

**Интегрированный подход
к предоставлению медицинских
и психосоциальных услуг для клиентов
программы заместительной
поддерживающей терапии в Украине**

(опыт МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»)

УДК 616.89-008.441.3-085:615212.7)(477)
ББК 56.14(4 Укр)
I-73

Интегрированный подход к предоставлению медицинских и психосоциальных услуг для клиентов программы заместительной поддерживающей терапии в Украине (опыт МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»). — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. — 72 с.

I-73

Авторский коллектив:

Сергей Филиппович — ассоциированный директор по вопросам лечения, Альянс-Украина
Константин Думчев — специалист по вопросам стратегической информации CDC.
Яна Моренец — консультант отдела лечения, Альянс-Украина
Татьяна Микитюк — старший специалист отдела управления проектами в регионе, Альянс-Украина
Тамара Трецкая — менеджер программ по заместительной терапии, Альянс-Украина
Виктор Коломиец — старший специалист по вопросам лечения, Альянс-Украина
Мирослава Андрущенко — менеджер по распространению опыта, Альянс-Украина

Редакторы-составители:

Яна Моренец
Константин Думчев
Мирослава Андрущенко



Тираж: 1000 экз.

Распространяется бесплатно.

Верстка: Лариса Конончук

Литредактирование и корректура: Елена Кожушко, Валентина Божок

Публикация подготовлена и опубликована в рамках программы «Построение устойчивой системы предоставления комплексных услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп риска и ЛЖВ в Украине», при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией не принимал участия в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, которые вытекают из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Круглосуточный и бесплатный телефон доверия по вопросам ВИЧ/СПИД:

0 800 500 451

ISBN 978-617-502-045-6

© Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2013

Список сокращений

АРТ	— антиретровирусная терапия
ВААРТ	— высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВН	— вирусная нагрузка
ЗПТ	— заместительная поддерживающая терапия
ИП	— интегрированная помощь
ИППП	— инфекции, передающиеся половым путем
ЛПУ	— лечебно-профилактические учреждения
МДК	— мультидисциплинарная команда
МЗ	— Министерство здравоохранения
МПСУ	— медицинские и психосоциальные услуги
МПСС	— медицинское и психосоциальное сопровождение
МСМ	— мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами
ПИН	— потребители инъекционных наркотиков
РКС	— работники коммерческого секса
Сайт ЗПТ	— пункт (кабинет) выдачи препарата на базе ЛПУ, предоставляющего ЗПТ
СПИД	— синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	— туберкулез
ЦИП	— центр интегрированной помощи
ВОЗ	— Всемирная Организация Здравоохранения
GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit)	— Немецкое общество международного сотрудничества
OSI (Open Society Institute)	— Институт открытого общества
ЛЖВ	— люди, живущие с ВИЧ
УИИПОЗ	— Украинский институт исследования политики общественного здоровья

Оглавление

1. Предпосылки внедрения интегрированного подхода в Украине	5
1.1. Эпидемиологическая ситуация	6
1.2. Барьеры к предоставлению услуг	8
1.3. Определение, цели и задачи интегрированного подхода	9
1.4. Принципы интегрированного подхода	10
1.5. Международный опыт внедрения интегрированного подхода	12
2. Интегрированный подход в предоставлении медицинских и психосоциальных услуг клиентам программы заместительной поддерживающей терапии в Украине: история внедрения, основные компоненты подхода, описание действующих моделей, оценка	15
2.1. История развития и оценка эффективности интегрированного подхода в Украине	16
2.2. Компоненты интегрированного подхода	24
3. Модели предоставления медицинской и психосоциальной помощи с интегриро- ванным подходом на базе лечебно-профилактических учреждений Украины	31
3.1. Больница общего профиля	34
3.2. Центр профилактики и борьбы со СПИД	37
3.3. Наркологический / Психоневрологический диспансеры	39
3.4. Противотуберкулезный диспансер	43
4. Основные результаты оценки внедрения интегрированного подхода к предостав- лению услуг в Украине, выводы	47
5. Оценка внедрения интервенции	49
6. Рекомендации для дальнейшего внедрения интегрированных моделей	57

ПРИЛОЖЕНИЕ

<i>Список центров интегрированной помощи (ЦИП), работающих на базе ЛПУ, которые при- нимают участие в программе ЗПТ, при поддержке НПО, осуществляющих деятельность при финансовой, административной, организационной и адвокационной поддержке Альянса- Украина</i>	<i>63</i>
--	-----------

1.

Предпосылки внедрения интегрированного подхода в Украине



1.1. Эпидемиологическая ситуация

По состоянию на 2011 год Украина, вторая по территории страна Европы, имела самую высокую распространенность ВИЧ/СПИД и один из самых высоких уровней заболеваемости туберкулезом среди стран Восточной Европы и Центральной Азии¹. Уровень распространенности ВИЧ среди населения Украины составляет 0,58%². На текущей стадии эпидемии существующие и новые случаи ВИЧ/СПИД концентрируются, как правило, среди групп повышенного риска: потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), работников коммерческого секса (РКС), мужчин, имеющих сексуальные контакты с мужчинами (МСМ), а также среди сексуальных партнеров ПИН и РКС³.

Несмотря на то, что количество ПИН среди официально зарегистрированных новых случаев ВИЧ в последние годы снижается, уступив «первенство» гетеросексуальному пути передачи, ПИН все же остаются самой многочисленной группой среди состоящих ныне на диспансерном учете в центрах СПИД. Так, в 2011 году ПИН соста-

¹ Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010.

² Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2012 р.

³ Анализ системы здравоохранения в Украине, 2011, USAID.

вили 38,4% от новых и 54,4% от общего числа зарегистрированных случаев⁴.

ПИН остаются группой с самым высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. По данным биоповеденческих исследований 2011 года, общее количество ПИН в Украине находилось в пределах 278–387 тысяч, а средний уровень распространенности ВИЧ среди них составлял 21,5%, варьируя от 1 до 41% в различных регионах⁵.

В то же время доступ к АРТ для ПИН оставался ограниченным. На начало 2012 года из 26 720 клиентов, получающих АРТ, только 2212 являлись активными ПИН, что составляло 8,3%. Основные причины такого ограниченного доступа ПИН к АРТ связаны, соответственно, с ограниченным доступом к медицинской помощи, лечебно-диагностическим мероприятиям и диспансеризации, а также, в частности, со все еще существующим предубеждением врачей относительно приверженности этих клиентов к лечению в связи с их образом жизни, недостаточным уровнем осведомленности о возможной эффективности лечения в этой группе⁶, а также с ограниченными средствами для работы по усилению приверженности.

Наличие многочисленных сопутствующих заболеваний у ПИН существенно усложняют процесс лечения и увеличивают риск передачи ВИЧ другим людям. Эпидемия туберкулеза, в том числе и мультирезистентного, особенно активно развивается среди ПИН, а также в тюрьмах, что не только усложняет лечение, но и непосредственно увеличивает смертность среди этой категории клиентов. На данный момент туберкулез является лидирующей оппортунистической инфекцией среди ВИЧ-инфицированных в Украине — среди клиентов с диагнозом «СПИД», зарегистрированных в 2011 году, у 62,5% был обнаружен туберкулез.

Другие заболевания, в том числе вирусные гепатиты, инфекционно-септические осложнения, сосудистая патология и психические расстройства также характерны для ПИН. Так как эти состояния всегда взаимосвязаны как с клинической, так и с эпиде-

⁴ Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Украине» №37, Киев, 2012 (в приведенных данных из расчета исключены дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей).

⁵ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року). Балакірева О.М., Бондар Т.В. та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012.

⁶ Carrieri MP, et al. Access to antiretroviral treatment among French HIV infected injection drug users: the influence of continued drug use. MANIF 2000 Study Group. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53(1): 4–8.

миологической точки зрения, **эффективная помощь для ПИН возможна только при комплексном подходе к ведению клиента.**

По данным многочисленных исследований, проведенных в разных странах⁷, заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ) является эффективным методом лечения зависимости от опиоидов, профилактики ВИЧ-инфекции и обеспечения приверженности к АРТ. При наличии сопутствующей патологии ЗПТ может играть роль связующего звена между необходимыми компонентами медицинской помощи. Однако охват в Украине остается крайне низким. По завершении третьего квартала 2012 года доступ к услугам ЗПТ имели 7123 клиента, что составляет 2,5% от оценочного числа ПИН.

1.2. Барьеры к предоставлению услуг

Получение комплексной помощи целевыми группами в Украине затруднено вследствие нескольких существенных факторов. ПИН в Украине являются маргинализованной группой и подвержены стигматизации как со стороны общества (большинства населения, средств массовой информации, правоохранительных органов и т.д.), так и персонала лечебных учреждений. Поэтому, на фоне спектра всевозможных социальных проблем, это уменьшает вероятность первичного обращения за медицинской помощью и, что не менее важно, дальнейшего регулярного общения с медицинскими работниками и выполнения их назначений и рекомендаций.

К тому же, система здравоохранения в Украине, будучи унаследованной от СССР, характеризуется «вертикальной» структурой, при которой ведение отдельных заболеваний является прерогативой различных служб, каждая из которых не приспособлена для комплексного ведения клиента. Это также проявляется невозможностью для врача диагностировать и лечить заболевания вне своей основной специализации, отсутствием эффективных механизмов обмена информацией между различными службами, несогласованностью режимов работы учреждений, которые необходимо посетить одному клиенту, и т.д. Данные факторы усугубляются неэффективным подходом к финансированию здравоохранения, при

⁷ Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением. Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

котором объем средств, получаемых ЛПУ, не зависит от качества и количества предоставленных услуг, а также недостаточным пониманием и использованием принципов доказательной медицины на всех уровнях здравоохранения.

С целью обеспечения адекватного доступа к ключевым медицинским услугам и повышения эффективности помощи для стран с подобными барьерами было рекомендовано внедрение «комплексного» или «интегрированного» подхода к предоставлению услуг⁸.

1.3. Определение, цели и задачи интегрированного подхода

Интегрированный подход, как таковой, не является отдельной разработкой, так как его принципы были заложены в основе системы здравоохранения многих стран. Однако с возникновением эпидемии ВИЧ, особенно в условиях ее концентрации среди маргинализированных групп, преимущества данного подхода перед вертикальными системами стали очевидны. Кроме того, внедрение принципов интеграции было признано полезным для повышения эффективности системы здравоохранения в целом⁹.

Одним из наиболее удачных определений интегрированного подхода является предложенное Коднером и Шпрейвенбергом: *«Интеграция — это комплекс методов и моделей финансового, административного, организационного, клинического и сервисного уровня, направленных на обеспечение связи, координации и согласованности как в социальной, так и медицинской сферах. Целью этих моделей является улучшение качества жизни людей со сложными долгосрочными проблемами, решение которых требует привлечения большого количества учреждений, услуг и соблюдения разнообразных условий, а также повышение удовлетворенности клиента и эффективности услуг»*¹⁰.

⁸ Sylla L., Bruce RD., Kamarulzaman A., and Altice F. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy*. 2007 August ; 18(4).

⁹ The world health report — Health systems: — improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

¹⁰ Kodner D., Spreeuwenberg C. "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications." *International Journal of Integrated Care*, v. 2, Oct-Dec 2002.

На практическом уровне задачи интеграции можно сгруппировать следующим образом¹¹:

- Повышение эффективности лечения на уровне клиента за счет лучшей приверженности и уменьшения влияния сопутствующей патологии.
- Повышение эффективности интервенций на уровне программы за счет увеличения доступности и охвата.
- Повышение эффективности затрат за счет более рационального использования человеческих и материальных ресурсов.

В контексте данной публикации, с практической точки зрения, заданием интегрированного подхода является *организация доступа к максимальному количеству медицинских и психосоциальных услуг на территории одного лечебно-профилактического учреждения, где размещен пункт по выдаче заместительного поддерживающего препарата*, а также путем структурированной переадресации в другие лечебно-профилактические учреждения для получения недостающих услуг.

