

ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ

Від вживання психоактивних речовин і профілактика соціально-небезпечних захворювань в установах та закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України



Навчальний модуль для підготовки
соціальних робітників з числа засуджених
за методом «рівний-рівному» для
залучення до впровадження програм
зменшення шкоди в УВП

**«Зменшення шкоди від вживання
психоактивних речовин і профілактика
соціально-небезпечних захворювань в
установах виконання покарань»**

Авторський колектив:

Большева С. О., менеджерка БО «FREE ZONE»
у соціальній сфері, психологиня

Волік А. М., залучений експерт, лікар,
керівник профілактичних програм
БФ «Громадське здоров'я»

Загребельний О. С., керівник БО «FREE
ZONE»

Злобинець М. В., заступник директора ЦОЗ
ДКВС України з медичних питань

Канюка Я. М., консультант групи
впровадження проєктів Глобального фонду
державної установи «ЦГЗ МОЗ України»

Ханюков Є. В., головний фахівець з
управління міжнародними проєктами та
міжнародної співпраці державної установи
«ЦГЗ МОЗ України», програмний менеджер
проєктів Глобального фонду

Рецензенти:

Васильєв С. Г., директор ЦОЗ ДКВС України

Кучерук О. В., виконавча секретарка Комісії
з наркополітики Східної та Центральної
Європи та Центральної Азії

Довбах Г. В., виконавча директорка
Євразійської асоціації зменшення шкоди

СПИСОК АБРЕВІАТУР

АРВТ – антиретровірусна терапія

ВГВ – вірусний гепатит В

ВГС – вірусний гепатит С

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГРЗ – гостре респіраторне захворювання

ДКП – доконтактна профілактика

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ІТ – індексне тестування

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА – імуноферментний аналіз (для виявлення ВІЛ-інфекції)

КФ – кейс-файндер (фахівець, який має доступ до ЦГ та надає послуги за методом РР)

ЛВІН – людина, яка вживає ін'єкційні наркотики

МДК – мультидисциплінарна команда

МПВ – місця позбавлення волі

НУО – неурядова організація

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ПАР – психоактивна речовина

ПКП – постконтактна профілактика

ПОШ – програма обміну шприців

РР – «рівний-рівному» (метод соціальної роботи із залученням до надання послуг представника відповідної ЦГ)

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

СНЗ – соціально небезпечні захворювання

СП – секс-працівник/працівниця

УВП – установа виконання покарань

ЦГ – цільова група

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками

Установи ДКВС України – установи Державної кримінально-виконавчої служби України

ЗОЗ ДКВС України – заклади охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України

ЗМІСТ

ЗАНЯТТЯ №1

Профілактика як галузь охорони здоров'я і соціальної роботи. Загальні засади соціальної профілактики	10
Види профілактики: первинна, вторинна, третинна.....	12
Організаційні особливості роботи з профілактики в установах та ЗОЗ ДКВС України.....	22
Профілактика ВІЛ-інфекції та соціально-небезпечних захворювань (СНЗ) в установах ДКВС України. Огляд профілактичних програм за методом «рівний-рівному».....	23
Профілактична робота методом «рівний – рівному».....	27

ЗАНЯТТЯ №2

Соціально-небезпечні захворювання (СНЗ) в українських реаліях. Чинники поширення соціально-небезпечних захворювань в установах та ЗОЗ ДКВСУ.....	35
ВІЛ-інфекція: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика.....	40
Вірусні гепатити В, С: шляхи передачі, прояви, ускладнення, діагностика, лікування, профілактика	48
Туберкульоз: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика.....	54

ЗАНЯТТЯ №3

Стратегія зменшення шкоди: філософія, принципи, заходи.....	63
-------------------------------------------------------------	----

Психоактивні речовини і хімічна залежність. Види актуальних ПАР. Поширеність в українському соціумі і в установах та ЗОЗ ДКВСУ.....	67
Зменшення шкоди від вживання ін'єкційних ПАР. Обмін шприців. Замісна підтримувальна терапія.....	73
Передозування опіоїдами: прояви, перша допомога, Налоксон, профілактика передозувань.....	76
Передозування стимуляторами (амфетамін, метамфетамін, екстазі, «сіль» та їм подібні ПАР).....	82

ЗАНЯТТЯ №4

Міжнародний огляд програм обміну шприців/голок в пенітенціарному секторі.....	90
Існуючі моделі щодо впровадження програм обміну шприців/голок.....	91
Рекомендована для впровадження модель обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України.....	96
Нормативно-правова база впровадження програми обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України.....	98

ЗАНЯТТЯ №5

Організація роботи з обміну шприців в установах та ЗОЗ ДКВСУ та надання комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди.....	110
Правила збору і утилізації шприців та інфікованих матеріалів.....	122
Техніка безпеки персоналу і клієнтів при обміні шприців.....	124

ВСТУПНЕ СЛОВО

В установах виконання покарань відсоток ВІЛ-інфікованих осіб в кілька разів перевищує відповідний показник в цивільному секторі. За даними Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України, питома вага ВІЛ серед осіб, які підлягають медичному обслуговуванню у закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України, коливається від 1,7% до 40% у різних установах виконання покарань, із середнім показником 8,3%.

За ступенем поширеності серед інших шляхів передачі інфекцій перше місце посідає парентеральний шлях. Це можна пояснити використанням нестерильного медичного інструментарію (шприців та голок) ув'язненими, які вживають ін'єкційні наркотики.

Часто засуджені, які практикують ін'єкційне вживання наркотиків, не мають доступу до стерильного інструментарію. Це суттєво впливає на поширення інфекцій, які передаються через кров, всередині установ виконання покарань, а після звільнення – в цивільному секторі серед їх оточення.

Запровадження програм обміну шприців (ПОШ) сприяє скороченню випадків передозувань і смертей, докорінно змінює способи, за допомогою яких медпрацівники і соціальні працівники пенітенціарного сектору можуть проводити консультації з засудженими та особами, взятими під варту.

Грамотно організовані програми обміну шприців з чітким алгоритмом надання відповідних послуг сприяють ефективному перенаправленню людей, які вживають ін'єкційні наркотики, до програм лікування наркозалежності, зменшенню кількості проявів негативних наслідків вживання наркотиків, поліпшують взаємовідносини між засудженими та особами, взятими під варту і персоналом, підвищують обізнаність про передачу інфекцій і ризиковану поведінку.

Враховуючи зазначене вище, все більш актуальнішим стає якнайшвидче впровадження ПОШ в установах виконання покарань.

Ув'язнені повинні мати доступ до всіх медичних послуг без дискримінації на основі їх правового статусу.

Олена Висоцька, заступниця Міністра юстиції України

ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ/СНЗ
В УСТАНОВАХ ТА ЗОЗ ДКВС
УКРАЇНИ МЕТОДОМ
«РІВНИЙ-РІВНОМУ»

ЗАНЯТТЯ №1



Мета заняття: надати інформацію щодо загальних засад профілактики як галузі охорони здоров'я та соціальної роботи, ознайомити учасників заняття з рівнями та видами профілактики, особливостями профілактичної роботи з профілактики ВІЛ в установах та ЗОЗ ДКВС України з акцентом на профілактичній роботі методом «рівний – рівному».

Загальна тривалість заняття: 2 години.

Формат викладення матеріалу: презентації, обговорення.

План проведення заняття:

Профілактика як галузь охорони здоров'я і соціальної роботи. Загальні засади соціальної профілактики



Види профілактики: первинна, вторинна, третинна



Організаційні особливості роботи з профілактики в установах ЗОЗ ДКВС України



Профілактика ВІЛ-інфекції та інших соціально-небезпечних захворювань (СНЗ) в установах та ЗОЗ ДКВС України. Огляд актуальних профілактичних програм



Профілактична робота методом «рівний – рівному»



Відповіді на питання



1. Профілактика як галузь охорони здоров'я і соціальної роботи. Загальні засади соціальної профілактики

Профілактика в перекладі з грецької – запобігання, попередження чогось небажаного.

В медицині профілактика – комплекс заходів, спрямованих на зниження ризику порушень стану здоров'я людини, попередження виникнення або уповільнення розвитку хвороб та зменшення їх ускладнень.

У соціальній роботі профілактика – заходи, спрямовані на профілактику соціально-негативних явищ, таких як соціально-небезпечні хвороби (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, ІПСШ, хімічна залежність), вживання психоактивних речовин, педагогічні відхилення, правопорушення.

У широкому розумінні соціальна профілактика ставить за мету підвищення якості життя людей, збереження та зміцнення їх здоров'я.

Мета соціальної профілактики:

попередження розвитку негативних явищ;

створення умов для повноцінного функціонування окремих осіб, соціальних груп, до яких вони належать, і суспільства в цілому

За визначенням ВООЗ **здоров'я** – це гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад.

Цільові групи (об'єкти) соціальної профілактики:

- окремі особи, соціальні групи, верстви населення, які страждають або можуть постраждати від проблем чи негативних явищ
- особи та групи осіб, які своїми діями, поведінкою, способом життя збільшують ризики появи чи загострення соц.проблем
- особи, соціальні групи та організації, від дій яких залежить

попередження розвитку та усунення причин негативних явищ та їх наслідків.

Реалізатори (суб'єкти) соціальної профілактики:

- організації, установи, фахівці, що зацікавлені у попередженні та подоланні проблеми, і мають необхідні для цього ресурси (інтелектуальні, фінансові, професійні, методичні тощо);
- особи, які належать до цільових груп і виявили бажання проводити профілактичну роботу.

Отже, профілактика буде ефективною у тому випадку, якщо об'єкт профілактичного впливу сам виступить суб'єктом профілактики.

Розрізняють **загальну та спеціальну соціальну профілактику**.

Загальна профілактика охоплює широкі верстви суспільства та полягає у здійсненні заходів, спрямованих на попередження певних проблем як окремої людини, так і в суспільстві, шляхом усунення факторів, що можуть сприяти виникненню цих проблем у майбутньому.

Спеціальна профілактика спрямована на ті групи, які знаходяться в особливих умовах, що збільшують ризик виникнення та загострення проблем, чи вже відчувають на собі негативні наслідки проблеми.

Спеціальна профілактика передбачає систему заходів, спрямованих на попередження та локалізацію конкретних негативних явищ у поведінці людей та соціальних груп з метою профілактики ВІЛ-інфекції.

Приклад:

профілактика коронавірусної інфекції шляхом дистанціювання, носіння захисних масок

Приклад:

люди в місцях позбавлення волі

зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків

Рівні соціальної профілактики:

макрорівень:

суспільство,
окремий
регіон

мікрорівень:

окрема
соціальна
група, окремі
установи,
організації

індивідуаль- ний рівень:

робота з
окремою
особою

Профілактична робота на **макрорівні** реалізується у виді комплексних профілактичних програм, кампаній у засобах масової інформації, масових заходів.

На **мікрорівні** профілактика здійснюється у вигляді спеціальних програм, заходів і окремих дій в межах установ, організацій та за місцем проживання та/або локалізації певних соціальних груп.

Індивідуальний рівень профілактики – робота, що проводиться спеціалістами та волонтерами з окремими особами.

Отже, профілактика будь-якої соціальної проблеми повинна бути спрямована як на соціальне середовище, в якому вона виникає, так і на особистість, котра від цієї проблеми страждає або ризикує постраждати.

2. Види профілактики: первинна, вторинна, третинна

Відповідно до класифікації ВООЗ (1990) профілактичні втручання поділяються на первинні, вторинні та третинні.

Вид профілактичного втручання обирається відповідно до стадії розвитку проблеми або негативного явища. Простими словами, «**первинна профілактика**» – попередження факторів ризику серед здорового населення, «**вторинна профілактика**» – профілактика розвитку захворювань за наявності факторів ризику, «**третинна профілактика**» – профілактика прогресування захворювань, щоб уникнути інвалідності та передчасної смерті.

Первинна профілактика – комплекс заходів, спрямованих на запобігання негативного впливу біологічних, фізичних, психологічних, соціальних, педагогічних та інших факторів, що можуть стати причиною розвитку первинного захворювання або сформуванню поведінки, яка відхиляється від соціальної норми.

Первинна профілактика має інформаційно-роз'яснювальний характер і **передбачає**:

- підвищення рівня обізнаності представників цільової групи щодо проблеми;
- формування у представників ЦГ цінностей здоров'я та відповідних особистісних якостей;
- мотивування до збереження та зміцнення здоров'я, ведення здорового способу життя, використання безпечних поведінкових практик;
- набуття навичок, що допоможуть відмовитися від стереотипів, ризикованих способів поведінки та негативних звичок;
- набуття навичок гігієни (індивідуальної, соціальної).

Приклад:

підвищення поінформованості підлітків та молоді щодо загальних питань здоров'я та здорового способу життя, наслідків протиправних дій, вживання різних видів алко-, нарко-, токсичних речовин тощо

Первинна профілактика найбільш масова та неспецифічна. Соціальна первинна профілактика переважно спрямована на підлітків та молодь. Медична первинна профілактика – залежно від специфіки захворювання, на будь-які вікові групи.

Вторинна профілактика – заходи, спрямовані на обмеження поширення певних негативних явищ, що вже мають місце у суспільстві чи соціальній групі, попередження наслідків таких

явищ, запобігання погіршенню здоров'я та поглибленню соціальної дезадаптації осіб, які вже опинились «в проблемі».

Завдання вторинної профілактики:

- виявлення та усунення причин і умов, що сприяють формуванню негативного явища або ризикованої поведінки особи;
- надання своєчасної медико-соціальної допомоги (або соціально-педагогічної підтримки) особі та/або сім'ї, що перебуває у складних життєвих обставинах (зазнає дії негативних факторів);
- мотивування до зміни способу життя та відмови від небезпечних поведінкових практик;
- відпрацювання умінь та навичок, як дозволять особі відмовитись від ризикованої поведінки на користь менш шкідливих або безпечних поведінкових практик;
- посилення підтримуючого середовища – мобілізація найближчого оточення, організацій та закладів, відповідних соціальних служб.

Приклад:

зменшення шкоди від вживання ін'єкційних психоактивних речовин шляхом обміну використаних шприців на нові; доконтактна профілактика ВІЛ-інфікування (ДКП)

Третинна профілактика – заходи з метою попередження рецидивів захворювання, негативних явищ та небезпечної поведінки у осіб, яким була властива така поведінка раніше, а також відновлення особистісного і соціального статусу людини.

Завдання третинної профілактики:

- профілактичне лікування захворювань;
- профілактика рецидиву хронічної хвороби;
- підтримка стану ремісії;
- подолання (лікування) хімічної залежності, інших проблем зі здоров'ям;
- соціально-психологічна реабілітація осіб, які постраждали від наслідків своєї поведінки;
- відновлення психологічного та соціального статусу людини (ресоціалізація);
- попередження рецидивів протиправної і асоціальної поведінки.

Приклад:

антиретровірусна терапія є методом лікування ВІЛ-інфекції і одночасно профілактикою розвитку опортуністичних захворювань; програма «12 кроків», спрямована на підтримку ремісії у людей, які мають досвід життя із залежністю

Профілактична робота з метою протидії епідемії ВІЛ-інфекції – це реалізація державних і міжнародних стратегій та програм, спрямованих на:

- попередження нових випадків ВІЛ-інфекції;
- максимальне охоплення тестуванням і лікуванням уразливих і широких верств населення;
- зменшення шкоди від вживання ін'єкційних ПАР;

Профілактична робота з метою протидії епідеміям соціально-небезпечних інфекцій в установах ЗОЗ ДКВС України – це

діяльність, спрямована на реалізацію ключових показників Глобальної стратегії протидії СНІДу та Глобального плану з ліквідації туберкульозу¹:

- 90% людей, які утримуються в установах ДКВС України та інших установах пенітенціарної системи, мають доступ до комплексної профілактики ВІЛ, включно з послугами з охорони сексуального/репродуктивного здоров'я та зменшення шкоди, які надаються в комплексі з послугами з охорони психічного здоров'я або пов'язані з ними;
- 90% людей, які утримуються в установах ДКВС України, мають доступ до добровільного тестування та лікування ВІЛ.
- 90% людей, які утримуються в установах ДКВС України, мають доступ до тестування, профілактичного лікування та лікування туберкульозу.
- менше 10% людей, які утримуються в установах ДКВС України, піддаються стигмі або дискримінації;
- менше 10% жінок стикаються з гендерною нерівністю/насильством;
- менш ніж у 10% країн існують каральні правові або політичні умови, які призводять до відмови в наданні або обмеженого надання послуг.

Люди, які перебувають в установах та ЗОЗ ДКВС України, стикаються з низкою проблемних питань соціального, економічного, юридичного, психологічного та медичного характеру, серед яких найактуальнішими є психічне та фізичне здоров'я.

¹ [unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026](https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026);
stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/ExecutiveSummary_RU_WEB.pdf

Проблеми психологічного характеру:

- тривалий стрес;
- обмеженість у спілкуванні з близькими людьми;
- відсутність позитивної емоційної підтримки;
- проблеми адаптації до тюремних звичаїв і «субкультури зони»;
- невизначеність щодо майбутнього (втрата житла, роботи, родини, репутації);
- конфлікти з іншими засудженими;
- складні психічні розлади.

Проблеми, пов'язані з фізичним здоров'ям:

- вірусні гепатити та ВІЛ-інфекція (високий ризик інфікування, недоступність якісної медичної допомоги і лікування для людей, що мають відповідні діагнози);
- туберкульоз (високий ризик інфікування, недоступність адекватного лікування і відповідних умов для хворих на туберкульоз);
- захворювання шлунково-кишкового тракту;
- зниження імунітету у зв'язку з тривалим стресом, недостатнім харчуванням, незадовільними соціально-побутовими умовами;
- недоступність потрібних медичних сервісів для людей з опією та іншими формами хімічної залежності.

Темпи поширення ВІЛ, вірусних гепатитів та туберкульозу в установах та ЗОЗ ДКВС України є досить високими. В місцях позбавлення волі умови для профілактики та лікування ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В, С зазвичай на недостатньому рівні. Хворі та здорові в'язні постійно перебувають у спільних приміщеннях.

Доступність психоактивних речовин, в тому числі ін'єкційних, в установах та ЗОЗ ДКВС України завжди була високою. Станом на 01.01.2022 в установах та ЗОЗ ДКВС України утримувалось 48 259 особи, серед яких 10-12% – люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)². Програми із профілактики передозування, відомі в світі як кімнати безпечного вживання, як компоненти зменшення шкоди в установах та ЗОЗ ДКВС України відсутні.

Люди, які готуються до звільнення з установ ДКВС України, стикаються з такими проблемами як:

- ускладнений доступ до послуг лікування/реабілітації після звільнення;
- проблеми соціальної адаптації: складнощі з поновленням документів, працевлаштуванням, медичним обстеженням, визначенням місця проживання;
- потреба в коштах, одязі, харчуванні, притулку і відсутність можливості отримати це легальним шляхом;
- повернення в кримінальне середовище, високий ризик рецидиву повторного злочину (через відсутність навичок соціальної адаптації, стереотипну поведінку, звички, традиції кримінального світу);
- повернення на вуличну наркосцену до розповсюдження/вживання нелегальних ПАР;
- високий ризик передозування при поверненні до вживання ПАР, особливо в перші 48 годин після звільнення (саме тому прямо під час звільнення треба забезпечувати людей налоксоном³);

2 cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/zvit-shhodo-narkotychnoyi-ta-alkogolnoyi-sytuaciyi-v-ukrayini-2022.pdf

3 ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7953692/;
harmreduction.eu/courses/naloxone-on-release/

- погіршення стану здоров'я через відсутність доступу до лікування вірусних гепатитів, туберкульозу, ВІЛ-інфекції, хімічної залежності.

Зараз, в ситуації війни та повоєнної відбудови, засуджені, які звільняються з місць позбавлення волі, мають особливі додаткові проблеми, які потрібно враховувати при здійсненні профілактичних заходів:

- брак об'єктивної інформації про ситуацію в містах на волі;
- необхідність термінового оформлення документів для проходження контролю на блок-постах;
- інформація про шелтери для тимчасового проживання;
- необхідність соціального супроводу при звільненні в регіони, що знаходяться в зоні бойових дій (можливість тримати контакт із соціальним працівником).

Профілактична робота в установах ДКВС України має будуватись на комплексному індивідуальному підході з урахуванням усіх проблем і потреб кожного конкретного засудженого. Для цього складається **індивідуальна програма реабілітації**, яка повинна враховувати:

- оформлення та відновлення втрачених документів (свідоцтва про народження, паспорта, військового квитка, трудової книжки тощо);
- житлово-побутові проблеми (збереження житла, тимчасове житло, притулок, реабілітаційний центр тощо);
- здобуття професійної кваліфікації, збереження і розвиток професійних навичок шляхом організацій навчання та виробничої діяльності під час перебування в місцях позбавлення волі;
- розв'язання проблем психологічного характеру шляхом

проведення індивідуальних бесід, тренінгів, консультацій психолога, соціального працівника, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад;

- розв'язання проблем, пов'язаних із фізичним здоров'ям, які потребують медикаментозного втручання, спільними зусиллями соціальних служб та громадських організацій з адміністраціями УВП;
- покрокову програму дій після звільнення (куди, до кого, в які установи та організації звертатися одразу після звільнення для вирішення нагальних проблем і потреб).

