити, що стаж зловживання алкоголем є значно тривалішим у пацієнтів з Миколаєва, незважаючи на однакову вікову групу. Порівняно довгий стаж споживання канабісу зафіксовано в пацієнтів з Миколаєва та Одеси.

Порівняння метадонових та бупренорфінових пацієнтів не визначило суттєвих відмінностей.

Таблиця 9.

Характеристика пацієнтів: соматичні хвороби

	<i>ВІЛ-статус</i>	<i>ВІЛ-інфекція 4 стадія</i>	<i>Туберкульоз</i>		<i>Гепатит С (зі слів)</i>	<i>Гепатит В (зі слів)</i>	<i>Лікування будь-яких хронічних соматичних хвороб в анамнезі</i>
Фаза 1	% позит	%	%	% 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	11.2	62.9	15.8	3.3	55.6
	<i>ВІЛ-статус</i>	<i>ВІЛ-інфекція 4 стадія</i>	<i>Туберкульоз</i>		<i>Гепатит С (зі слів)</i>	<i>Гепатит В (зі слів)</i>	<i>Лікування будь-яких хронічних соматичних хвороб в анамнезі</i>
Фаза 2	% позит	%	%	% проп. дан.	%	%	%
Херсон	30.0	16.7	5.0	0.0	10.0	20.0	55.0
Вінниця	20.0	0.0	0.0	0.0	60.0	10.0	55.0
Івано-Фр.	30.0	0.0	5.0	0.0	20.0	10.0	60.0
Суми	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	65.0
Загалом	30.0	4.2	2.5	0.0	22.5	10.0	58.8
	<i>ВІЛ-статус</i>	<i>ВІЛ-інфекція 4 стадія</i>	<i>Туберкульоз</i>		<i>Гепатит С (зі слів)</i>	<i>Гепатит В (зі слів)</i>	<i>Лікування будь-яких хронічних соматичних хвороб в анамнезі</i>
Фаза 3	% позит	%	%	% проп. дан.	%	%	%
Київ	92.0	4.5	12.0	8.0	i.d.	0.0	52.0
Донецьк	60.0	Na	0.0	0.0	4.0	8.0	96.0
Дніпропетровськ	100.0	4.3	4.0	0.0	i.d.	8.0	72.0
Миколаїв	48.0	Na	12.0	44.0	24.0	4.0	64.0
Загалом	75.0	4.4	7.0	13.0	14.0	5.0	71.0

Na = без відповіді; i.d. = нерегулярні дані

При прийомі до програми більше половини пацієнтів (наприклад, на Донецькому сайті 80,0%) мали ВІЛ-позитивний статус з показником, який значно перевищує інші.. ВІЛ-статус фіксували шляхом опитування, рутинного тестування не проводили. Клінічна симптоматика СНІДу 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 об'єму пропущених даних — 62,9%.

Позитивні серологічні проби на гепатит С зафіксовано у 15,8% пацієнтів зі значними відмінностями між різними сайтами. У Дніпропетровську цей показник виявився найви-

щим — 30,4%, а у Сімферополі найнижчим — 7,7%. Позитивні серологічні проби на гепатит В реєструвалися набагато рідше, середній показник по усіх сайтах склав 3,3% (нульові показники у Сімферополі та Донецьку). Необхідно відмітити, що ці дані збиралися зі слів клієнтів, тому можуть значно занижувати справжнє розповсюдження.

У групі метадонових пацієнтів поширеність ВІЛ та особливо Гепатиту С є вищою. Хоча поширеність 4 ступеню ВІЛ-інфекції є нижчою, а кількість тих, хто колись лікувався від хронічного захворювання, підвищилася.

Таблиця 10.

Характеристика пацієнтів: психічні розлади (протягом життя)

	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Галюцинації</i>	<i>Розлади пам'яті та мислення</i>	<i>Агресія</i>	<i>Суїцидальні прояви</i>
Фаза 1	% так	% так	% так	% так	% так	% так
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
	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Галюцинації</i>	<i>Розлади пам'яті та мислення</i>	<i>Агресія</i>	<i>Суїцидальні прояви</i>
Фаза 2	% так	% так	% так	% так	% так	% так
% позитивних	%	%	%	%	%	%
Херсон	85	85	15	0	10	25
Вінниця	95	95	40	80	55	65
Івано-Фр.	95	95	15	60	55	45
Суми	85	70	5	15	90	70
Загалом	90	83	10	38	73	58
	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Галюцинації</i>	<i>Розлади пам'яті та мислення</i>	<i>Агресія</i>	<i>Суїцидальні прояви</i>
Фаза 3	% так	% так	% так	% так	% так	% так
% позитивних	%	%	%	%	%	%
Київ	96	88	24	60	56	36
Донецьк	72	80	16	32	52	28
Дніпропетровськ	80	68	0	40	32	4
Миколаїв	100	100	4	36	72	8
Загалом	88	86	16	41	47	26

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 %, у 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.

Метадонові пацієнти продемонстрували більшу поширеність психопатології практично у всіх пунктах. Бупренорфінові – надзвичайно високі показники в другому раунді.

Таблиця 11.

Характеристика пацієнтів: лікування та втручання (протягом життя)

	Лікування алкоголізму в анамнезі		Лікування наркозалежності в анамнезі		Участь в групах АА/АН	Ремісія >3 місяці	Епізоди лікування психічних розладів		Фармакотерапія	Кількість арештів чи засуджень			
Фаза 1	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	%	%	Стаціонарне %	Амбулаторне %	%	% арешт	% засудження	середнє	інтервал
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
	Лікування алкоголізму в анамнезі		Лікування наркозалежності в анамнезі		Участь в групах АА/АН	Ремісія >3 місяці	Епізоди лікування психічних розладів		Фармакотерапія	Кількість арештів чи засуджень			
Фаза 2	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	%	%	Стаціонарне %	Амбулаторне %	%	% арешт	% засудження	середнє	інтервал
Херсон	5.0	5.0	70.0	50.0	25.0	90.0	5.0	0.0	0.0	25.0	25.0	0.6	4
Вінниця	0.0	0.0	90.0	50.0	0.0	80.0	20.0	5.0	15.0	85.0	85.0	1.9	6
Івано-Фр.	40.0	40.0	90.0	90.0	60.0	80.0	5.0	10.0	25.0	80.0	100.0	2.4	7
Суми	5.0	15.0	85.0	55.0	Na	15.0	15.0	10.0	45.0	95.0	60.0	6.6	12
Загалом	12.5	15.0	83.8	61.3	28.3	66.3	11.3	6.3	21.3	71.3	67.5	2.9	12
	Лікування алкоголізму в анамнезі		Лікування наркозалежності в анамнезі		Участь в групах АА/АН	Ремісія >3 місяці	Епізоди лікування психічних розладів		Фармакотерапія	Кількість арештів чи засуджень			
Фаза 3	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	Будь-яке %	Тільки детоксикація %	%	%	Стаціонарне %	Амбулаторне %	%	% арешт	% засудження	середнє	інтервал
Київ	4.0	4.0	96.0	92.0	24.0	80.0	8.0	4.0	24.0	64.0	64.0	1.1	4
Донецьк	8.0	4.0	80.0	80.0	0.0	40.0	8.0	4.0	16.0	60.0	60.0	1.4	7
Дніпропетровськ	4.0	4.0	72.0	72.0	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	40.0	40.0	1.1	4
Миколаїв	0.0	8.0	76.0	76.0	4.0	76.0	0.0	0.0	0.0	72.0	72.0	2.4	7
Загалом	4.0	5.0	81.0	80.0	7.0	50.0	4.0	2.0	10.0	59.0	59.0	1.5	7

Na = без відповіді

Не можна не зауважити, що подібні надзвичайні результати можуть пояснюватися різними діагностичними методиками.

