



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# Создание Центров Интегрированной Помощи для Потребителей Инъекционных Наркотиков в Украине

**Мэтт Кертис**

Оригинал документа на английском издан Европейским региональным бюро ВОЗ в 2010 году под заглавием «Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine»

### *Краткое содержание*

Бюро ВОЗ в Украине инициировало написание этого отчета для оценки развития интегрированных услуг для людей употребляющих наркотики в рамках ответа Украины на эпидемию ВИЧ.

После комплексной оценки работы украинских программ интегрированной помощи в 2009 году, три сайта в Днепропетровске, Кривом Роге, и Симферополе были определены как отвечающие высоким стандартам, и на примере работы которых смогут научиться другие программы. Они еще далеки от совершенства, однако каждый сайт показал выдающийся прогресс во внедрении интегрированных услуг. Целью данной публикации является представление опыта этих реальных практических моделей для Украинского правительства и неправительственных организаций, работающих над развитием интегрированного подхода в других учреждениях.

Информация для данного отчета была собрана автором с помощью интервью с клиентами и персоналом трех центров интегрированной помощи во время посещения их в октябре 2009 года, а также из отчетов, публикаций и других доступных материалов.

### *Ключевые слова*

DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED - organization and administration

SUBSTANCE ABUSE, INTRAVENOUS - therapy

HIV INFECTION

UKRAINE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью. Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Благодарность .....	2
1. Вступление .....	3
Об этом отчете .....	4
2. ВИЧ и употребление наркотиков: задача для программ Интегрированной Помощи.....	4
3. Короткий экскурс в историю Интегрированной Помощи в Украине .....	6
4. Практические примеры: Три сайта Интегрированной Помощи в Украине.....	10
4а. Крымский Республиканский Наркологический Диспансер, Симферополь.....	10
4б. Психоневрологический Диспансер г. Кривой Рог .....	13
4с. Днепропетровский Центр СПИД.....	16
5. Усвоенные уроки.....	18
Ключевые Элементы Интегрированной Помощи в Украине.....	19
Барьеры для Интегрированной Помощи .....	20
Дальнейшие шаги .....	22

## Благодарность

Этот отчет был подготовлен для Бюро ВОЗ в Украине при экспертной поддержке Константина Думчева. Хотим выразить нашу признательность участникам программ интегрированных услуг Крымского Республиканского Наркологического Диспансера в Симферополе, Психоневрологического Диспансера г. Кривой Рог, и Днепропетровского Центра СПИД, без вклада которых этот отчет был бы несостоятельным. Работники трех сайтов помогли подробно изучить их работу, предоставили свои рекомендации по поводу развития интегрированных услуг в Украине. Мы хотим выразить особую благодарность Алле Аухадиевой, Надежде Великодной, Петру Филоненко, Людмиле Кибовской, Андрею Мандыбуре, Елене Мухиной, Алене Лесничей, Светлане Осиповой, Татьяне Садыриной, Дмитрию Шапошнику, Петру Страху, Олегу Штенгелову и Дмитрию Чехову.

## 1. Вступление

Среди прохладного начала осени мы стояли вокруг костра на покрытом деревьями гористом склоне возле Бахчисарая, готовили шашлык и разговаривали. Женя, 55 летняя женщина с хромой ногой, но с ясными глазами, сказала: «Самое худшее в моей жизни это то, что у меня нет семьи, нет детей. Но я нашла свою семью среди пациентов и работников наркологического диспансера». Она рассказывала о возникших человеческих отношениях и о помощи, которую она получила в Крымском Республиканском Наркологическом Диспансере в Симферополе. Это учреждение одно из немногих мест в Украине, где организовано предоставление интегрированных медицинских и социальных услуг для решения проблем, связанных с ВИЧ, туберкулезом и потреблением наркотиков.

Концепция «интегрированной помощи» (ИП) для лечения ВИЧ, туберкулеза и наркотической зависимости родилась в ходе широкомасштабного изменения подходов в организации здравоохранения в Европе и Северной Америке, в первую очередь в отношении людей с высоким риском возникновения сложных, хронических медицинских проблем. Посредством объединения медицинских и социальных служб «под одной крышей», создания мультидисциплинарных команд, способных комплексно подойти к решению проблем пациента, модель ИП в первую очередь призвана улучшить доступ к лечению. Более того, ИП направлена на улучшение результатов лечения, повышение удовлетворенности пациента, а также на снижение затрат путем исключения дублирования функций в системе здравоохранения и на профилактику выпадения нуждающихся в помощи пациентов.

Самым полным определением ИП, скорее всего, является определение Коднера и Сприувенберга: «Интеграция – это комплекс методов и моделей на финансовом, административном, организационном, клиническом и сервисном уровнях, предназначенный для обеспечения взаимосвязи, координации, и согласованности внутри и между лечебной и социальной сферами. Целью этих моделей и методов является улучшение качества лечения и качества жизни, повышение удовлетворенности пациента и эффективности услуг для людей со сложными, долгосрочными проблемами, требующими привлечения большого количества учреждений, услуг и соблюдения разнообразных условий.

Результатом подобных многонаправленных усилий для популяризации интеграции во благо этих необычных групп пациентов стала «интегрированная помощь»<sup>1</sup>.

Несмотря на то, что ИП является относительно новым направлением в Украине, этот подход уже оказывает позитивное влияние на пациентов. Как говорит Татьяна, пациентка из Симферополя: «Намного легче получить необходимую помощь, когда все эти услуги сосредоточены в одном месте. С тех пор, как ИП начала функционировать шесть месяцев назад произошли существенные перемены: СПИД Центр, Туберкулезный Диспансер и Наркологический Диспансер взаимодействуют практически идеально. Виталий, пациент из Кривого Рога, соглашается: «Основные услуги предоставляются регулярно, поэтому мы знаем, в какое время работают врачи и можем



Д-р Немыкин, Главный врач Крымского  
Республиканского Наркологического  
Диспансера

<sup>1</sup> Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, v. 2, 2002..

встретиться с необходимым специалистом. Мы чувствуем, что здесь работают люди, которые действительно заботятся о нас». Работники программы имеют сходное мнение. «Как администратор, я могу сказать, что интегрированная помощь является самым прогрессивным подходом из тех, которыми мы располагаем, - говорит Александр Владимирович Немыкин, главный врач Крымского Республиканского Наркологического Диспансера. - На протяжении последних шести месяцев, мультидисциплинарная команда диагностировала 37 случаев туберкулеза среди наркологических пациентов, включая 16 случаев заболевания в активной фазе. С моей точки зрения, интегрированная помощь помогает нам решить проблему туберкулеза среди потребителей наркотиков - мы диагностируем, лечим и осуществляем наблюдение за ними. Без интегрированной помощи много случаев остались бы не выявленными, и эти люди инфицировали бы многих других».

### Об этом отчете

Бюро ВОЗ в Украине инициировало написание этого отчета для оценки развития интегрированных услуг для людей употребляющих наркотики в рамках ответа Украины на эпидемию ВИЧ.

После комплексной оценки работы украинских программ интегрированной помощи в 2009 году, три сайта в Днепропетровске, Кривом Роге, и Симферополе были определены как отвечающие высоким стандартам, и на примере работы которых смогут научиться другие программы. Они еще далеки от совершенства, однако каждый сайт показал выдающийся прогресс во внедрении интегрированных услуг. Целью данной публикации является представление опыта этих реальных практических моделей для Украинского правительства и неправительственных организаций, работающих над развитием интегрированного подхода в других учреждениях.

Информация для данного отчета была собрана автором с помощью интервью с клиентами и персоналом трех центров интегрированной помощи во время посещения их в октябре 2009 года, а также из отчетов, публикаций и других доступных материалов.

## 2. ВИЧ и употребление наркотиков: задача для программ Интегрированной Помощи.

---

Начиная с 1987 года, Украина находится под гнетом растущей эпидемии ВИЧ, местом основной концентрации которой является популяция потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Подобная ситуация спровоцировала появление множества проблем, как для украинской системы здравоохранения, так и для практической медицины. К концу 2007 года считалось, что инфицировано приблизительно 440 000 человек или 1.6% среди взрослого населения<sup>2</sup>.