Серед проблем, з якими стикаються жінки⁴, перебуваючи в установах ДКВС України: обмеження пересування, ризик насильства, неможливість продовження звичного способу життя та підтримання особистої гігієни, погіршення здоров'я, зокрема гінекологічного, загострення хронічних захворювань тощо. В таких умовах позначаються особливості жіночої психології – підвищена емоційність, імпульсивність, а також активуються соціальні чинники, пов'язані з особливостями тривалого перебування в «замкнутому» жіночому колективі – підвищена конфліктність, тертя, агресивність тощо.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, персонал установ та ЗОЗ ДКВС України і представники громадських організацій, які працюють у жіночих пенітенціарних установах, мають бути готові до розв'язання особливих психологічних і медичних проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ-інфекції серед жінок.

Під час організації профілактичної роботи з жінками, які відбувають покарання, необхідно пам'ятати про специфічні аспекти, що відрізняють жіночий побут в установах та ЗОЗ ДКВС України:

4 aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/stepbystep.pdf

- інформування про способи передачі ВІЛ-інфекції, зокрема від матері до дитини, чи статевим шляхом;
- гінекологічні консультації і огляди на регулярній основі з особливим акцентом на діагностиці та лікуванні захворювань, що передаються статевим шляхом;
- консультації з питань планування сім'ї, орієнтовані на потреби жінок;
- догляд під час вагітності у відповідних умовах;
- догляд за дітьми, у тому числі народженими від ВІЛ-позитивних матерів;
- доступність презервативів та інших контрацептивів у період ув'язнення та до звільнення;
- організація гуртків художньої самодіяльності, творчості (малювання, ліплення, вишивки тощо);
- індивідуальне та групове консультування з питань збереження здоров'я, у тому числі репродуктивного;
- індивідуальне та групове консультування щодо відносин з близькими людьми, сімейних відносин, виховання дітей;
- юридичні консультації з питань відновлення батьківських прав, права на житло, розлучень та аліментів тощо;
- психологічні консультації та спеціальні тренінгові заняття з навчання методів уникнення та подолання конфліктів;
- інформаційні та практичні заняття з питань материнства тощо.

Алгоритм реалізації програми соціальної профілактики в установах ДКВС України складається з кількох етапів:

1. Опис проблеми. Дослідження причин та факторів проблеми.

2. Встановлення контакту з особами, що потерпають від проблеми і потребують допомоги (клієнти), організація взаємодії клієнтів з фахівцями профілактичної програми (оформлення документації, підписання поінформованої згоди тощо).
3. Опис індивідуальних проблем і потреб клієнтів.
 - 3.1. Встановлення або ж виявлення існуючих ресурсів, необхідних для подолання проблеми.
 - 3.2. Підвищення особистісних ресурсів, здібностей особистості адекватно реагувати на проблеми, долати їх та задовольнити потреби.
4. Планування діяльності, організаційна та методична підготовка.
5. Реалізація профілактичної програми, організація доступу клієнтів до профілактичних послуг.
6. Моніторинг проблеми/покриття потреб клієнтів, аналіз ефективності профілактичних заходів.

Отже, профілактична програма в установах та ЗОЗ ДКВС України – це комплекс заходів, що містить такі складові:

- співпраця громадської організації з адміністрацією установи ДКВС України та ЗОЗ ДКВС України;
- програма профілактики, спрямована на конкретну проблему;
- індивідуальна програма профілактики для кожного засудженого.

3. Організаційні особливості роботи з профілактики в установах та ЗОЗ ДКВС України

Однією з ключових організаційних особливостей роботи з профілактики в установах та ЗОЗ ДКВС України є **необхідність дотримання правил внутрішнього розпорядку (ПВР) УВП/СІЗО.**

Отримання/надання послуг з профілактики має бути чітко регламентованим і не порушувати правил внутрішнього розпорядку.

Найбільш доречним і доцільним для установ та ЗОЗ ДКВС України є поширення профілактичної інформації через стенди, плакати, борди, листівки та інші «статичні» (друковані, стендові) інформаційно-освітні матеріали.

Процес консультування і отримання специфічних послуг в умовах установ та ЗОЗ ДКВС України навряд чи може бути конфіденційним і анонімним через особливості режиму (компактне проживання, перебування під постійним наглядом, ідентифікатор особи на одязі, відсутність/обмеженість особистого простору засудженого тощо).

Крім того, слід враховувати й таку особливість роботи з профілактики в установах та ЗОЗ ДКВС України як високий ризик стигми і дискримінації за ознакою ВІЛ/вживання ПАР/належності до груп ризику з боку найближчого оточення (засуджених) та персоналу.

В умовах установ та ЗОЗ ДКВС України найбільш ефективним є застосування методики «рівний – рівному». Засуджені виявляють довіру, а отже і особливу увагу, представникам свого середовища.

4. Профілактика ВІЛ-інфекції та соціально-небезпечних захворювань (СНЗ) в установах ДКВС України. Огляд профілактичних програм за методом «рівний-рівному»

Зазвичай більшість профілактичних програм в установах та ЗОЗ ДКВС України реалізується громадською (неурядовою, недержавною) організацією за домовленістю, погодженням і у співпраці з адміністрацією та персоналом установ та ЗОЗ ДКВС України. Профілактика ВІЛ-інфекції і СНЗ – не виключення.

Громадські організації, що реалізують проекти профілактики ВІЛ/СНЗ працюють за принципом «низького порогу» і дружнього підходу.

Принцип дружнього підходу ґрунтується на забезпеченні конфіденційності клієнта, незасудженні поведінки і вибору клієнта, прийнятті його таким, як він є, без зверхнього, моралізаторського ставлення, яке зазвичай зустрічається у роботі державних організацій. Такий підхід швидко завойовує довіру клієнтів; у спілкуванні з працівниками громадських організацій клієнти розкриваються, під час консультацій можуть повідомити важливі подробиці свого життя, про що вони ніколи не наважаться розповісти представникам адміністрації установ ДКВС України. Це в першу чергу стосується таких делікатних питань, як вживання ПАР, статевого життя, діагнозів.

Принцип дружнього підходу є ефективним в першу чергу тому, що в громадських організацій соціальними працівниками є люди, які особисто знайомі з проблематикою в якій працюють. В цьому випадку це люди, які вживають/вживали ПАР, живуть з ВІЛ, мають в анамнезі вірусні гепатити В, С. Вони пройшли відповідну підготовку і працюють за моделлю «рівний - рівному».

Принцип «низького порогу» полягає в легкій доступності профілактичних послуг. Робота проходить на території клієнта, в зручній часі організовується таким чином, щоб клієнт міг отримати необхідні йому послуги в режимі свого звичайного життєвого ритму.

Тобто громадська організація йде назустріч клієнту: приходить безпосередньо до нього і надає йому послугу, на відміну від більшості державних організацій, де щоб отримати послуги треба шукати час, стояти в чергах, ходити по кабінетах, проходити обтяжливі бюрократичні процедури реєстрації і опитування, що часто порушують приватність і конфіденційність клієнта.

Обсяг і зміст профілактичних проєктів, з фокусом на ВІЛ/зменшенні шкоди вживання ПАР проілюструємо на прикладах роботи низки провідних громадських організацій.

Показові приклади проєктів профілактики ВІЛ-інфекції в установах та ЗОЗ ДКВС України, реалізовані громадськими організаціями в Україні в 2019-2021 рр. (у співпраці з Департаментом з питань виконання кримінальних покарань):

Назва організації / донори	Мета проєкту	Зміст і заходи проєктної діяльності
<p>Благодійна організація «СНІД-Фонд Схід-Захід» (Київ, Україна)</p> <p>Донор: Посольство Нідерландів</p>	<p>Профілактика інфікування ВІЛ в місцях позбавлення волі;</p> <p>підвищення рівня обізнаності ув'язнених та персоналу УВП щодо ВІЛ/ІПСШ</p>	<p>Навчальні семінари для ув'язнених, медичного персоналу, служби режиму;</p> <p>розробка і розповсюдження інформаційних матеріалів;</p> <p>забезпечення виправних закладів презервативами та дезінфікуючими розчинами</p>
<p>Благодійна організація «FREE ZONE» (Київ, Україна)</p> <p>Донори: БО «100% ЖИТТЯ», USAID/PATH</p>	<p>Зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції, туберкульозу (ТБ) та гепатиту С (ВГС) в Україні шляхом виявлення, догляду та лікування людей, які живуть з ВІЛ, ТБ, хіміорезистентним туберкульозом (ХР-ТБ) та ВГС, у слідчих ізоляторах, виправних колоніях, виховних колоніях, виправних центрах ДКВСУ та органах пробації;</p> <p>виявлення випадків ВІЛ серед колишніх ув'язнених та їх соціального оточення силами спільноти</p>	<p>Підготовка засуджених до звільнення шляхом проведення циклу курсів життєвих навичок для ув'язнених, яким до виходу на волю залишилось 3 місяці;</p> <p>підготовка засуджених до роботи соціальними працівниками з надання комплексного пакету послуг з ВІЛ, туберкульозу та вірусного гепатиту С;</p> <p>до подальшої роботи з проведення інформаційної роботи консультування та тестування на ВІЛ серед свого соціального оточення після звільнення</p>

Наведені приклади демонструють необхідний обсяг профілактичної роботи у сфері профілактики ВІЛ в установах та ЗОЗ ДКВС України. **Ця робота охоплює три рівні:**

1. Профілактична робота на рівні персоналу установ та ЗОЗ ДКВС України (підвищення обізнаності персоналу установ та ЗОЗ ДКВС України щодо проблематики ВІЛ/СНЗ та профілактичних програм, підвищення толерантності до ЛЖВ/ЛВН, інтеграція представників адміністрації УВП в профілактичну роботу).
2. Профілактична робота на широкий загал засуджених (підвищення поінформованості щодо проблематики ВІЛ/СНЗ, зменшення шкоди від вживання ПАР, загальна інформаційно-освітня робота, залучення до тестування на ВІЛ, підвищення рівня толерантності до ЛЖВ/ЛВН).
3. Профілактична робота з представниками вразливих верств та їх близьким оточенням (реалізація програми зменшення шкоди, розповсюдження засобів захисту і безпеки, інформаційно-освітня робота, організація доступу до спеціалізованих медичних послуг, соціальний супровід, психологічна підтримка, індивідуальна робота).

За формою профілактична робота поділяється на **індивідуальну, групову та масову.**

Індивідуальна форма роботи – це консультування засуджених з актуальних для них питань, що здійснюється волонтерами, консультантами «рівний – рівному», соціальними працівниками громадської організації, вузькопрофільними фахівцями.

Групова форми роботи – це тематичні інформаційні заняття, тренінги, групи підтримки, гуртки.

Масова форми роботи – це проведення різноманітних акцій, концерти, спортивні змагання, робота волонтерського театру тощо.

Детально форми і методи профілактичної роботи із засуджени-

ми описано в методичних рекомендаціях Альянсу громадського здоров'я «Кращі практики роботи українських ВІЛ-сервісних НПО. Профілактична робота громадських організацій в установах виконання покарання України» (2007)⁵.

5. Профілактична робота методом «рівний – рівному»⁶

З огляду на важкодоступність засуджених з точки зору їх залучення до системи надання послуг з профілактики, доцільно будувати роботу з ними за принципом «рівний – рівному» із залученням самих засуджених. Саме такі особи після проходження відповідного навчання можуть виконувати функції соціальних працівників в своєму оточенні (розповсюджувати інформацію і засоби індивідуального захисту), а після звільнення – надавати послуги кейс-файндерів у роботі з представниками важкодоступних ключових груп: ЛВІН, ЧСЧ, СП, а також їх партнерів: мотивувати до тестування на ВІЛ, сприяти процесу тестування та супроводжувати клієнтів з ВІЛ-позитивним результатом тесту до взяття на медичний облік і до моменту початку лікування (АРВТ).

«Рівний – рівному» – спосіб передачі достовірної, соціально значущої інформації під час неформального або особливим способом організованого спілкування в соціальній групі людей, рівних за якоюсь певною ознакою (вік, інтереси, цінності, потреби, проблеми тощо).

Цілі методу «рівний – рівному» (PP):

- встановлення довірливих відносин між цільовою групою і надавачами послуг (з профілактики, лікування тощо);
- донесення до цільової групи необхідної інформації в понятійному полі, притаманному для даної групи (з врахуванням сленгу, культури, цінностей, способу життя групи тощо);

5 aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/stepbystep.pdf

6 life.pravda.com.ua/society/2017/10/24/227084

- спростування розповсюджених помилкових поглядів, стереотипів;
- розвиток навичок, необхідних для подолання проблеми;
- психоемоційна і комунікативна підтримка всередині групи.

Переваги методу РР:

- знання цінностей і вимог соціальної групи, у якій здійснюється спілкування;
- високий ступінь довіри;
- рівність у взаєминах;
- схожий внутрішній світ, досвід, схоже ставлення до проблеми;
- однаковий рівень (освітній, культурний, соціальний тощо);
- розуміння на рівні невербальних та вербальних засобів спілкування (наприклад, сленг, поведінкові маркери), прийнятних в субкультурі засуджених;
- економічність (працівники «рівний – рівному» з навчання надають велику кількість послуг за невелику плату і роблять це ефективніше за працівників офіційних установ).

Недоліки методу РР:

- ігнорування, несерйозне ставлення з боку рівних – не завжди людина, яка виконує функції працівника РР, є авторитетною в своєму середовищі;
- важкість контролю, вимірювання результатів;
- ймовірність спотворення інформації.

Впровадження методу «рівний – рівному» в профілактичних програмах в установах та ЗОЗ ДКВСУ передбачає такі етапи:

- відбір волонтерів за певними критеріями, співбесіда;
- навчання волонтерів як соціальних працівників (наприклад, за навчальним посібником «Методичні рекомендації з підготовки засуджених до роботи соціальними працівниками з надання комплексного пакету послуг з ВІЛ, туберкульозу та вірусного гепатиту С» – БО «FREE ZONE», 2021 р.);
- забезпечення соціальних працівників в колоніях необхідною інформацією, роздатковими матеріалами;
- визначення функціональних обов'язків і сфери компетенції соціального працівника, складання графіку роботи, визначення обсягу робочої і звітної документації, результативних індикаторів;
- організація робочого місця і безпосередньо роботи;
- моніторинг і супервізія діяльності соціального працівника.

Критерії відбору соціальних працівників з профілактики ВІЛ з числа засуджених для роботи за методом РР в установах та ЗОЗ ДКВСУ:

- комунікабельність, комунікативність – вміння встановлювати контакт з людьми, спілкуватися, доносити інформацію, слухати;
- емпатія, емпатичність – вміння ставити себе на місце ближнього (співрозмовника, клієнта), співпереживати, розуміти і емоційно підтримувати співрозмовника; милосердя;
- авторитетність у середовищі «своїх»;
- розуміння проблеми ВІЛ/СНЗ/вживання наркотиків, власна вмотивованість;

- власний досвід вживання ПАР і, відповідно, компетентність у цій сфері;
- діагноз «ВІЛ-інфекція» (для роботи з ВІЛ-позитивними), інші діагнози, наприклад вірусний гепатит В або С в анамнезі (для роботи з людьми з подібними діагнозами);
- досвід участі у програмах профілактики до засудження (можливо, людина до потрапляння в УВП мала досвід співпраці з НУО у якості клієнта та/або соціального працівника);
- толерантне ставлення до ЛВН, ЛЖВ, СП, ЧСЧ;
- вміння/готовність дотримуватись таємниці діагнозу та приватної інформації, зберігати конфіденційність;
- відповідна освіта (у колоніях можуть відбувати покарання люди, які мають відповідну медичну, педагогічну освіту).

ВПРАВИ ДО ЗАНЯТТЯ №1

1. Робота в малих групах «Проблеми, характерні для людей у місцях позбавлення волі»



30 хв.

Перед презентацією розділу «Проблеми, характерні для людей у місцях позбавлення волі» тренер просить учасників об'єднатися у три групи, кожна з яких отримує листи формату А1 і завдання:

- описати проблеми психологічного характеру, характерні для людей у місцях позбавлення волі (група 1).
- описати проблеми, пов'язані із фізичним здоров'ям, характерні для людей у місцях позбавлення волі (група 2).
- описати проблеми, характерні для засуджених, які звільняються з УВП (група 3).

На підготовку завдань дається 10 хвилин, після чого представники груп проводять презентації своєї роботи. В процесі презентацій тренер залучає всіх учасників до обговорення, ініціює і фасилітує дискусії.

Підсумовуючи результати групової роботи, тренер наголошує, що профілактична робота спрямована на недопущення або мінімізацію описаних учасниками проблем шляхом індивідуального підходу до потреб кожного і створення середовища соціальної підтримки для людей, що знаходяться в УВП.

** При проведенні навчання онлайн учасники об'єднуються в окремих кабінетах (наприклад, як це дозволяє робити платформа ZOOM), де обговорюють завдання, один з учасник з групи фіксує загальні напрацювання. Після виконання завдання учасники повертаються в загальне поле. Представник від групи представляє виконане завдання.*

2. Вправа «Якості й уміння, необхідні консультанту «рівний-рівному»



20 хв.

Перед презентацією розділу «Критерії відбору соціальних працівників з профілактики ВІЛ з числа засуджених для роботи за методом РР в установах та ЗОЗ ДКВСУ», тренер пропонує учасникам поміркувати над тим, якими якостями й уміннями має володіти консультант «рівний-рівному».

Учасникам роздається по аркушу паперу кожному. Кожному учаснику необхідно самостійно скласти і записати список якостей та вмінь, які, на його думку, необхідні консультанту РР. На виконання відводиться 5 хвилин.

Потім тренер вивішує на фліп-чарті плакатний лист А1 і пропонує кожному учаснику по колу назвати одну якість чи вміння зі свого списку. Кожен висловлює свою думку з аргументами та прикладами. Тренер записує запропоновані варіанти. Коли роботу над плакатом буде завершено, тренер пропонує обговорення за питаннями: «Чи відрізняються складені вами списки від загального? Чим?»

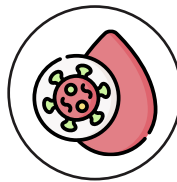
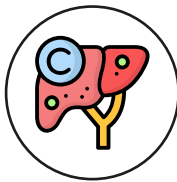
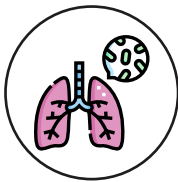
Висновок: при заповненні плакату «Якості й уміння, необхідні консультанту РР» відбувається ефективне спілкування між учасниками. У кожного були свої думки щодо списку. Загальний список якостей й вмінь свідчить, що всі вони важливі для нас, і це допомагає нам знаходити спільну мову з клієнтом.

В процесі виконання вправ тренер виявляє активних учасників, надає їм емоційну підтримку, і на їх прикладі заохочує інших до активної участі у тренінгу.

** При проведенні навчання онлайн учасники виконують завдання самостійно, після чого тренер фіксує відповіді за допомогою онлайн-дошок, демонструючи екран свого комп'ютера.*

ПРОФІЛАКТИКА
СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ В
УСТАНОВАХ ЗОЗ ДКВСУ

ЗАНЯТТЯ №2








Мета заняття: надати інформацію щодо основних соціально-небезпечних захворювань, особливостей їх поширення, профілактики і лікування в установах та ЗОЗ ДКВСУ; детально розглянути етіологію, епідеміологію, клініку, діагностику і лікування ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів В,С, туберкульозу.

Загальна тривалість заняття: 2 години.

Формат викладення матеріалу: презентації, обговорення.

План проведення заняття:

Соціально-небезпечні захворювання (СНЗ) в українських реаліях. Чинники поширення СНЗ в установах та	 20 хв.
ВІЛ-інфекція: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика	 30 хв.
Вірусні гепатити В, С: шляхи передачі, прояви, ускладнення, діагностика, лікування, профілактика	 30 хв.
Туберкульоз: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика	 30 хв.
Відповіді на питання	 10 хв.

1. Соціально-небезпечні захворювання (СНЗ) в українських реаліях. Чинники поширення соціально-небезпечних захворювань в установах та ЗОЗ ДКВСУ

Соціально-небезпечні захворювання (соціальні хвороби, соціально-значимі захворювання) – група інфекцій, які мають не лише медичний, а й характерний соціальний аспект.

Критерії СНЗ:

- здатні спричиняти численні негативні соціальні наслідки;
- виникають і поширюються під впливом певних соціальних чинників, зокрема умов побуту, праці, культурних і релігійних переконань, сексуально-статевих уподобань тощо;
- є похідними від певних негативних соціальних явищ (таких як вживання психоактивних речовин, сексуально-небезпечна поведінка, злочинність);
- характеризуються масовістю, високим рівнем поширеності, швидкими темпами щорічного приросту нових випадків;
- призводять до погіршення якості життя хворої людини та до обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві;
- можуть бути небезпечною для осіб, які оточують хвору людину або мають з нею небезпечні контакти;
- характеризуються переважним ураженням осіб молодого працездатного та сексуально активного віку;
- негативно впливають на соціально-політичний імідж країни та становлять епідеміологічну небезпеку для інших регіонів/країн.

Для СНЗ характерними також є можливість їх профілактики та призупинення розвитку хвороби на ранніх стадіях.

До найбільш актуальних СНЗ в українських реаліях відносяться:

**ВІЛ-
інфекція**

**вірусні
гепатити
В, С**

**тубер-
кульоз**

**інфекції,
що пере-
даються
статевим
шляхом**

У літературі з дисциплін «соціальна робота» і «соціальна медицина», які викладаються у вищих навчальних закладах відповідних профілів (педагогічний, медичний), серед переліку СНЗ часто можна зустріти «алкоголізм» і «наркоманію». Ці терміни, які є концептуально застарілими і не рекомендованими до використання, характеризують швидше явище, ніж захворювання. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-ї версії (МКХ-11), усі види розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин об'єднані у 21 діагноз (модулі 6C40—49, 6CA—Z) «Розлади, викликані вживанням психоактивних речовин». В терапевтичній практиці використовується діагноз «хімічна залежність». Так само і в соціальній роботі рекомендовано використовувати термін «хімічна залежність» щодо людей, чия поведінка і стан здоров'я залежать від прийому психоактивних речовин. Також вживаються терміни «наркозалежність», «опіоїдна залежність».