1.4. Принципы интегрированного подхода

Основные принципы интегрированного подхода к предоставлению услуг подробно описаны в практическом пособии *«Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья»*¹², поэтому в данной публикации приводятся только самые важные из них.

Прежде всего, интеграция подразумевает **максимальную концентрацию наиболее востребованных услуг на базе одного учреждения**, т.е. «под одной крышей». Исследования подтверждают, что вероятность получения услуги клиентом существенно выше, если она интегрирована и доступна в том же учреждении, а не предоставляется путем переадресации. Естественно, несмотря на то, что каждая услуга может быть полезна для клиентов, затраты по ее внедрению и предоставлению должны быть оправданы с точки зрения потенциального охвата и эффективности. Таким образом, понятие

¹¹ Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

¹² Ред. Думчев К. Практическое пособие «Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья». ВОЗ, Альянс Ф. Клинтона. УИИПОЗ, 2011.

«пакета» предоставляемых услуг не должно быть статическим, а определяться из эпидемиологических, административных и логистических соображений. Особое внимание необходимо уделять гендерным аспектам и услугам, направленным на особые потребности клиентов-женщин.

Другой важной составляющей интегрированного подхода является **командная работа и диалог между провайдерами различных услуг**, включая медицинский персонал и сотрудников социальной сферы. Важно понимать, что физическое наличие услуг на территории одного учреждения не делает их автоматически доступными для клиентов. Без согласования графиков работы, правильной организации потока клиентов и активного взаимодействия между всеми членами команды эти услуги не являются интегрированными, и, как показывает практический опыт работы центров интегрированной помощи и исследования, эти факторы действительно играют ключевую роль в повышении эффективности лечения. Данный принцип получил название «мультидисциплинарное ведение клиента», и именно он является основой для гибкого реагирования на потребности клиента. Социально-психологическая составляющая этого подхода и кейс-менеджмент играют важную роль для клиента в преодолении барьеров, которые могут существенно ограничить успешность услуг, даже если они теоретически доступны. Имеются научные доказательства того, что адекватная психосоциальная поддержка улучшает приверженность к основным видам лечения и увеличивает удержание клиентов в программе ЗПТ¹³.

Необходимо отметить, что важным условием для достижения терапевтических целей и необходимого уровня удержания клиентов в программе является **доброжелательная атмосфера в учреждении и использование принципов философии снижения вреда**. Иными словами, стигма и дискриминация со стороны персонала могут нивелировать все преимущества удобного расположения лечебного учреждения и наличия полного пакета услуг. Диалог между персоналом и клиентом, а также выбор наиболее приемлемой стратегии для него на каждом этапе, конечно, требует дополнительных усилий, и не согласуется с традиционным патерналистским подходом в отечественной медицине. Но такая гибкость и понимание невозможности радикальных изменений в личности клиента гораздо эффективнее в целях удержания его, особенно на ранних этапах.

¹³ Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M. and Mayet S. / (2004). *Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Systematic Review*.(4):CD005031.

1.5. Международный опыт внедрения интегрированного подхода

Как уже было отмечено, идея интеграции медицинских услуг отнюдь не нова в международном контексте. Интегрированное предоставление услуг легло в основу развития первичного звена медицинской помощи, которое началось в 1980-х годах. Повышенное внимание эта концепция получила в контексте эпидемии ВИЧ, а также увеличения количества узконаправленных программ финансирования.

Несмотря на то, что система здравоохранения в западных странах ориентирована на постоянное повышение своей эффективности и использование научно доказанных методов, оптимальная интеграция услуг для некоторых групп населения требует дополнительных усилий вследствие инертности медицинских провайдеров¹⁴. В странах с вертикальными системами здравоохранения организация интегрированного подхода сталкивается с гораздо более сложными барьерами, которые связаны с отсутствием механизмов координации между различными службами, неэффективным и недостаточным финансированием и низкой мотивацией персонала. Эти барьеры становятся особенно значимыми, когда «движущей силой» эпидемии ВИЧ являются представители труднодоступных групп (например, ПИН), которые имеют множественные медицинские и социальные проблемы на фоне ограниченного доступа к соответствующим услугам.

Преимущества интегрированного подхода были подтверждены многочисленными исследованиями. Во-первых, объединение услуг «под одной крышей» улучшает доступность и (если речь идет о лечении ВИЧ, ТБ или зависимости) приверженность клиента лечению^{15,16}, во-вторых — более рациональная организация лечебного

¹⁴ Samet JH, Friedmann P, Saitz R. Benefits of Linking Primary Medical Care and Substance Abuse Services: Patient, Provider, and Societal Perspectives. *Arch Intern Med.* 2001;161(1):85-91. doi:10.1001/archinte.161.1.85.

¹⁵ Schlenger WE, Kroutl LA, Roland EJ (1992). Case management for linking drug abuse treatment and primary care: preliminary evidence from the ADAMHA/HRSA linkage demonstration. Progress and issues in case management. Rockville, MD, U.S. Dept of Health and Human Services, DHHS Publication No. 92-1946.

¹⁶ Sylla L, Bruce RD, Kamarulzaman A, and Altice F. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy.* 2007 August; 18(4).

процесса может способствовать экономии ресурсов для системы в целом¹⁷.

Эти преимущества, а также актуальность интегрированного подхода для ведения клиентов из уязвимых групп населения были отражены в ряде международных рекомендаций. В частности, последний клинический протокол лечения ВИЧ-инфекции ВОЗ акцентирует внимание на интеграции АРТ с лечением зависимости, без которой невозможно добиться необходимого уровня приверженности у большей части клиентов. Аналогично, крайне важным является совместное предоставление услуг по диагностике и лечению ВИЧ и ТБ. В руководстве по выработке стратегии интеграции ВИЧ- и ТБ-услуг для ПИН¹⁸ описан перечень услуг, наиболее актуальных в этих сферах, и даются рекомендации по их организации на уровне учреждения. В более позднем руководстве для национальных программ¹⁹ рассматриваются необходимые изменения на уровне политики и законодательства для эффективной интеграции диагностики и лечения коинфекции ВИЧ/ТБ.

Модели организации услуг на базе организаций различного типа описаны в отчете по лечению потребителей инъекционных наркотиков²⁰. Согласно этому отчету, интеграция может строиться либо на базе учреждений первичного звена, либо на базе учреждений службы СПИД, либо службы лечения зависимости. Любая из этих моделей дает возможность достигнуть желаемого результата — предоставления необходимых услуг клиентам в достаточном объеме, поэтому конкретный ее выбор должен осуществляться в зависимости от местных возможностей и особенностей в контексте данной проблемы.

При построении какой-либо из интегрированных моделей предоставления услуг необходимо помнить о некоторых важных принципах²¹:

¹⁷ Samet JH, Friedmann P, Saitz R. Benefits of Linking Primary Medical Care and Substance Abuse Services: Patient, Provider, and Societal Perspectives. *Arch Intern Med.* 2001;161(1):85-91. doi:10.1001/archinte.161.1.85.

¹⁸ Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach., ВОЗ, 2008.

¹⁹ WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders., ВОЗ 2012.

²⁰ Treatment of injecting drug users with HIV/AIDS: promoting access and optimizing service delivery. ВОЗ 2006.

²¹ Integrated health services — what and why? WHO Technical Brief No.1, 2008.

- Развитие интегрированных услуг не подразумевает внедрения всех необходимых услуг одновременно. Определение «пакета» очень варьирует в зависимости от контекста, и, в любом случае, интеграцию следует рассматривать как организационный процесс постепенного улучшения качества медико-социальной помощи за счет повышения доступности нужных услуг на протяжении времени.
- Интеграция не является «лекарством» от недостаточных ресурсов. Объединение различных услуг «под одной крышей» может помочь сэкономить средства в масштабах системы, но это не означает, что одного специалиста можно нагружать дополнительными задачами до бесконечности. В большинстве случаев необходимо привлечение дополнительных специалистов или ресурсов других организаций.
- Эффективная интеграция возможна только при условии политической поддержки и наличии соответствующей нормативной базы. Иначе усилия, направленные на подготовку персонала, окажутся малоэффективными в случае невозможности применить полученные навыки или из-за отсутствия мотивации.

2.

Интегрированный подход в предоставлении медицинских и психосоциальных услуг клиентам программы заместительной поддерживающей терапии в Украине: история внедрения, основные компоненты подхода, описание действующих моделей, оценка



2.1. История развития и оценка эффективности интегрированного подхода в Украине

Базовые принципы интеграции услуг впервые были применены в Украине в рамках проектов снижения вреда, которые начали развиваться с конца 90-х годов при поддержке Института Открытого Общества и, позже, за счет средств Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией (Глобальный Фонд), а также Агентства международного развития США (АМР США) в проектах, которые администрировал МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» (Альянс-Украина). Данные проекты, помимо предоставления базовых услуг по профилактике ВИЧ, осуществляли переадресацию к медицинским специалистам разного профиля в зависимости от потребностей клиента. В некоторых случаях такая переадресация сопровождалась адекватной координацией и длительной поддержкой. Те проекты, которые имели стационарные пункты поблизости или на базе медицинских учреждений, оказывались наиболее эффективными с точки зрения охвата дополнительными медицинскими услугами. Однако на ранних этапах внедрения проектов снижения вреда, ввиду обычно нерегулярного характера взаимодействия клиентов с проектами и ограниченных возможностей для организации стационарных пунктов, охват комплексными услугами не мог быть универсальным.

Параллельно шло развитие государственной службы профилактики и борьбы со СПИД, которая была создана для ответа на быстро развивающуюся эпидемию ВИЧ. Интеграция основных медицинских и социальных услуг стала ключевым принципом построения сети региональных центров СПИД и кабинетов доверия. Такие важные компоненты, как психосоциальное сопровождение, скрининг на туберкулез, диагностика ИППП, гинекологическая помощь, были внедрены в большинстве областных центров СПИД. Этот благоприятный опыт был закреплён и распространён во всех регионах Украины в рамках гранта Глобального Фонда 6-го раунда.

Начиная с сентября 2007 года Альянс-Украина при технической поддержке ВОЗ и в партнёрстве с учреждениями здравоохранения, неправительственными организациями и другими заинтересованными сторонами инициировал обсуждение идей относительно интегрированных моделей помощи ВИЧ-инфицированным ПИН. В ноябре 2007 года в рамках компонента «Расширение доступа к заместительной поддерживающей терапии для ВИЧ-положительных ПИН» (внедрил в проекте «САНРАЙЗ» при поддержке АМР США) состоялась встреча партнёров, на которой были определены минимальное содержание пакета медицинских и психосоциальных услуг, механизмы интеграции в проектах и необходимая техническая поддержка для внедрения проектов по интеграции услуг для ПИН. В отношении тех видов услуг, которые должны быть интегрированы, использовался подход оценки основных потребностей ПИН, исходя из состояния их здоровья и обеспечения социальной адаптации. В результате было определено, что такими услугами являются комплексная оценка состояния здоровья, заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ), диагностика и лечение ВИЧ-инфекции, туберкулеза, ИППП, поликлинический уход и вакцинация от гепатита В.

Мощным толчком к развитию интегрированной помощи для ПИН стало внедрение в Украине ЗПТ бупренорфином в 2004 году через Программу Развития ООН (UNDP). Затем, начиная с 2005 года, ЗПТ расширилась в рамках проектов Альянса-Украина за счёт средств Глобального Фонда: сначала бупренорфином, а с 2008 года — с использованием метадона. Проекты начали осуществляться через неправительственные организации, отобранные для работы на конкурсной основе для реализации медицинского и психосоциального сопровождения клиентов ЗПТ. Также Альянсом-Украина проводилась активная работа по развитию технических возможностей ЛПУ с целью создания условий для проведения ЗПТ как на новых, так и действующих сайтах (получение лицензий на оборот наркотических препаратов, ремонтные работы, закупка оборудования).