В том же году было официально зафиксировано 17,669 (38 на 100 000 населения) случаев первичного инфицирования – наибольшее количество на данный момент<sup>3</sup>. Количество новых случаев заражения ВИЧ половым путем продолжает распространяться вне групп наибольшего риска с оценочным количеством половых партнеров ПИН в 552 000<sup>4</sup>.

ПИН в Украине, точно так же как и в других странах, сталкиваются с множеством проблем, которые усугубляют риск инфицирования и передачи ВИЧ другим людям, или же усложняют процесс лечения инфицированных клиентов. Параллельно с ВИЧ, в Украине развивается эпидемия туберкулеза (ТБ), включая мультирезистентный туберкулез (МРТ ТБ), который особенно

---

<sup>2</sup> *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS, Ukraine, 2008 Update*. Geneva, World Health Organization, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, The United Nations Children's Fund, 2008.

<sup>3</sup> Министерство Здравоохранения Украины. Украина: Национальный Отчет о Прогрессе Мониторинга соглашения УНГАСС в сфере ВИЧ/СПИД. Киев: 2008

<sup>4</sup> *AIDS Epidemic Update 2009*. Geneva, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009.

распространен среди ПИН живущих с ВИЧ (ЛЖВ), и отличается особо сложным процессом лечения во многих аспектах. Для многих лечение наркотической зависимости является совершенно недоступным или же не предоставляется в стационарах где лечат ВИЧ или ТБ. ПИН страдают психическими расстройствами намного чаще, чем общее население. Также намного чаще они не имеют возможности получить необходимую диагностику и лечение этих заболеваний. Высокий уровень криминализации и социальная стигма потребления наркотиков заставляет таких людей использовать более опасные инъекционные практики, избегать услуг по профилактике и лечению ВИЧ, а также приводит к повышению распространенности ВИЧ инфекции в тюрьмах.

Однако, ни один из перечисленных факторов не является новостью для тех, кто противостоит ВИЧ кризису в Украине. Проблемой является то, что необходимый, эффективный ответ эпидемии требует тесного взаимодействия многих государственных и негосударственных организаций, медицинских и социальных служб. Подобно остальным странам постсоветского пространства, в Украине продолжает существовать вертикальная система медицинского обслуживания. Мультидисциплинарная подготовка и взаимодействие между различными службами остаются крайне редкими явлениями, что часто оставляет пациентов один на один с множественными медицинскими проблемами, без возможности найти необходимые услуги. Многие не находят необходимой помощи, что в результате влечет к смерти, которой можно было избежать, к более тяжелым последствиям болезни, к более масштабным экономическим и социальным потерям для общества. Более рациональная система позволила бы устранить эти пагубные моменты. Путь решения этих проблем осложнен наличием множества других: от стареющей популяции до высокого распространения сердечнососудистых заболеваний, детской смертности и употреблением алкоголя и табака. Все это тяжелым бременем ложиться на систему здравоохранения, постоянно испытывающую дефицит средств<sup>5</sup>.

Тем не менее, Украина является региональным лидером в профилактике ВИЧ, особенно в области развития программ снижения вреда, где ПИН могут обменять использованный инъекционный инструментарий на чистый, а также получить другие медицинские и социальные услуги. В 2007 году Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине отчитался про охват более чем 124 000 ПИН, которые были обеспечены услугами на базе 645 пунктов обмена шприцев, что является наибольшим показателем в Восточной Европе<sup>6</sup>. Последние инновации включают в себя организацию обмена шприцев на базе аптек, службы профилактики передозировок, новые программы по работе с потребителями стимуляторов, усовершенствованные службы кейс менеджмента. Подобным образом, при поддержке Глобального Фонда по Борьбе с ВИЧ/СПИД, Туберкулезом и Малярией, с привлечением работников НГО и государственных профессионалов в сфере здравоохранения, Украина сделала большой шаг в достижении всемирных стандартов по лечению и уходу для ВИЧ инфицированных, что подтверждает улучшение некоторых показателей за последние годы.

Используя имеющийся опыт борьбы с ВИЧ в Украине и поддержку международных доноров, представители государственного здравоохранения, медицинские и социальные работники начали создание первых программ ИП для ПИН в середине 2000-х годов. Но как же ИП повлияла на здоровье в других странах?

Как модель предоставления медицинских услуг, ИП применялась для ведения самых разнообразных хронических состояний, требующих мультидисциплинарного терапевтического подхода, включая ВИЧ/СПИД, сердечнососудистые и психиатрические заболевания, и это далеко не полный список.

Однако изучение ИП в отношении наркотической зависимости и ВИЧ только начинается – всего лишь несколько исследований коснулись этой темы. Перенаправление пациентов из

---

<sup>5</sup> *Health Care Systems in Transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.

<sup>6</sup> *Harm Reduction Developments, 2008*. New York, Open Society Institute, 2008

долгосрочных программ заместительной терапии в учреждения первой медицинской помощи, например, показало улучшение в показателях здоровья, сокращение количество посещений стационаров и вызовов скорой помощи, а также снижение или уравнивание общих медицинских затрат. На пример, в ходе недавнего исследования среди 423 пациентов в Соединенных Штатах выяснилось, что хотя пациенты метадоновой программы с интегрированной первой помощью показали большее количество посещений поликлиники, они все же имели на 72% меньше посещений неотложной помощи и на 67.5% меньше госпитализаций. Как известно, эти услуги являются в значительной мере более дорогостоящими и более опасными, чем первая медицинская помощь<sup>7</sup>.

Подобным образом недавний «обзор систематических обзоров» ИП программ для различных хронических состояний определил, что такие программы однозначно «оказывают позитивный эффект на качество предоставляемых услуг». Авторы отметили, что наиболее частыми элементами ИП являются: «поддержка самоуправления и информирование пациента, часто в комплексе со структурой клинического сопровождения и кейс менеджмента; мультидисциплинарная команда для оказания помощи пациенту; структурированное перенаправление ведение и обратная связь, подготовка и переподготовка для профессионалов»<sup>8</sup>.

Программы снижения вреда долгое время работали на принципах ИП во многих странах с целью обеспечения работы так называемого «универсама» услуг для медицинских потребностей ПИН. Центр Снижения Вреда на Лоуер Ист Сайд в Нью Йорке, например, обслуживает несколько тысяч отдельных клиентов каждый год, предоставляя разнообразные услуги: кейс менеджмент, консультации по поводу приема психоактивных веществ, обмен шприцев, назначение бупренорфина и вакцинация гепатитов на сайте, бытовые службы, поддержка «равный – равному» и программы групповых консультаций, профилактики передозировок, а также специальные программы для ЛЖВ, людей живущих с гепатитами С, услуги для женщин, транссексуалов и молодежи. Как сказал Алан Клир, исполнительный директор Коалиции Снижения Вреда в США: «Главным компонентом снижение вреда является вовлечение. Это означает быть сконцентрированным на клиенте и быть ведомым клиентом, изучать потребности пациента, выслушивать пациентов и потом осуществлять эти услуги»<sup>9</sup>.

ВОЗ однозначно продолжает поддерживать инициативы для организации ИП через свой Европейский Офис с целью «поддержки и продвижения изменений в системе оказания медицинской помощи для пропаганды здоровья, улучшения управления и удовлетворения пациентов путем повышения качества, доступности, экономической эффективности и привлечения к участию «с помощью интеграции служб».<sup>10</sup> Особый акцент о том, что ИП является средством улучшения здравоохранения, сделан в отчете ВОЗ *Система Здравоохранения: Улучшение деятельности*<sup>11</sup>.

### **3. Короткий экскурс в историю Интегрированной Помощи в Украине**

---

<sup>7</sup> Gourevitch MN et al. On-site medical care in methadone maintenance: associations with health care use and expenditures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2007, 32(2):143-151.

<sup>8</sup> Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 2005, 17(2):141-146.

<sup>9</sup> Clear A. *What is harm reduction?* [видео он-лайн], доступ 15 Ноября, 2009 [http://www.youtube.com/watch?v=2UQ\\_cZBYnnQ](http://www.youtube.com/watch?v=2UQ_cZBYnnQ).

<sup>10</sup> Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated Care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 2001, 1.

<sup>11</sup> *The world health report – Health systems: – improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.