Хімічна залежність відповідає всім критеріям СНЗ, але в дисципліні «Інфекційні хвороби» соціально-небезпечними захворюваннями називають саме інфекції, а хімічну залежність – одним з чинників, що можуть призвести до інфікування. З 2020 року до переліку СНЗ додано також COVID-19.

Алкоголь і психоактивні речовини (наркотики) вживають також люди, у яких немає хімічної залежності. Це може бути відзначення якоїсь події, з метою релаксації, зняття стресу, покращення настрою при пригніченому стані або депресії, для урізноманітнення «сірих» буднів, для «виходу з рутини» тощо. Такий тип вживання ПАР називається «рекреаційним».

Рекреаційне вживання ПАР – це епізодичне, несистемне їх вживання, переважно з метою відпочинку.

Вустанови ДКВСУ нерідко потрапляють люди, які ще до засудження мали діагнози СНЗ із хімічною залежністю включно. В установах та ЗОЗ ДКВСУ більшість з цих людей не отримують належної медичної допомоги. Поширеність ВІЛ, туберкульозу та вірусного гепатиту серед ув'язнених втричі вища, ніж серед загального населення України. Згідно «Звіту щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні» (2022) серед ЛВІН, які знаходились в 2021 році в УВП України (7 286 осіб), 25% мали діагноз ВІЛ-інфекції, 40% – гепатит С, 17% – гепатит В, 17% – гепатит С/ВІЛ, 3% – туберкульоз¹.

1.1. ВІЛ-інфекція в установах та ЗОЗ ДКВСУ

За різними даними, від 8 до 20% з приблизно 43 тисячі засуджених в Україні є ВІЛ-позитивними. Згідно з останніми даними Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби, серед загальної кількості осіб (близько 43 тисяч), які перебувають у місцях позбавлення волі, близько 3400 – ВІЛ-позитивні. Це майже 8%. Але це лише ті ув'язнені, які зробили тест на ВІЛ-інфекцію, мають підтверджений результат і перебувають на офіційному медичному обліку. Якщо взяти до уваги недостатній рівень системи обстеження для виявлення ВІЛ-інфекції в місцях позбавлення волі, кількість хворих може бути більшою.

Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та незахищений секс, включаючи секс між чоловіками, є основними причинами нових випадків інфікування ВІЛ у місцях позбавлення волі в Україні.

1.2. Вірусні гепатити В, С в установах та ЗОЗ ДКВСУ

Згідно з оцінками дослідників, більше половини людей, які перебувають в установах ДКВСУ, мають гепатит С.

Основним способом передачі гепатиту С в місцях позбавлення

¹ cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/zvit-shhodo-narkotychnoyi-ta-alkogolnoyi-sytuaciyi-v-ukrayini-2022.pdf

волі є саме вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом.

Люди, які перебувають в установах ЗОЗ ДКВСУ, мають обмежений доступ до профілактики та лікування вірусного гепатиту С.

1.3. Наркотики в установах та ЗОЗ ДКВСУ

Від 37 до 47 відсотків в'язнів в українських тюрмах почали вживати наркотики до того, як потрапили за ґрати. Більшість з них продовжують вживати наркотики в установах та ЗОЗ ДКВСУ. Відсутність у місцях позбавлення волі стерильних шприців для хворих з опіоїдною залежністю значно збільшує ризик інфікування ВІЛ/вірусними гепатитами серед наркозалежних людей.

Обіг наркотиків існує у більшості тюрем світу. Тільки заходи надзвичайної безпеки можуть стати цьому на заваді. Однак такі заходи нерідко порушують права людини, є дуже дорогими і непрактичними для управління виправним закладом. Тому запобігти потраплянню наркотиків у пенітенціарні установи майже неможливо. Більш ефективно і доступно запроваджувати програми з лікування наркозалежності серед ув'язнених. Це значно скорочує саму потребу в наркотиках.

Управлінням ООН з боротьби з обігом наркотиків та злочинністю розроблено перелік з 15-ти заходів, які рекомендовані для запобігання поширення ВІЛ у місцях позбавлення волі. Надання стерильного обладнання для ін'єкцій у тюрмах – один з них. Також у частині виправних закладів України вже успішно впроваджуються програми ЗПТ. Ця терапія має бути доступною і в місцях досудового утримання, у відділках поліції, де утримуються затримані, у в'язницях і колоніях.

Психоактивні речовини, в тому числі нелегальні наркотики, вживаються в установах та ЗОЗ ДКВСУ не тільки наркозалежними людьми, а ще й з рекреаційною метою – засудженими, які не мають залежності. Наркотики взагалі притаманні кримінальній культурі – «романтизація» наркотиків, мода на них пішли саме з кримінального світу. Тому вживання ПАР – це частина способу життя, один з ритуалів людей, які ведуть кримінальний спосіб

життя і перебувають у місцях позбавлення волі.

1.4. Туберкульоз в установах та ЗОЗ ДКВСУ

За даними Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), у пенітенціарній системі України на 100 тисяч осіб припадає 900 випадків захворювання на туберкульоз, у той час як серед населення України цей показник становить 70 випадків на 100 тисяч населення.

За даними громадської організації «Україна без тортур», в установах кримінально-виконавчої служби в 2019 році перебувало близько 1800 в'язнів, хворих на туберкульоз (при загальній кількості близько 50 тис. засуджених). 50% з них захворіли вже у в'язниці. Майже 70% усіх хворих небезпечні для оточуючих, бо мають відкриту форму захворювання.

Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) в установах ДКВСУ є серйозною проблемою. Це така форма туберкульозу, що має стійкість до протитуберкульозних препаратів. Поширення МРТБ в установах ДКВСУ відбувається у зв'язку з тим, що в пенітенціарних закладах є проблеми із вчасною закупкою, доставкою і наявністю протитуберкульозних препаратів, відсутній належний контроль за лікуванням і вчасним обстеженням, внаслідок чого багато пацієнтів не доводять лікування до кінця, припиняють лікування або через відсутність препаратів, або через недоліки соціального супроводу таких хворих і, в результаті, звільняються з МРТБ.

Причини високої захворюваності на туберкульоз в установах та ЗОЗ ДКВСУ:

- велика кількість людей, які перебувають у пенітенціарних закладах і відносяться до груп з високим ризиком зараження і захворювання на туберкульоз (наприклад, особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики, безробітні, психічно хворі, які не мають доступу до адекватного лікування у цивільному житті або не вмотивовані обстежуватись і лікуватись);

- тюрми сприяють передачі туберкульозної інфекції внаслідок тривалих та частих контактів засуджених з мікобактерією туберкульозу із здоровими засудженими в результаті пізнього виявлення випадків, відсутності швидкої ізоляції хворих, несвоєчасного лікування заразних випадків, нестачі препаратів для лікування, безвідповідального ставлення до свого здоров'я, перебування в умовах скученості і неналежних санітарно-побутових умовах (погана вентиляція приміщень, порушений температурний режим, відсутність умов для особистої гігієни тощо); хворі на туберкульоз в деяких колоніях утримуються разом з іншими засудженими;
- ув'язнені піддаються ризику швидкого прогресування захворювання після зараження або внаслідок активації латентної інфекції, що обумовлено наявністю супутньої патології, особливо ВІЛ-інфекції та хімічної залежності (ін'єкційного вживання наркотиків);
- порушення прав засуджених на доступ до ліків;
- погане харчування, фізичний/емоційний стрес;
- халатне, формальне ставлення медпрацівників установ до лікування ТБ і пацієнтів з ТБ, неналежне виконання обов'язків, бездіяльність і безвідповідальність з боку персоналу;
- нестача медичного персоналу в колоніях, низький рівень їхньої підготовки.

2. ВІЛ-інфекція: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика

ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Характеризується прогресуючим порушенням роботи імунної, нервової, лімфатичної та інших систем організму. ВІЛ-інфекція відноситься до невиліковних хвороб, має тривалий хронічний перебіг і, за відсутності антиретровірусної терапії,

призводить до СНІДу і закінчується смертю хворого.

Синдром набутого імунодефіциту (СНІД) – це термінальна (четверта) стадія розвитку ВІЛ-інфекції, що характеризується глибоким ураженням імунної системи людини і розвитком низки супутніх (опортуністичних) захворювань.

Збудником захворювання є вірус імунодефіциту людини (ВІЛ). Він вражає і поступово знищує клітини імунної системи людини, які захищають організм від інфекцій. ВІЛ призводить до розвитку СНІДу впродовж 8-10 років. При належному лікуванні цей процес уповільнюється і зупиняється.

Шляхи передачі ВІЛ:

- через кров – при потраплянні крові чи інших біологічних рідин, що містять кров від ВІЛ-інфікованої особи до здорової людини; найчастіше це відбувається при ін'єкційному введенні наркотичних речовин контамінованими (забрудненими) шприцами, голками та розчинами, що вже використовувались іншими особами;
- статевим шляхом – під час незахищених статевих стосунків (вагінальний, оральний чи анальний секс);
- від матері до дитини під час вагітності, пологів та годуванні груддю.

ВІЛ не передається:

- при спільному користуванні побутовими речами, посудом
- при знаходженні в одному приміщенні
- у лазні та сауні;
- під час поцілунків;
- при обіймах та рукоштованні;

- при чханні та кашлі;
- через поручні, дверні ручки, столи, стільці;
- при укусах комарів чи інших комах.

Найбільш вразливі щодо ВІЛ-інфікування групи населення:

- люди, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН);
- секс-працівниці/-ки (СП);
- особи, що практикують незахищений секс;
- чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ).

2.1. Перебіг ВІЛ-інфекції. Стадії хвороби

Через 6-8 тижнів після інфікування у третини інфікованих розвивається гостра ВІЛ-інфекція (перша стадія), що протікає у формі лихоманки зі слабкістю, підвищенням температури, болях в суглобах, як це часто спостерігається при ГРЗ, у решти цей період проходить непомітно. Якщо людина вживає психоактивні речовини в цей період, то симптоми гострої стадії будуть схожі на ознаки абстиненції і будуть ставати малопомітними під дією ПАР.

Через 1,5-3 місяці після інфікування в крові інфікованої людини з'являються антитіла до ВІЛ, на виявленні яких ґрунтується діагностика ВІЛ-інфекції. Цей період, – проміжок часу, що проходить від часу інфікування до формування антитіл до ВІЛ, – називають періодом «вікна». Він може тривати від 6 до 12 тижнів, з моменту інфікування. У цей період людина може інфікувати інших, але результат тесту буде негативним.

Після закінчення гострої стадії ВІЛ-інфекції розвивається безсимптомний період (друга стадія), який триває 8-10-12 років: здебільшого людина відчуває себе здоровою, веде звичайний спосіб життя, хоча періодично збільшуються лімфовузли, часто з'являються простудні захворювання. Такі люди є носіями ВІЛ і

становлять найбільшу загрозу для своїх сексуальних партнерів та партнерів по вживанню ін'єкційних ПАР, не можуть бути донорами крові і органів.

Поступово, з плином часу, ВІЛ вражає клітини імунної системи (СД4 лімфоцити), які захищають організм від вторгнення мікроорганізмів (бактерій, вірусів, грибків і та ін.). В здоровому організмі їхня кількість становить в середньому 1000 в мл крові. Після втоми (фізичної праці або стресу) у здорової людини кількість СД4 падає до 500-800, але поступово відновлюється.

Кожного року кількість СД4 в крові ВІЛ-інфікованого зменшується в середньому на 50 клітин, і коли їхня кількість падає до 300-200, порушується система імунного захисту. На третій стадії ВІЛ-інфекції – стадія клінічних проявів – розвиваються бактеріальні інфекції, гострий некротизуючий виразковий гінгівіт. Людина погано себе почуває, худне, відчуває слабкість, виникає тривала та немотивована діарея, лихоманка, яка триває більше місяця.

Четверта стадія ВІЛ-інфекції – СНІД. Рівень СД4 в крові падає нижче 200. Проявами СНІДу є опортуністичні інфекції – оперізуючий герпес, грибові ураження шкіри і слизових оболонок, пневмоцистна пневмонія, токсоплазмоз, туберкульоз.

2.2. Діагностика ВІЛ-інфекції

Єдиний спосіб дізнатись про свій ВІЛ-статус – пройти тест на ВІЛ. Результат аналізу на ВІЛ-інфекцію, як позитивний, так і негативний), є конфіденційним (не підлягають оприлюдненню і розголошенню).

Швидкий тест крові на ВІЛ. Для проведення цього тесту потрібна крапля крові з пальця. Результат відомо через 15-20 хвилин.

Оральний (слинний) тест на ВІЛ. Це також швидкий тест, який ідеально підходить для самотестування. Результат відомо через 20 хвилин.

У всіх медичних частинах та лікарняних закладах установ

виконання покарань забезпечено безкоштовний та добровільний доступ до тестування на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами всіх засуджених та осіб, узятих під варту.

Імуноферментний аналіз (ІФА) – це забір крові з вени для лабораторного дослідження, результат якого стає відомим через кілька днів. Проводиться або як первинний, або для підтвердження позитивного результату швидкого тесту на ВІЛ і постановки діагнозу «ВІЛ-інфекція».

2.3. Індексне тестування

Якщо у людини виявлено ВІЛ, важливо, щоб тестування пройшли всі партнери з найближчого оточення цієї людини. Ця процедура носить назву індексного тестування.

Індексне тестування (ІТ) – цілеспрямований підхід до тестування на ВІЛ, що передбачає обстеження на ВІЛ партнерів ВІЛ-позитивних осіб та їх біологічних дітей віком до 14 років.

Індексні партнери ВІЛ-позитивної людини – це:

- усі теперішні і колишні партнери по ін'єкційному вживанню ПАР;
- усі теперішні статеві партнері (постійні і епізодичні);
- усі колишні статеві партнери;
- усі біологічні діти віком до 14 років, ВІЛ статус яких невідомий (лише для ВІЛ-позитивних жінок).

Залучення індексних партнерів до тестування відбувається шляхом інформування їх ВІЛ-позитивною особою, соціальним та або медичним працівником, що проводив післятестове консультування. Для цього існує спеціальний покроковий алгоритм.

2.4. Лікування ВІЛ-інфекції

Людам з ВІЛ призначається антиретровірусна терапія (АРВТ, АРТ), яка пригнічує розмноження вірусу, сприяє зміцненню імунітету шляхом стимуляції зростання кількості клітин СД4. За умов прихильності до АРВТ, розвиток ВІЛ-інфекції гальмується, стан здоров'я нормалізується, вірусне навантаження стає некритичним, а сама людина, що живе з ВІЛ, вже не передає вірус іншим людям при небезпечних контактах.

Принципи АРВТ:

- АРВТ призначається пожиттєво;
- прийом препаратів не можна переривати;
- слід суворо дотримуватись часу прийому та дозування препаратів.

В Україні антиретровірусні препарати є доступними для кожної людини з ВІЛ та надаються безкоштовно. Пройти тестування та отримати терапію можна у закладах охорони здоров'я, обласних та міських СНІД-центрах та кабінетах «Довіра», на базі громадських організацій, що реалізують проєкти профілактики, а також в медичних частинах та лікарняних закладах установ виконання покарань.

У разі якщо ВІЛ-позитивна особа, яка приймає АРВТ потрапляє до установи виконання покарань, їй забезпечується безперервність терапії на базі медичної частини. При звільненні ВІЛ-позитивної особи, яка приймає АРВТ, видаються антиретровірусні препарати терміном на 2 місяці з метою забезпечення безперервності терапії та уникнення її переривання.

2.5. Профілактика ВІЛ-інфекції

Профілактика ВІЛ-інфекції полягає у:

- використанні презервативів при всіх видах сексу, утриманні від сексуальних контактів з партнерами, чий ВІЛ-статус невідомий;
- використанні одноразових стерильних шприців та голок для ін'єкцій, униканні ін'єкційного вживання ліків та ПАР;
- використанні стерильних інструментів для пірсингу, татуювань, манікюру тощо;
- прийомі АРВТ під час вагітності;
- відмові від грудного вигодовування дітей (штучне вигодовування), народжених ВІЛ-позитивною жінкою.

2.6. Спеціальні методи профілактики ВІЛ-інфікування

Доконтактна профілактика (ДКП, PrEP) – це прийом антиретровірусних препаратів для зниження ризику інфікування ВІЛ людьми, які є ВІЛ-негативними і мають високий ризик інфікування.

Доконтактна профілактика ефективна за умови щоденного прийому, але не забезпечує 100% захисту від ВІЛ-інфекції. PrEP застосовують у комплексі з іншими дієвими методами профілактики: презервативами та систематичним тестуванням на ВІЛ. Розпочинати і припиняти доконтактну профілактику можна тільки після консультації з лікарем.

Доконтактну профілактику рекомендовано:

- особам, що перебувають у дискордантних парах (в яких один з партнерів має ВІЛ-позитивний статус, а другий – ні);
- людям, що надають сексуальні послуги за винагороду;

- чоловікам, що практикують секс із чоловіками та мають високий ризик інфікування (секс без презерватива, чисельні статеві стосунки).

Постконтактна профілактика (ПКП) – це заходи, спрямовані на попередження розвитку ВІЛ-інфекції після ймовірного контакту з інфікованими ВІЛ біологічними рідинами (кров, сперма і піхвові виділення) внаслідок потрапляння їх на слизові оболонки, під шкіру або безпосередньо у вену.

Послуги з ПКП включають першу допомогу, консультування і оцінку ризику інфікування ВІЛ, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і, в залежності від ступеню оціненого ризику, проведення короткого курсу (28 днів) антиретровірусної терапії (АРВТ) з подальшим спостереженням і тестуванням на ВІЛ по завершенні «періоду вікна».

ПКП призначають і здійснюють якомога швидше, але не пізніше 72 годин після контакту, у результаті якого потенційно могло статися передавання ВІЛ. До таких контактів відносять:

- незахищені статеві контакти: передусім статеві контакти, які супроводжуються насильством;
- контакти під час професійної діяльності (медичні працівники, працівники правоохоронних органів, УВП, військовослужбовці): поранення гострими інструментами, холодною зброєю, забрудненими кров'ю або іншими потенційно небезпечними біологічними рідинами.

Лікування ВІЛ-інфекції – це також і метод профілактики ВІЛ-інфекції, тому що людина, яка правильно і відповідально приймає АРВТ, згодом має невизначуваний рівень вірусного навантаження і не передає ВІЛ іншим людям.

3. Вірусні гепатити В, С: шляхи передачі, прояви, ускладнення, діагностика, лікування, профілактика

Вірусний гепатит (від лат. *HEPAR* – печінка) – запалення печінки вірусного походження.

3.1. Збудник і шляхи передачі

Відомо про п'ять основних типів вірусів гепатиту: А, В, С, D і Е.

Шлях передачі вірусів гепатиту А та Е – фекально-оральний, коли неінфікована людина вживає продукти або воду, що забруднені фекаліями інфікованої людини. Також це може статися через брудні руки. В контексті даного навчального посібника вірусні гепатити А та Е детально не розглядаються, тому як до соціально-небезпечних інфекцій епідемічного поширення вони не відносяться, хоча й мають періодичні сезонні сплески.

Інфікування вірусами гепатиту В, С і D відбувається:

- парентеральним шляхом (через кров та інші інфіковані рідини) при переливанні інфікованої крові або її компонентів;
- вживанні наркотиків ін'єкційно та інтраназально;
- маніпуляціях із використанням забрудненого інструментарію (хірургічні втручання, стоматологічні процедури, гемодіаліз, татування, пірсинг, манікюр тощо);
- побутовим шляхом (унаслідок спільного використання зубних щіток, лез для гоління тощо та інших індивідуальних засобів гігієни, що можуть містити сліди крові);
- статевим шляхом під час незахищених статевих контактів (стосується більше вірусного гепатиту В);
- вертикальним шляхом (від матері до дитини – стосується більше вірусного гепатиту В).

Крім вірусів, існують інші причини гепатиту:

- деякі інфекційні захворювання;
- токсичні речовини (алкоголь, психоактивні речовини);
- медикаменти;
- автоімунні захворювання.

На сьогодні найбільшу поширеність мають вірусний гепатит В та вірусний гепатит С, особливо це стосується осіб, які вживають/вживали психоактивні речовини ін'єкційним шляхом.

Групи ризику інфікування вірусними гепатитами В, С:

- особи, яким переливалась кров та/або часто потрібна кров або продукти крові;
- пацієнти, які перебувають на діалізі (метод очищення крові, який широко використовується при нирковій недостатності), і реципієнти трансплантації органів;
- особи, які перебувають/перебували в місцях позбавлення волі;
- особи, які мають/планують татуювання або пірсинг;
- люди, які вживають/вживали ін'єкційні наркотики (ЛВІН);
- люди, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ);
- особи, які мають побутові та статеві контакти з людьми з хронічною інфекцією вірусного гепатиту В;
- секс-працівниці/-ки та особи, які мають кілька статевих партнерів (більш актуально для вірусного гепатиту В);
- чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ);
- діти, народжені від матерів, інфікованих вірусним гепатитом (більш актуально для вірусного гепатиту В);

- медичні працівники та інші особи, які можуть мати контакти з кров'ю та продуктами крові при виконанні службових обов'язків;
- особи, які працюють з групами ризику (зокрема в УВП, медичних закладах) і які не пройшли повний курс вакцинації проти вірусного гепатиту В.