Благодаря привлечению НПО (субгрантеров Альянса-Украина) появилась возможность предложить клиентам программы услуги консультирования у психолога. Функции психолога включали в себя предоставление групповых и индивидуальных консультаций, направленных на стабилизацию психоэмоционального состояния клиентов, гармонизацию отношений в межличностной и семейной сферах. В то же время необходимость ежедневного или почти ежедневного посещения клиентами учреждения создавала потребность для работы на базе ЛПУ социального сопровождения. Функции социальных работников на базе сайтов охватили такой диапазон — от консультативной помощи клиентам (как в медицинских, так и поддерживающих, организационных вопросах) до сопровождения в другие медучреждения, органы государственной власти для восстановления документов, получения социальной и юридической помощи и пр. Следует отметить, что с началом сотрудничества НПО с ЛПУ работа по вовлечению медицинских специалистов, в том числе и по переадресации, стала более активной. Случаи получения услуг стали более координированы, зафиксированы документально, приобрели стабильный, контролируемый характер.

Всем проектам предоставлялась необходимая техническая помощь со стороны международных организаций (ВОЗ, GIZ, OSI), приглашенных экспертов, а также сотрудников Альянса-Украина, Сети ЛЖВ, УИИПОЗ и других партнеров по внедрению программы в Украине. Медицинский персонал, психологи и социальные работники проектов (мультидисциплинарные команды) проходили обучение на тренингах, участвовали в семинарах по обмену опытом, изучали международные практики.

Все это дало возможность вывести развитие интегрированной помощи в Украине на новый качественный уровень и создать несколько эффективных моделей предоставления интегрированных услуг.

Как было отмечено выше, эффективная интеграция — это больше чем просто расположение услуг «под одной крышей». Поэтому для развития и оптимизации моделей предоставления услуг для ПИН были созданы специальные **проекты по отработке и оценке моделей интегрированного подхода на базе различных типов лечебных учреждений**. В 2008 году свою работу начали первые центры интегрированной помощи. Для оценки готовности лечебных учреждений, а также создания плана развития центров интегрированной помощи использовался специальный инструмент, разработанный участниками рабочей группы при технической поддержке ВОЗ. Уже

через год, благодаря гранту Глобального Фонда 6-го раунда, количество ЦИП увеличилось более чем вдвое — на конец 2009 года интегрированный пакет услуг уже предоставляли 19 сайтов:

- 15 сайтов в Одесской, Николаевской, Херсонской областях и городах Киев и Севастополь в проектах, внедряемых НПО субгрантерами Альянса-Украина, из них: 9 при финансовой поддержке АМР США и 7 — Глобального Фонда (охват — 1346 клиентов);
- 4 сайта в Днепропетровской области при поддержке Фонда Клинтона (охват — 300 клиентов) и технической поддержке Альянса-Украина в закупке заместительного препарата за средства Глобального Фонда.

№	Регион	Город	НПО	ЛПУ
1	Киевская область	г. Киев	МБФ «Вертикаль»	Киевская городская клиническая больница № 5
2				Киевская городская наркологическая клиническая больница «Социотерапия»
3	Одесская область	г. Одесса	БФ «Веселка»	Одесский областной наркологический диспансер
4			БО ОНО «Вместе за жизнь»	Одесский областной противотуберкулезный диспансер
5	Николаевская область	г. Николаев	НАВИ «Время жизни»	Николаевская центральная районная больница
6			НАВИ «Время жизни» / НОБФ «Вита-лайт»	Николаевский областной противотуберкулезный диспансер
7			НАВИ «Время жизни»	Николаевский областной наркологический диспансер
8		г. Первомайск	НОБФ «Вита-лайт»	Первомайский наркологический диспансер
9	АР Крым	г. Севастополь	СМБО «Гавань-плюс»	Севастопольская городская психиатрическая больница
10		г. Симферополь	ЦРНМ «Твоя победа»	КРУ «Наркологический диспансер»
11	Херсонская область	г. Херсон	ХОБФ «Мангуст»	Херсонский областной противотуберкулезный диспансер
12		г. Скадовск		Скадовская центральная районная больница
13	Полтавская область	г. Полтава	БА «Свет надежды»	Полтавский областной наркологический диспансер

№	Регион	Город	НПО	ЛПУ
14				Полтавский областной противотуберкулезный диспансер (стационарное отделение)
15	Винницкая область	г. Винница	ОО «Центр ресоциализации химикозависимых «Независимость»	КП ВОНД «Социотерапия»
16	Днепропетровская область	г. Днепропетровск	Фонд Клинтон	Коммунальное учреждение «Городская больница №1, им. Проф. Попковой» (Центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Днепропетровск)
17				Городская поликлиника № 5
18		г. Кривой Рог		Областное коммунальное учреждение «Психоневрологический диспансер» (2 сайта размещены территориально в разных концах города)
19				

Различия между работой обычного сайта ЗПТ и сайта ЗПТ на базе ЦИП заключались и до сих пор заключаются в количестве предлагаемых и предоставляемых услуг. Например, пакет услуг обычного сайта ЗПТ включает в себя: консультации врача-нарколога, медсестры, социального работника (проведение групп взаимопомощи, индивидуальные и групповые консультации), переадресацию с социальным сопровождением в другие ЛПУ и ежедневную выдачу ЗПТ. А услуги, предоставляемые на базе ЦИП, расширили медицинскую часть пакета, дали возможность получить консультации не только врача-нарколога, но и врача-инфекциониста, врача-фтизиатра, и в большинстве случаев эта услуга доступна в том же ЛПУ, где размещен сайт ЗПТ. Также при необходимости и путем переадресации клиентам ЗПТ были доступны услуги хирургов, гинекологов и других узкопрофильных специалистов. Психосоциальное сопровождение клиентов, которые получают услуги на базе ЦИП, также расширило свой спектр услуг, основной целью которых является ресоциализация, в том числе возобновление документов, трудоустройство, восстановление семейных отношений, юридическая помощь. Значительная часть клиентов программы ЗПТ имеет двойную/тройную и более патологии (наркозависимость/ВИЧ/ТБ/ИППП), им была предоставлена возможность получать услуги по диагностике, консультированию и лечению «под одной крышей», что, как доказано, лучше формирует приверженность к каждому из

необходимых видов лечения и сохраняет (удерживает) клиентов в программе ЗПТ.

Так как успех программы в первую очередь определяется процентом клиентов, которые сохранили приверженность лечению, мониторинг показателей удержания в программе проводился с особым вниманием. **Апробированные модели дали возможность достигнуть высокого уровня удержания, показать себя как лучшие практики в предоставлении ЗПТ** — после 12 месяцев количество клиентов, которые оставались в программе, составило 87%²², что существенно выше, чем средний показатель в программах по Украине.

С целью внедрения лучших практик медицинского и психосоциального сопровождения на базе ЛПУ, участвующих в программе при поддержке Альянса-Украина, число сайтов с интегрированным подходом в период с октября 2011 по январь 2012 г. выросло с 19 до 38, а в период с весны по осень 2012 г. увеличилось до 49 (см. рисунок ниже), из них: 45 — через неправительственные организации — субгрантеры Альянса-Украина, при финансовой поддержке Глобального Фонда, и 4 — при поддержке Фонда Клинтона (при технической поддержке Альянса-Украина в закупке заместительного препарата за средства Глобального Фонда).

На сегодня центры интегрированной помощи работают в 19 регионах Украины путем реализации при поддержке Альянса-Украина 19 грантовых соглашений с НПО. Подробнее география размещения ЦИП на территории Украины будет описана в разделе 3 «Модели предоставления медицинской и психосоциальной помощи с интегрированным подходом на базе лечебно-профилактических учреждений Украины».



²² Данные проекта САНРАЙЗ, 2011.

На момент написания данной публикации был накоплен значительный опыт и проведен ряд исследований и оценок эффективности внедрения интегрированной помощи. Первая такая оценка была предпринята в 2009 году специалистами различных организаций, входящих в рабочую группу по интегрированной помощи, при помощи уже упомянутого инструмента, а также комбинации количественных и качественных методов. Это исследование показало, что в предоставлении дополнительных услуг был достигнут значительный прогресс, и многие диагностические и профилактические процедуры стали доступными для клиентов. Однако ни одно учреждение не смогло выйти за рамки своей первичной специализации и организовать на своей базе лечение непрофильных сопутствующих заболеваний. Несмотря на наличие нормативных механизмов внедрения этих услуг, не все руководители знали эти механизмы или были достаточно мотивированы, чтобы их применить²³. Данный факт стал толчком к разработке и написанию практического пособия, которое систематизировало все возможные в существующем нормативном поле механизмы внедрения и интеграции ключевых услуг²⁴.

Более глубокий клинический мониторинг был осуществлен в 2010–2011 гг. в рамках проекта САНРАЙЗ при помощи специально разработанного инструментария. Данные, полученные в ходе мониторинга, показали, что охват ключевыми услугами (консультации нарколога, инфекциониста, фтизиатра, кейс-менеджера, социальных работников, успешная переадресация и сопровождение в другие медучреждения, помощь в социальной реинтеграции и пр.) существенно возрос в ходе реализации проекта (за исключением АРТ, доступ к которой был ограничен из-за недостатка препаратов в ряде областей)²⁵.

Также в рамках проекта SUNRISE проведено операционное исследование, которое оценивало модели внедрения интегрированных услуг, охват ими и удовлетворенность клиентов с помощью качественных и количественных методов. Согласно результатам ис-

²³ Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

²⁴ Ред. К. Думчев. Практическое пособие «Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья». ВОЗ, Альянс Ф. Клинтана. УИИПОЗ, 2011.

²⁵ Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

следования²⁶, наиболее полный пакет услуг был доступен для клиентов на базе лечебных учреждений широкого профиля, при этом наиболее эффективная интеграция достигалась только при условии дополнительных усилий по координации и налаживанию взаимодействия между подразделениями. Более полные выводы операционного исследования и клинического мониторинга изложены в следующих разделах.

В 2010 г. было проведено сравнительное клиническое исследование эффективности интегрированного подхода в отношении основных показателей здоровья при участии сотрудников Йельского университета²⁷. Сравнивались клиенты программ снижения вреда, клиенты программ ЗПТ и те клиенты ЗПТ, которые получали услуги в ЦИП. Исследование показало, что предоставление услуг, независимо от типа учреждения, достоверно повышало уровень здоровья и качество жизни клиентов согласно комплексному показателю. В то же время клиенты ЦИП были существенно лучше охвачены основными медицинскими услугами, чем другие. Данное исследование впервые показало клиническую эффективность интегрированного подхода в Украине, что имеет большое значение для его дальнейшего продвижения и развития.

Данные исследований также подтверждаются результатами оценок, проведенных международными экспертами^{28,29,30}. Выводы и рекомендации в предоставленных отчетах совпадают в том, что в Украине был достигнут значительный прогресс во внедрении принципов интегрированной помощи, несмотря на многочисленные барьеры законодательного, системного, политического, административного и финансового характера. Сущность вертикальной системы здравоохранения, унаследованной с советских времен, является наибольшим препятствием, но, тем не менее, многие руководители на местном уровне успешно преодолели недостатки этой системы и обеспечили доступ клиентов к необходимым услугам. Эти успехи были достигнуты во многом благодаря энтузиазму специалистов, а

²⁶ Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

²⁷ Bachireddy C., Soule M., Izenberg J., Dvoryak S., Dumchev K., Altice F. "Integration of Services Improves Healthcare Quality Indicators Among HIV-infected People Who Inject Drugs in Ukraine". 2012. In press.

²⁸ Алтис Ф. Оценка предоставления интегрированных услуг в Украине. УИИПОЗ, 2009.

²⁹ Кертис М. Создание центров интегрированной помощи для потребителей инъекционных наркотиков в Украине. ВОЗ, 2010.

³⁰ Брюс Р.Д. Отчет 2011 года по результатам визита в Украину.