Несмотря на то, что медработники и работники программ снижения вреда находились в постоянном поиске инновационных путей предоставления услуг для своих пациентов, попытки создания, оценки и распространения ИП для ЛЖВ и потребителей наркотиков получили развитие с началом внедрения заместительной терапии бупренорфином в 2004. Некоторые из самых первых проектов по психосоциальной поддержке, финансируемые Альянсом от ГФБСТМ Первого Раунда, включали перечень дополнительных медицинских и социальных услуг для пациентов ЗПТ. Другие программы, созданные при финансовой и организационной поддержке Института Открытого Общества в 2005 году, главным образом специализировались на интеграции обучения принципам лечения ВИЧ и поддержки приверженности в структуру программ снижения вреда, а так же целенаправленно внедряли службы снижения вреда в структуру программ по лечению ВИЧ. Отражая опыт прошлых лет, Константин Леженцев из Всеукраинской Сети Людей Живущих с ВИЧ отметил: «Я думаю, что ключевым достижением является модель сайта в Казани, где были получены отличные результаты в кейс менеджменте активных ПИН и их удержание в лечении ВИЧ даже притом, что эта страна не имеет доступа к заместительной терапии метадоном или бупренорфином. Нам также удалось сформировать группу экспертов по снижению вреда, включая аутрич работников, работающих с ПИН над грамотностью в лечении и с теми, кто желает принимать участие в проектах по повышению приверженности к терапии».

Эти ранние проекты накопили достаточный опыт и заложили фундамент понимания того, что снижение вреда от НГО и государственные программы по лечению ВИЧ могут быть успешно взаимосвязаны. Они также послужили моделями для Украинских пилотных проектов по ИП на сайтах заместительной поддерживающей терапии метадоном в Днепропетровске, Николаеве, Киеве и Одессе, основанных в 2008 году. В ВОЗ было создано практическое руководство, а Альянс и Фонд Клинтона предоставляли финансовую и техническую поддержку. Когда Всеукраинская Сеть Людей Живущих с ВИЧ получила финансирование в 6 Раунде ГФБСТМ, число пилотных проектов, предоставляющих первую медицинскую помощь, фтизиатрическую помощь, сервисы по репродуктивному здоровью для женщин (включая снижение вреда, акушерско-гинекологическую помощь, ПВТ, лечение зависимости, и т.д.), увеличилось до десяти. В первую очередь внимание было обращено на пациентов с наиболее ограниченным доступом к медицинским услугам и наиболее высоким риском смертельного исхода: люди с двойным и тройным диагнозом потребления инъекционных наркотиков, ВИЧ и/или ТБ. В то же время это повлекло за собой важные позитивные перемены в ИП. В первое время несколько ТБ диспансеров получили лицензии на предоставление заместительной поддерживающей терапии опиоидной зависимости (ЗПТ) метадоном и бупренорфином, что является «золотым стандартом» в лечении опиоидной зависимости. В некоторых центрах СПИД также появились сайты ЗПТ. Благодаря финансовой поддержке доноров произошла реконструкция большого количества сайтов, посредством усовершенствования клинической инфраструктуры для расширения диагностических и лечебных служб, организации программ снижения вреда (обмена шприцев и консультирования), которые в дальнейшем были объединены как основные компоненты ИП<sup>12</sup>.



<sup>12</sup> Леженцев К. «Организация доступа к помощи и лечению маргинальным группам в Украине», Презентация на Международной Конференции по СПИД, Мехико, Август 2008. Информация взята в сети интернет по адресу [www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT0704.ppt](http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT0704.ppt) 10 Ноября 2009 года.

Практика назначения бупренорфина и метадона для лечения опиоидной зависимости заслуживает особого внимания в развитии интегрированной помощи. ЗПТ открыла большие возможности для людей, пытающихся снизить или же полностью прекратить употребление незаконных наркотиков. «Я принимал наркотики 18 лет до прихода в эту программу», - говорит Олег, пациент, получающий метадон в Кривом Роге. «Я испробовал множество путей для того,



*Олег и Оксана,  
участники программы в Кривом Роге*

чтобы бросить: проходил детоксикацию, посещал религиозные и другие программы, но ничего не сработало. Я уверен, что метадон – это единственный путь помочь людям прекратить принимать уличные наркотики». С ним соглашается Татьяна, пациентка бупренорфиновой программы: «Бупренорфин изменяет твою жизнь. У тебя появляется возможность работать и проводить время с семьей. Здесь, в Симферополе, в программе образовалось пять супружеских пар, две из которых имеют детей. Много других людей вернулись обратно к своим семьям после многих лет единственной заботы лишь о том, как найти наркотик».

Подобным образом говорят о ЗПТ и врачи. Вместе с наркологами другие специалисты сейчас имеют возможность назначать проверенную десятилетиями исследованиями терапию. Инфекционисты теперь могут стабилизировать состояние пациента в условиях сложного и длительного лечения ВИЧ или ТБ.

Как говорит Петр Анатолиевич Филоненко, нарколог Крымского Республиканского Наркологического Диспансера: «ЗПТ значительно повлияла на нашу работу. В прошлом, основной целью было полное и немедленное прекращение употребление наркотиков. Но мы ведь всегда знали, что есть люди, которые не могут или же не хотят остановиться. Начав ЗПТ, люди прекращают совершать преступления, связанные с необходимостью покупки наркотиков; прекращают вводить наркотики инъекционным путем, что значительно снижает риск инфицирования ВИЧ. Нашим пациентам стало намного легче получать медицинскую помощь. ЗПТ это не идеальное средство для каждого, но в целом она работает очень хорошо в большинстве случаев».

Концепция интегрированной помощи получила дальнейшую поддержку после признания ее ключевым подходом в Национальной Программе по СПИД 2009-2013, определившей количество организованных сайтов ИП как индикатор выполнения и установившей целью привлечь к услугам интегрированной помощи 1200 пациентов в 2013 году при финансовой поддержке грантов 6 Раунда Глобального Фонда. Для осуществления поддержки в осуществлении этого процесса, по инициативе ВОЗ была учреждена национальная рабочая группа, начавшая проводить регулярные встречи на протяжении 2008 и 2009 годов. Впоследствии, Альянс установил приоритетный статус для ИП в Фазе 2 текущего гранта ГФБСТМ, начав новые ИП программы в Полтаве и Николаеве летом 2009 года<sup>13</sup>.

К 2009 году определенное количество сайтов уже функционировало достаточно долго для того, что бы провести оценку, как общей деятельности, так и специфического компонента ИП – ЗПТ. Как было отмечено Украинским Институтом Исследований Политики Общественного

---

<sup>13</sup> Филиппович С.А. «Деятельность Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине по развитию центров интегрированной помощи для клиентов программ ЗПТ, финансируемых ГФБСТМ и ЮСЕЙД в Украине», Презентация для «круглого стола» в Институте Исследований Политики Общественного Здоровья по Интегрированной Помощи, 20 октября, 2009. Использован интернет ресурс <http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnyicenterip/trening> 8 ноября, 2009 года

Здоровья (УИИПОЗ), наличие и спектр основных услуг ИП достаточно вариабельно и существенно зависит от учреждения, на базе которого работает сайт ИП<sup>14</sup>.

По причине лучшего финансирования развития инфраструктуры, подготовки персонала, наличия лицензий и других законодательных моментов, Центры лечения СПИД на данный момент способны предоставлять большее количество услуг (хотя только для ЛЖВ), поскольку им не приходится перенаправлять пациентов в другие клиники для лечения.

Проверка УИИПОЗ также установила следующее:

- Мультидисциплинарные больницы и СПИД центры уже располагают штатом специалистов, способных предоставлять качественные услуги ИП, при оптимальном использовании финансовых ресурсов.
- ИП, тем не менее, является действенным подходом для всех медицинских учреждений. Приоритет должен отдаваться подготовке персонала в этой сфере и усилиям по развитию ИП в других местах;
- Каждый элемент предполагаемого спектра ИП услуг в какой-то форме уже был представлен в Украине, но ни одному сайту не удалось организовать полный пакет услуг «под одной крышей» на момент оценки. С точки зрения УИИПОЗ, выполнение этих целей требует более конкретной стратегии развития ИП и более четких практических руководств, а также реформ в законодательстве для исключения барьеров для ИП;
- Существуют значительные расхождения в вопросе о том, как осуществляется координация мультидисциплинарных коллективов и предоставляется кейс-менеджмент. Несомненно, также существует необходимость в повышении потенциала и стандартизации этого аспекта программ ИП.