3.2. Прояви, перебіг та ускладнення вірусних гепатитів В, С

Обидва типу гепатитів можуть призводити до розвитку як гострої, так і хронічної форми інфекції. Людина може бути інфікована одночасно вірусами гепатиту В і С.

Гепатит В розвивається у період від 30 до 180 днів з моменту інфікування. Гостра форма часто закінчується повним одужанням (якщо немає дії супутніх шкідливих факторів, таких як вживання алкоголю, ПАР, що порушують метаболізм, застою жовчі тощо). Хронічна форма небезпечна своїми ускладненнями – швидко призводить до цирозу та печінкової недостатності (20 – 30% випадків).

Розвиток хронічної інфекції вірусного гепатиту В більше розповсюджений серед дітей грудного віку, інфікованих їхніми матерями, або до досягнення п'ятирічного віку. Інфекція у дорослих призводить до хронічного гепатиту в менш ніж 5% випадків. Іноді на гепатит В накладається вірус гепатиту D, ускладнюючи його симптоми та перебіг. Інфікування вірусом гепатиту D неможливе без присутності вірусу гепатиту В.

Інкубаційний період ВГС (період від інфікування до перших клінічних проявів) складає від двох тижнів до шести місяців. Але гепатит С у 80% випадків має безсимптомний перебіг або ж симптоми малопомітні протягом десятиліть хвороби.

15-45% (по даним різних джерел) осіб спонтанно позбавляються вірусу гепатиту С протягом шести місяців після інфікування без будь-якого лікування. У 55-80% інфікованих розвивається хронічне запалення. У 30% випадків гепатит С спричиняє цироз та у 25% –

рак печінки приблизно через 25-30 років після інфікування.

Загальні ознаки гепатитів В, С:

- слабкість і швидка втомлюваність;
- роздратування, знервованість;
- апатія;
- втрата апетиту;
- розлади з боку ШКТ — нудота, блювання, біль у животі та діарея;
- потемніння сечі;
- знебарвлення калу;
- жовтяниця (пожовтіння шкіри, слизових оболонок і склер);
- підвищена температура тіла;
- болі в суглобах і м'язах
- васкуліт – запалення стінки кровоносних судин (капіляр) з крововиливом під шкіру у вигляді геморагічного висипу, особливо над суглобами (характерно для вірусного гепатиту С).

Діагностика вірусних гепатитів В, С:

- швидкий тест крові на антитіла (експрес-тест);
- ПЛР-тест.

Аналіз на антитіла за допомогою експрес-тестів або лабораторного дослідження крові. При позитивному аналізі потрібне підтвердження за допомогою ПЛР. Якщо результат ПЛР-тесту виявився негативним, через 6 місяців проводять повторний тест. При позитивному ПЛР призначають додаткові обстеження.

Обстеження на антитіла до вірусів гепатитів В,С рекомендовано:

- людям, що вживають/вживали ПАР ін'єкційним шляхом;
- людям, що практикують сексуальні контакти без презервативу або мали їх в минулому;
- чоловікам, що займаються сексом з чоловіками;
- людям, які мають татування, пірсинг;
- людям, які отримували медичну чи стоматологічну допомогу в умовах, за яких немає певності в дотриманні заходів з інфекційного контролю;
- після контакту з біологічними рідинами іншої людини;
- при постановці вагітних на облік;
- після нещодавнього переливання крові.

Тестування на ВГВ та ВГС в установах виконання покарань є доступним.

3.3. Лікування вірусних гепатитів В, С

Специфічного лікування гострого вірусного гепатиту В не існує. При гострій формі лікування симптоматичне. Частині хворих, що мають хронічний вірусний гепатит В, в даний час може бути не показане лікування, проте всі пацієнти мають перебувати під наглядом лікаря і вчасно проходити необхідні обстеження, щоб за потреби вчасно розпочати лікування.

Лікування хронічного вірусного гепатиту В передбачає щоденний прийом противірусних лікарських засобів. Оскільки від вірусного гепатиту В неможливо повністювилікуватись (на відміну від вірусного гепатиту С), терапія зазвичай триває все життя. Вчасний початок і регулярний прийом призначених лікарем медикаментів, що пригнічують і стримують розвиток вірусу, запобігає розвитку

цирозу печінки і печінкової недостатності. Рішення щодо призначення конкретного лікарського засобу приймає лікар.

Вірусний гепатит С є виліковним. За допомогою сучасних препаратів прямої противірусної дії можна вилікувати більш як 95% людей з інфекцією гепатиту С. Лікування не має важких побічних ефектів, ефективність лікування становить до 90%. В пенітенціарній системі є безкоштовні курси лікування вірусного гепатиту С. Важливо пам'ятати, що особа, яка пройшла курс лікування ВГС та вилікувалась, може повторно інфікуватись ВГС при недотриманні заходів профілактики і ризикованій поведінці.

З метою забезпечення лікування засуджених хворих на ВГС держава закуповує сучасні ліки прямої противірусної дії, що є безкоштовними для хворих. Доступ до безкоштовних ліків мають всі засуджені, хворі на ВГС.

При всіх видах вірусного гепатиту призначається дієта №5, обмеження фізичного навантаження.

3.4. Профілактика вірусних гепатитів В, С

Інфікування вірусом гепатиту В можна попередити за допомогою сучасної, безпечної та ефективною вакцини. Вакцини від вірусного гепатиту С не існує.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, усі діти грудного віку мають отримувати вакцину проти гепатиту В якомога раніше – бажано протягом першої доби після народження. У майбутньому необхідно ввести ще другу і третю дози для завершення циклу вакцинації. Вакцинуватися від гепатиту В можна в будь-якому віці.

Заходи профілактики з попередження інфікування вірусами гепатитів В, С:

- перевірка донорської крові;
- практика безпечних ін'єкцій;

- використання одноразового стерильного інструментарію при медичних, косметологічних маніпуляціях, в салонах тату і пірсингу;
- користування засобами разового (шприци, голки, крапельні системи, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) призначення;
- безпечний секс (застосування бар'єрних методів захисту – презервативів).

4. Туберкульоз: шляхи передачі, прояви, діагностика, лікування, профілактика

У 2021 році в Україні зареєстровано понад 25 тисяч нових випадків туберкульозу, а всього на обліку перебуває майже 30 тисяч хворих на туберкульоз. Щороку в нашій країні помирає від ТБ близько 3 тисяч людей. Але найбільш загрозливим є той факт, що за даними ВООЗ, близько 23% випадків захворювання в Україні не виявляють.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія туберкульозу (паличка Коха), яка у більшості випадків вражає легені, але може ушкодити також нирки, хребет, мозок, лімфатичні вузли, кишечник, шкіру, статеві органи тощо.

Шляхи передачі туберкульозу:

- повітряно-крапельний шлях (при кашлі, чханні, розмові, перебуванні в одному приміщенні з хворим);
- повітряно-пилевий (при контакті з предметами, на яких осіли частки мокротиння хворого);

або рідко:

- аліментарний (харчовий);

- внутрішньоутробний (від матері до дитини);
- інфікуюча біологічна рідина: мокротиння хворого.

Мокротиння (мокрота, харкотиння) — секрет трахеобронхіального дерева, що виділяється при кашлі та відхаркуванні. У склад мокротиння входять слиз, клітини крові, частинки епітелію дихальних шляхів, елементи розпаду тканин, мікроорганізми.

Хворих, у мокротинні яких знаходиться активна паличка Коха, називають бацилярними або БК+. Саме вони є заразними для інших людей. Очікуваним результатом лікування ТБ є перехід бацилярного хворого (БК+) в стадію БК — , коли людина, хвора на туберкульоз не передає інфекцію іншим людям.

4.1. Перебіг туберкульозу

Після зараження тільки у 10% інфікованих здорових осіб активний туберкульоз розвинеться протягом життя, а у переважної більшості – протягом перших двох років після інфікування. Однак наявність супутньої ВІЛ-інфекції значно підвищує ризик розвитку активного захворювання.

Ризик інфікування і подальшого прогресування туберкульозу залежить від стану імунної системи, генетичної сприйнятливості до інфекції, стану слизових оболонок дихальних шляхів, тривалості та інтенсивності контакту, попередніх контактів з хворими, соціально-побутових умов проживання (прогресуванню сприяють сирість, погане харчування (дефіцит вітамінів), наявності шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю/наркотиків). Сигналом до активізації туберкульозного процесу часто є стрес.

Основні симптоми захворювання:

- кашель понад 2 тижні;
- підвищена температура тіла понад 7 днів;
- ускладнене дихання;

- біль у грудях;
- поганий апетит, постійна слабкість;
- безпричинна втрата ваги;
- підвищена пітливість, особливо вночі;
- кровохаркання (наявність крові у мокротинні, що виділяється при кашлі);
- рум'янець на щоках на тлі блідої шкіри.

Вразливі до туберкульозу групи населення:

- особи, які знаходяться у постійному контакті з хворим на туберкульоз;
- ВІЛ-позитивні особи;
- особи, з хімічною залежністю від алкоголю, тютюну, опіоїдів;
- особи з ослабленим імунітетом;
- особи, які перебувають в незадовільних умовах проживання, незадовільно харчуються, зазнають впливу стресу;
- особи з хронічними хворобами (цукровий діабет);
- діти, оскільки їх імунна система не сформована;
- літні люди, чия імунна система ослаблена з віком.

Мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) – форма туберкульозу, стійка (резистентна) до щонайменше двох найбільш ефективних протитуберкульозних препаратів – ізоніазиду та рифампіцину. Це означає, що ці препарати не будуть ефективно діяти та вбивати мікобактерію. МРТБ вимагає застосування більш коштовних препаратів та більш тривалого лікування, а також дає нижчі шанси на одужання.

МРТБ частіше хворіють люди, які:

- не приймають протитуберкульозні препарати регулярно;
- не приймають всі препарати, що рекомендував лікар;
- повторно хворіють на туберкульоз після прийняття протитуберкульозних препаратів у минулому;
- мали контакти з хворим на резистентні форми туберкульозу.

4.2. Діагностика туберкульозу

Є кілька етапів діагностики туберкульозу:

- огляд у лікаря;
- рентгенологічне обстеження органів грудної клітини;
- мікроскопічне дослідження мокротиння;
- молекулярно-генетичне обстеження мокротиння за допомогою GeneXpert.

Завдання людини з першими симптомами туберкульозу – вчасно звернутися до лікаря.

4.3. Лікування туберкульозу

Після встановлення діагнозу «туберкульоз» пацієнту призначається протитуберкульозне лікування. Своєчасно розпочате лікування збільшує шанси на одужання. Без лікування хворий на туберкульоз впродовж років виділяє мікобактерію туберкульозу та заражає оточуючих, а також наражається на ризик розвитку важкої форми ТБ та його ускладнень.

Для лікування туберкульозу існують протитуберкульозні препарати. Курс лікування туберкульозу триває не менше шести місяців, а у випадку мультирезистентної форми не менше двадцяти місяців.

Принципи протитуберкульозного лікування:

- суворо дотримуватися усіх призначень та рекомендацій лікаря;
- не переривати розпочате лікування (попри побічні ефекти прийому препаратів!);
- інтенсивне, якісне харчування для набору ваги та збагачення організму вітамінами та мікроелементами.

При дотриманні режиму хіміотерапії, одужують 95-100% хворих на вперше виявлений туберкульоз. Пропуск/переривання прийому препаратів сприяють формуванню мультирезистентної форми туберкульозу.

Лікування туберкульозу необхідно розпочинати якомога раніше, щоб швидше і легше досягти результату. В Україні лікування протитуберкульозними препаратами безкоштовне.

4.4. Профілактика туберкульозу

Серед складових профілактики туберкульозу:

- здоровий спосіб життя (відмова від паління, від зловживання алкоголем, наркотиками);
- повноцінне харчування (продукти, збагачені вітамінами і мікроелементами, жирами, свіжі овочі та фрукти);
- особиста гігієна та санітарія приміщення (миття рук з милом після відвідування громадських місць, регулярне прибирання та провітрювання приміщення);
- раннє виявлення захворювання і вчасний початок лікування.

ВПРАВИ ДО ЗАНЯТТЯ №2

1. Дискусія «Які хвороби, на вашу думку, є соціально-небезпечними»



15 хв.

Перед початком лекції тренер ставить аудиторії запитання «Які хвороби, на вашу думку, відносяться до соціально-небезпечних» і фіксує на фліп-чарті відповіді учасників. При цьому тренер просить навести аргументи і критерії, за якими учасник вніс до переліку СНЗ те чи інше захворювання. Через 7-10 хвилин тренер підсумовує дискусію, коментує і корегує відповіді учасників і виокремлює із списку ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити і туберкульоз. Після цього проводиться презентація критеріїв СНЗ.

** При проведенні навчання онлайн тренер фіксує відповіді учасників за допомогою онлайн-дошок, демонструючи екран свого комп'ютера.*

2. Робота в малих групах «Що треба здійснити в установах та ЗОЗ ДКВСУ для профілактики СНЗ»



30 хв.

Після того, як тему заняття висвітлено повністю, важливо дати учасникам можливість проговорити своє бачення профілактики СНЗ в установах та ЗОЗ ДКВСУ. Для цього тренер об'єднує учасників в три групи, кожна з яких отримує лист формату А1 і завдання описати:

1. Які заходи і послуги, на вашу думку, треба впровадити в установах та ЗОЗ ДКВСУ для профілактики ВІЛ-інфікування? (група 1)
2. Які заходи і послуги, на вашу думку, треба впровадити в установах та ЗОЗ ДКВСУ для профілактики вірусних гепатитів В і С? (група 2)

3. Які заходи і послуги, на вашу думку, треба впровадити в установах та ЗОЗ ДКВСУ для профілактики туберкульозу? (група 3)

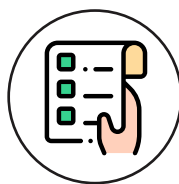
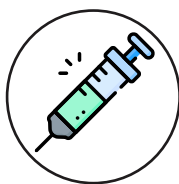
На виконання завдання дається 10 хвилин. Представник від кожної групи проводить презентацію результатів групової роботи, тренер спонукає інших учасників до обговорення, коментує реалістичність чи, навпаки, не реалістичність тих чи інших заходів, підкреслює найбільш актуальні і ті, які передбачено проєктом, що впроваджується. Паралельно тренер акцентує увагу на тих профілактичних заходах, які наразі в УВП неможливі, але є доступними після звільнення.

Важливо всім учасникам дійти висновку, що в місцях позбавлення волі реально організувати доступ до найбільш необхідних профілактичних послуг, але головною умовою цього є бажання і готовність людини, що належить до групи ризику, йти на контакт з працівниками проєкту профілактики, говорити про свої проблеми і потреби, бути небайдужим до свого здоров'я.

** При проведенні навчання онлайн учасники об'єднуються в окремих кабінетах (наприклад, як це дозволяє робити платформа ZOOM), де обговорюють завдання, один з учасник з групи фіксує загальні напрацювання. Після виконання завдання учасники повертаються в загальне поле. Представник від групи презентує виконане завдання.*

ЗМЕНШЕННЯ
ШКОДИ ВІД ВЖИВАННЯ
ПСИХОАКТИВНИХ
РЕЧОВИН В УСТАНОВАХ
ТА ЗОЗ ДКВСУ

ЗАНЯТТЯ №3







Мета заняття: ознайомити учасників заняття із загальними положеннями стратегії зменшення шкоди, ситуацією з нелегальним обігом психоактивних речовин в Україні та, зокрема, в установах та ЗОЗ ДКВС України, детально розібрати з учасниками зміст практичних методів зменшення шкоди: розглянути можливість практичної реалізації окремих методів стратегії зменшення шкоди в установах та ЗОЗ ДКВС України.

Загальна тривалість заняття: 2 години.

Формат викладення матеріалу: презентації, обговорення.

План проведення заняття:

Стратегія зменшення шкоди: філософія, принципи, заходи	 20 хв.
Психоактивні речовини і хімічна залежність. Види актуальних ПАР. Поширеність ПАР в українському соціумі і в установах ДКВСУ	 30 хв.
Зменшення шкоди від вживання ін'єкційних ПАР. Обмін шприців. Замісна підтримувальна терапія	 10 хв.
Передозування опіоїдами: прояви, перша допомога, профілактика. Налоксон	 30 хв.
Передозування стимуляторами: прояви, перша допомога, профілактика	 20 хв.
Відповіді на питання	 10 хв.

1. Стратегія зменшення шкоди: філософія, принципи, заходи

Зменшення шкоди (ЗШ) – стратегія громадського здоров'я, спрямована на мінімізацію шкідливих наслідків ризикованої поведінки людини, такої як вживання психоактивних речовин та незахищені статеві контакти.

Філософія зменшення шкоди ґрунтується на прагматизмі і гуманізмі.

Прагматичний підхід враховує, що деяким людям була і буде властива ризикована поведінка, наприклад, вживання наркотиків, і вони будуть їх вживати незважаючи на заборону і ризику, навіть у місцях позбавлення волі. Зменшення шкоди, як стратегія, визнає той факт, що деякі люди не можуть або не бажають припинити вживати психоактивні речовини в даний момент. Тому для них треба створити безпечне середовище і умови, в яких наслідки їх ризикованої поведінки будуть мінімальними, як для них самих, так і для їх оточення.

Гуманістичний підхід полягає в тому, що вибір людини не засуджується, а приймається як даність. Якщо людина вирішила приймати психоактивні речовини, то це є її особистим рішенням і таким чином вона приймає відповідальність за свій вибір. Стратегія зменшення шкоди не засуджує таких людей, а навпаки, заохочує брати участь у програмах профілактики, де вони зможуть отримати доступ до необхідної допомоги і засобів безпеки. Таким чином, зменшення шкоди містить в своєму арсеналі практики, спрямовані на зниження ризиків вживання ПАР без вимоги про припинення їх вживання.

Стратегія зменшення шкоди є розумною альтернативою «війні з наркотиками» – іншій стратегії, яка йшла шляхом заборон і репресій по відношенню до споживачів ПАР, але виявилася неефективною і до того ж економічно затратною.

Програми зменшення шкоди спрямовані на профілактику

ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу, ІПСШ та інших небезпечних захворювань, пов'язаних з ризикованою поведінкою людини – із вживанням психоактивних речовин (в першу чергу – ін'єкційних наркотиків) та небезпечними статевими контактами.

Завданням програм зменшення шкоди є розвиток знань та навичок безпечної поведінки у людей, яким властиві шкідливі звички та притаманні ризики соціально-небезпечних захворювань.

Принципи зменшення шкоди поділяються на етичні і практичні (п'ять принципів профілактики ВІЛ).

Етичні принципи зменшення шкоди:

- анонімність і конфіденційність клієнта;
- терпимість до способу життя клієнта;
- толерантність і гуманність;
- робота в умовах, зручних для клієнта (місце і час зустрічі обирає клієнт);
- профілактика ВІЛ-інфекції є пріоритетом стратегії зменшення шкоди.

Одним з головних положень стратегії зменшення шкоди є принцип, що не можна нікому відмовляти в допомозі (наприклад, медичній) лише тому, що людина схильна до ризикованої поведінки або відрізняється своїм способом життя від більшості членів соціуму.

П'ять принципів зменшення шкоди від вживання наркотиків:

- Не починай вживати наркотики взагалі.
- Якщо почав вживати, то не вживай їх ін'єкційно.
- Якщо почав вживати ін'єкційні наркотики, то кожен ін'єкційний розчин роби новими стерильними шприцом і голкою та нікому не передавай їх для повторного використання.
- Якщо у тебе немає можливості для кожної ін'єкції користуватися новими стерильними шприцом і голкою, то використовуй свої власні шприці і голку повторно (попередньо промий їх дезінфекційним розчином), але не користуйся чужим нестерильним інструментарієм.
- Якщо користуєшся чужим нестерильним ін'єкційним інструментарієм, то обов'язково дезінфікуй його перед використанням.

1.1. Заходи зменшення шкоди, послуги, цільові групи

Стратегія зменшення шкоди реалізується шляхом розробки та впровадження програм/проектів – низки спланованих заходів, які мають конкретні мету, завдання, бюджет і вимірювані в часі індикатори виконання (кількісні і якісні показники).

Заходи зменшення шкоди для споживачів ПАР – це комплекс послуг низького порогу доступності, які покривають першочергові потреби споживачів ПАР для профілактики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) та інших небажаних наслідків вживання наркотиків та ризикованих статевих контактів.

До комплексу заходів зменшення шкоди належать такі послуги:

- програма обміну/видачі шприців;
- програма замісної підтримувальної терапії (ЗПТ);
- консультування та тестування на ВІЛ;
- доступ до антиретровірусної терапії (АРВТ);
- профілактика, діагностика і лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ);
- видача презервативів та лубрикантів;
- навчання для людей, які вживають наркотики ін'єкційно та їхніх статевих партнерів;
- профілактика, вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- діагностика і лікування туберкульозу (ТБ);
- консультації психолога;
- юридичні консультації;
- медичні консультації;
- соціальний супровід клієнтів, допомога з адаптацією, пошуком роботи, вирішенням інших соціальних проблем;
- направлення і супровід клієнтів для лікування соматичних захворювань, пов'язаних із вживанням наркотиків (тромбофлебіт, трофічні виразки, остеопороз та ін.);
- видача антисептиків;
- перша долікарська допомога при захворюваннях, супутніх вживанню ПАР (видача медикаментів для профілактики та

лікування тромбофлебіту та його ускладнень, забезпечення вітамінами, перев'язочним матеріалом тощо);

- профілактика передозувань (доступ до препарату «Налоксон»).