также технической и финансовой поддержке международных и национальных организаций. Однако, для того, чтобы данные изменения оказались долгосрочными, необходимо, чтобы принципы интеграции легли в основу реформы системы здравоохранения, которая в настоящее время проводится в Украине.

2.2. Компоненты интегрированного подхода

Согласно инструменту оценки готовности интегрированных сайтов³¹, в полный перечень услуг, актуальных для внедрения в центрах интегрированной помощи для ПИН, входят следующие услуги:

- Диагностика и лечение зависимости от психоактивных средств и расстройств, возникающих вследствие злоупотребления подобными веществами.
- Диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-инфекции.
- Диагностика, лечение и профилактика вирусных гепатитов В и С.
- Диагностика, лечение и профилактика туберкулеза.
- Диагностика, лечение и профилактика инфекций, передающихся половым путем.
- Диагностика и консультирование в сфере репродуктивного здоровья.
- Диагностика и лечение других часто встречающихся заболеваний (септические осложнения, сосудистые заболевания).
- Низкопороговые профилактические услуги, внедряемые проектами снижения вреда.

В пособии по внедрению услуг выделяется 39 отдельных услуг, каждая из которых имеет один или несколько вариантов внедрения. Очевидно, что данный перечень очень всеобъемлющий, и в существующих условиях ни одно ЛПУ не в состоянии обеспечить полный пакет услуг. Несмотря на то, что консенсуса относительно содержания минимального пакета услуг для ПИН не существует, из практического опыта наиболее востребованными и реальными для внедрения на сайте являются следующие:

- Диагностика зависимости.
- Лечение зависимости с помощью ЗПТ (метадоном или бупренорфином).
- Диагностика сопутствующей психической патологии.

³¹ Думчев К., Форостяна О. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

- Забор крови для диагностики ВИЧ и мониторинга течения ВИЧ-инфекции.
- Выдача препаратов АРТ.
- Диагностика туберкулеза с помощью проведения скрининг-опроса на симптомы, характерные для туберкулеза, при необходимости — организация проведения микроскопии мазка мокроты и/или рентгенодиагностики.
- Лечение туберкулеза в амбулаторной фазе и профилактика изониазидом.
- Консультирование других специалистов, исходя из потребности клиента (терапевт, хирург, гинеколог, инфекционист).
- Психосоциальное сопровождение (индивидуальные и групповые консультации, группы взаимопомощи, социальная реинтеграция).

Все эти услуги при наличии мотивации у руководства и персонала могут быть организованы на базе любого ЛПУ по одному из механизмов, описанных в пособии³². Вместе с тем следует помнить, что при невозможности обеспечить услугу имеющимся персоналом, для этой же цели может быть налажено сотрудничество и привлечены ресурсы других ЛПУ или НПО. В частности, этот механизм часто применяется для привлечения консультантов из специализированных учреждений, для проведения диагностики туберкулеза с помощью передвижных флюорографов, предоставления услуг по диагностике ИППП и консультирования гинеколога с помощью мобильных амбулаторий и т.д.

При невозможности обеспечить актуальную услугу на территории ЛПУ необходимо организовать процесс структурированной переадресации. Этот процесс подразумевает не просто предоставление клиенту информации про место и время, где он может получить данную услугу, а осуществление полноценного сопровождения — с момента договоренности с другим учреждением до получения результатов.

Полезной практикой при наличии значительного спектра услуг в ЦИП является «кейс-менеджмент», или ведение случая. Этот подход особенно актуален в отношении клиентов с множественными медицинскими и социальными проблемами. Такая категория клиентов чаще всего не в состоянии справиться с многочисленными препятствиями, самостоятельно составить план их решения и сле-

³² Ред. Думчев К. Практическое пособие «Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья». ВОЗ, Альянс Ф. Клинтона. УИИПОЗ, 2011.

довать ему. Именно эту функцию и берет на себя кейс-менеджер (часто это социальный работник), который становится для клиента «проводником» в лабиринте существующих вопросов и проблем. Таким образом, кейс-менеджмент не является особой услугой, скорее, он выполняет роль связующего звена между всеми услугами и клиентом.

Основное задание интегрированного подхода к предоставлению медицинских и психосоциальных услуг для клиентов программ заместительной поддерживающей терапии: организация доступа к максимальному количеству медицинских и психосоциальных услуг на территории одного лечебно-профилактического учреждения, где размещен пункт по выдаче заместительного поддерживающего препарата, а также путем структурированной переадресации в другие лечебно-профилактические учреждения для получения недостающих услуг. Переадресация предусматривает дальнейшее отслеживание получения услуг. Идеальный вариант — размещение максимального количества услуг на базе одного лечебно-профилактического учреждения, минимизация переадресаций.

Основные принципы интегрированного подхода в предоставлении медицинских и психосоциальных услуг для клиентов с двойной и тройной патологиями (наркозависимость/ВИЧ-инфекция/туберкулез). Желательно, чтобы лечебно-профилактическое учреждение, которое планирует использовать интегрированный подход для предоставления медицинских и психосоциальных услуг, было расположено в удобной для целевой группы части города. Существенно облегчит внедрение дополнительных услуг наличие необходимой инфраструктуры (помещений, медицинского оборудования).

Также, для достижения целей, поставленных перед лечебно-профилактическими учреждениями, начинающими работу с интегрированным подходом к предоставлению медицинских и психосоциальных услуг, следует учесть в период планирования ряд обязательных условий:

- **Доступность максимального количества медицинских и психосоциальных услуг** — предоставление комплексного пакета.
 - Медицинские услуги:
 - Заместительная поддерживающая терапия: консультация врача-нарколога — оценка состояния клиента, назначение лечения и т.д.; консультации медсестры; ежедневная выдача заместительного препарата.
 - Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции: лабораторная диагностика количества клеток СД-4 и уровня вирусной на-

грузки (ВН), консультации врача-инфекциониста, назначение и выдача АРВ-терапии.

- Диагностика туберкулеза с помощью проведения скрининг-опроса на симптомы, характерные для туберкулеза, при необходимости — организация проведения микроскопии мазка мокроты и/или рентгенодиагностики.
- Психосоциальные услуги (сопровождение):
 - Психолог (консультант по лечению наркозависимости): оценка психоэмоционального состояния клиента; вместе с клиентом и в сотрудничестве с социальным работником составление индивидуальной программы психосоциальной реабилитации; проведение психокоррекционных мероприятий по гармонизации личности клиента, межличностных взаимоотношений, консультирование родственников и членов семьи; мониторинг состояния.
 - Социальный работник: индивидуальные и групповые консультации (мотивационные интервью); помощь в решении социальных проблем — восстановление/оформление документов (в т.ч. льготы); помощь в трудоустройстве (сотрудничество с социальными службами), поддержка в социальной интеграции; индивидуальное сопровождение клиента в другие ЛПУ, правоохранительные органы и органы социального обеспечения.

Интеграция дополнительных услуг на базе лечебно-профилактического учреждения нередко требует дополнительных затрат. Поэтому для внедрения дополнительной услуги на базе ЛПУ необходимы веские основания, т.е. достаточная потребность в ней.

- **Мультидисциплинарный подход** (индивидуальное ведение клиентов командой специалистов) заключается в привлечении всех необходимых специалистов, которые доступны на базе лечебно-профилактического учреждения. При невозможности предоставить услугу на базе ЛПУ — переадресация клиента для получения услуги в другое ЛПУ (желательно в сопровождении социального работника).

Условием успешной интеграции услуг является постоянная координация всех аспектов, связанных с графиком предоставления услуг клиентам, их движением, предоставлением расходных материалов, обменом информации и пр.³³

³³ Ред. Думчев К. Практическое пособие «Внедрение интегрированных услуг для лиц с наркотической зависимостью в лечебных учреждениях охраны здоровья». ВОЗ, Альянс Ф. Клинтона. УИИПОЗ, 2011.

- **Предоставление услуг на одной территории.**

Предоставление услуг на одной территории работает значительно эффективнее, чем предоставление тех же услуг по переадресации, даже если ее условия имеют налаженный механизм и предварительные договоренности, убирающие лишние барьеры в получении услуги, между участниками. Хорошей практикой можно считать привлечение мобильных бригад по диагностике. Также важным условием для успешной работы лечебного учреждения с интегрированным подходом к предоставлению МПСУ есть его географическое расположение, удобное для клиентов целевой группы.

- **Партнерские отношения с клиентами.**

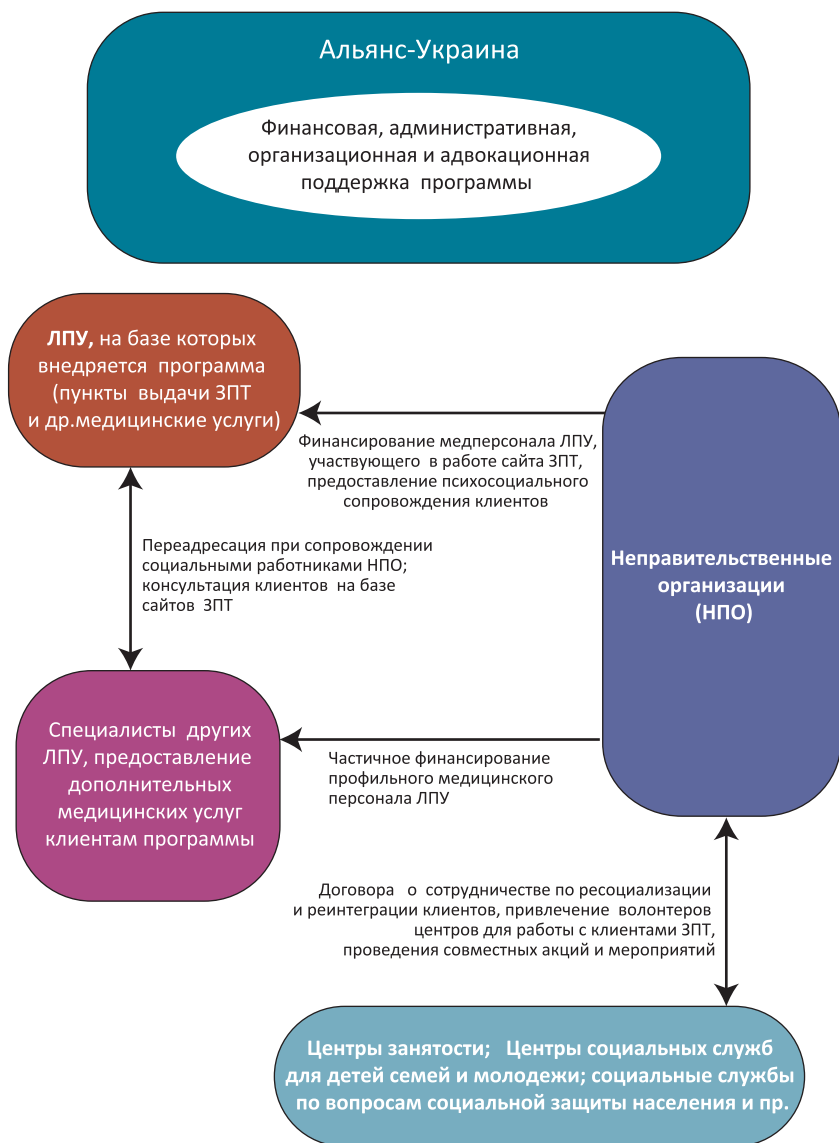
Построение правильных, взаимодоверительных отношений между клиентом программы как с его лечащим врачом (врачами), так и с социальным работником (психологом) увеличивает вероятность удержания клиента на лечении. Также открытые отношения между клиентом и МДК ЛПУ могут предупредить недоразумения по нарушению правил нахождения в программе, достичь терапевтических целей, способствовать более быстрой ресоциализации клиента.