---

<sup>14</sup> Форостяная Е. «Доступность полноценной медицинской и социальной помощи для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи». Презентация для «круглого стола» в Институте Исследований Политики Общественного Здоровья по Интегрированной Помощи, 20 октября, 2009. Использован интернет ресурс , 8 ноября, 2009 года  
<http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnycenterip/trening>.

#### 4. Практические примеры: Три сайта Интегрированной Помощи в Украине

---

*«Самое значительное достижение этой программы - это, прежде всего, желание жить у наших пациентов. Многие люди создали семьи и нашли работу. Я знаю всех родителей или родственников моих пациентов, и их жизнь изменилась в лучшую сторону».*



Д-р Елена Мухина, Симферопольский Центр СПИД

Три сайта ИП, о которых идет речь в этом отчете, имеют больше общих черт, нежели отличий. Все три учреждения расположены в относительно больших городах с количеством населения от 1 миллиона в Днепропетровске до 710,000 в Кривом Рогу и 350,000 в Симферополе. В каждом городе присутствуют свидетельства экономического упадка, возникшего еще со времен распада Советского Союза и последующего экономического кризиса. Во многом это коснулось Днепропетровска и Кривого Рога, городов во многом зависящих от тяжелой промышленности. Также во всех городах произошел стремительный рост употребления наркотиков и связанных с ним болезней, что является характерной чертой многих районов Восточной Европы и Центральной Азии: Днепропетровская область и Республика Крым на данный момент лидируют среди других регионов Украины по уровню распространения ВИЧ.

Используя общую модель организации ИП, каждому сайту, тем не менее, пришлось проложить собственный путь. Без прямого дополнительного финансирования со стороны Министерства Здравоохранения, персонал пришлось рассчитывать только на собственные личные связи, изобретательность и желание выслушать своих пациентов для создания необходимых услуг. Как же работают эти сайты сегодня?

#### 4а. Крымский Республиканский Наркологический Диспансер, Симферополь

---



*«Мы начали проводить тестирование ТБ в наркологическом диспансере даже до начала организации программ интегрированной помощи, но мы не могли обеспечить последующей работы с пациентами и многие просто потерялись. Одним из достижений нашей мультидисциплинарной команды является приобретенная способность определять слабые места и, так называемые, «бутылочные горлышки» в этой системе».*

Д-р Андрей Мандыбура, Крымский Республиканский Наркологический Диспансер

Если кто-либо зайдет в Крымский Республиканский Наркологический Диспансер в Симферополе, то сразу же почувствует присутствие Андрея Мандыбуры, врача, курирующего программы ЗПТ и архитектора услуг интегрированной помощи. Внутри и с наружи небольшого комплекса помещений, образующих диспансер, пациенты постоянно останавливают доктора Мандыбуру для приветствия и обмена новостями о том, как идут дела и как работает программа.

Уважение к врачу налицо, но такие отношения, возможно, более свойственны для полевых работников программ снижения вреда, нежели для известного врача. «Каждый клиент, с которым я работаю должен быть частью команды. Мы равны в принятии решений и в той работе по улучшению здоровья. Я думаю, что это единственный путь».

Наркологический Диспансер был одним из первых учреждений в Украине начавший заместительную терапию бупренорфином в 2004 году. Терапия метадоном была добавлена к услугам в августе 2008 года, обслуживая 131 пациента к октябрю 2009 года и со скоростью набора в 5 новых пациентов в неделю при запланированном количестве в 180 человек. Интегрированные услуги начали возникать на базе программ ЗПТ практически с самого начала. «Мы заметили, что около 90% людей живущих с ВИЧ, посетивших ТБ диспансер, были потребителями наркотиков. К тому же, две третьих наркологических пациентов имели в анамнезе ТБ инфекцию», - говорит Алла Владимировна Аухадиева, доктор-фтизиатр программы ИП. «Мы увидели четкую необходимость сотрудничества с наркологией». Елена Мухина, врач-инфекционист в Центре СПИД, приводит подобную статистику, отмечая, что «в Центре СПИД, около 75% людей живущих с ВИЧ принадлежат к группе потребителей наркотиков. 40% из них болеют или уже перенесли ТБ, или же требуют профилактики по поводу своего ВИЧ статуса. Это же очевидно, что нам необходима интегрированная помощь в Симферополе и у меня нет сомнений в том, что такая же ситуация сложилась во всей Украине».

Такая потребность действительно существует. В Крыму официально регистрируется 800-1000 новых случаев инфицирования ВИЧ в год с 2005 года. Таким образом, заболеваемость ВИЧ и СПИД делает этот регион одним из самых проблемных в Украине. Согласно международным стандартам, например, по официальным республиканским данным в 2007 году уровень первичная заболеваемость ВИЧ достигла 48.6<sup>15</sup>, что более чем в два раза превышает такой показатель в Соединенных Штатах (2006)<sup>16</sup>. Исследования среди ПИН в Симферополе показали уровень распространения ВИЧ более 50%<sup>17</sup>. Согласно Республиканскому Центру СПИД, 1250 людей в настоящее время в городе получают антиретровирусные (АРВ) препараты для лечения ВИЧ. Это одна из самых обширных программ в стране.

В отличие от Кривого Рога и Днепропетровска, в Симферополе нет ставки кейс менеджера. Тем не менее, здесь существует надежная система перенаправления между наркологией, СПИД Центром и ТБ Диспансером в комплексе с регулярным перекрестным набором пациентов и еженедельными встречами мультидисциплинарных команд на базе Наркологического Диспансера. Лечение и диагностика ТБ предоставляется в ТБ Диспансере, расположенном как раз через улицу от Наркологического Диспансера. СПИД Центр расположен намного дальше, однако врач инфекционист присутствует на сайте ИП как минимум раз в неделю, и предоставляет определенные дополнительные услуги (например,



Медсестры должны наблюдать за приемом препарата

<sup>15</sup> Министерство Здравоохранения Украины. *ВИЧ инфекция в Украине, Информационный бюллетень № 29*. Киев: 2008.

<sup>16</sup> Hall H et al. Estimation of HIV Incidence in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300(5).

<sup>17</sup> *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2007, No 76*. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire (EuroHIV), No 76, 2007.

тестирование и лечение гепатитов и ИППП) также вне сайта. Выдача заместительных препаратов происходит с понедельник по субботу с 8:30 до 13:00 и также предоставляется в небольших объемах в пяти районных наркологических больницах и в виде амбулаторного лечения в Городском и Республиканском ТБ Диспансерах. Психиатры, работающие в Наркологическом Диспансере, также имеют возможность оказывать психиатрическую помощь.

К сожалению, по причине недавнего прекращения финансирования, программа ИП на данный момент формально не может функционировать. Но та взаимосвязь между медиками и пациентами, которая зародилась в программе, держит систему наплаву. Как говорит Елена Мухина из Центра СПИД: «Мультидисциплинарные команды позволяют нам намного лучше контролировать помощь нашим пациентам, а так же намного качественней и более регулярно осуществлять повторные обследования. Даже не смотря на то, что я больше официально не работаю в проекте интегрированной помощи, это помогло мне построить очень крепкие отношения с моими пациентами. В итоге, нам нужны горизонтальные отношения между врачами и пациентами – нам необходимо сотрудничество».

Из ответов пациентов. «Я думаю, что это очень важно для людей иметь возможность получать базовую медицинскую помощь каждые несколько месяцев, проходить диагностические тесты, ну и тому подобное», - говорит Костя, пациент, принимающий бупренорфин: «Люди в программе ЗТ часто имеют много проблем с здоровьем после 10 или 20 лет потребления наркотиков – нам просто необходимо получить полноценный доступ в систему оказания медицинских услуг».