Цільові групи програм зменшення шкоди:

- ЛВІН – люди, які вживають ін'єкційні наркотики;
- ЛВНН – люди, які вживають неін'єкційні наркотики.

2. Психоактивні речовини і хімічна залежність. Види актуальних ПАР. Поширеність в українському соціумі і в установах та ЗОЗ ДКВСУ

Психоактивні речовини (ПАР) – хімічні речовини, що спричиняють зміну поведінки, звикання та/або залежність за умов систематичного їх вживання.

До психоактивних речовин належать алкоголь, наркотичні засоби, психотропні речовини, окремі фармацевтичні препарати, кустарно виготовлені наркотики.

Систематичне вживання ПАР небезпечно втратою контролю за частотою і дозою вживаної речовини (в бік збільшення), що призводить до зловживання і виникнення хімічної залежності.

Зловживання ПАР – вживання ПАР, що може завдати шкоди людині чи її оточенню. Визначається наслідками.

Хімічна залежність – це хронічне, прогресуюче, рецидивуюче захворювання, що характеризується патологічною потребою у вживанні психоактивних речовин (ПАР), типовими поведінковими, психічними і фізичними розладами (змінами в мозку, розвитком супутніх соматичних хвороб).

Причини:

- схильність (спадковість, девіації виховання, вплив найближчого оточення, певні типи особистості);
- девіанта поведінка – зловживання ПАР, що призводить до формування згубної звички (адикції), залежності;
- психотравми дитинства;
- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- психічні розлади;
- самолікування психічних розладів;
- хронічний біль і (само)лікування хронічного фізичного болю.

Якою б не була причина вживання і розвитку хімічної залежності, важливо надати людині допомогу, незалежно від цього.

Способи вживання ПАР:

- ін'єкційний спосіб (внутрішньовенно або внутрішньом'язово за допомогою голки та шприца);
- неін'єкційний спосіб (куріння, вдихання, ковтання).

Найбільш шкідливим є ін'єкційний спосіб, оскільки він загрожує:

- ризиком інфікування ВІЛ і вірусним гепатитом С при використанні для ін'єкцій вживаного, спільного інструментарію (вживаних голок, спільних шприців, ємностей для розчину, тощо);
- розвитком флебіту (запалення вени), тромбофлебіту (закупорка вени) і трофічних виразок при частих нестерильних ін'єкціях;
- ризиком летального передозування (набагато більший при ін'єкціях ніж при неін'єкційному способі вживання).

Види ПАР:

- стимулятори (екстазі, кокаїн, ефедрин, псевдоефедрин, амфетамін/метамфетамін, «солі»);
- депресанти (алкоголь, опіоїди);
- снодійно-седативні речовини (барбітурати, транквілізатори);
- галюциногени (ЛСД, диметилтриптамін (DMT), мескалін, псилоцибін, канабіноїди).

Станом на початок 2023 року найбільш поширеними нелегальними ПАР в Україні є:

- канабіноїди (вживаються шляхом куріння);
- амфетамін, метамфетамін (вживаються переважно шляхом вдихання через ніс);
- «солі» (мефедрон, альфа-PVP – вживаються шляхом куріння, вдихання, внутрішньовенних ін'єкцій);
- опіоїди (вуличний метадон, героїн, аптечний налбуфін – вживаються ін'єкційно).

2.1. Вживання ПАР і розвиток хімічної залежності¹

Не кожне вживання ПАР призводить до залежності чи до соціальної дезадаптації. Хімічна залежність розвивається приблизно у 12-13% людей, які вживають. Але в суспільстві, в тому числі і серед фахівців широко поширена думка, що наркозалежність розвивається за такою схемою: спочатку людина ненароком пробує наркотик для задоволення, а потім безвольно «підсідає» на хімічні речовини, які є в його складі, унаслідок чого наркотик її «поневолює». Подібна хибна думка ґрунтується на неправильному розумінні

1 globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/04/GCDP-Report-2017_Perceptions-RUSSIAN.pdf;
globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/01/GCDP-Report-2017_Perceptions-ENGLISH.pdf

механізму залежності. Вживання речовин є досить поширеним явищем – за оцінками, тільки у 2016 році близько чверті мільярда людей в світі вживали будь-які ПАР і лише у 11,6% з них вживання було проблемним чи залежним; у більшості випадків воно було епізодичним та не проблемним.

Найчастіше залежність вважається постійним та незворотним захворюванням. Повне утримання від вживання сприймається як єдина мета лікування. Однак основна мета лікування повинна полягати в тому, щоб допомогти людині досягти, наскільки це можливо, фізичного та психічного здоров'я. З цього погляду, повне утримання від наркотиків не обов'язково є оптимальною метою лікування, і сама людина може не переслідувати такої мети. Навіть коли така мета ставиться, багато людей із проблемним вживанням можуть досягти повної відмови від наркотиків лише після кількох спроб.

Існує низка науково обґрунтованих підходів, які можуть знизити шкідливі наслідки наркоспоживання, з огляду на те, що більшість з цих наслідків безпосередньо пов'язані з каральною наркополітикою. Серед цих методів – програми зниження шкоди, такі як обмін голочок та шприців, кімнати для безпечного вживання наркотиків, надання опіоїдних агоністів для профілактики передозувань (налоксон) та тестування якості речовин. Такі програми не вимагають від людей обов'язкової та повної відмови від вживання наркотиків.

Симптоми хімічної залежності від ПАР:

- надзвичайно сильне, непереборне бажання вжити речовину (алкоголь, наркотики);
- втрата поведінкового контролю, пов'язаного з прийомом ПАР (коли залежна людина усвідомлює, що вчиняє неправильно, але все одно не може відмовитися від такої поведінки);
- поява абстинентного синдрому (або «ломки» – фізичного та психологічного дискомфорту), що виникає, якщо прийом психоактивної речовини припинити або зменшити дозу;

- підвищення толерантності до речовини (коли потрібно збільшувати кількість речовини для отримання бажаного ефекту – стану сп'яніння та/або зникнення проявів абстиненції);
- звуження інтересів залежної людини лише до вживання ПАР (зменшується коло інтересів, друзів, справ, які раніше мали вагомий вплив на життя та емоційний стан людини);
- вживання психоактивних речовин всупереч явним ознаками шкідливих наслідків для здоров'я, роботи/навчання, стосунків з друзями, членами родини тощо.

Залежність від ПАР формується не одразу, в один момент, а проходить ряд стадій:

- перші спроби (епізодичні, під впливом цікавості або оточення);
- соціальне вживання (наприклад, для збереження приналежності до певної групи);
- формування звички (поява перших ознак залежності);
- зловживання, залежність (у тих 12-13%, у яких вона розвинеться).

2.2. Лікування хімічної залежності

Існує кілька моделей лікування хімічної залежності:

- стаціонарне лікування;
- детоксикація (на базі медичного закладу);
- психотерапія (індивідуальна та групова);
- реабілітація на релігійній основі;
- трудова реабілітація;
- програма «12 кроків» (Анонімні Наркомани, Анонімні Алкоголіки, Ал-Анон);

- замісна підтримувальна терапія – медикаментозне лікування опіоїдної залежності препаратами метадон і бупренорфін.

Не всі люди, що вживають ПАР, зокрема люди, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), усвідомлюють проблему залежності і готові лікуватись. Навіть ті, хто усвідомлює, не завжди готовий до лікування через низку страхів (тривалість та складність лікування, невпевненість в успіху та власних силах, негативний попередній досвід лікування, страх розголосу тощо). Для роботи з такими ЛВІН доцільно застосовувати принципи програми зменшення шкоди.

2.3. Поширеність ПАР в УВП України

37–47% в'язнів в українських тюрмах почали вживати наркотики до того, як потрапили за ґрати. Теж сталою серед засуджених є частка осіб, які практикують вживання ін'єкційних наркотиків в УВП: 8% засуджених у 2013 році підтвердили наявність такого досвіду вживання (вживали ін'єкційні опіати, стимулятори або метамфетамін «на волі та в колонії» або «тільки в колонії»). У 2009 році цей показник становив 12%, у 2011 році – 9%. Відсутність у місцях позбавлення волі стерильних шприці для хворих з опіоїдною залежністю значно збільшує ризик зараження ВІЛ/СНІД серед наркозалежних людей. Питома вага засуджених, що відбувають покарання у виховних колоніях, серед респондентів, які підтвердили досвід вживання таких речовин в УВП, становить 6% (11 із 106 осіб). Найбільш поширена така практика у колоніях для неодноразово засуджених чоловіків (12%), а найменш – у жіночих (6%)².

Відсутність у місцях позбавлення волі України стерильних шприці для хворих з опіоїдною залежністю значно збільшує ризик зараження ВІЛ/СНІД серед наркозалежних людей. Але, наприклад, у сусідній з Україною Молдові, програма обміну шприців довела свою ефективність у скороченні поширення ВІЛ серед ЛВІН в місцях позбавлення волі.

3. Зменшення шкоди від вживання ін'єкційних ПАР. Обмін шприців. Замісна підтримувальна терапія

Програми обміну/видачі голки і шприців дають можливість ЛВІН безкоштовно отримувати нові стерильні голки та шприці, а також антисептики та інші приналежності для ін'єкційного вживання, щоб знизити ризик інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами. Обмін шприців обов'язково супроводжується консультуванням, мотиваційним інтерв'юванням.

Обмін шприців не є самоціллю програм зменшення шкоди. Чисті шприці в контексті зменшення шкоди розглядаються як перша послуга, як привід почати з клієнтом розмову про зміни в його поведінці і житті. Через ПОШ клієнти отримують доступ до інших профілактичних послуг зменшення шкоди, таких як ЗПТ, тестування на ВІЛ та консультування фахівців (лікаря, психолога, юриста), а також лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів, соматичних захворювань.

3.1. Обмін шприців в установах та ЗОЗ ДКВСУ

3 травня 2021 року, згідно з наказом Міністерство юстиції України про внесення змін до правил внутрішнього розпорядку, засудженим дозволено зберігати стерильні шприци та голки. Засуджений, який вживає ін'єкційні ПАР і є учасником програми (проєкту) зменшення шкоди, має право зберігати серед особистих речей 5 стерильних шприців в упаковці.

Надання послуг з обміну шприців (чистих на використані) має супроводжуватись процесом консультування з питань профілактики ВІЛ, вірусних гепатитів В,С, туберкульозу. Засудженим, що беруть участь у проєкті, пропонується тестування на ВІЛ/вірусні гепатити і забезпечується доступ до лікування цих інфекцій у разі підтвердженні діагнозів «ВІЛ-інфекція», «вірусний гепатит С» (при наявності ресурсів в установі чи НУО для такого лікування).

Крім шприців, учасник проєкту зменшення шкоди в установах та ЗОЗ ДКВСУ зможе також отримати спиртові серветки, антисептики,

налоксон, інформаційні матеріали. Для наркозалежних людей, які звільняються з установ виконання покарань, передбачено профілактичні набори, куди входять дві ампули з налоксоном, два шприци, спиртові серветки та інформаційний буклет.

Послуги з обміну шприців і консультування надаватимуть самі засуджені, які пройшли підготовку за навчальним циклом з надання соціальних послуг за принципом «рівний-рівному». Соціальний працівник «рівний-рівному» буде працювати в команді з працівником медичної частини установ та ЗОЗ ДКВСУ і соціальним працівником громадської організації, яка реалізуватиме проєкт зменшення шкоди.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) – це практика заміни нелегальних ін'єкційних наркотиків опіатної групи (героїн, «ширка», вуличний метадон) лікарськими препаратами-опіоїдами (метадон, бупренорфін).

Програма ЗПТ має доведену ефективність у зниженні споживання ін'єкційних наркотиків та обмежує ризик передачі ВІЛ. ЗПТ покращує якість життя залежної людини, її соціальні функції, доступ і прихильність до АРВТ, зменшує випадки передозування і пов'язаної з ним смертності, знижує прояви кримінальної поведінки, поліпшує фізичне та психічне здоров'я людей, котрі вживають ін'єкційні наркотики.

Переваги ЗПТ:

- зменшення вживання заборонених опіоїдів;
- зниження рівня злочинності, пов'язаної зокрема з потребою здобуття коштів на придбання нелегальних наркотиків;
- зменшення смертності у результаті передозувань та передчасної смертності, що пов'язана із вживанням наркотиків (серцево-судинні захворювання, сепсис тощо);
- зменшення ризикованої поведінки, пов'язаної з поширенням ВІЛ-інфекції, гепатитів В і С серед людей, які вживають

наркотики ін'єкційно;

- покращення соціального функціонування (працевлаштування, відновлення соціальних і сімейних зв'язків, батьківських обов'язків тощо);
- доступ до ефективного лікування ВІЛ-інфекції, ТБ і супутніх захворювань (сепсис, гнійні інфекції, гепатити В і С, трофічні виразки, флебіти);
- покращення соматичного здоров'я пацієнтів.

Для ЗПТ в Україні використовують:

- метадону гідрохлорид;
- бупренорфіну гідрохлорид.

ЗПТ є одним з найбільш ефективних методів лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів. При цьому на ефективність програми впливають певні чинники:

- правильність призначення препарату;
- правильність призначеної дози (врахування індивідуальних потреб, дотримання принципу призначення низьких початкових доз та високих підтримувальних, дотримання рекомендацій щодо терапевтично ефективних доз);
- безперервне і тривале лікування (відсутність обмежень щодо строку лікування, включно із можливістю довічного лікування з огляду на розуміння залежності не як гострого стану, а як хронічної хвороби);
- поєднання фармакологічного лікування із заходами психосоціального супроводу;
- доступність лікування супутніх хвороб (зв'язки зі службами ВІЛ, ТБ, інтеграція послуг тощо).

Окрім своєї ефективності у попередженні ВІЛ-інфекції, ЗПТ також знижує ризики інфікування гепатитом С, підвищує прихильність до лікування ВІЛ та зменшує ризики передозування. Багато споживачів ін'єкційних наркотиків вперше вступають у контакт з медичними працівниками за допомогою програм ЗПТ, а потім вже отримують доступ до інших медичних послуг.

Замісна підтримувальна терапія не є панацеєю від наркотичної залежності – це лікування хронічного захворювання. Деякі пацієнти програми можуть потребувати терапії впродовж багатьох років, а хтось – протягом усього життя.

В пенітенціарній системі України ЗПТ частково доступна людям, що утримуються в СІЗО та виправних колоніях.

4. Передозування опіоїдами: прояви, перша допомога, Налоксон, профілактика передозувань

За статистикою UNODC, у 2020 році у світі було зафіксовано близько 200 000 смертей, пов'язаних з передозуванням наркотиків. 80% з них були спричинені вживанням опіоїдів.

Такі нелегальні опіоїди, як вуличний кристалічний метадон (не плутати з метадоном, який видається в програмах ЗПТ!) та фентаніл, уживаються шляхом ін'єкцій і часто стають причиною летального передозування через складнощі з точним дозуванням, у зв'язку з поганою і невідомою якістю, невідомою концентрацією, через змішування їх з алкоголем і іншими ПАР.

Для профілактики і терапії опіоїдних передозувань існує препарат «Налоксон». Через програми зменшення шкоди ЛВІН отримують доступ до налоксону. Вони проходять навчання, як використовувати налоксон у домашніх та вуличних умовах, отримують комплекти для профілактики передозувань, куди входить налоксон.

Передозування психоактивними речовинами – порушення роботи життєво-важливих органів (головного мозку, серця, легенів,

нирок) внаслідок прийому занадто великої дози речовини, а також внаслідок таких причин:

- змішування ПАР між собою, із сильнодіючими лікарськими препаратами, алкоголем;
- прийом речовини після тривалої перерви (коли організм встиг «відпочити» та відвикнути від звичних доз);
- «догонка», коли поверх вже прийнятого та діючого препарату, людина вживає інший препарат для посилення та продовження наркотичного ефекту;
- невідомий склад, якість та концентрація речовини;
- ослаблений організм (знижена реактивність організму) внаслідок хронічного отруєння (тривалий прийом наркотиків чи алкоголю), хронічних захворювань (ВІЛ-інфекція, вірусні гепатити, туберкульоз тощо), зниженого імунітету, перевтоми, депресії, стресу;
- перші спроби речовини, коли організмом ще не вироблені толерантність і специфічна реакція прийом наркотику;
- додатковий прийом вуличних (нелегальних) наркотиків пацієнтами замісної підтримуючої терапії (ЗПТ).

4.1. Види передозувань

Передозування може виникати у легкій, середній та важкій формі. При важкій формі відбувається втрата свідомості, зупинка дихання та серця. Якщо постраждалий не отримає своєчасної допомоги, передозування може призвести до смерті.

Форма тяжкості передозування залежить від шляху введення препарату в організм. Найбільший ризик передозування існує у тих, хто вводить ПАР шляхом ін'єкцій (внутрішньовенно, внутрішньом'язово), оскільки концентрація речовини швидко зростає і речовина швидше досягає мозку.

Будь-яка з психоактивних речовин може спричинити передозування. Залежно від механізму дії речовини, що спричинила передозування, розрізняють:

- передозування депресантів (опіати та опіоїди – «ширка», героїн, морфін, кодеїн, метадон тощо);
- передозування стимуляторів (амфетамін, метамфетамін, «солі» та речовини, подібні до них)
- передозування алкоголю.

Передозування опіоїдів (депресантів) протікає з пригніченням дихального та судинного центрів головного мозку.

Ознаки передозування опіоїдів:

- нудота, блювота;
- звуження зіниць (міоз);
- сонливість;
- невиразна мова;
- бліда і суха шкіра;
- розслаблення скелетних м'язів: уповільнення рухів, згинання колін, застигання в одному положенні, «втикання»;
- повільне поверхневе дихання;
- падіння артеріального тиску;
- посиніння губ і кінчиків пальців (ціаноз);
- брадикардія (зменшення частоти серцевих скорочень, ослаблення пульсу) аж до зупинки серця;
- втрата свідомості.

ПЕРША ДОПОМОГА У РАЗІ ПЕРЕДОЗУВАННЯ ОПІОЇДАМИ (ДЕПРЕСАНТАМИ):

1. Увести Налоксон.

Налоксон – конкурентний блокатор опіатних рецепторів головного мозку, антагоніст опіоїдних препаратів. Випускається в ампулах по 1 мл (0,04 мг).

Уведення налоксону запобігає, послаблює або усуває (залежно від дози та часу введення) ефекти опіоїдних анагетиків, відновлює дихання, зменшує седативну дію, нормалізує артеріальний тиск, який при передозуванні опіоїдами знижується.

Налоксон усуває дію широкої групи опіоїдів: морфіну, апоморфіну, героїну, кодеїну, дигідрокодеїну, промедолу, метадону, пентазоцину, фентанілу, бупренорфіну. Крім того, він усуває токсичну дію великих доз алкоголю і застосовується при алкогольній комі.

Налоксон ефективний також при розладах функції дихання при змішаних отруєннях, спричинених прийомом опіоїдів у поєднанні з барбітуратами, седативними та алкоголем.

Налоксон – безрецептурний препарат, доступний в аптечній мережі України. Він також буде доступний в проєктах зменшення шкоди в УВП.

При отруєнні/передозуванні опіоїдами Налоксон вводиться у дозі 0,04 мг (1 ампула) внутрішньовенно, внутрішньом'язово або підшкірно. Препарат діє швидко – через 1 – 5 хвилин (але відносно недовго – 30 хвилин – 1 годину).

Якщо стан постраждалого не покращився – повторити 0,5-1 мл.

При важкій формі передозування вводити кожні 20-30 хвилин, далі з перервою 2 години внутрішньом'язово до відновлення дихання або до приїзду бригади швидкої допомоги.

Якщо налоксон дав необхідний ефект, і до постраждалого повернулась свідомість, то через 30 хвилин після першої ін'єкції слід зробити другу ін'єкцію – ще 0,5 мл, щоб уникнути повторного погіршення стану постраждалого.

Якщо введення налоксону неможливо (немає в наявності), слід викликати бригаду швидкої допомоги. Під час виклику необхідно чітко назвати причину – «передозування опіоїдами», щоб бригада швидкої допомоги могла заздалегідь подбати про наявність налоксону в арсеналі медикаментів.

Важливо знати та пам'ятати, що введення налоксону при опіоїдному передозуванні викликає симптоми абстиненції (синдром відміни). Важливо, щоб постраждалий, відчувши «ломку» після введення налоксону, не приймав опіоїди щонайменше 8-12 годин, оскільки може виникнути кумулятивний ефект (накопичення опіоїдів в організмі, що може знову викликати передозування).

Налоксон має бути:

- у соціального працівника програми зниження шкоди;
- в ЗОЗ ДКВСУ;
- у бригади «швидкої допомоги»;
- в ідеалі – у кожного споживача опіоїдів.

До прибуття команди медиків (до приїзду швидкої допомоги):

2. Не дати постраждалому заснути.

Підтримувати свідомість. Будити, штовхати, стусати постраждалого, розмовляти з ним, просити відповідати на питання. Давати пити воду.

Самодопомога: зусиллям волі змушувати себе не спати.

Намагатись дихати глибоко, через ніс, плескати в долоні, пританцьовувати.

3. Провести реанімаційні заходи.