Переважає більшість випадків лікування – це лікування від наркотичної залежності; середня кількість випадків лікування по всіх сайтах склала 5,6 на одного пацієнта протягом фази 1 та 4,7 у фазі 2. Середній показник випадків лікування “тільки детоксикація” склав 4,3 (3.6). Кількість епізодів психіатричного лікування в середньому склала 2.5 (1.2), а кількість лікувань проблем з алкоголем – 0.14 (0.07).

Середній по всіх сайтах відсоток випадків лікування від алкоголізму в анамнезі склав 5,9 %, з них 2/3 стосувалися тільки детоксикації. 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 Сімферополі (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 %, для засуджень 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).

У фазі 2 пацієнти мали менше епізодів психіатричного лікування, а також меншою кількість осіб які взяли участь у групах самодопомоги.

Відповідно до самооцінки, 75,5 % пацієнтів на всіх сайтах страждали в минулому від психологічного насильства, а 60,4 % – також і від 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 згадувалося 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).

Таблиця 12.

Характеристика пацієнтів: проблеми в сімейному анамнезі

	Проживання разом зі споживачем наркотиків	Проживання разом з осо- бою, яка зловживає алкоголем	Психічні розлади в сім'ї	Емоційне насильство над пацієн- том	Фізичне на- сильство над пацієн- том	Сексуальне насильство над пацієн- том	Жорстоке агресивне поводження членів сім'ї
Фаза 1	%	%	%	%	%	%	%
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
Дніпропетр.	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
	Проживання разом зі споживачем наркотиків	Проживання разом з осо- бою, яка зловживає алкоголем	Психічні розлади в сім'ї	Емоційне насильство над пацієн- том	Фізичне на- сильство над пацієн- том	Сексуальне насильство над пацієн- том	Жорстоке агресивне поводження членів сім'ї
Фаза 2	%	%	%	%	%	%	%
Херсон	5.0	5.0	0.0	75.0	50.0	0.0	30.0
Вінниця	5.0	10.0	0.0	95.0	60.0	10.0	20.0
Івано-Фр.	20.0	10.0	10.0	80.0	70.0	10.0	20.0
Суми	20.0	20.0	5.0	100.0	100.0	10.0	5.0
Загалом	10.0	8.3	3.3	83.3	60.0	6.7	23.3
	Проживання разом зі споживачем наркотиків	Проживання разом з осо- бою, яка зловживає алкоголем	Психічні розлади в сім'ї	Емоційне насильство над пацієн- том	Фізичне на- сильство над пацієн- том	Сексуальне насильство над пацієн- том	Жорстоке агресивне поводження членів сім'ї
Фаза 3	%	%	%	%	%	%	%
Київ	20.0	16.0	0.0	88.0	84.0	16.0	16.0
Донецьк	16.0	4.0	0.0	56.0	56.0	0.0	44.0
Дніпропетр.	20.0	0.0	0.0	88.0	44.0	8.0	56.0
Миколаїв	28.0	4.0	0.0	80.0	60.0	4.0	40.0
Загалом	18.7	6.7	0.0	77.3	61.3	8.0	38.7

Пацієнти фази 2 показали вищі показники жорстокої та насильницької поведінки в сім'ї, в той час як показники сексуального насильства були рівними, а рівень проблем, пов'язаних зі вживанням наркотиків та психіатричних проблем, в сім'ї був дещо нижчим. Різниця між фазами здається менш важливою, чим різниця між сайтами, здебільшого через різницю в інтерпретації ступенів тяжкості різних показників.

6.2. Дані про лікування пацієнтів

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

Таблиця 13.

Дані про лікування: фармакотерапія

	Доза замісного препарату ЗП					Побічна дія ЗП				АРВ препарати					Побічна дія АРВ			
Фаза 1	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	сердн	сердн	сердн	Сердн	сердн	%	%	%	%	%	%	%	%	%	сердн	сердн	сердн	сердн
Київ	13	13	-	13	-	71	-	25	-	13	24	-	Na	-	1.2	-	-	-
Донецьк	11	12	-	11	-	16	-	0	-	21	38	-	75	-	0.9	-	-	-
Одеса	11	11	-	11	-	33	-	0	-	Na	Na	-	Na	-	Na	-	-	-
Сімферополь	8	8	-	12	-	0	-	12	-	16	16	-	55	-	2.0	-	-	-
Дніпропетровськ	11	9	-	8	-	38	-	0	-	6	6	-	11	-	1.6	-	-	-
Миколаїв	8	7	-	8	-	11	-	7	-	7	24	-	24	-	0.3	-	-	-
Загалом	10	10	-	10	-	25	-	6	-	12	21	-	27	-	1.0	-	-	-
	Доза замісного препарату ЗП					Побічна дія ЗП				АРВ препарати					Побічна дія АРВ			
Фаза 2	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	сердн	сердн	сердн	Сердн	сердн	%	%	%	%	%	%	%	%	%	сердн	сердн	сердн	сердн
Херсон (М)	41	52	-	-	-	100	-	-	-	15	15	-	-	-	2.0	-	-	-
Вінниця (М)	69	91	-	-	-	100	-	-	-	0	0	-	-	-	2.8	-	-	-
Івано-Фр. (В)	15	13	-	-	-	55	-	-	-	30	35	-	-	-	2.2	-	-	-
Суми (В)	16	16	-	-	-	30	-	-	-	40	15	-	-	-	0.9	-	-	-
Загалом	55/15.5	71.5/14.5	-	-	-	43	-	-	-	35	25	-	-	-	1.6	-	-	-
	Доза замісного препарату ЗП					Побічна дія ЗП				АРВ препарати					Побічна дія АРВ			
Фаза 3	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	BL	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	сердн	сердн	сердн	Сердн	сердн	%	%	%		%	%	%	%	%	сердн	сердн	сердн	сердн
Київ	103.6	100.9	107.3	120.3	129.0	52.0	0.0	0.0	0.0	12.0	18.2	15.0	15.8	12.0	7.2	3.9	4.0	1.6
Донецьк	50.2	57.8	62.8	64.8	72.6	16.0	60.0	40.0	23.8	4.2	4.2	0.0	5.0	4.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Дніпропетровськ	80.2	117.0	116.1	107.0	112.4	32.0	43.5	38.9	37.5	0.0	13.0	26.1	40.0	0.0	3.1	4.7	5.7	1.1
Миколаїв	50.6	55.6	57.2	64.2	77.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.0	16.7	16.7	16.7	16.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Загалом	71.2	82.8	85.8	89.0	97.7	33.3	51.7	39.4	30.7	8.1	13.0	14.5	19.4	8.1	2.6	2.1	2.4	0.7

Na = без відповіді

Не всі картки пацієнтів містять повні й достовірні дані. Наводимо показники, які вдалося отримати з бази даних.

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 для 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 аргументувалися, 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 сповістили 3% пацієнтів, які отримували АРТ (діапазон від 0 до 8%; відсутні дані з Одеського сайту).

Аналізи сечі на вміст наркотиків проводили рідко – тільки 1 тест на пацієнта в середньому протягом перших 6 місяців (немає даних з Одеського сайту). Не отримано даних з уриноконтролю 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 в закладах, які проводили ЗПТ, а в недержавних організаціях, які спеціалізуються на таких послугах.

В фазі 3 виявилось, що доза метадону при первинному обстеженні 60мг/добу підвищилася до 97 мг/добу після 18 місяців. Майже половина пацієнтів відзначила побічні ефекти метадону. Процент серопозитивних пацієнтів, що отримували АРТ, виявився відносно низьким — 8–10%. Причини цього невідомі. Зміни в лікувальному режимі та кількості тестів сечі знаходяться в тому ж діапазоні, що і в фазі 1.