*Костя, участник программы в Симферополе*

Проблемы, возникающие в программе ИП и на других сайтах, во многом подобны. Доктор Аухадиева подчеркивает высокий приоритет адекватного финансирования: «Финансирование – это основная проблема. У нас есть специалисты, которые отлично понимают эту работу и готовы работать, но инфекционисты не хотят оставлять свое основное место работы надолго для волонтерской работы на сайте интегрированной помощи». Она, как и другие, высказывают свое недоумение по поводу организации системы здравоохранения Украины, которая препятствует истинной интеграции, требуя от пациентов оставить сайт в пользу отдельных учреждений. «Лучшим решением было бы одно здание, в котором бы объединились все услуги для лечения тройной патологии» - говорит доктор Аухадиева.



*Татьяна, участница программы в Симферополе*

Все еще молодая и излишне политизированная программа ЗПТ является в тоже время источником беспокойства, как для врачей, так и для пациентов. Законодательные преграды и угрожающее внимание милиции по поводу выноса препарата означает ежедневные визиты для пациентов ЗПТ, что усложняет не только их возврат к нормальной жизни – центральную идею программы, но и работу наркологической системы в целом. «Я бы хотел, что бы мы получали метадон по рецепту. Я – инвалид, и бывают дни, когда я не могу встать с кровати и в одиночку добраться до наркодиспансера» - говорит Женя. Елена, клиентка терапии бупренорфином, одна из многих пациентов, поднявших вопрос о трудоустройстве: «Для меня

лучший способ получать медикаменты по рецепту в аптеке. График выдачи препарата очень тяжело совместить с моей работой». Для Кости, время является проблемой: «Я живу в 20

километрах от Симферополя. Я должен тратить около трех часов ежедневно для поездки и получения препарата».

«Главное – это изменить подход к ЗПТ. В этом случае не должно быть разницы между рецептами для антидепрессантов и заместительными препаратами. Это инструмент, с помощью которого врач помогает пациенту» - говорит доктор Мандыбура, координатор ЗПТ программы. Это относительно простое описание сути проблемы можно использовать для описания основной философии ИП в Симферополе. Как говорит доктор Аухадиева: «Интеграция дополнительных услуг это всего лишь вопрос желания и мотивации. Медики могут сделать это где угодно. В этом нет ничего непреодолимого».

#### **4b. Психоневрологический Диспансер г. Кривой Рог**

«Мы начали интегрированную помощь одновременно с ЗПТ. Сначала мы волновались по поводу возможных осложнений, например, передозировок у наших пациентов. Но после 1-2 месяцев мы убедились, что мы не вредим нашим пациентам, и, в действительности, их здоровье поразительно улучшилось».

Д-р Дмитрий Валентинович Шапошник, Наркологический Диспансер, Кривой Рог.

Растянувшись на 126 км с севера на юг, один из самых больших металлургических производителей в мире, Кривой Рог, стал центром эпидемии ВИЧ, последовавшей за экономическим коллапсом на протяжении последних двух десятилетий. Результаты исследования среди 540 ПИН в 2007 году определили, что более чем 30% являются ВИЧ позитивными, и приблизительно 45% оказались инфицированными гепатитом В или С<sup>18</sup>. Другие эпидемиологические исследования обнаружили, что распространение ВИЧ среди ПИН в Кривом Рогу достигает отметки в 89%<sup>19</sup>.

Около 5000 жителей города зарегистрированы как потребители наркотиков, хотя местные работники программы снижения вреда оценивают действительный показатель ближе к 15 000. Содержащая опиум ширка, остается доминирующим инъекционным наркотиком в городе. Тем не менее, медицинские работники предполагают, что около одной трети ПИН используют наркотики из группы стимуляторов, например, винт.



*Д-р Страх, Психоневрологический диспансер,  
г. Кривой Рог*

Министерство Здравоохранения приняло решение учредить ЗПТ в Кривом Рогу приблизительно два года назад, тем самым создав основу для будущей программы ИП. Заместительная терапия метадоном началась в 2008 году. «Если честно, когда мы впервые начали говорить о ЗПТ, я был против... - говорит Дмитрий Валентинович Шапошник, нарколог Наркологического Диспансера в Кривом Рогу. Нам, в некотором смысле, было интересно увидеть, что же использовали другие страны, даже при условии, что это не пройдет в Украине. Но, в итоге, как только мы начали непосредственно это делать, мы

быстро стали замечать позитивный эффект».

<sup>18</sup> Смирнов П. «Методика «равный-равному» среди потребителей стимуляторов в Украине». Презентация на Глобальной Конференции по Метафмфетамину, Прага, 15 сентября, 2008 год.

<sup>19</sup> HIV/AIDS Health Profile, Ukraine. Kyiv, USAID, 2008.

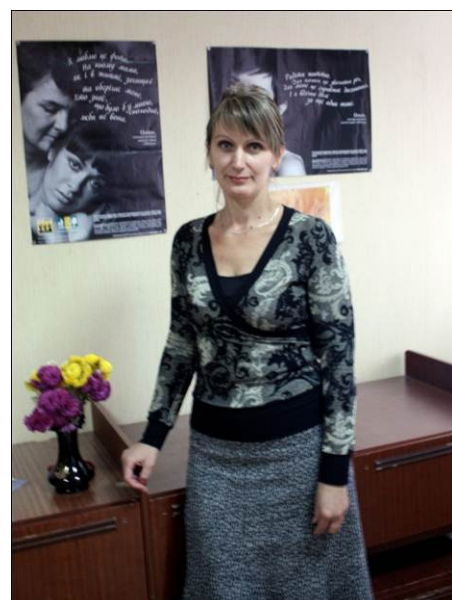
Городской Наркологический Диспансер, база ИП программы, расположен на территории большой психиатрической клиники. Заведующий отделением, Петр Андреевич Страх, разделял изначальный скептицизм доктора Шапошника относительно ЗПТ: «Сначала, я занимал активную позицию против метадона, можно сказать, был активистом против ЗТ. Я – православный христианин, и наша религия не одобряет этот метода лечения. Но как врач, чем больше я видел, тем больше я убеждался, что невозможно отрицать позитивный эффект метадона: социальная функция – лучше, семейная жизнь – лучше, трудоустройство, намного лучше доступ к медицинской помощи и улучшение здоровья, намного меньше криминальная активность. Сейчас я покидаю Кривой Рог, чтобы вернуться к практике в мой родной небольшой город, и там я сделаю все, что смогу, чтобы начать метадоновую программу».

В настоящее время наркологический диспансер предоставляет заместительную терапию для 136 пациентов. Программа ИП, при финансовой поддержке Фонда Клинтона, обеспечивает клиентов ЗПТ лечением и уходом при ВИЧ и ТБ, консультированием, а также многими другими услугами. Однако, некоторые ключевые услуги (такие как выдача препаратов для лечения ВИЧ и ТБ) все еще осуществляются на других сайтах. Вся работа координируется мультидисциплинарной командой, объединяющей в себе разнообразных медицинских специалистов государственных служб. Помимо поточных обсуждений отдельных пациентов, мультидисциплинарная команда раз в месяц встречается на собрании для обсуждения работы программы, трудностей, необходимых улучшений и дальнейшей координации. Некоторых специалистов, включая социальных работников, юриста и гинеколога предоставляет местная благотворительная организация «Общественное Здоровье», занимающаяся снижением вреда.

В общем, программа ИП способна обеспечить полную ставку нарколога и наркологической медсестры, психолога и социального работника. Специалисты по ВИЧ и ТБ посещают программу раз в неделю, однако они пока не могут выдавать медикаменты на сайте; СПИД Центр и ТБ Диспансер находятся на достаточно большом расстоянии от Наркологического Диспансера и еще не предоставляют ЗПТ при лечении пациентов в стационаре. Тем не менее, планируется ввести 80 новых мест для ЗПТ в этих структурах в ближайшем будущем.

Социальный работник и кейс-менеджер Надежда Великодная первой встречает каждого клиента. «Первой задачей в моей работе является установление доверительных отношений со всеми клиентами, и, в случае возникновения какой-либо проблемы, они без стеснения могут обратиться ко мне, – говорит Надежда. – Каждый нуждается в индивидуальном подходе. Вы не можете навязать им какую-нибудь идею о том, какую терапию или помощь должен получать человек».