Якщо потерпілий непритомний, відсутнє дихання, не визначається пульс:

- вкласти постраждалого на тверду поверхню;
 - перевірити прохідність верхніх дихальних шляхів (носа, рота та горла): чи не запав язик, чи немає блювотних мас або інших сторонніх тіл (зубні протези тощо). Блювотні маси треба видалити пальцем, повернувши голову постраждалого набік. Перед цим слід обмотати палець тканиною (фрагмент одягу), хусткою або бинтом.
 - провести штучне дихання та непрямий масаж серця. Якщо допомогу надає одна людина: чергувати 2 вдихи «рот в рот» + 10-15 натискань на грудину. Якщо допомогу надають дві людини: чергувати 1 вдих + 5 натискань на грудину.
4. Якщо потерпілий у свідомості (прийшов до тями), є пульс і дихання – надати тілу потерпілого відновлюючу позу: на боці, під голову покласти руку потерпілого або щось м'яке (одяг, змотаний валиком) і чекати на прибуття команди медиків (приїзд швидкої допомоги).

5. Передозування стимуляторами (амфетамін, метамфетамін, екстазі, «сіль» та їм подібні ПАР)

Передозування стимуляторів протікає із перезбудженням нервової системи, дихального та судинного центрів головного мозку.

Ознаки передозування стимуляторів:

- тахікардія (прискорення серцебиття);
- підвищення артеріального тиску (ризик інсульту!);
- сильний пульсуючий головний біль («молотки»);
- почуття жару, перегріву;
- рухове збудження: людина не знаходить собі місця;
- задуха, відчуття нестачі повітря (утруднене дихання);
- відчуття оніміння тіла;
- паніка, страх смерті;
- відчуття тиску в грудях, біль у грудній клітці;
- розширення зіниць;
- нудота, блювота;
- судоми;
- вологість шкіри, потіння.

ПЕРША ДОПОМОГА У РАЗІ ПЕРЕДОЗУВАННЯ СТИМУЛЯТОРАМИ

1. Заспокоїти постраждалого. Перевести його у тихе, безпечне місце.
2. Говорити із постраждалим, дати води.
3. Разом зробити 10 глибоких вдихів-видихів. Якщо передозування відбулося у закритому приміщенні – дати доступ свіжого повітря, вийти на вулицю, лишатися з постраждалим.
4. Спробувати з'ясувати, яку речовину прийняв постраждалий.
5. Якщо стан погіршується – викликати швидку допомогу, покликати медичного працівника для проведення реанімаційних заходів.
6. При втраті свідомості (зупинка дихання, серця) – провести штучне дихання та непрямий масаж серця до приїзду швидкої допомоги
7. Покласти людини у позу відновлення.

Самодопомога: не панікувати (передозування стимуляторами не таке небезпечне, як передозування опіоїдами). Глибоке дихання, холодна вода та спокій.

5.1. Профілактика передозувань

Поради споживачу ПАР (15 пунктів зменшення ризику передозування):

1. Ніколи не вживай на самоті.
2. Якщо сумніваєшся у дозі та якості речовини, не вживай всю речовину відразу, розбий дозу на частини та вживай частинами.
3. Не приховуй від близького оточення, що плануєш вживати. У разі передозування, це допоможе ближнім надати тобі допомогу.
4. Не будь жадібним, якщо йдеться про дозу речовини.
5. Не «доганяйся», якщо відчуваєш, що вже достатньо.
6. Не змішуй речовини між собою та особливо з алкоголем.
7. Намагайся не вживати синтетичні ПАР, суміші («спайси»), оскільки їхню дію важко передбачити через часто невідомий склад.
8. Якщо робиш перерви у вживанні, то після перерви починай із менших доз, ніж було до цього.
9. Якщо вживаєш опіоїди, намагайся завжди мати при собі налоксон або знай, де його можна швидко взяти (кому подзвонити, куди звернутися).
10. Стань учасником програми зниження шкоди: крім засобів безпеки у цих програмах ти отримаєш знання про профілактику та першу допомогу при передозуванні.
11. Якщо вживаєш стимулятори, завжди май під рукою серцеві препарати (корвалол), спазмолітичні (но-шпа) та гіпотензивні (знижувальні тиск) засоби.

12. Не забувай пити у достатній кількості воду.
13. Неін'єкційний шлях вживання менш небезпечний, ніж ін'єкційний. Відмовся від ін'єкцій – це знизить не лише ризик передозувань, а й ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, хвороб вен.
14. Не кидай потерпілого в біді: знай та зумій надати допомогу при передозуванні.
15. Якщо ти учасник програми замісної підтримуючої терапії, суворо дотримуйся дозування, визначеного лікарем, не змішуй препарат ЗПТ із вуличними наркотиками, іншими психоактивними речовинами та алкоголем!

Чого не можна робити при передозуванні:

1. Вживати алкоголь чи протилежну за дією психоактивну речовину, щоб «змінити хвилю».
2. Самостійно вводити в організм (внутрішньовенно, внутрішньом'язово, підшкірно) будь-які лікарські або наркотичні речовини до приїзду швидкої допомоги (за винятком налоксону при передозуванні опіоїдами).
3. Поміщати постраждалого у ванну (ні холодну, ні гарячу).
4. Залишати постраждалого одного, навіть якщо медиків вже викликано.

ВПРАВИ ДО ЗАНЯТТЯ №3

1. Дискусія «Які послуги необхідні людям, що вживають ін'єкційні наркотики»

 10 хв.

Перед початком заняття тренер ініціює дискусію на тему «Які послуги, на вашу думку, необхідні людям, що вживають ін'єкційні наркотики», записуючи відповіді учасників на фліп-чарт. Тренер просить учасників коментувати, обґрунтовувати свої відповіді – для чого потрібна та чи інша послуга, яку проблему вона вирішує. Дискусія може тривати 5-10 хвилин, доки на плакаті не сформується список з основних послуг зменшення шкоди. Після цього тренер починає свою презентацію, в ході якої звертається до списку на плакаті і підкреслює той чи інший пункт, який співпадає з «класичним» переліком послуг зменшення шкоди.

** При проведенні навчання онлайн тренер фіксує відповіді учасників за допомогою онлайн-дошок, демонструючи екран свого комп'ютера.*

2. Робота в малих групах «Перша допомога при передозуванні і профілактика передозувань»

 30 хв.

Вправа проводиться перед презентацією розділу про передозування.

Учасники об'єднуються в три групи і отримують завдання описати на листках фліпчарту, виходячи з власного досвіду та знань:

- надання першої допомоги при передозуванні опіоїдами (група 1);
- надання першої допомоги при передозуванні стимуляторами (група 2);

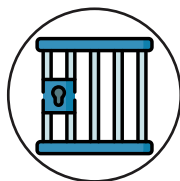
- профілактика передозувань: що потрібно робити і чого НЕ робити, щоб не допустити передозування (група 3).

На виконання завдання дається 10-15 хвилин. Представники груп презентують свої матеріали по черзі. Після кожної з презентацій тренер проводить обговорення з аудиторією, чи може хтось щось додати або можливо хтось з чимось не згоден. Після цього тренер проводить свою лекцію-презентацію, періодично повертаючись до плакатів, створених учасниками, коментуючи їх і порівнюючи інформацію своєї презентації з розробками учасників тренінгу. Тренер проводить вправу і презентацію так, щоб учасники відчували себе експертами з цього питання.

** При проведенні навчання онлайн учасники об'єднуються в окремих кабінетах (наприклад, як це дозволяє робити платформа ZOOM), де обговорюють завдання, один з учасник з групи фіксує загальні напрацювання. Після виконання завдання учасники повертаються в загальне поле. Представник від групи презентує виконане завдання.*

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА
БАЗА ВПРОВАДЖЕННЯ
ПРОГРАМИ ОБІНУ
ШПРИЦІВ/ГОЛОК В
УСТАНОВАХ ТА ЗОЗ ДКВСУ

ЗАНЯТТЯ №4



Мета заняття: надати інформацію щодо наявних програм обміну шприців/голок в пенітенціарному секторі та існуючих моделей стосовно їх впровадження, детально розібратися з рекомендованою для впровадження моделлю обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України, ознайомити учасників заняття з чинною нормативно-правовою базою впровадження програми обміну шприців/голок в установах ДКВС України.

Загальна тривалість заняття: 2 години.

Формат викладення матеріалу: презентації, обговорення.

План проведення заняття:

Міжнародний огляд програм обміну шприців/голок в пенітенціарному секторі



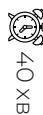
Існуючі моделі щодо впровадження програм обміну шприців/голок



Рекомендована для впровадження модель обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України



Нормативно-правова база впровадження програми обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України



Відповіді на питання



1. Міжнародний огляд програм обміну шприців/голок в пенітенціарному секторі

Тюремне ув'язнення є поширеною і повторюваною подією для більшості людей, що вживають наркотики ін'єкційно; протягом життя в місця позбавлення волі (далі – МПВ) потрапляють від 40 до 85 % ЛВІН. Поточний або попередній досвід позбавлення волі пов'язаний із підвищеним ризиком вживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію і високим ризиком інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами серед ЛВІН. При цьому відомо, що тюремне населення динамічно розвивається завдяки постійному оновленню складу ув'язнених, тюремного персоналу і осіб, які відвідують ув'язнених в МПВ. Таким чином, значна частка ЛВІН в складі тюремного населення і «плинність ув'язнених» впливають на поширеність вірусних інфекцій як серед ув'язнених, так і серед широкого загалу.

Програми зменшення шкоди (ЗШ) спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ, вірусного гепатиту С і зниження шкоди, пов'язаної із вживанням психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків і злочинності (ЮНОДС) і Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) рекомендують впроваджувати програми зменшення шкоди як метод профілактики у зв'язку з ВІЛ та ВГС для людей, які вживають наркотичні засоби ін'єкційним шляхом (ЛВІН).

До комплексу профілактичних послуг зі зменшення шкоди згідно рекомендацій ВООЗ належать:

- програма обміну/видачі шприців;
- програма замісної підтримувальної терапії та інші види лікування наркозалежності;
- тестування на ВІЛ та консультування, доступ до антиретровірусної терапії (АРТ);

- профілактика і лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ);
- програма видачі презервативів для людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та їхніх сексуальних партнерів;
- адресна інформація, навчання і комунікація для людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та їхніх сексуальних партнерів;
- профілактика, вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- діагностика і лікування туберкульозу (ТБ).

2. Існуючі моделі щодо впровадження програм обміну шприців/голок

Незважаючи на безліч досліджень, які доводять зв'язок між ін'єкційним вживанням наркотиків, тюремним ув'язненням і підвищеними ризиками інфікування ВІЛ, у всьому світі реалізація програм зменшення шкоди в тюрмах залишається «наріжним каменем» профілактики ВІЛ. За даними звіту щодо глобального стану зменшення шкоди від 2022 р., тільки 9 країн (серед тих, дані яких є у відкритому доступі) у 2022 році реалізують програми обміну голків в мінімум одній в'язниці. Це: Вірменія, Канада, Німеччина, Киргизстан, Люксембург, Молдова, Іспанія, Швейцарія та Таджикистан.

21 з 29 країн Євразії забезпечує ЗПТ у в'язницях. Повідомляється, що наразі у в'язницях Косово впроваджують ЗПТ, але в Грузії ЗПТ доступна лише для короткочасної детоксикації, а не для тривалого підтримуючого лікування, а в угорських в'язницях ЗПТ практично недоступна. Навіть у тих країнах, де запроваджена ЗПТ, у в'язницях вона не є широко доступною. В Албанії, Латвії, Чорногорії та Сербії люди можуть починати ЗПТ під час перебування у в'язниці лише якщо вже приймали ЗПТ до ув'язнення.

Станом на 2022 рік лише чотири країни регіону СЄЦА

впроваджували програми обміну шприців у в'язницях (Вірменія, Киргизстан, Молдова та Таджикистан).

Дослідження, проведене в Молдові у 2021 році, виявило певні занепокоєння щодо доступності ПОШ у тюрмах, зокрема, ці проблеми пов'язані з конфіденційністю та дискримінацією під час доступу до інших медичних послуг.

2.1. Швейцарія. Модель «Обмін шприців + ЗПТ»

У 1992 році Швейцарія стала першою країною, де почали здійснюватися ПОШ у МПВ. У швейцарських в'язницях використовуються дві моделі ПОШ, а також їх поєднання в рамках реалізації ПОШ на території однієї виправної установи: надання стерильного інструментарію через тюремного лікаря і через автоматичну розподільчу машину (шприцемат). За даними на 2022 р., програми ПОШ у МПВ Швейцарії працюють в 15 в'язниць, у яких відбуває покарання п'ята частина усього тюремного населення країни. Крім того, Швейцарія є єдиною країною, де героїнова терапія доступна у в'язницях – наразі лише в одній установі виконання покарань.

Тут засуджених ЛВІН:

- одразу спрямовують до в'язниць, де є обмін шприців;
- консультують і навчають заходам профілактики;
- забезпечують доступом до ЗПТ в окремих в'язницях;
- забезпечують доступом до стерильного інструментарію безпосередньо у медпункті. Всі шприци повинні зберігатися в пластмасових захисних футлярах. Будь який шприц, знайдений без пластикового футляра, вважається нелегальним.

Концепція обміну шприців в Швейцарії: обмін шприців дисциплінує ув'язнених ЛВІН і встановлює рамки «м'якого» контролю.

2.2. Німеччина. Модель «Консультаційний центр з проблем наркотиків»

У Німеччині програми обміну шприців у в'язницях запрацювали у 1996 році:

- в окремих в'язницях було створено консультаційні центри з проблем наркотиків;
- обмін шприців відбувається через медпункт і автомати;
- крім шприців, ув'язнені отримують спиртові серветки, аскорбінову кислоту, фільтри, пластир, натрій хлорид, мазь для судин;
- учасникам ЗПТ заборонено брати участь у обміні шприців.

Коли в 2003 році правляча коаліція заборонила обмін шприців в тюрмах Німеччини, ув'язнені стали знову використовувати загальні голки і повернулися до давно забутої практики позичання шприців/голок одне у одного; 2 шприці стали нелегально коштувати 10 євро або дві пачки сигарет.

Згідно з дослідженням¹ «Стан зменшення шкоди у в'язницях 30 країн Європи з акцентом на споживачів ін'єкційних наркотиків та інфекційних захворювань», проведеним у 2021 році, у 29 з 30 установ виконання покарань діє ЗПТ. У деяких в'язницях перед звільненням дають вищу дозу опіоїдних замісних препаратів, а також проводять консультації щодо ризиків.

Незважаючи на те, що уряд Німеччини зазначив, що успішна заміна є найкращим захистом від смерті від наркотиків у людей із розладами, пов'язаними із вживанням опіоїдів, Німецька федерація боротьби зі СНІДом оцінює, що лише 5–9% людей із розладами, пов'язаним із вживанням опіоїдів, які живуть у в'язниці, отримують ЗПТ, тоді як поза установами виконання покарань такий відсоток складає 48%. Запровадження ЗПТ у пенітенціарній сфері

1 harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-021-00506-3

значно відрізняється між окремими федеральними землями та окремими в'язницями.

Станом на 2022 рік², програма обміну шприців діє лише в одній жіночій в'язниці в Німеччині, де працює шприцемат.

2.3. Іспанія. Модель «Медична частина + НУО»

У Іспанії метадонова програма запрацювала у в'язницях у 1992 році. 1997 став роком початку обміну шприців у в'язницях. Тут надаються наступні послуги:

- послуги з обміну шприців здійснюються медперсоналом в'язниці або працівниками неурядових організацій (НУО);
- учасники метадонової програми теж можуть брати участь в обміні шприців;
- більшою довірою і попитому клієнтів користуються ті програми, де обмін проводили працівники НУО, а не персонал в'язниць;
- перевага віддається особистісному аспекту спілкування і консультуванню, аніж обміну через автомат;
- діє принцип: чистий шприц – привід почати розмову про зміни в поведінці.

Програми обміну шприців в Іспанії мають на меті подальше скерування споживачів наркотиків в програми лікування наркозалежності після звільнення.

2.4. Киргизстан і Молдова. Модель «рівний – рівному»

У Молдові програми обміну шприців в УВП почали діяти у 1999 році. В Киргизстані – у 2002. У в'язницях цих країн обмін шприців здійснюється через медпункт силами самих ув'язнених («рівний – рівному»), обов'язково супроводжується консультуванням.

В Киргизстані обмін шприців проводиться в усіх тюрмах. В Молдові – в чотирьох колоніях, де відбуває покарання молодь до 25 років.

В Киргизстані зафіксовано різке зменшення кількості абсцесів серед ув'язнених ЛВІН.

В Молдові програми обміну шприців значно вплинули на формування толерантного ставлення персоналу в'язниць і інших засуджених до ЛВІН.

2.5. Таджикистан

За даними ВООЗ на 2014 р., в пенітенціарній системі Таджикистану були впроваджені послуги з тестування на ВІЛ, розповсюдження презервативів та дезінфікуючих засобів. Пілотний проєкт ПОШ був реалізований тільки в одній в'язниці у 2010 р. в Душанбе і прийняв в цілому 38 клієнтів. Реалізація програм ЗПТ у в'язницях перебуває на стадії розгляду, хоча керівні принципи ЗПТ у в'язницях були розроблені і затверджені. Неурядовим організаціям дозволено здійснювати освітні проєкти по ВІЛ у в'язницях, але дефіцит фінансування зупинив цю діяльність.

2.6. Висновки щодо міжнародного досвіду впровадження ПОШ у МПВ.

Протягом останніх тридцяти років змінювався тон глобальних рекомендацій – від м'яких формулювань доцільності введення ПОШ у в'язницях до наполегливих, обов'язкових до виконання приписів реалізації ПОШ у місцях позбавлення волі. Нарешті, віднесення ув'язнених до п'яти основних ключових груп у 2016 р. і відповідне посилення уваги до ув'язнених у контексті протидії ВІЛ/СНІДу передбачає прийняття всеохоплюючих міждержавних угод і зобов'язань, в тому числі спрямованих на законодавче закріплення реалізації програм обміну шприців у в'язницях на рівні країн.

Аналіз реалізованих програм ПОШ у МПВ дозволяє говорити про те, що навіть попри успішний досвід реалізації подібних проєктів у окремих випадках (Швейцарія, Іспанія, Молдова, Киргизстан), їх

подальша реалізація залишається нестабільною і часто залежить від політичного популізму (Німеччина). До того ж, підставою, як для початку, так і для завершення програм може бути одна і та сама причина – так звана «політична воля», яка добре проглядається у кейсах Німеччини і Молдови.

Одним з ключових принципів успішної реалізації ПОШ у МПВ є можливість налагодження довірливих стосунків із ув'язненими, відсутність яких призводить до незатребуваності навіть пілотних ПОШ і їх швидкого завершення. Відповідний розділ цього звіту пропонує на розгляд декілька моделей реалізації ПОШ у МПВ, які можуть бути використані як самостійно, так і у поєднанні одна з одною.

Відсутність задокументованого досвіду реалізації ПОШ у МПВ у Вірменії, Македонії, Румунії та Таджикистані дозволяє припустити, що програми можуть не працювати там насправді, хоча вказані країни продовжують звітувати про їх поточну реалізацію. Вірогідно, схожа ситуація склалася в Білорусі, однак ніякої інформації з цього приводу не зберіглося. Досвід Португалії, де програми були запуснені, але не були затребувані, задокументований та описаний.

Реалізація ПОШ в МПВ – недорогий та економічно ефективний проект, якщо його добре розробити та реалізувати. Бюджет буде залежати від моделі забезпечення стерильними шприцями та голками і повинен включати прямі та непрямі витрати.

3. Рекомендована для впровадження модель обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України

Якщо узагальнити світовий досвід реалізації програм обміну шприців місцях позбавлення волі, можна виділити чотири основні моделі, у кожній з яких є свої переваги і недоліки.

Автоматичні розподільчі машини з обміну шприців (шприцемат): ці пристрої можуть бути встановлені у різних місцях у в'язниці. Як правило, ув'язнений поміщає використаний шприц у паз,

тягне важіль, і машина видає стерильний шприц. Також можуть бути доступні інші приладдя для ін'єкцій зверху (на машині) або поруч з машинами. Такі машини забезпечують високий ступінь доступності та анонімності за умови, що вони знаходяться не в публічному (прохідному) місці чи під наглядом. Однак вони не передбачають можливості для консультування чи підтримки з боку персоналу. Крім того, запаси інструментарію мають поповнюватися, відповідно, має існувати персонал, який буде за цим стежити.

Підхід «рівний – рівному»: у цій моделі ув'язнені отримують інструментарій безпосередньо від ув'язнених, які пройшли спеціальну підготовку. Такий підхід забезпечує анонімність користувачів послуг щодо медичного обслуговування або іншого персоналу в'язниці. Рівні волонтери також надають інформацію та інші послуги зменшення шкоди (наприклад, презервативи). Ця модель дозволяє отримати високий рівень доступу до стерильного ін'єкційного обладнання, оскільки рівні волонтери знаходяться на місці і доступні ввечері та у вихідні дні. Можливі недоліки цієї моделі включають труднощі в отриманні більш точної інформації про здоров'я (порівняно з медичними працівниками).

Соціальні працівники НУО: в цій моделі стерильний інструментарій поширюється соціальними працівниками, які не працюють у пенітенціарній системі. Це може забезпечити ширшу участь у програмі, оскільки страхи ув'язнених з приводу конфіденційності можуть бути подолані, позаяк про участь ув'язненого в обміні шприців може бути відомо тільки співробітникам НУО. Ця модель також може сприяти створенню тісніших зв'язків з локальними НУО, які надають медичні та соціальні послуги та можуть сприяти безперервності догляду, а також можуть бути корисні ув'язненим після звільнення. Однак доступ до інструментарію в цьому випадку напряму залежить від того, як часто соціальні працівники НУО можуть «заходити» до в'язниць.