Дози бупренорфіну у фазі 2 є вищими, ніж у фазі 1–15 мг/добу до 10мг/добу відповідно.

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 правил прийому замісного препарату була високою–92,8 % виконання правил після 6 місяців і навіть більше (98,1%) після 12 місяців. 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 прихильності у фазі 2 та 3 вказують на схожі тенденції в частішому використанні компонентів соціальної підтримки та рідшому груп самодопомоги.

Таблиця 14.

Дані про лікування: дотримання режиму терапії

	Прихильність до ЗПТ				Відвідування індивідуальної терапії				Відвідування групової терапії				Відвідування сімейної терапії				Відвідування груп самодопомоги				Прих. до с/п
Фаза 1	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Київ	100.0	-	87.5	-	100	-	82	-	80	-	70	-	40	-	18	-	40	-	41	-	20
Донецьк	91.7	-	100.0	-	100	-	88	-	13	-	8	-	29	-	4	-	42	-	17	-	8
Одеса	95.0	-	100.0	-	80	-	69	-	50	-	56	-	Na	-	Na	-	70	-	31	-	25
Сімферополь	84.0	-	100.0	-	100	-	100	-	100	-	18	-	26	-	29	-	90	-	18	-	0
Дніпропетров.	87.0	-	100.0	-	Na	-	10	-	Na	-	Na	-	0	-	5	-	11	-	32	-	11
Миколаїв	95.5	-	100.0	-	100	-	100	-	100	-	100	-	62	-	71	-	86	-	71	-	5
Загалом	92.8	-	98.1	-	82	-	75	-	57	-	42	-	27	-	22	-	57	-	35	-	13
	Прихильність до ЗПТ				Відвідування індивідуальної терапії				Відвідування групової терапії				Відвідування сімейної терапії				Відвідування груп самодопомоги				Прих. до с/п
Фаза 2	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Херсон	100.0	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-	-	45	-	-	-	0	-	-	-	20
Вінниця	100.0	-	-	-	65	-	-	-	65	-	-	-	15	-	-	-	30	-	-	-	55
Івано-Фр.	100.0	-	-	-	100	-	-	-	90	-	-	-	50	-	-	-	55	-	-	-	30
Суми	100.0	-	-	-	95	-	-	-	24	-	-	-	30	-	-	-	35	-	-	-	10
Загалом	100.0	-	-	-	93	-	-	-	58	-	-	-	40	-	-	-	45	-	-	-	20
	Прихильність до ЗПТ				Відвідування індивідуальної терапії				Відвідування групової терапії				Відвідування сімейної терапії				Відвідування груп самодопомоги				Прих. до с/п
Фаза 3	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	6 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Київ	100.0	100.0	100.0	100.0	95.5	100.0	100.0	100.0	13.6	45.0	78.9	94.7	95.5	90.0	100.0	100.0	45.5	40.0	89.5	73.7	40.0
Донецьк	100.0	100.0	100.0	100.0	80.0	60.0	60.0	47.6	40.0	50.0	80.0	76.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	20.0
Дніпропетров.	95.7	100.0	95.0	100.0	100.0	91.3	50.0	93.8	43.5	69.6	95.0	100.0	73.9	78.3	95.0	100.0	43.5	69.6	90.0	100.0	36.0
Миколаїв	100.0	100.0	94.4	88.2	100.0	100.0	94.4	88.2	5.6	5.6	11.1	64.7	55.6	55.6	55.6	58.8	66.7	66.7	66.7	94.1	4.0
Загалом	98.9	100.0	97.4	97.1	93.9	87.8	76.1	82.4	25.7	42.6	66.3	83.9	81.3	81.0	87.7	89.7	63.9	69.1	86.6	92.0	29.0

Дані про лікування: утримання в програмі

Фаза 1	Прийняті	Утримані в програмі							
		6мс		9мс		12мс		18мс	
	№.	№.	%	№.	%	№.	%	№.	%
Київ	25	19	76.0	-	-	17	68.0	-	-
Донецьк	25	22	88.0	-	-	21	84.0	-	-
Одеса	24	20	83.3	-	-	17	70.8	-	-
Сімферополь	24	22	91.7	-	-	22	91.7	-	-
Дніпропетровськ	25	20	80.0	-	-	20	80.0	-	-
Миколаїв	28	22	78.6	-	-	21	75.0	-	-
Загалом	151	125	82.8	-	-	118	78.1	-	-
Фаза 2	Прийняті	Утримані в програмі							
		6мс		9мс		12мс		18мс	
	№.	№.	%	№.	%	№.	%	№.	%
Херсон	20	18	90.0	-	-	-	-	-	-
Вінниця	20	14	70.0	-	-	-	-	-	-
Івано-Фр.	20	19	95.0	-	-	-	-	-	-
Суми	20	18	90.0	-	-	-	-	-	-
Загалом	80	69	86.3	-	-	-	-	-	-
Фаза 3	Прийняті	Утримані в програмі							
		6мс		9мс		12мс		18мс	
	№.	№.	%	№.	%	№.	%	№.	%
Київ	25	21	84.0	20	80.0	19	76.0	19	76.0
Донецьк	25	25	100.0	19	90.5	19	90.5	19	90.5
Дніпропетровськ	25	23	92.0	21	91.3	21	95.5	19	86.4
Миколаїв	25	18	72.0	18	72.0	17	68.0	15	60.0
Загалом	100	87	87.0	78	83.0	76	81.7	72	77.4

В фазі 1 17,2 % усіх пацієнтів залишили програму ЗПТ протягом перших 6 місяців лікування, та 21,9%—протягом усіх 12 місяців.

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. У фазі 3, внаслідок поширення програм ЗТ в Україні, до кінця дослідження 7 чоловік перейшли до інших сайтів і були виключені при розрахунку показника утримання в програмі.

Таким чином, показник утримання в програмі ЗПТ є 82,8 % через 6 місяців та 78% через 12 місяців. Утримання після 6 місяців у фазі 2 було більше для бупренорфіну (92.5%) порівняно з метадоном (85%).

Утримання на метадонових сайтах у фазі 3 було вищим порівняно з попередніми фазами в обох 6 та 12-місячних повторних обстеженнях.

Взагалі рівень утримання на метадонових та бупренорфінових сайтах ЗТ упродовж проекту був високим, порівняно з даними досліджень в інших країнах.

6.3. Дані повторного обстеження пацієнтів

Всі 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 картки пацієнта. Це дозволяє оцінювати зміни за багатьма показниками, як-от вживання наркотиків, соматичне та психічне здоров'я, ризикова поведінка, трудова зайнятість, правові та сімейні проблеми.