Надежда регулярно поводит клиентам короткие тренинги по ВИЧ, гепатитам, приверженности к лечению и т.д. Цель тренингов – создать среду доверия и поддержки, где клиенты обретают необходимые знания для решения своих индивидуальных проблем. Как оказывается, то, что пациенты имеют место, где они могут так же поддержать друг друга, является очень важным. Как сказала Надежда: «Много наших клиентов – великодушные люди, которые готовы помочь. Одна наша клиентка потеряла ногу, а позже – умер ее муж. Другие клиенты недавно принесли ей большую сумку с одеждой и разными вещами для ее ребенка. Очень приятно видеть людей, привыкших к плохому обращению, среди заботы и внимания».



*Надежда Великодная, кейс-менеджер, Психоневрологический диспансер г. Кривой Рог*



«Кейс менеджмент – это звено в цепочке между пациентами и врачами», - говорит директор фонда «Общественное Здоровье» Светлана Аркадиевна Осипова. Как компонент системы ИП в Кривом Рогу, кейс менеджмент работает в тандеме с командой медиков: ведется наблюдение за каждым пациентом, обеспечение ориентирования пациента в системе медицинских услуг, обеспечение более интенсивной помощи клиентам с множественными медицинскими проблемами. «Моим самым большим достижением являются те люди, которым я помогла начать (антиретровирусную терапию), - говорит Надежда, - среди которых мой личный пример – мой муж». Достижение подобным результатов может состоять из многих шагов, как в случае с Викторией, клиенткой, пришедшей в наркологическое отделение в достаточно тяжелом состоянии, которой поставили тройной диагноз – ВИЧ, туберкулез и болезнь печени, вызванная



*Светлана Осипова, директор фонда  
«Общественное Здоровье», г. Кривой Рог*

гепатитом. После первой консультации, она запланировала визиты к инфекционисту, хирургу, фтизиатру и психологу. Роль интегрированной помощи в этом случае - это помощь пациенту без замешательства и страха в обычном использовании системы медицинских услуг. Несмотря на низкий показатель CD4 и туберкулез, Виктория сначала отказалась начать АРТ по причине страха негативного влияния медикаментов на ее печень, без того пораженной болезнью. Эта ситуация требовала обсуждения в присутствии всех членов команды специалистов, координирующих ее лечение.

Усилия директора Криворожской программы по развитию услуг интегрированной помощи на базе ЗПТ и кейс менеджмента на данный момент увенчались успехом. Говоря о результатах очень коротко, доктор Страх отметил: «Сейчас мы чувствуем, что мы нужны пациентам. Хотя я не всегда так думал». Позитивные результаты в социальном функционировании пациентов во многом определяются решением конкретных медицинских проблем. С точки зрения доктора Шапошника, «процесс социальной адаптации наших пациентов занимает особое место. Во-первых, только около 5% из них были трудоустроены; теперь это один из трех. Многие вернулись к своим семьям. По-человечески говоря, мне это очень нравится. Я счастлив видеть глаза их родителей. С точки зрения медицины вообще, те медицинские услуги, которые предоставляются на сайте, часто недоступны для общего населения».

Пациенты также разделяют это мнение. По поводу основ интегрированного подхода Ольга говорит: «Мне очень нравится отношение медицинского персонала. Они всегда добры и стремятся помочь. Они относятся к нам как к равным. В других клиниках такого нет». Другие часто говорят о тех радикальных переменах, произошедших после прекращения использования незаконных наркотиков. «Я не жил со своей семьей около 7 лет, но сейчас, когда я принимаю метадон, я смог вернуться к жене и детям», - говорит Виталий. Молодая женщина Татьяна рассказывает: «Я вспоминаю свою жизнь сразу после начала приема метадона. Я приходила на место, где я обычно покупала ширку, просто по привычке. В ожидании покупки, я внезапно осознала – я этого не хочу».

Многие проблемы для будущего развития ИП в Кривом Рогу оказались свойственными и для других сайтов, которые были оценены в ходе подготовки этого отчета. Пациенты выразили свое неудовлетворение по поводу дробления таблеток работниками программы, полагая, что это симптом продолжающейся дискриминации и широко распространенного заблуждения по поводу ЗПТ. «У нас много проблем, связанных с дезинформацией о метадоне, - отмечает Ольга. – Местные новости сообщают, что мы поступаем безрассудно, что главный врач неправ, назначая эти медикаменты, ну и тому подобное. Активные потребители наркотиков говорят подобные

вещи: «Метадон опасен. Доктора проводят над вами эксперименты. Необходимо провести обширную образовательную программу».

Персонал знает о таких проблемах, способных оказать сильное влияние на их работу. Доктор Страх отмечает: «Нам катастрофически не хватает наркологов. Люди не хотят начинать работать на этом поприще, где постоянно возникают конфликты или проблемы с милицией. В то же время многие не поддерживают ЗПТ. В Кривом Рогу у нас работает пять наркологов в то время, как нам нужно хотя бы 17. За прошедших 10 лет у нас не появилось ни одного нового нарколога». Тем не менее, расширение доступа к качественным услугам является приоритетным. «То единственное, что мы должны делать это повышение количества пациентов и сайтов ИП, - говорит доктор Шапошник. – Люди боятся неизвестного. Мы должны предоставить широкой общественности как можно больше информации о том, что мы здесь пытаемся делать».

#### 4с. Днепропетровский Центр СПИД

---

«Услуги интегрированной помощи очень необходимы нашим пациентам. Большинство имеют ВИЧ позитивный статус или же другие серьезные медицинские состояния, и ЗПТ – это всего лишь один из многих инструментов, помогающим людям почувствовать себе здоровее. Хотя я специализируюсь на проблемах связанных с употреблением наркотиков, но насколько я вижу свою роль в этом процессе, то могу сказать, что не стоит забывать о других медицинских проблемах моих клиентов. Если я подозреваю что-либо, я должен убедиться, что пациент находится в поле зрения моих коллег».

Доктор Олег Викторович Штенгелов, Нарколог, Центр СПИД в Днепропетровске.

Наряду с Одесской областью, Днепропетровская область разделяет статус региона с самым высоким распространения ВИЧ в Украине и второе место после Донецка по количеству ЛЖВ.<sup>20</sup> Одиннадцать тысяч человек зарегистрированы как ВИЧ позитивные в Днепропетровске, и около 6 000 каким-то образом обращались в Центр СПИД. Согласно информации Алены Лесничей, директора Центра СПИД, около 80% имеют в анамнезе употребление наркотиков. Однако отмечается рост передачи ВИЧ половым путем, что является более критическим фактором передачи среди молодежи, нежели это было в прошлом. Как и везде в Украине, наркосцена эволюционировала за последние годы - приблизительно 50% ПИН в Днепропетровске употребляют стимуляторы.

Сайт ИП расположен на территории Центра СПИД и был основан при финансовой поддержке Фонда Клинтон. Сайт располагает, несомненно, самыми большими ресурсами и самой развитой инфраструктурой из всех трех сайтов, описанных в этом отчете. Это частично объясняется его расположением и частично наличием относительно лучшего финансирования центров СПИД, чем наркологических клиник в последние годы. На сайте ИП по запросу можно получить помощь инфекциониста, нарколога, гинеколога, кейс менеджера и социального работника. Психолог и фтизиатр посещают сайт приблизительно раз в неделю, а психиатр (имеющий право назначать психиатрические препараты) – один раз в месяц. В отличие от наркологических диспансеров, препараты для лечения туберкулеза выдаются недалеко от кабинета ЗПТ, что делает систему прямого надзора за приемом (ДОТС) более эффективной.

Клиенты ИП в Днепропетровске могут начать индукцию отчасти быстрее, чем на других сайтах - в основном через 1-2 дня. Поскольку пациенты попадают в программу через Центр СПИД, к этому времени они уже проходят все необходимые анализы крови, и зарегистрированы в местном наркологическом диспансере. К тому же, больница располагает оборудованием для диагностики туберкулеза до индукции метадоном. В общем, такая структура существенно уменьшает необходимость направления пациентов в другие лечебные учреждения до начала ЗПТ.

---

<sup>20</sup> Министерство Здравоохранения Украины. *ВИЧ инфекция в Украине, Информационный бюллетень № 29*. Киев: 2008.