- **Использование принципа снижения вреда.**

Главной фабулой принципа снижения вреда есть понятие — оставить за клиентом программы право выбрать способ жизни. Неуместным считается практика, когда посредством административной выписки, его исключают из программы за употребление нелегальных наркотических средств в период приема препаратов ЗПТ. Глобальный подход к анализу этой проблемы доказывает, что такие случаи чаще всего бывают из-за неправильно подобранной дозировки препарата и недостаточной психосоциальной работы по стабилизации психоэмоционального состояния клиента. В итоге исключение из программы приводит к ухудшению его состояния и способствует распространению инфекции в общей популяции.

- **Построение эффективных связей между государственными и негосударственными секторами** (организациями — поставщиками услуг). Хорошей практикой документального подтверждения сотрудничества может быть подписание двусторонних (иногда трехсторонних) соглашений.

**Схема взаимодействия неправительственных организаций (НПО),
лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и других
государственных органов социальной поддержки населения Украины**



На данном этапе развития интегрированной помощи в Украине не существует общепринятого подхода или программы подготовки по кейс-менеджменту. Однако многие НПО, пользуясь возможностями технической помощи со стороны Альянса-Украина, а также других организаций, получили определенную теоретическую подготовку и наработали хороший практический опыт в ведении случая, что не могло не отразиться на улучшении результатов их работы с клиентами.

3.

**Модели предоставления
медицинской и психосоци-
альной помощи с интегриро-
ванным подходом на базе
лечебно-профилактических
учреждений Украины**



С учетом основных задач и принципов работы интегрированного подхода в предоставлении медицинских и психосоциальных услуг для клиентов программы ЗПТ, а также по результатам оценки эффективности интегрированного подхода в Украине посредством проведения операционного исследования «Оценка интегрированных моделей предоставления заместительной поддерживающей терапии» и информации, полученной по результатам пилотного проекта по клиническому мониторингу, проведенного в рамках подкомпонента проекта САНРАЙЗ «Расширение доступа к заместительной поддерживающей терапии для ВИЧ-положительных ПИН» при поддержке АМР США, были подготовлены описания пяти типов ЦИП на базе ЛПУ, участвующих в программе ЗПТ, условно разделенных на пяти моделей. К концу 2012 г. на базе ЛПУ, принимающих участие в работе программы ЗПТ в Украине, при финансовой и организационной поддержке через НПО — субгрантеров Альянса-Украина, работало 45 центров интегрированной помощи. Соответственно, 45 мультидисциплинарных команд в составе профильного медперсонала (врач-нарколог, врач-фтизиатр, врач-инфекционист, медицинские сестры) и психосоциального сопровождения (социальные работники, психологи) предоставляли спектр интегрированных услуг по принципу единого окна и, частично, по переадресации.

**Услуги, предоставляемые в моделях
с интегрированным подходом на базе ЛПУ – участниц программы ЗПТ**

Модели / типы ЛПУ	Услуги						
	Диагностика наркозависимости и потребности в ЗПТ	Диагностика ВИЧ-инфекции	Лечение ВИЧ-инфекции	Диагностика туберкулеза	Профилактическое лечение туберкулеза	Лечение клиентов с БК +	Психосоциальное сопровождение (ПСС)
Центр профилактики и борьбы со СПИД							
Туберкулезный диспансер/клиника							
Наркологический диспансер/клиника							
Психиатрический диспансер/клиника							
Больница общего профиля							

Услуги, изначально предоставляемые на базе ЛПУ	
Услуги, организованные дополнительно при финансировании Альянса-Украина через проекты интегрированным подходом в МПСС	
Услуги, организованные по переадресации в другие специализированные ЛПУ	

Детальное описание моделей центров интегрированной помощи с географией размещения ЛПУ и НПО, сопровождающих работу проектов по медицинскому и психосоциальному сопровождению клиентов центров программы, предоставлено ниже. Описание моделей в виде отдельных информационных блоков демонстрирует не только перечень услуг, доступных на базе ЦП, но также их организационные преимущества/недостатки и технические возможности.

3.1. Больница общего профиля

(центральная районная больница; центральная городская больница; городская поликлиника; медико-санитарная часть; лечебно-поликлиническое объединение; территориальное медицинское объединение и др.)

К концу 2012 года на базе больниц общего профиля, при финансовой и организационной поддержке через 8 НПО — субгрантеров Альянса-Украина, работало 16 центров интегрированной помощи по предоставлению услуг (размещение ЦИП на базе больниц общего профиля): г. Киев, Луганская, Николаевская, Одесская, Полтавская, Сумская, Тернопольская и Херсонская области (детальная информация в Приложении).

Преимущества модели:

1. Больницы общего профиля имеют необходимую для оказания максимально полной медицинской помощи инфраструктуру:
 - ♦ биохимические и бактериологические лаборатории, рентген-кабинеты и другое диагностическое медицинское оборудование;
 - ♦ манипуляционные кабинеты;
 - ♦ специализированные стационарные отделения (хирургия, родильное отделение, гинекология, неврология, кардиология, терапия).
2. Большинство необходимых для оказания медицинских услуг специалистов находятся в штате лечебно-профилактического учреждения модели «больница общего профиля».
3. Клиенты могут получать широкий спектр медицинских услуг, оплачиваемых за счет бюджетного финансирования лечебно-профилактических учреждений. Большинство услуг, необходимых клиентам с двойной и тройной патологиями (ВИЧ-инфекция/наркотикозависимость/ туберкулез), предоставляется по принципу «под одной крышей» (полный спектр медицинских услуг в направлении ВИЧ-инфекция — в случае, когда в структуре больницы находится городской или областной центр профилактики и борьбы со СПИД).
4. Возможность для клиентов получать медицинскую помощь в стационарных отделениях больницы без прерывания приема заместительной поддерживающей терапии.

Вопросы, нуждающиеся в пересмотре или доработке:

1. Больницы общего профиля зачастую предоставляют неполный спектр услуг по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции (исключением являются больницы общего профиля, в структуру которых входят центры профилактики и борьбы со СПИД), оппортунистических инфекций, инфекций, передающихся половым путем, гепатитов и туберкулеза.
2. Пропускная способность больниц общего профиля районного уровня зависит от технических возможностей ЛПУ, изменений конечного фонда и соответствующего перечня медицинских услуг в условиях реформирования здравоохранения.
3. Ведение клиентов с двойным и тройным диагнозом (ВИЧ-инфекция/туберкулез/наркозависимость) может потребовать получения дополнительной специализации медперсонала больниц общего профиля.
4. В больницах общего профиля, где получают услуги не только представители целевой группы, может проявляться стигма и дискриминация к целевой группе со стороны других посетителей лечебно-профилактического учреждения, в некоторых случаях даже медперсонала.
5. Начиная работать в программе ЗПТ больницы общего профиля может быть необходима техническая помощь как для получения лицензии на право деятельности, связанной с оборотом наркотиков, для чего может понадобиться оборудование кабинетов для хранения и выдачи препаратов ЗПТ согласно норм, установленных законодательством Украины, так и в подготовке (повышение квалификации по ЗПТ) персонала ЛПУ.
6. В больницах общего профиля районного уровня специализированные отделения могут быть территориально расположены в разных районах города. Это является ограничением при формировании интегрированного пакета услуг по принципу «под одной крышей».

По результатам обработки данных учетных форм, полученных в рамках пилотного проекта по клиническому мониторингу, был подсчитан процент удержания клиентов на заместительном препарате (беспрерывное лечение в течение 6, 12 месяцев) в больницах общего профиля, которые предоставляют клиентам программы интегрированный пакет МПСУ: через 6 месяцев — 100 % и 94 % — через 12 месяцев.

Больницы общего профиля могут быть рекомендованы как база для внедрения интегрированных медицинских и психосоциальных услуг, исходя из широкого спектра тех ресурсов, которые изначально доступны на базе такого типа лечебного учреждения.

ЦИП на базе Конотопской ЦРБ при сопровождении сумским Клубом «Шанс», субгрантера Альянса-Украина

Валентина (29 лет), участница программы в Сумской области:

Я отчетливо помню тот день, когда пришла в программу. Было отчаянно страшно и ...жутко интересно. Страшно, пожалуй, потому, что уже тогда я подсознательно понимала, что этот день наверняка изменит мою жизнь, а все неизведанное неизменно страшит. Ну, а интересно — потому, что до этого много слышала как хорошего, так и плохого и о программе, и о метадоне. Больше, признаюсь, плохого. К тому моменту, когда я приняла решение стать участницей программы, я уже более восьми лет принимала наркотики. Понятное дело, были у меня попытки жить без наркотиков, но, увы, ни одна из них не увенчалась успехом. После коротких периодов воздержания от употребления наркотиков следовали затяжные и болезненные срывы.

Про ВИЧ-статус и гепатит С я знала еще до участия в программе. Пробовала лечиться, начала принимать противовирусную терапию от гепатита С, но бросила лечение, не пройдя и половины курса. Готовилась и к лечению ВИЧ, даже как-то поехала в областной СПИД-центр, чтобы сдать все анализы перед началом ВААРТ. Но тоже не довела до ума, так сказать. Только став участницей программы, я получила возможность вплотную заняться своим здоровьем и своей жизнью. На сайт регулярно приходят врачи — и инфекционист, и фтизиатр. Есть возможность пройти диагностику, получить консультации специалистов. И для этого не нужно бегать по больницам и выстаивать очередь.

После трех лет участия в программе у меня, действительно, кардинальным образом изменилась жизнь во многих аспектах, и во всех — только в лучшую сторону: я начала работать, наладились отношения в семье, я наконец-то всерьез занялась своим здоровьем — получаю ВААРТ. А самое главное — я жду ребенка и очень хочу, чтобы он родился и рос здоровым и счастливым!

3.2. Центр профилактики и борьбы со СПИД

К концу 2012 года на базе центров профилактики и борьбы со СПИД при финансовой и организационной поддержке через пять НПО — субгрантеров Альянса-Украина работало пять центров интегрированной помощи по предоставлению услуг (размещение ЦИП на базе областных центров профилактики и борьбы со СПИД): Винницкая, Запорожская, Ивано-Франковская, Львовская и Тернопольская области (детальная информация в Приложении). Ивано-Франковский областной центр СПИД расположен на базе областной инфекционной больницы.

Преимущества модели:

1. Центры профилактики и борьбы со СПИД (далее — центры СПИД) имеют отдельно выделенную от инфекционных больниц структуру и юридическую независимость.
2. На базе центров СПИД клиенты могут получать по принципу «под одной крышей» и АРВ-терапию (есть возможность и одновременно получать два вида терапии).
3. Работа психосоциального сопровождения при центре СПИД по консультированию, формированию приверженности к лечению клиентов с ВИЧ/наркозависимостью и переадресации упрощается (становится более централизованной и точечной) при нахождении двух терапий (АРВ и ЗПТ) территориально в одном месте.
4. Штатное расписание центра СПИД позволяет привлечь достаточное количество специалистов для ведения клиентов с двойной и тройной патологиями. В некоторых центрах СПИД в штатном расписании, кроме врачей-инфекционистов, есть ставки (или 0,5 ставки) врача-фтизиатра и врача-нарколога, ставки терапевтов, дерматовенерологов, гинекологов и др.
5. Центры СПИД хорошо оснащены за счет технической помощи, предоставленной донорскими организациями в предыдущих периодах (через Альянс-Украина, ЛЖВС и др.) и имеют достаточную площадь для приема большого количества клиентов.
6. Большинство центров СПИД имеют хорошо оснащенную лабораторную базу, что дает возможность проводить диагностику ПЦР, ИФА, биохимические и бактериологические исследования.
7. Персонал центров СПИД прошел достаточное количество тренингов и имеет большой опыт по работе с группами риска, в т.ч. наркозависимыми клиентами.