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

	Алкоголь до інтоксикації						Героїн						Буп/Метадон						Інші опіати							
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так		
Фаза 1																										
Київ	0	0	-	0	-	16	0	0	-	0	-	24	76	-	68	-	88	0	-	18	-	-	-	-		
Донецьк	8	4	-	0	-	0	0	0	-	0	-	12	88	-	84	-	92	4	-	13	-	-	-	-		
Одеса	4	21	-	23	-	0	0	0	-	0	-	0	83	-	71	-	99	5	-	6	-	-	-	-		
Сімферополь	36	0	-	33	-	4	0	0	-	0	-	4	92	-	72	-	86	0	-	0	-	-	-	-		
Дніпропетровськ	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	4	80	-	79	-	92	0	-	0	-	-	-	-		
Миколаїв	4	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	18	80	-	74	-	87	0	-	0	-	-	-	-		
Загалом	8.7	4.2	-	9.3	-	3.3	0.0	-	0.0	-	-	10.3	83.2	-	74.7	-	90.7	1.5	-	6.2	-	-	-	-		
Алкоголь до інтоксикації																										
Фаза 2																										
Херсон	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-	-	0	70	-	-	-	99	0	-	-	-	-	-	-		
Вінниця	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-	-	10	90	-	-	-	99	0	-	-	-	-	-	-		
Івано-Фр.	0	15	-	-	-	0	0	0	-	-	-	55	95	-	-	-	45	20	-	-	-	-	-	-		
Суми	0	0	-	-	-	0	0	0	-	-	-	60	85	-	-	-	40	0	-	-	-	-	-	-		
Загалом	0	3.8	-	-	-	0	0	-	-	-	-	31.3	85.0	-	-	-	70.8	5.0	-	-	-	-	-	-		
Алкоголь до інтоксикації																										
Фаза 3																										
Київ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	32.0	100.0	100.0	100.0	100.0	92.0	9.1	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Донецьк	4.0	0.0	9.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	100.0	100.0	100.0	100.0	96.0	20.8	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0		
Дніпропетровськ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	88.0	13.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Миколаїв	84.0	11.1	50.0	16.7	41.2	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	100.0	100.0	100.0	100.0	96.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	0.0		
Загалом	22.0	2.8	14.9	4.2	10.3	12.0	1.1	1.1	0.0	0.0	0.0	16.0	100.0	100.0	100.0	100.0	93.0	10.7	1.3	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0		

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

	Барбітур.						Седативні						Амфетаміни					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	%так
Фаза 1																		
Київ	76	5	-	6	-	-	56	10	-	12	-	-	12	0	-	0	-	-
Донецьк	4	0	-	0	-	-	20	9	-	7	-	-	4	0	-	7	-	-
Одеса	4	0	-	24	-	-	37	89	-	77	-	-	0	0	-	29	-	-
Сімферополь	0	0	-	0	-	-	32	0	-	0	-	-	0	0	-	0	-	-
Дніпропетровськ	4	0	-	0	-	-	33	0	-	0	-	-	4	0	-	0	-	-
Миколаїв	0	0	-	0	-	-	29	0	-	5	-	-	0	0	-	0	-	-
Загалом	14.7	0.8	-	5.0	-	-	34.5	18.0	-	16.8	-	-	3.3	0.0	-	6.0	-	-
Седативні																		
Барбітур.																		
Фаза 2																		
Херсон	0	0	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-
Вінниця	5	0	-	-	-	-	55	0	-	-	-	-	20	0	-	-	-	-
Івано-Фр.	10	5	-	-	-	-	35	15	-	-	-	-	10	10	-	-	-	-
Суми	10	0	-	-	-	-	10	15	-	-	-	-	0	5	-	-	-	-
Загалом	6.3	1.3	-	-	-	-	25.0	7.5	-	-	-	-	7.5	3.8	-	-	-	-
Седативні																		
Амфетаміни																		
Фаза 3																		
Київ	56.0	9.1	0.0	5.0	5.0	-	44.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0
Донецьк	24.0	4.2	0.0	0.0	4.5	-	36.0	37.5	9.5	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	4.8	0.0	9.1	0.0
Дніпропетровськ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	47.8	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Миколаїв	48.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	80.0	88.9	0.0	0.0	5.9	5.9	64.0	0.0	5.6	0.0	5.9	0.0
Загалом	32.0	3.3	0.0	1.3	2.4	-	40.0	43.6	2.4	0.0	1.5	1.5	24.0	1.1	2.6	0.0	3.8	0.0

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

	Канабіс				Вживання декількох ПАР				ASI бали з вживання алкоголю				ASI бали з вживання наркотиків			
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Фаза 1																
	%так	%так	%так	%так	%так	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Київ	36	0	-	6	-	72	0	-	6	0	72	0	0.01	0.00	-	0.01
Донецьк	40	32	-	7	-	16	27	-	0	0.09	0.05	-	0.02	-	0.08	-
Одеса	58	16	-	47	-	79	84	-	12	0.07	0.09	-	0.14	-	0.12	-
Сімферополь	52	28	-	29	-	56	0	-	0	0.10	0.08	-	0.06	-	0.06	-
Дніпропет	13	0	-	0	-	61	0	-	0	0.07	0.01	-	0.01	-	0.00	-
Миколаїв	11	4	-	0	-	36	0	-	5	0.04	0.00	-	0.02	-	0.04	-
Загалом	35.0	13.3	-	14.8	-	53.3	18.5	-	3.8	0.06	0.04	-	0.04	-	0.05	-
	Канабіс				Вживання декількох ПАР				ASI бали з вживання алкоголю				ASI бали з вживання наркотиків			
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Фаза 2																
	%так	%так	%так	%так	%так	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Херсон	0	0	-	-	-	0	0	-	-	0.01	0.00	-	-	-	-	-
Вінниця	25	0	-	-	-	45	0	-	-	0.06	0.00	-	-	-	-	-
Івано-Фр.	15	5	-	-	-	0	0	-	-	0.06	0.03	-	-	-	-	-
Суми	15	0	-	-	-	0	0	-	-	0.03	0.04	-	-	-	-	-
Загалом	13.8	1.3	-	-	-	11.3	0.0	-	-	0.04	0.02	-	-	-	-	-
	Канабіс				Вживання декількох ПАР				ASI бали з вживання алкоголю				ASI бали з вживання наркотиків			
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Фаза 3																
	%так	%так	%так	%так	%так	БО	%так	12 мс	%так	6 мс	%так	9 мс	%так	12 мс	%так	18 мс
Київ	48.0	9.1	45.0	30.0	25.0	80.0	9.1	30.0	15.0	0.08	0.02	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02
Донецьк	28.0	12.5	19.0	14.3	4.5	12.0	0.0	0.0	4.8	0.07	0.03	0.05	0.02	0.02	0.07	0.07
Дніпропет	12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.06	0.02
Миколаїв	96.0	83.3	72.2	66.7	52.9	68.0	0.0	5.6	0.0	0.04	0.00	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
Загалом	46.0	26.2	34.1	27.8	20.6	40.0	2.3	8.9	5.0	0.05	0.01	0.03	0.02	0.02	0.04	0.03

Вживання основної психоактивної речовини (“інші опіати”) зменшилося з 90% до 1–10% пацієнтів, які вживали ці речовини, протягом останніх 30 днів за даними перших 6 місяців і склало 0–6% через 12 місяців лікування. Водночас показник вживання бупренорфіну підвищився з 21% до 83% через 6 місяців і до 76% через 12 місяців (високі значення для бупренорфіну під час базової оцінки можна пояснити низькими дозами ін’єкційного бупренорфіну, що пацієнти приймали до включення в дослідження; дози були настільки малими, що це не могло розцінюватися як лікування). Також треба відзначити зниження показника вживання канабісу (з 35% до 15%, після 12 місяців у фазі 1, 46% до 28% у фазі 3), седативних препаратів (з 35% до 17% і від 40% до 0% відповідно), барбітуратів (з 15% до 5% і з 32% до 1% відповідно), і найсуттєвіше у вживанні декількох психоактивних речовин (з 53% до 4% і 40% до 5% відповідно). 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 в фазі 1 та Івано-Франківську у фазі 2, на відміну від інших сайтів.

У фазі 1 кількість балів розділу вживання наркотиків Індексу тяжкості залежності (ASI) значно знизилася – з 0,26 при вступі до програми ЗПТ до 0,08 після перших 6 місяців та до 0,05 після 12 місяців. З іншого боку, показник ASI балів з вживання алкоголю знизився з початкових 0,06 до 0,04 протягом усього періоду повторних обстежень. Доступні для порівняння зниження значення в обох показниках ASI з наркотиків і з алкоголю були зафіксовані в фазах 2 і 3.