Медсанчастина / медпрацівники: ув'язнені отримують інструментарій від медичних сестер, лікарів або інших

працівників медсанчастини. Цей підхід включає особистий контакт і консультування з боку медичних працівників. Однак в деяких тюремних контекстах ця модель може призвести до відсутності конфіденційності, що може значним чином обмежити участь ув'язнених у програмі, і деякі ув'язнені можуть відчувати дискомфорт при зверненні до медпрацівників. Крім того, доступ до інструментарію в такому випадку залежить від годин роботи і присутності медичного персоналу на робочому місці.

4. Нормативно-правова база впровадження програми обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України

4.1. Міжнародне законодавство та рекомендації

У 2000 р. Всесвітня медична асоціація у своїй декларації підтвердила еквівалентність права на здоров'я серед ув'язнених і в суспільстві в цілому. У 2001 р. Європейський Регіональний офіс ВООЗ і Група Помпиду Ради Європи прийняли консенсусну заяву «В'язниці, Наркотики і Суспільство: принципи, політики і практики ВООЗ», в якій вказується на успішність ПОШ у в'язницях, а також пропонується розглянути можливості підходу «рівний – рівному» для здійснення профілактичної роботи у в'язницях, і робиться акцент на зв'язок між відсутністю програм зменшення шкоди та зростанням захворюваності на вірусні гепатити серед ув'язнених.

У 2004 році Україна підписала Дублінську декларацію щодо співробітництва у боротьбі з ВІЛ/СНІДом у Європі та Середній Азії, в якій зокрема зазначено: «...необхідно полегшити доступ ЛВІН до профілактики і лікування наркозалежності та програм зменшення шкоди, усіляко сприяючи широкому наданню послуг з профілактики та лікування наркозалежності та програм зменшення шкоди (зокрема обміну шприців та голок, дезінфікуючих засобів і презервативів, добровільного консультування і тестування на ВІЛ, замісної терапії, діагностики та лікування ІПСШ) у відповідності до державної політики...».

У 2007 р. ВООЗ представляє «Настанови щодо предметів першої

необхідності у в'язниці в плані здоров'я» з докладним аналізом переваг заходів зменшення шкоди у в'язницях, зокрема і реалізації ПОШ у в'язницях. ВООЗ наполегливо рекомендує ввести програми обміну голочок і шприців, незалежно від поточної поширеності ВІЛ-інфекції, якщо у тюремної влади є які-небудь докази того, що в тюрмі відбувається ін'єкційне вживання наркотиків.

У серії технічних рекомендацій ВООЗ, ЮНЕЙДС, УНЗ ООН «Ефективність інтервенцій з боротьби з ВІЛ у в'язницях – програми обміну голочок і шприців, дезінфектантів та ін.» наполягають на тому, що «тюремній владі в країнах, яким загрожує епідемія ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, слід терміново ввести ПОШ і якомога швидше розширити масштаби їх реалізації. Що вища поширеність вживання ін'єкційних наркотиків і пов'язаної з цим ризикованої поведінки у в'язниці, то більш терміновим стає впровадження ПОШ у в'язницях:

- ув'язнені повинні мати простий, конфіденційний доступ до ПОШ.
- ув'язнені і персонал повинні отримувати інформацію про програми і брати участь в їх розробці та реалізації.
- ретельно оцінені пілотні програми ПОШ у в'язницях можуть бути важливі для дозволу впровадження цих програм, але вони не повинні затримувати впровадження ПОШ, особливо там, де вже є свідчення високого рівня ін'єкцій у в'язницях».

Спільний документ ВООЗ, ЮНЕЙДС, УНЗ ООН, Програми Розвитку ООН (ПРООН) і Міжнародної Організації Праці (МОП) «Короткий огляд політики профілактики ВІЛ, лікування і догляду у в'язницях та інших закритих установах: комплексний пакет заходів», опублікований у 2013 р., закріплює ПОШ серед найважливіших 15 інтервенцій у в'язницях, уточнюючи, що «ув'язнені, які вживають наркотики ін'єкційно, повинні мати простий і конфіденційний доступ до стерильного інструментарію, а також повинні отримувати інформацію про програми ПОШ». Рекомендації містять твердження про те, що «в країнах, де розвинене

вживання ін'єкційних наркотиків, реалізації програм лікування наркозалежності, зокрема за допомогою опіоїдної замісної терапії, а також програм обміну шприців у в'язницях, повинні бути пріоритетним завданням».

Європейський комітет з запобігання катуванням, нелюдському або принизливому поведженню чи покаранню 2017 року неодноразово наголошував щодо вжиття зусиль для забезпечення в усій пенітенціарній системі регулярного обстеження та лікування для хворих на вірусні захворювання крові, а також впровадження комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди (програми обміну шприців) в пенітенціарних установах, де досі не впроваджено і навіть заборонено постачання стерильних голків, шприців та презервативів (на відміну від деяких прогресивних закордонних пенітенціарних систем).

У огляді 2020 року ГО «Харківська правозахисна група» від 2020 року «Пенітенціарна система України та стандарти Європейського комітету з запобігання катуванням» наведено, що Європейський комітет з запобігання катуванням, нелюдському або принизливому поведженню або покаранню підкреслює, що жодна з відвіданих установ не запровадила заходів зменшення шкоди (наприклад, надання дезінфікуючого розчину чи інформації про те, як стерилізуються голки або впровадження програм обміну шприців).

На сьогодні відсоток ВІЛ-інфікованих осіб у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань, від загальної чисельності ув'язнених, у 5-10 разів перевищує цей відсоток поза їх межами. Причиною зазначеного є, зокрема, передача хвороб ін'єкційним шляхом як наслідок багаторазового використання ув'язненими, які мають наркотичну залежність, предметів медичного призначення (шприців та голків).

У 2005 році ДКВСУ прийняла рішення почати пілотний проєкт щодо впровадження ПОШ у двох установах виконання покарань. Пілотними були обрані колонії №48 у Львові і колонія №53 у Миколаївській області. Було організовано три тренінги щодо здійснення програм в листопаді і грудні 2005 року. У двох

тренінгах брали участь співробітники двох колоній, у яких було заплановано розпочати пілотні проекти. Питання щодо можливості впровадження пілотного проєкту також розглядалося на першій Національній конференції зі зменшення шкоди (м. Київ, 2006 рік). Однак пілотні ПОШ так і не були реалізовані.

Відповідно до пункту 8 статті 4 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голочок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією. Крім того одними із цілей та завдань Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року затвердженої, Розпорядженням КМУ від 27 листопада 2019 року № 1415-р є:

- «забезпечити доступ та сприяти отриманню представниками ключових груп населення комплексних профілактичних послуг»;
- «забезпечити доступ представникам ключових груп населення, зокрема особам, що вживають наркотики ін'єкційно, до програм зменшення шкоди та лікування наркозалежності з метою запобігання ре-інфікуванню після досягнення стійкої вірусологічної відповіді».

Згідно зі Стандартами медичної допомоги «ВІЛ-інфекція», затверджених наказом МОЗ України від 16.11.2022 № 2092, люди, які перебувають у місцях позбавлення волі або нещодавно звільнені, відносяться до ключових груп щодо інфікування ВІЛ, які через особливості їх поведінки та поведінки їхнього оточення мають підвищений ризик інфікування ВІЛ незалежно від

епідеміологічного контексту, що впливає на динаміку поширення ВІЛ.

Згідно наказу МОЗ України від 12.07.2019 № 1606 «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ», послуги профілактики включають у себе обмін та видачу шприців, а до представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать у тому числі особи, які утримуються в установах виконання покарань (наказ МОЗ України від 08.02.2013 № 104).

Правилами внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 р. за № 633/33604, особам, узятим під варту, не заборонено використання і зберігання при собі стерильних шприців і голків, однак не визначений механізм їх отримання (крім випадків необхідності цілодобового невідкладного прийому препаратів і підтримки життєдіяльності організму).

Правилами внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 28.08.2018 № 2823/5 (зі змінами), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 5 вересня 2018 р. за № 1010/32462, засудженим дозволяється користуватися і зберігати при собі медичні вироби, необхідні для підтримки життєдіяльності організму, за наявності відповідного медичного висновку. Крім того засудженим не заборонено зберігання та використання стерильних шприців, голків та контрацептивів у герметичній упаковці (не більше 5 одиниць кожного найменування). Водночас, аналіз нормативно-правових та організаційно розпорядчих актів у цій сфері дає підстави вважати, що засуджені можуть користуватися і зберігати при собі медичні вироби (шприци та голки), зокрема, за наявності в засудженого захворювання на цукровий діабет і призначення йому інсулінотерапії.

Разом з тим відповідно до Порядку організації надання медичної

допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 № 1348/5/572, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2014 р. за № 990/25767, отримані від родичів засуджених або інших осіб лікарські засоби (їх аналоги) і вироби медичного призначення зберігаються в установах охорони здоров'я ДКВС в окремих шафах.

У зв'язку з цим зазначаємо, що відповідно до роз'яснення Міністерства юстиції України в разі існування неузгодженості між нормами, виданими одним і тим самим нормотворчим органом, застосовується акт, виданий пізніше, навіть якщо прийнятий раніше акт не втратив своєї актуальності. Така неузгодженість може виникнути внаслідок того, що ухвалення нової норми не завжди супроводжується скасуванням «застарілих» норм з того самого питання.

Вищевказане зумовлює необхідність застосування нових підходів, спрямованих на зменшення ризиків передачі ВІЛ-інфекції серед засуджених в установах виконання покарань, – запровадження пілотного проєкту «Впровадження в медичній частині №14 філії ЦОЗ ДКВС України в Миколаївській та Одеській областях комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими» (далі – Пілотний проєкт).

Маємо констатувати той факт, що в установах Державної кримінально-виконавчої служби України спостерігається концентрація вищенаведених категорій населення з ризикованою поведінкою.

Керівництво Міністерства юстиції України має політичну волю щодо впровадження комплексного пакету послуг зі зниження шкоди, зокрема подальшого поширення комплексного лікування з використанням препаратів замісної підтримувальної терапії та запровадження пілотного проєкту з обміну шприців та голочок в установах ДКВС України.

Розроблено та погоджено із зацікавленими структурними

підрозділами Міністерства юстиції України наказу ЦОЗ ДКВСУ від 21.11.2022 № 77-ОД «Про реалізацію пілотного проєкту «Впровадження в медичній частині № 14 філії ЦОЗ ДКВС України в Миколаївській та Одеській областях комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими».

За результатами впровадження пілотного проєкту «Впровадження в медичній частині № 14 філії ЦОЗ ДКВС України в Миколаївській та Одеській областях комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими» планується досягти:

- посилення інформованості засуджених щодо комплексних профілактичних послуг;
- зниження поширеності на ВІЛ-інфекцію/СНІД, вірусного гепатита С та В, смертності;
- доступ засуджених до анонімних сервісів зменшення шкоди.

І в підсумку: реалізація Пілотного проєкту дасть змогу поліпшити епідемічну ситуацію в установах ДКВСУ та в країні в цілому, знизити рівень смертності від СНІДу і, як результат, зменшити кількість осіб, які постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування, а також знизити соціальну напругу, зумовлену поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу, забезпечити захист прав людини щодо ВІЛ-інфікованих осіб.

У результаті стабілізації епідемічної ситуації, запобігання і зниження рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від СНІДу очікується економія коштів державного бюджету.

ВПРАВИ ДО ЗАНЯТТЯ №4

1. Робота в малих групах «Можливість впровадження обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України»



30 хв.

Тренер заздалегідь у перерві готує все необхідне для роботи в групах: три листи блокноту фліпчарту з наклеєними завданнями, торбинку з цукерками. Підходимо по черзі до учасників і пропонуємо витягти цукерку або камінчик з торбинки. Учасники об'єднуються в три групи по кольорам цукерок (камінців) та працюють за столами, де вже лежать підготовані заздалегідь листи блокноту фліпчарту з наклеєними завданнями та маркерами.

Завдання учасникам груп:

Написати, які є або можуть виникнути:

1. Труднощі впровадження ПОШ з боку фахівців ДКВС України (група 1).
2. Труднощі впровадження ПОШ з боку засуджених (група 2).
3. Переваги впровадження ПОШ в установах ДКВС України (група 3).

На роботу в групах відводиться 10 хвилин, на презентацію кожній групі по 5 хвилин.

Спікери від кожної групи представляють роботу групи. Інших учасників просимо доповнювати, якщо в них є доповнення. За необхідності тренер коментує.

Важливо спільно дійти висновку, що впровадження ПОШ в установах та ЗОЗ ДКВС України є складним процесом, але ПОШ дає змогу засудженим, які вживають наркотики ін'єкційно, отримувати нові стерильні голки та інше обладнання для вживання наркотиків ін'єкційно безкоштовно, щоб знизити ризик зараження ВІЛ та

вірусними гепатитами. Це в результаті сприятиме зниженню розповсюдження ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів в Україні.

** При проведенні навчання онлайн учасники об'єднуються в окремих кабінетах (наприклад, як це дозволяє робити платформа ZOOM), де обговорюють завдання, один з учасник з групи фіксує загальні напрацювання. Після виконання завдання учасники повертаються в загальне поле. Представник від групи презентує виконане завдання.*

2. Робота в малих групах «Переваги та недоліки рекомендованих для впровадження моделей обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України»



40 хв.

Вправа проводиться перед презентацією розділу про наявні моделі обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України. Учасники об'єднуються в чотири групи і отримують завдання описати на листках фліпчарту:

1. Модель «автоматичні розподільчі машини з обміну шприців (шприцемат)»: переваги та недоліки (група 1).
2. Модель «підхід «рівний – рівному»: переваги та недоліки (група 2).
3. Модель «соціальні працівники НУО»: переваги та недоліки (група 3).
4. Модель «медсанчастина/медпрацівники»: переваги та недоліки (група 4).

На виконання завдання дається 10 хвилин. Представники груп презентують свої матеріали по черзі (до 5 хвилин). Після кожної з презентацій тренер проводить обговорення з аудиторією, чи може хтось щось додати або, можливо, хтось з чимось не згоден. Після цього тренер проводить свою лекцію-презентацію, періодично повертаючись до фліпчартів, створених учасниками, коментуючи

АЛГОРИТМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ В УСТАНОВАХ ДКВС

ЗАНЯТТЯ №5



Мета заняття: надати інформацію щодо організації роботи з обміну шприців в установах та ЗОЗ ДКВСУ та безпосередньої реалізації алгоритму впровадження пілотного проєкту зменшення шкоди в установах та ЗОЗ ДКВСУ, детально розібратися з правилами збору і утилізації використаного ін'єкційного інструментарію, ознайомити учасників заняття з технікою безпеки персоналу і клієнтів при обміні шприців.

Загальна тривалість заняття: 2 години.

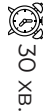
Формат викладення матеріалу: презентації, обговорення.

План проведення заняття:

Організація роботи з обміну шприців в установах та ЗОЗ ДКВСУ та надання комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди



Правила збору і утилізації використаного ін'єкційного інструментарію



Техніка безпеки персоналу і клієнтів при обміні шприців



Відповіді на питання



1. Організація роботи з обміну шприців в установах та ЗОЗ ДКВСУ та надання комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди

1.1. Етап 1. Організаційні заходи

1.1.1. Організація діяльності мультидисциплінарної команди ЗОЗ ЦОЗ ДКВС України

Мультидисциплінарна команда (далі – МДК) – консультативно-дорадчий орган при медичній частині ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України» (наказ ЦОЗ ДКВСУ від 05.07.2022 № 33-ОД).

До складу МДК входять завідувач медичної частини/фельдшер фельдшерського пункту, лікарі медичної частини, лікарі закладів охорони здоров'я МОЗ України (лікар-інфекціоніст, фтизіатр, нарколог, за згодою), соціальний працівник та психолог неурядової організації, яка працює в установі ДКВС України, а також представник відділу соціально-виховної та психологічної роботи установи виконання покарань (за згодою).

Очолює МДК завідувач медичної частини. Секретарем МДК є соціальний працівник НУО, що працює в установі ДКВС України.

Основними завданнями МДК є:

- надання консультативної та медичної допомоги особам, узятим під варту, та засудженим з медичних питань та питань соціального супроводу у сфері ВІЛ, ТБ та ВГС;
- впровадження комплексного пакету послуг з ВІЛ, ТБ та ВГС, а також наркозалежності, відповідно до затверджених стандартів надання медичної допомоги;
- розробка маршруту пацієнта стосовно діагностики та лікування ВІЛ, ТБ та ВГС, а також наркозалежних осіб, які перебувають в установах ДКВС України.

МДК відповідно до покладених на неї завдань здійснює такі функції:

- проводить комплексний аналіз стану здоров'я ВІЛ-інфікованих, хворих на ТБ та ВГС, а також наркозалежних осіб, які перебувають в установах ДКВС України;
- визначає проблемні питання (медичні, соціальні тощо), що можуть мати негативний вплив на надання консультативної, соціальної та медичної допомоги особам, узятим під варту, та засудженим з питань ВІЛ, ТБ та ВГС;
- здійснює профілактику ВІЛ, ТБ, ВГС в установах ДКВС України;
- раннє виявлення ВІЛ, ТБ, ВГС, зокрема, шляхом впровадження скринінгового анкетування;
- забезпечення своєчасної діагностики та лікування ВІЛ-інфекції (ТБ та ВГС);
- надання комплексної медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим, хворим на ТБ та ВГС, а також наркозалежним особам;
- проведення соціально-психологічної роботи з засудженими особами, які готуються до звільнення, зокрема з ВІЛ-інфікованими (хворими на ТБ);
- забезпечення медико-соціального супроводу наркозалежних осіб, зокрема клієнтам ЗПТ;
- розгляд інших питань, пов'язаних з реалізацією завдань, покладених на МДК.

1.1.2. Виокремлення та облаштування приміщень для реалізації проєкту

1.1.2.1. Приміщення для пункту обміну/видачі шприців (ПОШ) (далі – пункт обміну/видачі)

Мінімальні вимоги:

- оснащення спеціальними боксами для видачі медичних виробів (далі – бокси) (стерильних шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів у герметичних упаковках);
- можливість дотримання анонімності під час обміну (окремий вхід та/або відповідним чином побудований графік роботи);
- стіл, комплект стільців для консультанта та клієнта;
- графік роботи (розміщений в зручному місці, наприклад на дверях);
- стенд з інформаційно-довідковою інформацією (коротка інформація про проєкт, коротка інформація про ВІЛ/вірусні гепатити/ТБ, наочна інформація, у якому вигляді приносити шприці/голки на ПОШ, Витяг з Правил внутрішнього розпорядку тощо);
- наявність аптечки або шафи першої медичної допомоги;
- наявність лампи для кварцювання приміщення (відповідно нормам інфекційного контролю за туберкульозом).

Завідувач закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) організовує розміщення спеціальних боксів для видачі медичних виробів у приміщенні закладу охорони здоров'я та поряд з житловою зоною, з урахуванням їх доступності для засуджених, та можливості дотримання анонімності.

Завідувач закладу охорони здоров'я організовує розміщення

контейнерів для збирання використаних шприців (далі – контейнери) у приміщеннях гуртожитків з урахуванням їх доступності засудженим, та можливості дотримання анонімності за погодженням з адміністрацією УВП.

За щотижневе наповнення медичними виробами (або за потребою) та щодобовий збір використаних шприців наказом філії призначається відповідальний працівник закладу охорони здоров'я (далі – відповідальний працівник ЗОЗ).

1.1.2.2. Приміщення під консультаційний пункт (пункт надання послуг)

Може бути об'єднаним з ПОШ та розташовуватися у ЗОЗ, може бути окремим. Важливо, щоб це було окреме приміщення і ключі від нього мав відповідальний працівник ЗОЗ.

1.1.2.3. Складське (аптечне) приміщення для прийому і зберігання матеріальних цінностей

До таких матеріальних цінностей відносять:

- шприці;
- презервативи;
- лубриканти;
- інші засоби захисту (антисептики, спиртові серветки, рукавички, маски тощо);
- інформаційно-освітні матеріали.

1.1.2.4. Формування партнерської мережі проєкту

Партнерська мережа проєкту формується відповідно до його цілей і завдань з метою забезпечення безперебійної роботи всіх ланок проєктного механізму: організаційного, адміністративного і сервісного. Нижче наводиться приклад такої партнерської мережі

і роль партнерів в реалізації проєкту.

Документація етапу 1:

- накази керівництва установ та ЗОЗ ДКВСУ про створення МДК;
- протокол засідання МДК, резолюція.
- накази керівництва установ та ЗОЗ ДКВСУ про цільове призначення окремих приміщень і їх використання в рамках реалізації проєкту зменшення шкоди;
- тристоронні угоди про співпрацю з партнерськими установами ДКВСУ, філією ЦОЗ ДКВС України та НУО.
- журнал руху матеріальних цінностей по складу (Склад. Облік/ видача).
- журнал обліку температурного режиму на складі.

1.2. Етап 2. Реалізація проєкту

На цьому етапі відбувається:

- формування команди проєкту, підбір персоналу;
- призначення керівника (координатора) проєкту;
- призначення відповідального працівника ЗОЗ ДКВСУ;
- призначення відповідального працівника-куратора від партнерської НУО (або команди працівників від НУО);
- визначення документатора проєкту;
- відбір соціальних працівників з числа засуджених, які пройшли (проходять) навчання.

Навчання соціальних працівників (волонтерів) проводиться паралельно з реалізацією проєкту і є його невід'ємною частиною.

За результатами навчання соціальні працівники, які пройдуть тестування рівня знань, отримають сертифікати. Даний сертифікат є документом про базову освіту з питань зменшення шкоди від вживання наркотиків і дає можливість його одержувачу працювати соціальним працівником ЗШ як в установі виконання покарань так і НУО, що реалізує проект ЗШ, після звільнення.