Вопросы, нуждающиеся в пересмотре или доработке:

1. Ведение клиентов с двойным и тройным диагнозом (ВИЧ-инфекция/ туберкулез/наркозависимость) может потребовать получения дополнительной специализации медперсонала центров профилактики и борьбы со СПИД. При необходимости — расширения штатного расписания центра СПИД с выделением ставки врача-фтизиатра или привлечение врача из профильного ЛПУ для консультаций по установленному графику.
2. Необходимость дополнительной технической помощи для клиентов с диагнозом «Туберкулез»: оснащения центров СПИД боксами с отдельным входом для приема клиентов с дополнительным диагнозом «Туберкулез».

По результатам обработки данных учетных форм, полученных в рамках пилотного проекта по клиническому мониторингу, был подсчитан процент удержания клиентов на заместительном препарате (беспрерывное лечение в течение 6, 12 месяцев) в центре профилактики и борьбы со СПИД, который предоставляет клиентам программы интегрированный пакет МПСУ: через 6 месяцев — 100 % и 94 % — через 12 месяцев.

Центры СПИД могут быть рекомендованы как одна из самых перспективных баз для внедрения интегрированных медицинских и психосоциальных услуг, исходя из широкого спектра тех ресурсов, которые изначально доступны на базе такого типа лечебного учреждения (диагностика и лечение ВИЧ, диагностика и лечение ИППП, возможность предоставления широкого спектра лабораторной диагностики).

ЦИП на базе Ивано-Франковского центра СПИД при сопровождении БФ «Реабилитационный центр наркозависимых «Запад Шанс», субгрантер Альянса-Украина

Лена (44 года), участница программы в Ивано-Франковской области:

Раньше мне приходилось ходить по врачам, стоять в очередях. Отношение со стороны медиков было негативным. Я не хотела ни лечения, ничего вообще. Теперь я получаю самые необходимые услуги в одном месте. За время пребывания на лечении у меня есть возможность каждый день получать консультации нарколога, инфекциониста, фтизиатра, так как я имею букет болезней, который вынуждает меня общаться с данными специалистами. Каждый день врачи интересуются моим здоровьем, если есть ухудшения — я могу пройти диагностику на CD-4 или на ТБ. Социальный работник сопровождал меня, пока я не прошла всех врачей.

Теперь я работаю на двух работах, хожу в церковь. Чувствую себя защищенной и знаю, что в любой момент мне окажут помощь.

Андрей (42 года), участник программы в Ивано-Франковской области:

У меня теперь дома спокойно, все знают, что я на лечении в центре интегрированной помощи и за моим здоровьем следят профессиональные врачи. Чувствую себя хорошо. Занимаюсь компьютерными программами, помогаю знакомым, учу работе на компе. А раньше пил, гулял, ни о чем не думал. Мне казалось, что жизнь закончилась, но теперь все ОК! Жизнь продолжается.

Ангела (31 год) , Андрей (34 года) — участники программы в Ивано-Франковской области:

Мы познакомились на программе, за два года участия в ней мы улучшили свое здоровье, думаем пожениться. Андрей работает, а я имею желание помогать таким, как я, и работать в БФ. Бывало, что мы немного опаздывали на программу из-за работы, и нам говорили, что таблеток не дадут, но благодаря БФ «Запад Шанс» и его руководителю мы получаем препарат в удобное для нас время. Андрей устроился на работу, есть желание жить! Мы получаем самые необходимые нам услуги в одном месте. Я чувствую себя намного лучше и морально, и физически. Как хорошо, что есть те, кто за нас думает и переживает. Ведь ВИЧ-позитивные, как прокаженные, никому не нужны. А жаль, ведь мы тоже люди!

3.3. Наркологический / Психоневрологический диспансеры

Наркологические и психоневрологические диспансеры (психиатрические больницы) схожи в пакете изначально доступных медицинских услуг. Также есть достаточное количество психоневрологических диспансеров, в состав которых входят отделения «наркология». Более того, в некоторых населенных пунктах, где отсутствуют наркологические диспансеры, психиатрические больницы частично выполняют их функцию. Дополнительным преимуществом психиатрического диспансера может быть возможность оказания психиатрической помощи клиентам программы как в условиях стационара, так и на амбулаторном лечении.

К концу 2012 года на базе наркологических и психоневрологических диспансеров при финансовой и организационной поддержке через 11 НПО — субгрантеров Альянса-Украина — работало 19 центров интегрированной помощи по предоставлению услуг (2 — на базе психоневрологических и 17 — на базе наркологических диспансеров): АР Крым, Винницкая, Волынская, Днепропетровская, Кировоградская, Луганская, Николаевская, Закарпатская, Ивано-Франковская, Одесская, Полтавская, Ровненская, Сумская, Хмельницкая области и г. Севастополь (детальная информация в Приложении).

Преимущества модели:

1. Специализация на лечении наркозависимых, которая дает возможность охватить ЗПТ большое количество ПИН, нуждающихся в лечении.
2. Медицинский персонал для работы в программах ЗПТ, как правило, доступен в необходимом количестве.
3. Стигма и дискриминация к наркозависимым клиентам в профильных учреждениях сведены к минимуму.
4. Доступны другие виды наркологической и психиатрической помощи, в которых могут нуждаться клиенты программы.

Вопросы, нуждающиеся в пересмотре или доработке:

Как правило, в лечебных учреждениях психиатрического и наркологического типа не предоставляются, за некоторыми исключениями, услуги по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, оппортунистических инфекций, ИППП, гепатитов:

1. Не предусмотрена организация рабочих мест для предоставления консультаций гинеколога и дерматовенеролога.
2. Ведение клиентов с двойным и тройным диагнозом (ВИЧ-инфекция/туберкулез/наркозависимость) может потребовать получения дополнительной специализации медперсонала наркологических/ психоневрологических диспансеров.
3. Услуги по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, туберкулеза и других оппортунистических заболеваний в большей степени организованы посредством переадресации или консультаций привлеченными специалистами, что делает их менее доступными для клиентов.
4. Для обеспечения возможности комплексного ведения клиента на базе лечебных учреждений наркологического и психоневрологического профиля важно обеспечить доступ наркозависимых к тем

услугам, в которых они более всего нуждаются, а именно к диагностике и лечению ВИЧ и туберкулеза. Доступность вышеуказанных сервисов поможет увеличить приверженность к лечению.

По результатам обработки данных учетных форм, полученных в рамках пилотного проекта по клиническому мониторингу, был подсчитан процент удержания клиентов на заместительном препарате (беспрерывное лечение в течение 6, 12 месяцев) с предоставлением клиентам программы интегрированного пакета МПСУ:

- *в наркологическом диспансере: через 6 месяцев — 95 % и 89 % — через 12 месяцев;*
- *в психоневрологическом диспансере: через 6 месяцев — 100 %, через 12 месяцев — 96 %.*

Лечебные учреждения наркологического и психоневрологического профиля могут быть рекомендованы как база для внедрения интегрированных медицинских и психосоциальных услуг, исходя из их профильного направления и достаточного количества персонала, обученного для работы с наркозависимыми клиентами.

ЦИП на базе Севастопольской психиатрической больницы при сопровождении СГБО «Гавань плюс», субгрантер Альянса-Украина

Людмила (29 лет) и Александр (44 года), участники в г. Севастополе:

До прихода на программу мы с Людой употребляли инъекционные наркотики более 10 лет. Я отсидел. Когда вышел, мы стали встречаться с Людой. После тюрьмы, вроде захотелось нормальной жизни. Потом водка, день-два, потом наркотики, потом опять водка, наркотики, и снова все пошло по накатанной.

Я довольно давно знал о своем ВИЧ-статусе. Мне даже назначили АРТ-терапию, которую я так и не начал принимать. Люда вообще не обследовалась, за наркотиками как-то не до этого было. Когда мы поступили на программу, выяснилось, что Люда беременна, у нее взяли кровь на СД-4 и обнаружили очень низкий иммунный статус — у нее 37, у меня 140. Инфекционист СПИД-центра, работающий на программе, назначил Люде АРТ, нас направили к гинекологу, прикрепили социального работника. Люда находилась под постоянным наблюдением медицинских и социальных работников, да и меня постоянно убеждали ответственно относиться к ее здоровью и к моему собственному. Ощущая такое внимание к нам и поддержку, мы тоже стали поддерживать друг друга, самим захотелось нормальной жизни. Мы решили официально зарегистрировать наши отношения.

Беременность прошла благополучно, Люда родила нормального малыша. После родов мы положили его в детскую больницу. Но так как сотрудники этого ЛПУ уже знали Люду по предыдущему негативному опыту ее жизни, у них было предвзятое негативное отношение, они сразу поставили вопрос о лишении ее родительских прав и перестали допускать к малышу. Но к тому времени в нашей жизни произошли большие изменения. Участвуя в программе, мы уже продолжительное время не принимали никаких нелегальных наркотиков. Я работал, Люда стала очень ответственно относиться к своему здоровью и здоровью ребенка. Мы расписались, и у нас образовалась настоящая семья. Сотрудники СГБО «Гавань плюс» вступились за нас, и им удалось доказать работникам больницы, что Люда уже давно не употребляет нелегальные наркотики и способна быть ответственной матерью для своего ребенка. На протяжении пребывания малыша в больнице нам регулярно оказывалась гуманитарная помощь от организации — лекарства, памперсы, детское питание. Сначала Люду стали пускать к малышу, а потом его благополучно отдали ей. Сейчас мы вместе с женой принимаем АРТ, продолжаем участвовать в программе и воспитывать нашего ребенка. Появилась уверенность в завтрашнем дне, мы прочувствовали, что не останемся без помощи. Мы ощущали поддержку постоянно, особенно в том, что касается обследований и лечения, помощи ребенку. Сами мы бы точно не справились. Спасибо программе и всем, кто в ней работает.

ЦИП на базе Киевской КНД «Социотерапия» при сопровождении МБФ «Вертикаль»», субгрантер Альянса-Украина

Иван (32 года), участник программы, г. Киев:

Эта история произошла полгода назад. В центр интегрированных услуг для клиентов пришел мужчина около 32 лет. «Скажите, вы помогаете ВИЧ-позитивным людям, употребляющим наркотики? А что вы делаете? Вы можете вылечить от СПИД? А наркоманы среди вас есть?» — вопросы сыпались один за другим. Социальный работник центра предложил мужчине пройти в кабинет и более подробно рассказать о том, что необходимо молодому человеку. Присев на стул, мужчина представился Иваном и начал свою историю. По его словам, наркотики он начал употреблять в возрасте 17 лет. Все началось банально, с употребления марихуаны. Потом, уже наркотики потяжелее: амфетамин, опиаты. Остановился на опиатах. Рассказ Ивана был наполнен массой разных подробностей, связанных: и с проблемами в семье, и с расставанием с близким человеком, и с проблемами с законом (3 отсидки в тюрьме), ну и попросту ведение криминального образа жизни.

Иван рассказывал свою историю, и остановить его было невозможно. Социальный работник выслушал молодого человека, обратив его внимание на то, что в его ситуации есть следующий вариант — лечение ВИЧ-инфекции и получение АРТ, что максимально обеспечит приверженность к лечению и снизит риск других заболеваний от употребления «уличных наркотиков». После консультации Ивана направили на сдачу анализов для постановки на учет в СПИД-центр. Через две недели он снова пришел на консультацию к социальному работнику, но уже с результатом. Иван стал на учет в СПИД-центр, получил результаты анализов и уже был готов принимать участие в программе.

Прошло полгода. На данный момент вовремя назначенное лечение и работа, которую провел социальный работник и врачи, дали свои результаты. Иван хорошо себя чувствует, иммунология (результаты анализов на СД-4) улучшилась, принимает АРТ. В семье потихоньку начали налаживаться отношения, недавно устроился на работу и благодарен, что таким людям, как он, есть куда обратиться.

Записано со слов социального работника ЦИП на базе КНД «Социотерапия» в присутствии клиента.