Протягом фази 2 зниження балів ASI є майже однаковим для метадонових пацієнтів (в ід 0.24 до 0.06 після 6 місяців), у той час як бупренорфінові пацієнти залишаються під питанням (базове обстеження 0.10, повторні 0.11). Бали з алкоголю залишаються практично незмінними.

Вживання кокаїну, галюциногенів та інгалентів було нульовим або дуже близьким до нуля, тому ці дані не представлені в таблиці.

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.

Дещо збільшився через 12 місяців у фазі 1 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.

Під час фази 2 були помічені суттєві зміни. Бали ASI щодо медичних проблем у метадонових пацієнтів зменшилися з 0.23 після 6 місяців. Але такі зміни були помітні тільки у метадонових пацієнтів. Поширеність ВІЛ в фазах 2 і 3 зменшилась через вибуття серопозитивних пацієнтів.

Динаміка показників: соматичні розлади (1)

	ВІЛ-позитивний статус						Не нормальна маса тіла						Трофічні виразки						Диспепсичні розлади						
Фаза 1	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Київ	44	44	-	53	-	38	74	-	85	-	8	0	-	7	-	38	42	-	36	-	-	-	-	36	-
Донецьк	80	80	-	80	-	52	58	-	54	-	4	0	-	0	-	32	8	-	1	-	-	-	-	1	-
Одеса	42	42	-	35	-	46	40	-	56	-	0	0	-	0	-	17	0	-	0	-	-	-	0	-	-
Сімферополь	48	48	-	48	-	48	79	-	59	-	8	0	-	6	-	32	21	-	18	-	-	-	18	-	-
Дніпропетровськ	46	46	-	40	-	68	58	-	40	-	9	10	-	6	-	9	11	-	53	-	-	-	53	-	-
Миколаїв	50	50	-	70	-	82	52	-	60	-	15	10	-	0	-	40	5	-	14	-	-	-	14	-	-
Загалом	51.7	51.7	-	54.3	-	55.7	60.2	-	59.0	-	7.3	3.3	-	3.2	-	28.0	14.5	-	20.3	-	-	-	20.3	-	-
Диспепсичні розлади																									
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Херсон	30	30	-	-	-	25	40	-	-	-	10	0	-	-	-	35	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінниця	20	20	-	-	-	60	75	-	-	-	10	10	-	-	-	55	35	-	-	-	-	-	-	-	-
Івано-Фр.	30	35	-	-	-	40	70	-	-	-	5	0	-	-	-	5	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Суми	40	30	-	-	-	60	75	-	-	-	25	15	-	-	-	65	35	-	-	-	-	-	-	-	-
Загалом	30.0	28.8	-	-	-	46.3	65.0	-	-	-	12.5	6.3	-	-	-	40.0	22.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Диспепсичні розлади																									
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Київ	92	84	76	72	72	32	9.1	45	5.3	15.8	8	4.5	0	0	5.3	36	0	5	0	0	36	0	5	0	0
Донецьк	60	56	40	40	44	52	16	75	30	57.1	8	0	0	0	0	32	16	45	30	19	19	19	19	19	
Дніпропетровськ	100	92	92	80	64	36	47.8	47.8	35	25	16	4.3	0	0	0	16	43.5	31.8	10	0	16	43.5	31.8	10	0
Миколаїв	48	28	32	32	32	36	11.1	11.1	11.1	23.5	8	0	0	0	0	32	16.7	16.7	11.1	17.6	32	16.7	16.7	11.1	17.6
Загалом	75.0	65.0	60.0	56.0	53.0	39.0	21.0	44.7	20.4	30.4	10.0	2.2	0.0	0.0	1.3	29.0	19.1	24.6	12.8	9.2	29.0	19.1	24.6	12.8	9.2

Таблиця 20.

Динаміка показників: соматичні розлади (2)

Розлади сечовивідної системи										Сексуальні розлади						ASI бали соматичного стану					
Фаза 1	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	серед	серед	серед	серед	
Київ	8	0	-	7	-	13	32	-	50	-	0.22	0.21	-	0.26	-	-	-	-	-	-	
Донецьк	16	0	-	0	-	36	17	-	8	-	0.29	0.35	-	0.15	-	-	-	-	-	-	
Одеса	13	0	-	0	-	0	0	-	0	-	0.39	0.31	-	0.29	-	-	-	-	-	-	
Сімферополь	16	5	-	12	-	4	5	-	6	-	0.32	0.14	-	0.09	-	-	-	-	-	-	
Дніпропетровськ	0	0	-	5	-	27	16	-	16	-	0.09	0.09	-	0.03	-	-	-	-	-	-	
Миколаїв	7	0	-	5	-	4	0	-	0	-	0.42	0.23	-	0.15	-	-	-	-	-	-	
Загалом	10.0	0.8	-	4.8	-	14.0	11.7	-	13.3	-	0.29	0.22	-	0.16	-	-	-	-	-	-	
Розлади сечовивідної системи										Сексуальні розлади						ASI бали соматичного стану					
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	серед	серед	серед	серед	
Херсон	20	0	-	-	-	15	0	-	-	-	0.10	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	
Вінниця	20	10	-	-	-	5	5	-	-	-	0.21	0.01	-	-	-	-	-	-	-	-	
Івано-Фр.	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0.27	0.28	-	-	-	-	-	-	-	-	
Суми	30	10	-	-	-	15	0	-	-	-	0.33	0.43	-	-	-	-	-	-	-	-	
Загалом	17.5	5.0	-	-	-	8.8	1.3	-	-	-	0.23	0.20	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розлади сечовивідної системи										Сексуальні розлади						ASI бали соматичного стану					
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	серед	серед	серед	серед	
Київ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0.27	0.15	0.2	0.19	-	-	-	-	-	
Донецьк	4	0	5	0	0	12	12	15	0	4.8	0.11	0.16	0.05	0.2	0.24	-	-	-	-	-	
Дніпропетровськ	16	17.4	17.4	0	0	8	47.8	47.8	0	6.3	0.14	0.01	0.09	0.03	0	-	-	-	-	-	
Миколаїв	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.15	0.06	0	0.1	0.12	-	-	-	-	-	
Загалом	8.0	4.4	5.6	0.0	0.0	5.0	15.0	15.7	0.0	2.8	0.20	0.13	0.07	0.13	0.14	-	-	-	-	-	

Динаміка показників: психічні розлади (самооцінка пацієнтів) (1)