*Мультидисциплинарная команда Днепровского центра СПИД*

Д-р Лесничая называет несколько недавних достижений Центра СПИД в сфере интегрированной помощи: «Прежде всего, ЗПТ оказалась невероятно полезной. Когда мы начинали, мы думали, что это абсолютно невозможно, но все же терапия оказала действительно позитивный эффект на жизнь наших пациентов». Услуги акушера и гинеколога оказались особенно уместными для ВИЧ позитивных женщин. Мультидисциплинарная команда улучшила качество помощи, несмотря на тот факт, что данные услуги не регламентированы в Украинской медицине. Как она отмечает, «Наша команда – инфекционисты, фтизиатры, наркологи, психиатры, медсестры, социальные работники – прекрасно работает при соответственном финансировании. Но как раз с финансированием часто случаются перерывы, что существенно влияет на работу». Дмитрий Чехов, социальный работник НГО Виртус, осуществляющий кейс менеджмент в программе ИП, говорит: «Мы действительно внимательно относимся к приверженности к АРТ. С тех пор, как мы начали программу ИП, только два или три человека ушли. Мы постоянно в курсе дел об улучшении показателей уровня CD4 и вирусной нагрузки у наших пациентов, общих позитивных изменений в их здоровье».

В общем, услуги в Центре СПИД основаны на приверженности к принципам снижения вреда. Ссылаясь на подход в наркологических услугах в рамках программы, которые он контролирует, Олег Викторович Штенгелов говорит: «Снижение вреда необходимо применять в каждом аспекте нашей работы. Зависимость требует долгосрочного лечения, поэтому необходимо уделять должное внимание тому времени, когда люди борются». Как просто сказала медсестра Татьяна Садырина: «Медработникам необходимо терпение – перемены требуют времени».

Виртус также предоставляет дополнительные услуги по снижению вреда в программе ИП. Например, каждый пациент ЗПТ проходит тренинг по профилактике передозировок и получает аптечку с налоксоном, антидотом опиатов. Однако ни один пациент до сих пор не сообщил о применении налоксона. Предоставление этого препарата вызвало настороженность среди некоторых медиков, но было позитивно оценено пациентами, которые перенесли передозировку в прошлом.

Несмотря на прогресс, программа ИП продолжает сталкиваться с серьезными проблемами, которые могут угрожать ее жизнеспособности. Хотя Центр СПИД менее зависим от внешнего

финансирования, чем наркологические диспансеры, работники беспокоятся по поводу продолжения финансирования. Кроме этого, персонал озабочен существенным вмешательством и давлением со стороны местных правоохранительных органов и ОБНОН. Работники отметили недавний инцидент, когда работники милиции вошли в Центр с намерением арестовать пациента, и, таким образом, усложнили участие других клиентов в таких жизненно необходимых услугах и возможности медиков нормально предоставлять услуги. Мультидисциплинарная модель Центра СПИД также имеет свои недостатки: программа не может предоставлять абсолютно все медицинские услуги и, как утверждает доктор Лесничая, другие учреждения часто дискриминируют ВИЧ позитивных пациентов и потребителей наркотиков. Центру СПИД часто приходится преодолевать сопротивление местных больниц, которые не принимают их пациентов.

Несмотря на позитивную оценку предоставления услуг в программе ИП, среди пациентов продолжает присутствовать беспокойство по поводу ограничивающей природы ЗПТ. Многие недовольны отсутствием возможности получения метадона на руки или альтернативной выдачи препарата в аптеке и считают это основным барьером для нормальной жизни и трудоустройства. Как заметил один пациент: «Дорога к сайту занимает существенное количество времени и средств. Было бы очень хорошо, если бы метадон выдавали в районных больницах, ближе к месту проживания большинства из нас». Результатом давления со стороны правоохранительных органов стало то, что работники программы дробят таблетки с целью профилактики выноса препарата. Это воспринимается пациентами как оскорбление, и многие выражают свое неудовольствие по причине возможных клинических проблем, связанных с такой практикой. («Каждый раз, принимая раздавленные таблетки я испытываю тошноту, а время действия препарата сокращается»). Несколько человек упомянули потенциальную угрозу со стороны милиции о возможном изъятии водительских прав из за участия в программе ЗТ.

В целом, программа ИП в Днепропетровске внушает ощущение продвижения к чему-то новому, лучшему в предоставлении медицинских услуг людям с историей употребления наркотиков. Удержание пациентов в программе остается на высоком уровне, а уровень организации клинической команды заслуживает высокой оценки. Как и в каждом стремлении авангардной команды в любой области, здесь тоже присутствует эмоциональный компонент. Как подвела итог доктор Лесничая: «Очень важно для людей, работающих в этой сфере, любить своих пациентов. Без настоящей любви невозможно выполнять такую работу».

## 5. Усвоенные уроки

---

Что можно сказать о развитии ИП программ в Украине? Ясно то, что программы пока не в состоянии полностью объединить разные части системы предоставления медицинских услуг для обеспечения непрерывности лечения и позитивных результатов для пациентов. Множество причин в этой ситуации заключается в законодательной базе системы здравоохранения Украины, проблем с финансированием, нехваткой персонала и других проблемах. В то же время абсолютно ясно, что ИП имеет огромный потенциал для изменения украинской медицины в лучшую сторону для всех категорий пациентов. Недавние исследования, проведенные ВОЗ, УИИПОЗ и международными экспертами установили тот факт, что ИП способствует улучшению доступа к помощи и лечению, а также повышает уровень взаимодействия медицинских дисциплин.

При оценке определенных сайтов УИИПОЗ, было установлено, что большая часть пациентов на всех сайтах были проинформированы по поводу более чем 40 различных услуг, предоставляемых непосредственно на сайте или по перенаправлению. Основные компоненты, такие как наркологическая помощь, диагностика ВИЧ и ТБ, психосоциальная поддержка, пользовались большой популярностью. Программы ИП, функционирующие на базе Центра СПИД, имели немного больший успех в вопросах предоставления пациентам более широкого спектра медицинских услуг.

Программы также показали другие позитивные, хотя менее весомые, результаты. Многие работники делились своими ощущениями, что они, на данный момент, будучи частью программы

ИП, могут лучше обслуживать своих пациентов, и, следовательно, в более полной мере выполнять свою работу. «Мы привыкли к своим пациентам, научились доверять друг другу в этой системе, и сейчас смотрим на них, я бы сказала, почти как на своих родственников», - говорит Татьяна Садырина, медицинская сестра Центра СПИД в Днепропетровске. Мнение клиентов отразило вышесказанное в словах Ольги, участника программы в Кривом Рогу: «Мне очень нравится отношение персонала. Они добрые и хотят помочь. Они относятся к нам как к равным. Другие клиники очень далеки от этого».