3.4. Противотуберкулезный диспансер

Организация интегрированного пакета услуг для клиентов противотуберкулезных учреждений является актуальной для клиентов с двойной или тройной патологиями: наркозависимость/туберкулез /ВИЧ-инфекция. Длительный срок пребывания в данном типе лечебно-профилактического учреждения в условиях стационарного лечения является только дополнительным аргументом в вопросе целесообразности организации интегрированных медицинских и психосоциальных услуг на базе учреждений противотуберкулезного профиля.

К концу 2012 года на базе противотуберкулезных диспансеров при финансовой и организационной поддержке через пять НПО — субгрантеров Альянса-Украина — работало пять центров интегрированной помощи по предоставлению услуг (размещение ЦИП на базе центров профилактики и борьбы со СПИД): Николаевская, Одесская, Полтавская, Тернопольская и Херсонская области (детальная информация в Приложении).

Преимущества модели:

1. Предоставляется весь спектр услуг по диагностике и лечению туберкулеза в рамках государственного финансирования.
2. Лечебные учреждения противотуберкулезного профиля располагают развитой инфраструктурой, имеют широкие возможности для оказания интегрированной помощи.
3. В штатном расписании противотуберкулезных учреждений, как правило, предусмотрено значительное количество специалистов, необходимых для оказания медицинской помощи наркозависимым (фтизиатр, нарколог).
4. Возможность организации лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных наркозависимых в условиях стационара без прерывания приема АРВ-терапии и ЗПТ.
5. Технические возможности противотуберкулезных учреждений позволяют организовать отдельные помещения для пункта выдачи препаратов.

Вопросы, нуждающиеся в пересмотре или доработке:

1. Услуги по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции предоставляются не в полной степени «под одной крышей».
2. В отдельных случаях отсутствие услуги по назначению и выдаче АРТ на базе тубдиспансеров делает программу недостаточно приспособленной под нужды ВИЧ-инфицированных клиентов.
3. Ведение клиентов с двойным и тройным диагнозом (ВИЧ-инфекция/туберкулез/наркозависимость) может потребовать получения дополнительной специализации медперсонала противотуберкулезного диспансера.
4. Трудности с привлечением персонала для работы в противотуберкулезных учреждениях по причине недостаточной оплаты труда при высоком риске инфицирования туберкулезом и специфике контингента больных.
5. При наличии помещений для организации программы все же может быть необходима дополнительная помощь в их оборудовании и ремонте.
6. Средства для профилактики инфицирования туберкулезом медперсонала требуют обновления, но и при существующей ситуации ощущается их нехватка.
7. Недоступна краткосрочная детоксикация.
8. Стационарное лечение наркозависимых клиентов с ко-инфекцией возможно только при предоставлении им возможности получать ЗПТ.

По результатам обработки данных учетных форм, полученных в рамках пилотного проекта по клиническому мониторингу, был подсчитан процент удержания клиентов на заместительном препарате (беспрерывное лечение в течение 6, 12 месяцев) в противотуберкулезных диспансерах, которые предоставляют клиентам программы интегрированный пакет ИПСУ: через 6 месяцев — 100 % и 94 % — через 12 месяцев.

Противотуберкулезные диспансеры могут быть рекомендованы для внедрения интегрированных медицинских и психосоциальных услуг. Особое внимание необходимо уделить партнерским отношениям с другими лечебными учреждениями в рамках региона, куда впоследствии можно переводить клиентов программы после завершения лечения в противотуберкулезном диспансере.

ЦИП на базе Херсонского ОТД при сопровождении ХОБФ «Мангуст», субгрантер Альянса-Украина

Наталья (32 года), участница программы в Херсонской области:

Одним солнечным летним днем я узнала о том, что у меня ВИЧ. Это прозвучало как приговор. Сначала в голове была только гулкая пустота. Как будто вишишь над пропастью и не понимаешь, каким образом здесь оказалась. И почему именно ты. А потом замелькали мысли о том, что виновата во всем только я, что изменить ничего нельзя, я сама пустила все под откос, и нет мне прощения. Необратимость. И все — я срываюсь в пропасть. Это состояние длилось долго. Так прошло несколько лет, а потом я устала. Мне показалось, что я могу что-то сделать, и я начала изо всех сил карабкаться вверх. Первым делом мне нужно было «завязать» с наркотиком, поменять свое окружение, в общем, вырваться из этого омута.

И тут появился шанс. В очередной раз, когда я пришла на ПОШ, соц. работники рассказали мне о ЗТ и ее преимуществах. И я решила использовать эту возможность.

Придя в программу, я убедилась, что в нашем маленьком городе это был единственный выход. Я включилась в жизнь сайта. На любой мой вопрос соц. работники и психолог всегда могли дать квалифицированный ответ. Я стала принимать активное участие в группах самопомощи. Моя жизнь начала налаживаться, я почувствовала себя кому-то нужной. Я смогла вернуть доверие своих родных. Мне не приходилось теперь воровать, врать и изворачиваться. Мама стала мне доверять, как когда-то в детстве...

Но... Оставалась еще одна проблема, которая не давала мне покоя и сказывалась на моем здоровье — ВИЧ... Но сдаваться я не собиралась. И снова у меня появился шанс. Благодаря проекту «Санрайз» я начала получать АРВ-терапию. Попутно у меня обнаружили туберкулез, сделали скрининг и назначили соответствующее лечение. Сейчас я нахожусь на стадии завершения, и через несколько месяцев получу официальное разрешение для выхода на работу.

Сейчас моя жизнь полна смысла и действий. Мой диагноз научил меня ценить каждый день. Спасибо благотворительному фонду «Мангуст» за предоставленный шанс!!!

ЦИП на базе Одесского ОТД при сопровождении «Вместе за жизнь», субгрантер Альянса-Украина

Елена (36 лет), участница программы в Одесской области:

Зовут меня Елена. Мне 36 лет. Сколько себя помню — столько употребляла наркотики. Все мои сверстники ходили в школу, а я бегала по притонам в поисках очередной дозы. В результате школу я оканчивала в местах лишения свободы. После освобождения от меня отказались все родственники. Моя жизнь снова пошла по знакомому кругу. Притоны, воровство, наркотики, тюрьма. Друзей и знакомых у меня не было. Были только соучастники преступлений. очередной раз освободившись, я поняла, жить мне негде. Я пришла к своей знакомой, с которой была в местах лишения свободы. Это был мой «лотерейный билет». Ольга была участницей заместительной терапии и, узнав, что я снова вернулась к употреблению, предложила отнестись к своей жизни более разумно. Все рассказала о метадоне и привела меня на сайт. Здесь мне предложили пройти полное обследование у всех врачей специалистов. В результате у меня обнаружили туберкулез, ВИЧ, мастопатию.

Став участницей сайта заместительной поддерживающей терапии, я прохожу лечение туберкулеза, регулярно обследуюсь на СД-4. Сейчас мне рекомендована ВААРТ. По этому поводу я прохожу дополнительные обследования на «оппортунисты». Благодаря программе у меня есть возможность бесплатно пройти консультации врачей и диагностические исследования на базе областного противотуберкулезного диспансера и лечебных учреждений, которые сотрудничают с БО «Разом за життя», чьей клиенткой я являюсь. Сотрудники сайта помогают мне сейчас получить регистрацию, оформить инвалидность по состоянию здоровья. Самой мне было бы не по силам, так как у меня отсутствуют средства даже на транспорт. Благодаря сайту у меня появилось много друзей. Есть перспектива устроиться на работу, наладить личную жизнь.

4.

**Основные результаты оценки
внедрения интегрированного
подхода к предоставлению
услуг в Украине, выводы**



На начало четвертого квартала 2012 года путем подписания грантовых соглашений с 32 НПО, одним ЛПУ и договора о сотрудничестве с одним ЛПУ (прямое контрактное финансирование), при финансовой поддержке Альянса-Украина 145

лечебно-профилактических учреждений Украины (сайтов) принимают участие в программе. Из них 45 (31%) работают как центры интегрированной помощи (ЦИП) на базе пяти типов лечебных учреждений (5 моделей) предоставления интегрированного подхода: «Больница общего профиля», «Центр СПИД», «Туберкулезный диспансер», «Наркологический / Психоневрологический диспансеры»³⁴ (см. Приложение). 45 мультидисциплинарных команд³⁵, при участии подготовленных (обученных) врачей-наркологов, врачей-инфекционистов, врачей-фтизиатров, психологов и социальных работников, сопровождают оказание медицинских и психосоциальных услуг более чем 3000 клиентам с двойной-тройной патологиями (наркозависимость/ВИЧ/ТБ/ИППП). Внедрение интервенции сопровождалось предоставлением технической помощи в виде финансирования как для оборудования сайтов, так и для поддержки в получении лицензий. Какая-либо интервенция, а также программа и модели, работающие в ее рамках, нуждаются в оценке. Оценка необходима для получения дополнительной информации и ее анализа с целью улучшения/ расширения/ планирования таких программ в дальнейшем.

³⁴ Подробнее о моделях в разделе 3 «Модели предоставления медицинской и психосоциальной помощи с интегрированным подходом на базе лечебно-профилактических учреждений Украины» данной публикации.

³⁵ Мультидисциплинарная команда — специалисты разных специальностей (профилей), работающие скоординированно над предоставлением медицинских и психосоциальных услуг для каждого клиента отдельно.

5.

**Оценка внедрения
интервенции**



В 2010 году Альянсом в рамках работы проекта САНРАЙЗ было проведено операционное исследование³⁶. Главной его целью было оценить интегрированные модели предоставления заместительной поддерживающей терапии с пакетами интегрированных услуг (медицинское и психосоциальное сопровождение клиентов программы ЗПТ на базе ЛПУ с интегрированным пакетом услуг — МПСС ЦИП).

МПСС ЦИП включает в себя спектр услуг, предоставляемых как на базе ЛПУ, так и по переадресации:

- **Медицинский компонент:**
 - ✓ содействие и обеспечение доступа к диагностике и лечению (ВИЧ, ТБ, гепатиты, ИППП и пр.);
 - ✓ формирование приверженности к лечению.
- **Выдача препарата ЗПТ, консультации медицинской сестры, врача-нарколога, врача-фтизиатра, врача-инфекциониста** — консультация, назначение лечения, контроль за состоянием.
- **Психосоциальный компонент:**
 - ✓ формирование приверженности к лечению;
 - ✓ сопровождение в ЛПУ;

³⁶ Операционные исследования применяются для получения исполнителями программ необходимой информации об улучшении, расширении и/или дальнейшем планировании отдельных программ/услуг.

- ✓ индивидуальные и групповые консультации;
- ✓ информационные занятия;
- ✓ группы самопомощи;
- ✓ помощь в трудоустройстве, восстановлении документов, юридические, семейные консультации;
- ✓ психологическая помощь.

Для сравнения: стандартный пакет услуг на базе работы проектов МПСС без интегрированного подхода представлен в следующем виде:

Медицинский компонент: диагностика зависимости, консультации и назначения врача-нарколога, выдача препарата ЗПТ, перенаправление в другие ЛПУ для диагностики ВИЧ-инфекции, туберкулеза.

Психосоциальный компонент: формирование приверженности к лечению (как ЗПТ, так и лечения ВИЧ-инфекции/СПИД, туберкулеза), сопровождение в ЛПУ, индивидуальные и групповые консультации, информационные занятия, группы самопомощи, помощь в трудоустройстве, восстановлении документов.

География оценки в рамках исследования: города Киев, Севастополь, Одесская, Николаевская, Херсонская области и АР Крым.