Фаза 1	Депресія						Тривога						Галюцинації						Когнітивні розлади					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так	
Київ	68	60	-	35	-		84	75	-	53	-		4	0	-	0	-		52	15	-	18	-	
Донецьк	64	41	-	20	-		44	59	-	33	-		8	9	-	0	-		28	9	-	0	-	
Одеса	79	32	-	71	-		88	84	-	77	-		0	0	-	0	-		21	5	-	19	-	
Сімферополь	8	0	-	0	-		8	0	-	0	-		0	0	-	0	-		0	0	-	0	-	
Дніпропетровськ	58	11	-	0	-		88	11	-	11	-		0	0	-	0	-		13	0	-	0	-	
Миколаїв	54	29	-	10	-		58	63	-	35	-		0	4	-	0	-		7	8	-	5	-	
Загалом	55.2	28.8	-	22.7	-		61.7	48.7	-	34.8	-		2.0	2.2	-	0.0	-		20.2	6.2	-	7.0	-	
Фаза 2	Депресія						Тривога						Галюцинації						Когнітивні розлади					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так	
Херсон	35	5	-	-	-		30	10	-	-	-		0	0	-	-	-		0	0	-	-	-	
Вінниця	80	30	-	-	-		85	60	-	-	-		0	0	-	-	-		50	30	-	-	-	
Івано-Фр.	70	70	-	-	-		70	35	-	-	-		0	0	-	-	-		35	40	-	-	-	
Суми	40	80	-	-	-		35	35	-	-	-		5	0	-	-	-		10	0	-	-	-	
Загалом	56.3	46.3		-	-		55.0	35.0	-	-	-		1.3	0.0		-	-		23.8	17.5		-	-	
Фаза 3	Депресія						Тривога						Галюцинації						Когнітивні розлади					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так	
Київ	68	54.5	40	40	25		64.0	77.3	60.0	50.0	40.0		4.0	4.5	0.0	0.0	0.0		52.0	13.6	25.0	15.0	10.0	
Донецьк	56	37.5	19	19	9.1		52.0	8.3	14.3	9.5	9.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		16.0	4.2	0.0	0.0	0.0	
Дніпропетровськ	36	8.7	0	0	5.9		32.0	17.4	4.5	0.0	5.9		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		12.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Миколаїв	76	0	5.6	11.1	5.9		84.0	0.0	22.2	11.1	5.9		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		32.0	0.0	22.2	0.0	5.9	
Загалом	59.0	25.2	16.2	17.5	11.5		58.0	25.8	25.3	17.7	15.2		1.0	1.1	0.0	0.0	0.0		28.0	4.5	11.8	3.8	4.0	

Динаміка показників: психічні розлади (самооцінка пацієнтів) (2)

Агресивність										Суїцидальні спроби						ASI бали психічного стану					
Фаза 1	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс				
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		серед	Серед	серед	серед	серед				
Київ	32	10	-	12	-		8	0	-	0	-		0.38	0.25	-	0.19	-				
Донецьк	20	32	-	0	-		0	0	-	0	-		0.28	0.24	-	0.10	-				
Одеса	4	0	-	0	-		0	0	-	0	-		0.36	0.20	-	0.24	-				
Сімферополь	8	4	-	5	-		4	0	-	0	-		0.07	0.03	-	0.06	-				
Дніпропетровськ	0	0	-	0	-		0	0	-	0	-		0.33	0.03	-	0.02	-				
Миколаїв	25	8	-	0	-		0	0	-	0	-		0.21	0.14	-	0.03	-				
Загалом	14.8	9.0	-	2.8	-		2.0	0.0	-	0.0	-		0.27	0.15	-	0.10	-				
Агресивність										Суїцидальні спроби						ASI бали психічного стану					
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс				
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		серед	серед	серед	серед	серед				
Херсон	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-		0.04	0.08	-	-	-				
Вінниця	5	0	-	-	-		30	0	-	-	-		0.05	0.36	-	-	-				
Івано-Фр.	15	20	-	-	-		10	0	-	-	-		0.33	0.19	-	-	-				
Суми	35	25	-	-	-		10	5	-	-	-		0.22	0.12	-	-	-				
Загалом	13.8	11.3		-	-		12.5	1.3		-	-		0.16	0.19	-	-	-				
Агресивність										Суїцидальні спроби						ASI бали психічного стану					
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс				
	%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		серед	серед	серед	серед	серед				
Київ	16.0	36.4	30.0	20.0	10.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.12	0.13	0.1	0.08	0.05				
Донецьк	8.0	4.2	4.8	4.8	4.5		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.18	0.09	0.07	0.06	0.03				
Дніпропетровськ	8.0	4.3	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.14	0.05	0	0	0.01				
Миколаїв	44.0	0.0	11.1	0.0	5.9		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.18	0	0.02	0.02	0.01				
Загалом	19.0	11.2	11.5	6.2	5.1		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.16	0.07	0.05	0.04	0.03				

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 23% через 12 місяців) та тривожних станів (з 62% до 35% відповідно).

Покращення протягом 6 місяців у фазі 3 були однаковими для метадонових пацієнтів, але були менш виражені для бупренорфінових пацієнтів у фазі 2.

ASI бали однаково зменшилися у бупренорфінових пацієнтів, але не у метадонових пацієнтів у фазі 2. Метадонові пацієнти у фазі 2 мали зменшення балів, подібне до зменшення у бупренорфінових пацієнтів.

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

Менше змін у небезпечних сексуальних практиках. 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.

Протягом фаз 2 і 3 метадонові пацієнти продемонстрували схоже зменшення у ризикованій поведінці, в той час як нові бупренорфінові пацієнти не досягли цих результатів і навіть підвищили ризик пірсингу. Сексуальні ризики підвищилися у всіх пацієнтів у фазі 2.

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, і відсоток пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності у фазі 1, 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 сайтів. Це свідчить про зниження потреби у консультуванні з питань зайнятості. Протягом наступних 6 місяців ця потреба знову підвищилась на 3 сайтах (Донецьк, Одеса, Сімферополь).

У фазі 2 та 3 зменшення кримінальної активності було аналогічним як для метадонових, так і для бупренорфінових пацієнтів. Працевлаштування поліпшилося тільки в метадонових пацієнтів.

Хоча рівень задоволеності сімейним статусом і умовами проживання підвищився незначно, пацієнти менше скаржилися з приводу негативного ставлення до себе, а середній показник сімейного розділу Індексу тяжкості залежності значно зменшився (що є позитивною зміною). Це було менш виражене у фазі 2 у метадонових пацієнтів і такого не було зовсім у нових бупренорфінових пацієнтів.

Динаміка показників: ризикована поведінка

	BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики						BBV-TRAQ бали з сексуальної практики						BBV-TRAQ бали з ушкодження шкіри					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед
Фаза 1	Серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
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	-	0.0	-	2.5	1.3	-	2.6	-	-	-	-
BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики																		
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед
Херсон	4.2	4.0	-	-	-	2.6	3.6	-	-	-	-	-	1.2	0.1	-	-	-	-
Вінниця	7.6	0.2	-	-	-	6.0	8.2	-	-	-	-	-	1.6	3.5	-	-	-	-
Івано-Фр.	2.9	0.9	-	-	-	1.9	0.6	-	-	-	-	-	1.0	1.2	-	-	-	-
Суми	4.6	5.3	-	-	-	4.0	5.9	-	-	-	-	-	0.4	2.5	-	-	-	-
Загалом	3.7	3.0	-	-	-	2.9	3.2	-	-	-	-	-	0.7	1.8	-	-	-	-
BBV-TRAQ бали з ін'єкційної практики																		
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	серед
Київ	6.6	1.7	1.9	1.0	0.0	2.1	5.4	6.1	9.0	5.3	1.5	0.7	0.9	0.2	0.1	-	-	-
Донецьк	5.1	2.0	0.3	0.2	0.1	2.5	3.4	4.3	1.7	1.0	1.2	0.4	0.8	0.5	0.5	-	-	-
Дніпропетровськ	3.5	2.4	0.7	1.1	1.4	2.8	0.2	1.6	1.5	1.1	0.6	0.2	0.6	1.3	0.4	-	-	-
Миколаїв	2.5	0.0	0.4	0.7	0.0	4.1	7.8	6.6	1.5	7.4	1.8	2.4	3.6	0.4	1.9	-	-	-
Загалом	4.4	1.5	0.8	0.8	0.4	2.9	4.2	4.7	3.4	3.7	1.3	0.9	1.5	0.6	0.7	-	-	-

Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус (1)