Після навчання засуджені пройдуть оцінку знань та отримають відповідні сертифікати. Надалі вони матимуть можливість працевлаштуватися у неурядові організації, які працюють в УВП (в громадському секторі також), та ще відбуваючи покарання, зможуть надавати соціальні послуги іншим засудженим за фінансову винагороду.

Засуджені, які успішно пройшли оцінювання, отримали відповідні сертифікати, що підтверджують здобуту ними кваліфікацію, будуть оформлені на роботу як працівники ВІЛ-сервісної НУО. Кількість соціальних робітників «рівний-рівному», форма трудових відносин (угода ЦПХ, договір про волонтерство) та функціональні обов'язки кожного з залученого засуджено кожна регіональна ВІЛ-сервісна організація визначає самостійно в рамках чинного законодавства України і умов проєкту.

АЛГОРИТМ ДІЙ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ПРОЄКТУ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПОШ:

1. Соцпрацівник проєкту спільно з відповідальним працівником ЗОЗ (призначеним відповідним наказом по філії ЦОЗ ДКВСУ) за попереднім погодженням з адміністрацією установи ДКВСУ розміщують контейнери для збирання використаних шприців (далі – контейнери) у приміщеннях гуртожитків з урахуванням їх доступності засуджених, та можливості дотримання анонімності.
2. Соцпрацівник проєкту спільно з відповідальним працівником ЗОЗ забезпечують використання контейнерів у порядку визначеному, вимогами Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я від 8 червня 2015 року № 325 (зі змінами) (далі – Державні санітарні правила).
3. Соцпрацівник проєкту щодобово здійснює збір використаних шприців один раз на добу згідно вимог Державних санітарних правил.
4. Використані шприці збираються у контейнери, а по кожному клієнтові соцпрацівник вносить інформацію до «Відомості щоденного обліку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» (наказ МОЗ від 12.07.2019 № 1606) (далі – Відомість щоденного обліку) щодо кількості зданих шприців. Персональні дані клієнтів кодуються.
5. Соцпрацівник проєкту згідно затвердженого Робочою групою установи ДКВСУ графіку за узгодженим нею маршрутом та порядком слідування доставляє контейнери (контейнери закриті щільною кришкою та зроблені з матеріалу, який не проколюється) до приміщення для пункту обміну/видачі шприців (ПОШ) ЗОЗ ЦОЗ ДКВС України.

6. Для кожного соцпрацівника проєкту графік, маршрут та порядок слідування визначається окремо.
7. Відповідальний працівник ЗОЗ у пункту обміну/видачі, приймає контейнер та видає кожному соцпрацівнику необхідну кількість шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів у герметичних упаковках (інших засобів захисту за необхідністю) згідно даних Відомості щоденного обліку, яку надає соцпрацівник.
8. Бокс у якому зберігають медичні вироби ПОШ поповнюється за потребою, але не менше одного разу на тиждень відповідальним працівником ЗОЗ.
9. Інформація щодо надання послуг вноситься до «Картки отримувача послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ», Відомості щоденного обліку та інших форм первинної та облікової медичної документації відповідно до змісту послуг.
10. Картки нових отримувачів послуг з профілактики ВІЛ підшиваються в окрему папку та скріплюються помісячно з першою сторінкою, що містить інформацію про сумарну кількість нових клієнтів з розбивкою відповідно до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та статі отримувачів послуг.
11. Збір та обробка персональних даних здійснюються відповідно до вимог чинного законодавства про захист персональних даних.
12. Вся документація зберігається у пункту обміну/видачі в окремій шафі, що закривається. Доступ до документації мають лише медичні працівники та соцпрацівники за напрямком діяльності.
13. Видача соцпрацівником шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів у герметичних упаковках клієнтам програми здійснюється в пункті надання послуг під

час надання комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими.

14. Кількість шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів для одного клієнта визначається даними Відомості щоденного обліку щодо зданих шприців, але не може більшою ніж 5 одиниць кожного медичного виробу. За необхідністю клієнту надаються інші засоби захисту (антисептики, спиртові серветки, рукавички, маски тощо) та інформаційно-освітні матеріали.
15. Відомості про кількість виданих та утилізованих медичних виробів передаються завідувачу закладу охорони здоров'я.

Процес надання комплексного пакету послуг зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими, які перебувають в установах та ЗОЗ ДКВСУ включає:

- надання індивідуальних і групових консультацій щодо безпечної поведінки, профілактики передозувань, використання презервативів, безпечного сексу, необхідності тестування на ВІЛ, використання стерильного інструментарію;
- обмін (або видача) шприців;
- видачу презервативів;
- надання консультативної підтримки засудженим ЛВІН з питань хімічної залежності;
- здійснення соціального супроводу засуджених, які отримують ЗПТ;
- здійснення соціального супроводу засуджених з числа ЛВІН;
- видачу інформаційних матеріалів.

Видача роздаткових матеріалів супроводжується консультацією соціального працівника, що має за мету заохочення та залучення клієнта до отримання повного комплексу послуг, передбачених цим проєктом або перенаправлення його до інших сервісів, відповідно до потреб клієнта. Також надається інформація про шляхи зменшення шкоди від наркотиків, профілактику ВІЛ, вірусних гепатитів, туберкульозу, безпеку татуювань, навички безпечної утилізації шприців, можливості проходження лікування та реабілітації.

Відповідальний працівник ЗОЗ надає консультації на медичні теми, здійснює контроль обміну (видачі) шприців та інших засобів медичного призначення, умов зберігання, кількісний облік, забезпечує процес транспортування на утилізацію.

Процес обміну (шприців) здійснюється соціальним працівником з

числа засуджених в присутності медичного працівника або тільки медичним працівником. Процес індивідуальної консультації відбувається конфіденційно в парі «консультант – клієнт». Якщо консультаційний пункт і ПОШ об'єднані в одному приміщенні, то в залежності від теми консультації, соціальний або медичний працівник на цей час покидає приміщення.

Охопленим вважається той клієнт, який протягом реалізації проекту отримав мінімальний пакет послуг (МПП) – індивідуальну чи групову консультацію, стерильний ін'єкційний інструментарій та інформаційно-освітній матеріал на тему профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань.

Основне завдання проекту полягає у супроводі та/або переадресації ЛВІН після звільнення до закладів, установ, організацій та проектів, в яких надаються специфічні послуги для ЛВІН. Тому за шість місяців до звільнення клієнт проекту зменшення шкоди стає суб'єктом соціального супроводу.

Соціальний супровід – вид соціальної роботи, спільна діяльність клієнта і відповідних служб, спрямована на реалізацію індивідуальних потреб клієнта через отримання необхідних послуг.

Соціальний супровід клієнтів з числа ЛВІН в установах та ЗОЗ ДКВСУ передбачає проведення індивідуальної та групової роботи з ЛВІН, які готуються до звільнення, а саме:

- складання індивідуальних планів підготовки до звільнення, в яких чітко визначені потреби клієнта в отриманні медичних та соціальних послуг;
- навчання клієнтів на «Курсах життєвих навичок».

1.3. Етап 3. Моніторинг і оцінка проєкту

Моніторинг – це механізм постійного (регулярного) спостереження за основними поточними результатами реалізації проєкту з метою своєчасного виявлення відхилень від календарного плану та бюджету.

Моніторинг дозволяє здійснити порівняння заданих і фактичних даних, що стосуються планування проєкту та його реалізації. Шляхом оцінки проводиться порівняння між заданими плановими показниками і фактичними показниками проєкту. Здійснювати моніторинг може як керівник проєкту, так і організації, що працюють поза його рамками, а також донорські організації.

Завдання моніторингу:

- своєчасне виявлення проблем;
- відображення здійснених операцій, витрат і використаних ресурсів;
- поліпшення робіт в рамках проєкту;
- оцінка якості управління проєктом;
- економія витрат;
- прискорення досягнення необхідних результатів проєкту;
- визначення помилок і аналіз їх причин;
- забезпечення стейкхолдерів інформацією.

Моніторинг стосується:

- виконання робочого плану проєкту;
- ведення робочої документації проєкту;
- звітної документації соціальних працівників;

- ведення фінансової документації;
- якості послуг відповідно напрямів проєкту;
- підготовки персоналу;
- електронних баз даних.

Основою системи моніторингу є:

- затверджений робочий план проєкту;
- графік роботи проєкту;
- розроблена й затверджена система звітності консультантів та соціальних робітників,
- затверджені форми облікової та звітної документації за проектною діяльністю,
- затверджені інструкції персоналу проєкту
- затверджена процедура збору, фіксації і передачі даних проєкту.

2. Правила збору і утилізації шприців та інфікованих матеріалів

Збирання, зберігання, транспортування, утилізація тощо шприців та інфікованих матеріалів здійснюється відповідно до вимог Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я від 08 червня 2015 року № 325, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 07 серпня 2015 року №959/27404 (зі змінами) (далі – Державні санітарні правила).

На підставі на підставі Закону України «Про відходи» від 05.03.1998 № 187/98-ВР та Державних санітарних правил та керівних документів ЦОЗ ДКВСС України філією ЦОЗ ДКВС України в Миколаївській та

Одеській області затверджено наказ від 22.07.2022 №30-ОД «Про затвердження правил щодо поводження з медичними відходами в Одеській медичній частині № 14».

Медичні відходи – відходи, що утворюються внаслідок медичного обслуговування у закладах, які в установленому порядку отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (крім підприємств із виробництва фармацевтичної продукції та медичних відходів, що утворюються у побуті).

До відходів категорії В належать забруднені або потенційно забруднені інфекційними агентами відходи, незалежно від місця їхнього утворення:

використані небезпечно гострі предмети і медичні вироби (наприклад, голки, шприци з одягнутою голкою, скальпелі та їхні леза, битий скляний посуд, внутрішньовенні катетери, ланцети для забору крові) забруднені біологічними рідинами (далі – шприци та інфіковані матеріали).

Шприци та інфіковані матеріали, не можуть накопичуватися, тимчасово зберігатися, транспортуватися, знищуватися разом з іншими відходами.

У місцях первинного збирання шприців та інфікованих матеріалів мають бути запасні ємності (контейнери) для збирання відходів.

Наповнені контейнери після первинного збирання герметизуються, позначаються биркою для маркування, переміщуються в накопичувальні контейнери, що закриваються кришкою.

При збиранні шприців та інфікованих матеріалів забороняється:

- руйнувати, розбирати і розрізати їх;
- знімати голку зі шприца після його використання;
- пересипати (перевантажувати) відходи з однієї ємності в

іншу, за винятком оброблених відходів та в разі виникнення аварійних ситуацій, перелік яких визначається типовою схемою;

- утрамбовувати відходи;
- встановлювати контейнери для збору шприців та інфікованих матеріалів на відстані менше одного метра від нагрівальних приладів.

Для збирання шприців та інфікованих матеріалів слід використовувати контейнери, що не проколюються і відповідають Технічному регламенту з підтвердження відповідності пакування (пакувальних матеріалів) та відходів пакування, затверджених наказом Держспоживстандарту України від 24 грудня 2004 року № 289 з підтвердження відповідності пакування. Контейнер повинен мати кришку, що щільно прилягає та унеможливує його безконтрольне розкриття. Використовувати контейнери обмеженого (багаторазового) використання для збирання гострих предметів заборонено.

Збирання шприців та інфікованих матеріалів у місцях їхнього утворення здійснюється впродовж робочої зміни (не більше однієї доби). У виключних випадках використання контейнерів допускається їхнє заповнення протягом трьох діб.

Заборонено заповнювати контейнери для шприців та інфікованих матеріалів більше ніж на 75%.

Перед транспортуванням контейнери закриваються кришками, з метою унеможливлення висипання відходів. Транспортування шприців та інфікованих матеріалів у відкритих контейнерах не допускається.

3. Техніка безпеки персоналу і клієнтів при обміні шприців

Правила техніки безпеки при зборі та зберіганні використаного

ін'єкційного інструментарію під час роботи пункту обміну шприців.

З метою уникання контакту з забрудненими шприцами та голками, запобігання ризику випадкового інфікування ВІЛ/вірусними гепатитами та іншими парентеральними інфекціями під час збору, зберігання, транспортування та утилізації шприців та голок, працівник пункту обміну шприців (ПОШ) зобов'язаний навчити клієнтів програми та вимагати від них:

1. Здавати використані шприці та голки тільки після промивання їх від залишків крові та ін'єкційних речовин і тільки в такому вигляді:
 - шприц в зібраному вигляді (поршень в циліндрі), голка закрита ковпачком;
 - шприц в зібраному вигляді, голка, за відсутності захисного ковпачка, гострим кінцем повернута всередину шприца і затиснута між циліндром і поршнем;
 - шприц в розібраному вигляді (поршень і циліндр окремо), голка закрита ковпачком.
2. Проводити збір шприців і голок в спеціальний герметичний контейнер достатньої міцності (пластиковий, залізний, т.п.), всередині висланий целофановим пакетом, з герметичною кришкою, яку теж обернуто в целофан:
 - бажаною умовою є замочування зібраних шприців і голок у дезінфікуючому розчині або проведення збору шприців/голок в контейнер, в якому вже міститься дезінфікуючий розчин (ці умови погоджуються з санітарною службою);
 - проводити збір шприців/голок в одноразовий пластиковий контейнер (за наявності достатньої їх кількості), контейнер здається на утилізацію разом з вмістом і не використовується повторно.
3. Здійснювати лише візуальний контроль за процесом збору

шприців, не торкаючись при цьому шприців і голок, що клієнти приносять на ПОШ: клієнт сам відкриває кришку контейнера і сам поміщає туди використаний інструментарій.

4. Після закінчення роботи ПОШ, транспортувати контейнер в місце зберігання та/або утилізації.
5. За умов тривалого зберігання зібраних шприців/голок, забезпечити належні умови зберігання, а саме: унеможливити контакт людей (персоналу, клієнтів) з зібраним ін'єкційним інструментом, слідкувати за герметичністю контейнера для зберігання.
6. Усі маніпуляції щодо вивантаження зібраних шприців/голок з контейнеру проводити в гумових рукавичках, після закінчення роботи вимити руки з милом і обробити їх дезінфікуючим розчином.
7. Слідкувати, щоб ПОШ було укомплектовано дезінфікуючими засобами та аптечкою для надання першої медичної допомоги.
8. У випадку аварійної ситуації (випадковий укол голкою, травма, поріз, потрапляння крові та іншого чужого біоматеріалу на ушкоджені ділянки шкіри або на слизові оболонки) провести екстрену постконтактну профілактику інфікування ВІЛ згідно Наказу МОЗ України №1980 «Порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків».

АЛГОРИТМ ДІЙ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА ПРОЄКТУ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ПОШ:

1. Спільно з відповідальним працівником ЗОЗ (призначеним відповідним наказом по філії ЦОЗ ДКВСУ) за попереднім погодженням з адміністрацією установи ДКВСУ розміщують контейнери для збирання використаних шприців (далі – контейнери) у приміщеннях гуртожитків з урахуванням їх доступності засудженим, та можливості дотримання анонімності.
2. Спільно з відповідальним працівником ЗОЗ забезпечують використання контейнерів у порядку, визначеному вимогами Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я від 8 червня 2015 року № 325 (зі змінами) (далі – Державні санітарні правила).
3. Щодобово здійснює збір використаних шприців один раз на добу згідно вимог Державних санітарних правил.
4. Використані шприці збираються у контейнери (контейнери закриті щільною кришкою та зроблені з матеріалу, який не проколюється).
5. Соцпрацівник проєкту згідно затвердженого Робочою групою установи ДКВСУ графіку за узгодженням нею маршрутом та порядком слідування доставляє контейнери до приміщення для пункту обміну/видачі шприців у медичній частині.
6. Для кожного соцпрацівника проєкту графік, маршрут та порядок слідування визначається окремо начальником медичної частини за погодженням з адміністрацією установ ДКВСУ.
7. Відповідальний працівник ЗОЗ у пункті обміну/видачі, приймає контейнер та видає кожному соцпрацівнику необхідну кількість шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів у герметичних упаковках (інших засобів захисту за необхідністю) згідно даних щотижневої відомості.

8. Бокс у якому зберігають медичні вироби ПОШ поповнюється за потребою, але не менше одного разу на тиждень відповідальним працівником ЗОЗ.
9. Інформація щодо надання послуг вноситься соцпрацівником спільно з відповідальним працівником ЗОЗ до щотижневої Відомості стосовно кількості зданих шприців. Персональні дані клієнтів кодуються. На початковому етапі (перші один-два місяці) дані заповненої щотижневої Відомості передаються відповідальним працівником ЗОЗ документатору неурядової організації для подальшого внесення до електронного датачеку.
10. Збір та обробка персональних даних здійснюються відповідно до вимог чинного законодавства про захист персональних та конфіденційних даних про клієнта.
11. Вся документація зберігається у пункті обміну/видачі в окремій шафі, що закривається. Доступ до документації мають лише медичні працівники та соцпрацівники за напрямком діяльності. Категорично забороняється надання інформації іншим особам.
12. Видача соцпрацівником шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів у герметичних упаковках клієнтам програми здійснюється в пункті обміну/видачі під час надання послуг комплексного пакету зі зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин засудженими.
13. Кількість шприців, спиртових серветок, презервативів та лубрикантів для одного клієнта визначається даними Відомості щотижневого обліку щодо зданих шприців, але не може більшою ніж 5 одиниць кожного медичного виробу. За необхідністю клієнту надаються інші засоби захисту (антисептики, спиртові серветки, рукавички, маски тощо) та інформаційно-освітні матеріали.
14. Відомості про кількість виданих та утилізованих медичних виробів передаються завідувачу закладу охорони здоров'я.

ВПРАВИ ДО ЗАНЯТТЯ №5

1. Робота в малих групах «Бар'єри при реалізації алгоритму ПОШ та шляхи їх подолання в установах та ЗОЗ ДКВС України»



30 хв.

Вправа проводиться перед презентацією розділу про наявні моделі обміну шприців/голок в установах та ЗОЗ ДКВС України.

Учасники об'єднуються в три групи і отримують роздруковані алгоритми дій соціального працівника проєкту щодо реалізації ПОШ. Заздалегідь готуються три листи блокноту фліпчарту з табличками з завданнями. Завдання однакове для 3 груп.

Бар'єри при реалізації алгоритму ПОШ	Шляхи їх подолання

На виконання завдання дається 15 хвилин.

Завдання учасникам: Написати бар'єри, які виникають або можуть виникати при реалізації алгоритму ПОШ, та запропонувати шляхи їх подолання. Далі учасники презентують свої напрацювання по черзі. Під час презентації першої групи, двом іншим пропонуємо відмічати те, що вже озвучене. Друга група озвучує тільки те, що не відмітила перша група. Третя озвучує тільки те, що не відмітили перша та друга групи. Після кожної з презентацій тренер проводить обговорення з аудиторією, чи може хтось щось додати або, можливо, хтось із чимось не згоден. Після цього тренер проводить свою презентацію, періодично повертаючись до фліпчартів, створених учасниками, коментуючи їх і порівнюючи інформацію своєї презентації з розробками учасників тренінгу. Тренер проводить вправу і презентацію так, щоб учасники відчували себе експертами з цього питання.

* При проведенні навчання онлайн учасники об'єднуються в окремих кабінетах (наприклад, як це дозволяє робити платформа ZOOM), де обговорюють завдання, один з учасник з групи фіксує загальні напрацювання. Після виконання завдання учасники повертаються в загальне поле. Представник від групи презентує виконане завдання.

2. Вправа «Таємниця»



30 хв.

Перед презентацією розділу просимо учасників встати в замкнене коло, вирвати листочок з блокноту (або роздати листи А4) і написати на ньому свою маленьку таємницю. Не даємо жодних пояснень, наполягаємо на своєму проханні. Потім просимо кожного згорнути листочок кілька разів і віддати сусіду справа, потім передати листочки ще раз сусіду справа, а потім збираємо їх у файл. Після того як всі листочки зібрані, просимо учасників повернутись на своє місце. Висипаємо листочки на стіл або стілець, просимо другого тренера допомогти і на очах у всіх розриваємо листочки на дрібні шматочки, які скидаємо в файл. Файл щільно обмотуємо скотчем і викидаємо в смітник.

Проводимо групове обговорення:

Задаємо по черзі питання учасникам. Вислуховуємо.

1. Що Ви відчували, коли Вас просили написати свою таємницю?
2. Що Ви відчували, коли Вас просили віддати свою таємницю?
3. Що Ви відчували, коли Вашу таємницю розірвали, не прочитавши?
4. Чи був хтось, хто не написав таємницю? Чому?
5. Чи був хтось хто не віддав листочок?
6. Які є можливості дотримання конфіденційності в установах та ЗОЗ ДКВС?

Дуже важливо ще раз повернутись до питання вимог чинного законодавства про захист персональних та конфіденційних даних про клієнта.

** Вправу складно реалізувати у онлайн режимі. Можливо звернутися до учасників з проханням написати на листочках свою таємницю, після цього просимо уявити ситуацію, описану у вправі. Питання можна задавати саме з наголосом: «Як би Ви себе почували, якби ...?»*

Підготовка посібника здійснена в межах проекту «Швидке реагування на ситуацію людей, які живуть з ВІЛ та вразливі до ВІЛ в Україні та сусідніх країнах» за підтримки Stichting Aidsfonds – Soa Aids Nederland за фінансової підтримки голландської організації De Samenwerkende Hulpororganisaties та технічної допомоги Євразійської асоціації зменшення шкоди