## Ключевые Элементы Интегрированной Помощи в Украине

- «Во-первых, ты должен верить в терапию. Во-вторых, создай команду из людей, которым ты можешь доверять и на которых можешь положиться. Следующее, не ставь перед собой больших, сложных целей, способных немедленно тебя обескуражить. Требуется время и самоотверженность для того, что бы помочь людям измениться».
- Д-р Дмитрий Валентинович Шапошник, Психоневрологический Диспансер г. Кривой Рог
- На всех трех сайтах, которые были посещены в ходе подготовки этой публикации, существует общее мнение персонала и пациентов, относительно наиболее важных характеристик программ, которые удалось обеспечить на данный момент:
- **Базовый пакет необходимых услуг**, включая помощь при наркотической зависимости, ВИЧ и ТБ инфекции, психиатрических заболеваниях и психосоциальную поддержку;
- **Модель мультидисциплинарной команды, объединенной ведением индивидуального случая каждого пациента** с регулярными встречами и активной работой по уменьшению количества барьеров для оказания медицинской помощи, а также подготовкой специалистов по дополнительным клиническим дисциплинам. Новые программы должны учесть то, что «подготовка специалистов решает все, - говорит Светлана Осипова из команды Кривого Рога. – Речь идет не всего лишь о теоретическом тренинге – люди должны увидеть ИП на практике, в моделях реально существующих сайтов»;
- **Доверительные отношения с пациентами и партнерский подход к их лечению.** Людмила Кибовская, медицинская сестра из Днепропетровска, советует «относится к пациентам как равным, а не только как к представителям «группы риска»». Персонал необходимо подбирать из тех, кто готов работать без предвзятого отношения и дискриминации;
- **Использование принципов снижения вреда**, как в отношении конкретных услуг, так и в отношении других элементов ИП. «Необходимо везде использовать принцип снижения вреда», - говорит доктор Штенгелов, нарколог из Днепропетровска. Индивидуальные изменения требуют времени, и пациенты заслуживают поддержки в этом процессе. «Люди, много лет принимавшие инъекционные наркотики много знают о своем здоровье и многое могут вам рассказать. Поэтому очень важно иметь обратную связь. Зависимость сложна и мы должны оценивать человека в целом – физическое здоровье, социальные и психологические факторы. Только тогда можно решать, как индивидуализировать терапевтический подход», - подводит итоги доктор Штенгелов;
- **Рациональное расположение сайта**, в удобном для пациентов месте, с инфраструктурой, позволяющей практическую реализацию ИП;
- **Взаимодействие между негосударственным и государственным сектором** с целью максимального расширения спектра и улучшения качества услуг. Как неоднократно было отмечено персоналом ИП, несмотря на недостатки в инфраструктуре НГО для обеспечения комплексной медицинской помощи, они часто имеют в своем распоряжении разнообразные, вспомогательные места для клинического персонала и финансовые ресурсы, не всегда доступные для государственных клиник. В Кривом Рогу, например, НГО осуществляют программу снижения вреда, гинекологическую помощь и социальную

поддержку для ИП пациентов. Подобным образом в Днепропетровске НГО предоставляет помощь кейс-менеджера, консультирование и профилактику передозировок в структуре программы ИП.

## Барьеры для Интегрированной Помощи

---

К сожалению, программы ИП в Украине также сталкиваются с большим количеством преград в своем развитии. Большинство из них относятся к: регуляторной политике Министерства Здравоохранения относительно путей и способов предоставления медицинских услуг в Украине; дезинформации и противоречиям относительно природы ЗПТ; и/или финансовые ограничения. Устранение каждого компонента требует комплекса изменений в законодательстве, организации клинической подготовки, улучшения межведомственных взаимодействий и информировании населения. Модель ИП должна найти такую поддержку и распространение, что бы повлиять на эпидемию ВИЧ в Украине. Здесь перечислены проблемы, высказанные персоналом и пациентами во время визитов на сайты:

### Общие проблемы предоставления медицинских услуг

- *Недостаточная подготовка медицинских специалистов по дополнительным дисциплинам:* Даже внутри мультидисциплинарных команд остается тенденция к разграничению ответственности между дисциплинами (например, уход, назначение медикаментов и т.д.), что приводит к меньшей гибкости и эффективности модели. Это является результатом неиспользования тренинговых возможностей, а также неполноценности текущей нормативной базы Министерства Здравоохранения в медицинской практике.
- *Излишний акцент на диагностике:* Некоторые обследования, произведенные в ИП сайтах, могут быть клинически не обоснованы. Например, частое использование устаревших флюорографов, как первичного диагностического инструмента для ТБ, может подвергнуть пациента риску излишнего облучения и, в то же время, не определить существенное количество случаев заболевания.
- *Неполноценный доступ к медицинским услугам для женщин:* Некоторые врачи и пациенты описали медицинские услуги для женщин, как недостающее звено некоторых программ. Более полноценный доступ к услугам по сексуальному и репродуктивному здоровью, а также к первой медицинской помощи для женщин необходим, как для наличия их в системе ИП, так и в отношении улучшения работы специалистов в области женского здоровья (особенно в акушерстве и гинекологии).

### Проблемы, связанные с заместительной терапией опиоидной зависимости

- *Ограничительные квоты на места в ЗПТ:* Многие медицинские работники считают государственные квоты в ЗПТ вредными. Расширение услуг ЗПТ должно происходить «более естественным» путем, когда врачи способны проводить индукцию пациента, руководствуясь потребностью и с большей гибкостью, в условиях клиник с опытом работы в этой сфере, способных собрать больше таких пациентов.
- *Недостаточно распространенная практика получения ЗПТ по рецепту, выдачи на руки или выдача в аптеках:* За исключением небольшого количества сайтов в некоторых городах, большинство украинских пациентов ЗПТ получают свой препарат исключительно под прямым наблюдением медицинского персонала и непосредственно на сайте. Такая практика несвойственна более успешным программам ЗПТ в других странах, и представляет собой значительную и бессмысленную преграду для полноценной, свободной от нелегальных наркотиков жизни пациентов.



Рецепты на бупренорфин

- **Сложная и очень трудоемкая отчетность:** Нынешние требования к ведению документации связанной с оборотом наркотиков (например, разнообразные дозировки таблеток, с отдельным отчетом по каждой дозировке) излишне усложняет выдачу препарата и отчетность, что соответственно снижет то количество пациентов, которое способна обслужить программа и повышает расходы.

- **Вмешательство силовых структур и вызываемое этим беспокойство:** Многие работники и пациенты сообщали об активном наблюдении ОБНОН за программой ЗПТ, которое иногда переходило в прямые или косвенные угрозы в отношении врачей и пациентов. Такое вмешательство в прошлом существенно осложняло предоставление услуг ЗПТ, и в ближайшем будущем будет служить барьером для полноценной работы программы. Давление со стороны милиции, как было упомянуто, стало причиной дробление таблеток заместительного препарата на большинстве сайтов. Такая практика порождает антагонизм и недоверие между пациентами и персоналом.



Подсчет таблеток метадона

### Финансирование

- **Недостаточное финансирование и слабая инфраструктура во многих сайтах:** Недостаточное или часто прерывающееся финансирование ИП программ подвергает риску как саму службу, так и пациентов. Вдобавок та инфраструктура, которой располагает медицинская отрасль, представляет собой значительную проблему для предоставления качественных услуг во многих местах.
- **Неэффективное использование кадровых ресурсов:** Отсутствие возможности у медицинских учреждений привлекать персонал из другой клиники для работы (ИП программы вынуждены нанимать специалистов, как консультантов по совместительству с оплатой труда из других источников), или у врачей, для приема пациентов вне строго обозначенных границ, приводит к увеличению затрат, снижению продуктивности и, очень вероятно, ухудшению качества услуг.

## Дальнейшие шаги

---

Очень много еще предстоит сделать в сфере интегрированной помощи. Тем не менее, Украина, в основном, находится на правильном пути. Несколько доноров сделали свои вклады в ИП, которую нужно расширять и привести в соответствие с государственным законодательством. Подготовка национальных экспертов привела к формированию ряда опытных команд и продвинутых программ в разных городах, включая и те, что не упомянуты в этом отчете. Эти программы нуждаются в разработке стратегии дальнейшего развития и технической поддержке для достижения высших стандартов. Необходим перевод ИП на постоянную основу, чтобы обеспечить использование этого подхода как базового в лечении ВИЧ и наркотической зависимости. Многое необходимо сделать в отношении пациентов ЗПТ, их качества жизни и желания использовать различные услуги. Некоторые изменения в законодательстве, более глубокий тренинг различных медицинских работников, работа по информированию представителей властей о ЗПТ может привести к необходимым улучшениям.

Многие из упомянутых выше проблем могут показаться непреодолимыми на первый взгляд, и поэтому, чтобы достичь существенного изменения, придется сделать множество небольших шагов. Некоторые шаги непосредственно связаны с подбором кадров и тренингам на клиническом уровне, другие требуют изменения в законодательной базе и значительных перемен в сознании людей и культуре здравоохранения в Украине. Людям, работающим в сфере ИП, необходимо помнить, что перемены, казавшиеся невозможными в прошлом, уже произошли. Уже пять лет исполняется ЗПТ в Украине, и только сейчас значительное количество людей стали пациентами этой программы. Первые попытки организации ИП программ были сделаны намного раньше. В вопросах потребления наркотиков, улучшения доступа к жизненно необходимому лечению ВИЧ, а также создания современной системы взаимосвязей в медицине Украина показала значительно больший прогресс, нежели большинство ее соседей. Украина может и должна продолжать борьбу за более эффективную и гуманную систему здравоохранения.