Фаза 1	Робочі дні протягом останніх 30 днів						ASI бали з трудової зайнятості					
	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс
Київ	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Донецьк	5	5	-	11	-	0.81	0.78	-	0.71	-	0.81	0.78
Одеса	6	18	-	15	-	0.72	0.61	-	0.63	-	0.72	0.63
Сімферополь	13	18	-	14	-	0.76	0.73	-	0.78	-	0.76	0.78
Дніпропетровськ	12	22	-	16	-	0.74	0.62	-	0.76	-	0.74	0.62
Миколаїв	6	15	-	14	-	0.71	0.58	-	0.57	-	0.71	0.58
Загалом	8	8	-	16	-	0.72	0.75	-	0.66	-	0.72	0.75
	8	14	-	14	-	0.74	0.68	-	0.69	-	0.74	0.68
Фаза 2	Робочі дні протягом останніх 30 днів						ASI бали з трудової зайнятості					
	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс
Херсон	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Вінниця	6	22	-	-	-	0.84	0.69	-	-	-	0.84	0.69
Івано-Фр.	7	22	-	-	-	0.76	0.87	-	-	-	0.76	0.87
Суми	7	6	-	-	-	0.79	0.82	-	-	-	0.79	0.82
Загалом	12	14	-	-	-	0.81	0.73	-	-	-	0.81	0.73
	8.00	16.00	-	-	-	0.80	0.78	-	-	-	0.80	0.78
Фаза 3	Робочі дні протягом останніх 30 днів						ASI бали з трудової зайнятості					
	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс	9мс	12мс	18мс	БО	бмс
Київ	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Донецьк	3.2	12.36	9.75	11.8	12.25	0.83	0.68	0.72	0.68	0.65	0.83	0.68
Дніпропетровськ	6	5.63	8.43	8.48	6.95	0.7	0.69	0.66	0.68	0.7	0.7	0.69
Миколаїв	6	9.78	9.77	8.64	6.76	0.8	0.75	0.75	0.77	0.75	0.8	0.75
Загалом	13.52	23.89	22.22	22.22	23.82	0.61	0.41	0.47	0.56	0.63	0.61	0.41
	7.18	12.92	12.54	12.79	12.45	0.74	0.63	0.65	0.67	0.68	0.74	0.63

Динаміка показників: трудова зайнятість і правовий статус (2)

Фаза 1	Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у гривні)						Кримінальна активність протягом останніх 30 днів						ASI бали правових проблем					
	БО	6 мс	Серед	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс
	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Київ	380	0	-	0	-	3.0	0.0	-	0.0	-	0.12	0.09	-	0.07	-	0.12	0.09	-
Донецьк	640	0	-	0	-	4.6	0.0	-	0.0	-	0.13	0.05	-	0.02	-	0.13	0.05	-
Одеса	465	40	-	0	-	8.0	1.3	-	0.0	-	0.30	0.16	-	0.10	-	0.30	0.16	-
Сімферополь	255	0	-	50	-	6.2	0.4	-	0.0	-	0.17	0.04	-	0.06	-	0.17	0.04	-
Дніпропетровськ	165	145	-	0	-	0.0	0.0	-	0.0	-	0.05	0.02	-	0.00	-	0.05	0.02	-
Миколаїв	0	15	-	45	-	2.1	0.0	-	0.0	-	0.20	0.09	-	0.06	-	0.20	0.09	-
Загалом	317.5	33.3	-	15.8	-	3.9	0.3	-	0.0	-	0.16	0.07	-	0.05	-	0.16	0.07	-
Фаза 2	Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у гривні)						Кримінальна активність протягом останніх 30 днів						ASI бали правових проблем					
	БО	6 мс	Серед	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс
	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Херсон	135	0	-	-	-	0.0	0.0	-	-	-	0.04	0.03	-	-	-	0.04	0.03	-
Вінниця	1125	111	-	-	-	4.2	0.1	-	-	-	0.33	0.04	-	-	-	0.33	0.04	-
Івано-Фр.	346	282	-	-	-	3.0	0.0	-	-	-	0.16	0.05	-	-	-	0.16	0.05	-
Суми	30	100	-	-	-	0.0	0.0	-	-	-	0.05	0.14	-	-	-	0.05	0.14	-
Загалом	409.0	123.3	-	-	-	1.80	0.03	-	-	-	0.15	0.07	-	-	-	0.15	0.07	-
Фаза 3	Нелегальний прибуток за останні 30 днів (у гривні)						Кримінальна активність протягом останніх 30 днів						ASI бали правових проблем					
	БО	6 мс	Серед	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс
	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед	серед
Київ	380	213.64	300	95	150	5.28	0	1.65	0.85	1.5	0.2	0.01	0.07	0.03	0.04	0.2	0.01	0.07
Донецьк	1144	0	0	0	0	3.6	0	0	0	0	0.09	0	0	0.03	0	0.09	0	0
Дніпропетровськ	112	0	0	0	105.16	0	0.04	0	0	0	0.09	0.04	0.01	0.01	0.04	0.09	0.04	0.01
Миколаїв	240	0	0	0	17.65	4	0	0	0	0	0.25	0.03	0.03	0.08	0.07	0.25	0.03	0.03
Загалом	469.0	53.4	75.0	23.8	68.2	3.2	0.01	0.41	0.21	0.38	0.16	0.02	0.03	0.04	0.04	0.16	0.02	0.03

Динаміка показників: емоціональне, фізичне та сексуальне насилля

	Емоційне насильство						Фізичне насильство						Сексуальне насильство					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
Фаза 1		% так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так		%так	%так	%так	%так	%так	
Київ	48	25	-	12	-	16	16	5	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Донецьк	8	14	-	0	-	8	8	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Одеса	17	0	-	0	-	4	4	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Сімферополь	56	12	-	0	-	12	12	4	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Дніпропетровськ	17	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Миколаїв	46	38	-	25	-	7	7	4	-	0	-	0	0	0	-	0	-	-
Загалом	32.4	15.0	-	6.3	-	8.0	8.0	2.0	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	-
Емоційне насильство																		
Фізичне насильство																		
Фаза 2	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	18 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Херсон	30	15	-	-	-	5	5	5	-	-	-	0	0	-	-	0	-	-
Вінниця	50	15	-	-	-	5	5	0	-	-	-	0	0	-	-	0	-	-
Івано-Фр.	10	5	-	-	-	10	5	5	-	-	-	0	0	-	-	0	-	-
Суми	55	25	-	-	-	5	5	0	-	-	-	0	0	-	-	0	-	-
Загалом	36.3	15.0	-	-	-	6.3	2.5	-	-	-	-	0.0	0.0	-	-	0.0	-	-
Емоційне насильство																		
Фізичне насильство																		
Фаза 3	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	БО	6 мс	18 мс
	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так	%так
Київ	36	50	45	45	30	4	4.5	5	5	5	5	0	0	0	5	0	0	0
Донецьк	20	0	4.8	9.5	4.5	0	0	4.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Дніпропетровськ	8	4.3	4.5	0	0	8	0	0	0	4.5	0	0	0	0	0	0	0	0
Миколаїв	20	5.6	5.6	5.6	17.6	4	0	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Загалом	21.0	15.0	15.0	15.0	13.0	4.0	1.1	3.9	2.4	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0

Динаміка показників: сімейні проблеми

	Сімейний статус задовільний						Житлові умови задовільні						ASI бали сімейних проблем					
	БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс		БО	6 мс	9 мс	12 мс	18 мс	
Фаза 1																		
Київ	68	85	-	99	-	%так	88	80	-	99	-	%так	0.24	0.10	-	0.19	-	-
Донецьк	56	64	-	53	-	%так	76	82	-	93	-	%так	0.19	0.17	-	0.11	-	-
Одеса	29	32	-	41	-	%так	33	32	-	35	-	%так	0.23	0.15	-	0.13	-	-
Сімферополь	64	64	-	85	-	%так	44	72	-	65	-	%так	0.25	0.13	-	0.09	-	-
Дніпропетровськ	67	83	-	77	-	%так	75	94	-	83	-	%так	0.17	0.04	-	0.06	-	-
Миколаїв	54	46	-	55	-	%так	43	50	-	50	-	%так	0.23	0.15	-	0.12	-	-
Загалом	56.9	62.3	-	68.4	-	%так	59.7	68.4	-	70.7	-	%так	0.22	0.12	-	0.11	-	-
Сімейний статус задовільний							Житлові умови задовільні						ASI бали сімейних проблем					
Фаза 2																		
Херсон	90	60	-	-	-	%так	90	65	-	-	-	%так	0.08	0.03	-	-	-	-
Вінниця	55	50	-	-	-	%так	65	50	-	-	-	%так	0.31	0.13	-	-	-	-
Івано-Фр.	65	60	-	-	-	%так	85	70	-	-	-	%так	0.17	0.12	-	-	-	-
Суми	70	70	-	-	-	%так	55	50	-	-	-	%так	0.17	0.73	-	-	-	-
Загалом	70.0	60.0	-	-	-	%так	73.8	58.8	-	-	-	%так	0.18	0.25	-	-	-	-
Сімейний статус задовільний							Житлові умови задовільні						ASI бали сімейних проблем					
Фаза 3																		
Київ	68	72.7	70	80	80	%так	52	59.1	55	60	60	%так	0.19	0.25	0.19	0.15	0.1	0.1
Донецьк	60	58.3	71.4	57.1	59.1	%так	96	95.8	100	95.2	95.5	%так	0.15	0.12	0.07	0.1	0.12	0.12
Дніпропетровськ	60	65.2	68.2	72.7	58.8	%так	68	60.9	54.5	50	52.9	%так	0.1	0.1	0.08	0.06	0.09	0.09
Миколаїв	76	94.4	83.3	94.4	94.1	%так	68	94.4	83.3	94.4	94.1	%так	0.22	0.01	0.05	0.02	0.03	0.03
Загалом	66.0	72.7	73.2	76.1	73.0	%так	71.0	77.6	73.2	74.9	75.6	%так	0.17	0.12	0.10	0.08	0.09	0.09

1. Обов'язки Зовнішніх експертів

Обов'язками професора А. Ухтенхагена було:

1. Аналізувати звіти незалежних інтерв'юерів (НІ) за результатами фокус- груп зі співробітниками та клієнтами проектів 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 Е. 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 публікацій для наукових журналів у співавторстві з доцентом Е. 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'язками доцента Е. Субати були:

1. Разом з ГД вносити зміни до проекту в ході його впровадження й ухвалювати рішення щодо надання лікувальних послуг.
2. Проводити зустрічі з персоналом програм ЗПТ на всіх сайтах для вивчення практики ЗПТ, надати співробітникам відповідні консультації та рекомендації.
3. Проводити зустрічі з персоналом та клієнтами 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.

2. Звіти про візити до сайтів

Перший раунд візитів до сайтів

Квітень 2007 року

Київ – Центр профілактики і боротьби зі СНІД та НГО “Сходи”

В Київському 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 винятком необхідності щоденного відвідування клініки, яке заважало пошукам і утриманню на робочому місці. Висловлювалась занепокоєність щодо перспектив продовження ЗПТ в Україні.

Донецький обласний наркологічний диспансер

ЗПТ проводиться в умовах поліклініки 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, в цілому виявлено позитивне ставлення до ЗПТ, її позитивного впливу та дослідження з оцінки ефективності. Висловлювалися сподівання щодо розширення програм ЗПТ в Україні. 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 клієнтами та на регулярних зборах щосуботи. Є можливість продовжувати ЗПТ у випадках госпіталізації, оскільки всі лікарні є муніципальними 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 відрахування 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/СНІДу 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 відрахування 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 близько 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 відремонтоване. 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. До консультування входять також поради юриста.

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

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

1. Пацієнти на всіх сайтах у цілому були задоволені програмою ЗПТ і її персоналом. На всіх сайтах пацієнти констатували, що співробітники програми були легкодоступними і готовими надати підтримку. Пацієнти також були задоволені послугами спеціалістів з ВІЛ/СНІДу, які надавалися поза програмою ЗПТ у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом: тестування на ВІЛ, лабораторний моніторинг та АРВ-терапія. АРВ-препарати видаються пацієнтам на термін до 1 місяця кожного разу. Всі послуги спеціалістів з ВІЛ/СНІДу є доступними та безкоштовними.

2. Головною проблемою пацієнтів було те, що участь в програмах ЗПТ створювала труднощі в пошуку й утриманні на робочих місцях, 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 (враховуючи 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 персонал і пацієнти програм ЗПТ сприймали позитивно. 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 витрачалось на контроль прийому замісного препарату та запобігання його виносу. Таблетки подрібнювалися на сайтах Києва та Донецька. Медичні сестри спостерігали за прийомом препарату й перевіряли його розсмоктування. Для забезпечення контролю програми ЗПТ мали впровадити суворі санкції за спроби сховати таблетки з наміром їх виносу з сайту ЗПТ. На період візиту не було проблем з правоохоронними органами, пов'язаних з крадіжками бупренорфіну.
8. Лікарі відзначали порівняно велику кількість паперової роботи, яку слід виконувати 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 програм 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 Е. 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. Координатори проектів ЗПТ демонстрували добрі знання протоколів і методичних рекомендацій з питань ЗПТ. У програмах ЗПТ працює дуже невелика кількість наркологів. 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 СІН до програм ЗПТ для профілактики ВІЛ/СНІДу.

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 неадекватна комунікація між медиками та спеціалістами з психосоціальної підтримки.

Наявність планів лікування з психосоціальною підтримкою

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 клієнтів

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

Клінічні аспекти терапії (دوزи тощо)

Під час обговорення у фокус-групах клієнти 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 комісією. 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 входять до системи ЗПТ.

Ведення клієнтів з ВІЛ-інфекцією, туберкульозом чи гепатитом С

Часто існували значні перешкоди для продовження ЗПТ пацієнтам, госпіталізованим з приводу СНІДу 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, консультацій інфекціоністів та АРВ-терапії у центрах зі СНІДу 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 про-

водять 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 клієнтам 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 з нормативними документами про контрольовані препарати. Керівники лікувальних закладів відзначали складність процесу отримання ліцензії на використання контрольованих препаратів.

Задоволеність і ставлення клієнтів

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

Потреба в ЗПТ (листи очікування)

Співробітники програм ЗПТ повідомляли про велику кількість бажаючих лікуватися в програмах ЗПТ.

Відрахування клієнтів з програм

Частіше за все причиною відрахування клієнтів з програм були спроби виносу препарату. Керівники програм часто вважали, що такі спроби ставлять існування програми під загрозу. З іншого боку, відрахування клієнтів обґрунтовувалось необхідністю підтримувати дисципліну в програмі й запобігати подальшим спробам виносу препарату. Ще однією причиною відрахування клієнтів з програми було ув'язнення. На всіх сайтах заперечували, що причиною відрахування 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, які виникали при оформленні ліцензії на використання контрольованих препаратів. При несвоєчасному поновленні такої ліцензії виникали труднощі з організацією ЗПТ.

Стосунки 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 відчувають себе підозрюваними. Під час обговорення в фокус-групах клієнти 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 в наявності.

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

Всі клієнти були поінформовані про їхню участь в дослідженні і висловлювали до нього позитивне ставлення.

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

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

Потреби МДК ЗПТ у підвищенні кваліфікації

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

Медичні працівники (наркологи) і МДК ЗПТ у 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 клієнтів

Пацієнти в цілому висловлювали дуже позитивне ставлення до ЗПТ. Часто в 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. Пацієнти також висловлювали незадоволення через необхідність приходити за препаратом щодня і при цьому долати значні відстані.