Количество участников и методы исследования:

- 13 ЛПУ (9 исследовательских и 4 контрольные), которые работают в программе при сопровождении девяти НПО в восьми городах Украины:

№	Регион	Сайт _МПСС ЦИП		Сайт _МПСС/ контрольный	
		ЛПУ	НПО	ЛПУ	НПО
1	АР Крым			Керченский психоневрологический диспансер	БФ «Надежда и спасение»
2	г. Севастополь	Севастопольская городская психиатрическая больница	СБО «Гавань плюс»		
3	г. Киев	Киевская городская клиническая больница № 5	БФ «Вертикаль»		
		КГК наркологическая больница «Социотерапия»			
4	Николаевская область	Николаевская центральная районная больница	НАВИ «Время жизни»	Октябрьская центральная районная больница	НАВИ «Время жизни»

№	Регион	Сайт _ МПСС ЦИП		Сайт _МПСС/ контрольный	
		ЛПУ	НПО	ЛПУ	НПО
		Николаевский областной противотуберкулезный диспансер			
5	Одесская область	Одесский областной наркологический диспансер	БФ «Веселка»		
		Одесский областной противотуберкулезный диспансер	ОНПО «Вместе за жизнь»		
6	Херсонская область	Херсонский областной противотуберкулезный диспансер	ХОБФ «Мангуст»	Херсонский областной наркологический диспансер	ХОБФ «Мангуст»
		Скадовская центральная районная больница			

- 16 фокус-групповых дискуссий с участниками программы (всего 95 респондентов);
- глубинные интервью с мультидисциплинарными командами, работающими на базе ЛПУ, и администрацией ЛПУ — 43 интервью;
- анкетирование клиентов программы — 400 респондентов.

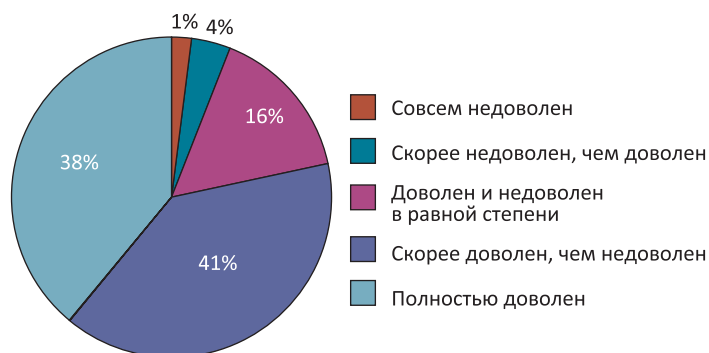
Основные результаты оценки (выводы):

1. Лечебными учреждениями, обладающими лучшим потенциалом для предоставления интегрированного пакета медицинских и психосоциальных услуг для клиентов с двойной и тройной патологиями (наркозависимость/ВИЧ/ ТБ/ИППП), были признаны:

- центры профилактики и борьбы со СПИД;
- больницы общего профиля;
- противотуберкулезные диспансеры.

Анализ проведен по отобранным критериям: 1) развитая инфраструктура , 2) спектр предоставляемых услуг — возможность получения клиентом максимального по насыщенности пакета интегрированных услуг в одном месте, по основному принципу интегрированного подхода — «под одной крышей».

2. Удовлетворенность клиентов качеством медицинских и психосоциальных услуг на базе ЦИП выглядит следующим образом:



Опрос всех респондентов-клиентов показал значимый рост удовлетворенности клиентов качеством своей жизни после начала участия в программе. Ниже показан средний уровень удовлетворенности всех опрошенных клиентов программы различными сферами жизни до и во время участия в программе.

Сферы жизни	До участия в программе	Во время участия в программе
Семейные отношения	2,5	3,6
Эмоциональное и психологическое состояние	2,2	3,5
Интимные отношения	2,7	3,3
Общее состояние здоровья	2,3	3,2
Дружеские отношения	2,7	3,6
Материальное положение	2,1	2,7
Профессиональная деятельность	2,1	2,7
Отдых, развлечения	2,4	2,9
Быт	2,5	3,3
Отношения с силовыми структурами	2,1	3,3

Влияние участия клиентов в программе на их качество жизни

А) Изменение поведения на более безопасное

По результатам опроса количество респондентов, которые совсем ничего не употребляли дополнительно к заместительному препарату (ни нелегальных наркотиков, ни других психоактивных веществ, в т. ч. алкоголя и медицинских препаратов без назначения

врача): МПСС на базе ЦИП — 44 %; МПСС на базе стандартных кабинетов ЗПТ — 37%.

Рискованное инъекционное поведение

По результатам проведения фокус-групповых дискуссий с клиентами выявлено следующее — рискованное инъекционное поведение для них является неактуальным, поскольку большинство из них, после приема в программу, прекратили употребление «уличных» наркотиков.

Вместе с тем на всех фокус-группах клиенты отмечали, что в программе есть люди, которые продолжают инъекционное употребление других психоактивных веществ. Также практически все отметили, что после приема в программу пробовали нелегальные опиаты, но отказались от их приема из-за отсутствия эйфорического эффекта после начала участия в программе.

Рискованное сексуальное поведение

По результатам фокус-групп клиенты не практикуют рискованное сексуальное поведение. Отвечая на вопрос, сколько половых партнеров было у них за последний месяц, 66% респондентов назвали одного, 25% ответили, что не имели партнеров, 4% — двух и 5% — трех и больше. Отличий по полу респондентов и типу сайта не обнаружено.

Частота использования презервативов клиентами программы за последние три месяца, %

Всегда	53
В большинстве случаев	11
В половине случаев	4
Иногда	3
Редко	7
Никогда	22

Сравнивая результаты ответов клиентов, получающих услуги в проектах МПСС ЦИП и МПСС на базе обычных кабинетов, видим, что в проектах МПСС ЦИП гораздо чаще использовали презервативы при половых контактах.

Б) Декриминализация

По словам клиентов программы — участников фокус-групп, приход в программу крайне положительно отразился на их отношениях с законом. Респонденты отмечают, что при отсутствии больших трат на нелегальные наркотики у них отпала необходимость заниматься

незаконной деятельностью для поддержания своей зависимости. Также, согласно количественным данным, клиенты программы реже используют криминальные способы генерации дохода. По итогам анкетирования, после вхождения в программу клиенты в пять (!) раз меньше стали пользоваться нелегальными источниками доходов. Под нелегальными источниками доходов подразумевалось распространение наркотиков, любая другая криминальная деятельность и секс-бизнес.

В) Восстановление социальных связей (ресоциализация)

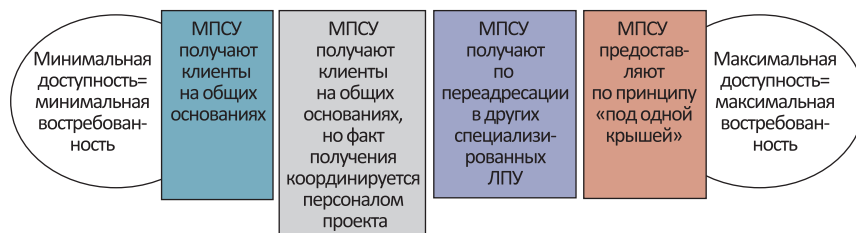
Восстановление социальных связей повсеместно указывалось участниками фокус-групп как большое преимущество, полученное в результате их участия в программе. Все клиенты отмечают улучшение отношений в своих семьях. Это связывается и с повышением материального благосостояния. Восстановление социальных связей подтверждает и количественный показатель роста удовлетворенности семейными и дружескими отношениями до и после приема в программу.

**Доступность медицинских и психосоциальных услуг в рамках ИП.
Доступность услуг на базе ЦИП и влияние минимальной/максимальной
доступности медицинских и психосоциальных услуг на частоту
их востребованности**

Наиболее доступны	Частично доступны	Наименее доступны
Лечение наркотической зависимости		
Консультации нарколога		Тест на содержание нелегальных психоактивных веществ в тканях и среде организма
Назначение и выдача препарата ЗПТ		
Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции		
Тестирование на ВИЧ (экспресс-тестирование)	Анализ на СД-4 и вирусная нагрузка	
Консультации инфекциониста, формирование приверженности к лечению	Назначение и выдача АРВ-препаратов и корректировка схемы	
Диагностика и лечение ТБ		
Флюорографическое обследование	Назначение и выдача противотуберкулезной терапии	Сложные методы диагностики ТБ (КТБ МРТ)
	Реакция Манту	
	Сбор и анализ мокроты	

Наиболее доступны	Частично доступны	Наименее доступны
Психосоциальные услуги		
Индивидуальная консультация социального работника	Индивидуальная консультация психолога	Ведение случая
Сопровождение в получении медицинских услуг	Консультация по юридическим вопросам	Помощь в трудоустройстве, возобновлении документов, получения инвалидности
Групповые информационные занятия с социальным работником		

Влияние минимальной/максимальной доступности медицинских и психосоциальных услуг на частоту их востребованности



Персонал и клиенты всех опрошенных ЛПУ свидетельствуют о положительном влиянии программы на качество жизни наркозависимых. По мнению опрошенного персонала, степень успешности программы в достижении перечисленных выше задач зависит от качества психосоциального сопровождения клиентов.

Фокус-групповые обсуждения с клиентами показали, что во всех типах ЛПУ они говорили об общем улучшении состояния здоровья. Данная самооценка также подтверждена количественным опросом. Вместе с тем, согласно опроса медперсонала, клиенты, не достигшие ресоциализации, имеют и более низкий уровень мотивации заботиться о своем здоровье. У тех, кто продолжает употреблять другие психоактивные вещества в период участия в программе (по результатам опроса персонала и клиентов) состояние здоровья заметно ухудшается.

Персонал проектов в интервью подтверждает положительное влияние программы на повышение приверженности лечению ВИЧ и ТБ. Особенно заметны успехи в случае контролируемого лечения ТБ, когда противотуберкулезное средство выдается вместе с заместительным препаратом.

6.

**Рекомендации для
дальнейшего внедрения
интегрированных моделей**



Исходя из опыта реализации проектов по организации предоставления интегрированных услуг клиентам программы ЗПТ в сотрудничестве ВИЧ-сервисных организаций и лечебных учреждений, можно сформировать ряд рекомендаций как для самих представителей услуг (организаторов), так и для руководителей системы здравоохранения и социального сектора.

Опираясь на выводы исследования, проведенного в рамках пилотирования интегрированных моделей предоставления комплексных медико-психосоциальных услуг клиентам программ ЗПТ, наиболее оптимальным с точки зрения возможности организации дополнительных медицинских услуг является больница общего профиля, противотуберкулезные диспансеры и центры СПИД, где изначально ресурсы позволяют организовать дополнительные медицинские и психосоциальные услуги. В этом случае клиенты имеют возможность получать максимальное число услуг непосредственно на базе лечебного учреждения, что делает их более доступными. Программы интегрированной помощи (ИП) на базе наркологических и психиатрических учреждений, как правило, могут предоставлять своим клиентам большинство медицинских услуг только по переадресации. Это связано с тем, что возможность организации услуг на базе

самого лечебного учреждения требовала дополнительных как финансовых, так и административных ресурсов.

ЛПУ общего профиля имеют развитую инфраструктуру и дают клиентам возможность получить специализированную помощь практически по всем направлениям в одном месте. Однако в данных учреждениях потребуются дополнительные административные усилия для организации предоставления лечения ВИЧ/СПИД на пункте предоставления ЗПТ. Для ВИЧ-позитивных клиентов наиболее оптимальным является организация получения ЗПТ на базе центров для профилактики и борьбы со СПИД. Это объясняется, прежде всего, возможностью получения практически всех необходимых медицинских услуг для ВИЧ-инфицированных в одном месте, добавляя при этом только доступ к ЗПТ. Тем не менее, необходимо учесть, что в отдельных регионах Украины такие центры могут быть недоукомплектованы персоналом (в частности, отсутствие в штате наркологов, необходимых для работы с ПИН в программе). Немаловажное значение имеет наличие помещения, в котором можно организовать кабинет выдачи ЗПТ. Как правило, центры СПИД как отдельная структурная единица не работают с наркотическими препаратами и не имеют соответствующей лицензии. Процедура получения такой лицензии требует не только оформления документов, но и подготовленных помещений, назначений ответственного персонала и выполнения ряда других требований украинского законодательства в сфере работы с наркотическими препаратами.

Для ПИН с активной формой туберкулезной инфекции важно организовать выдачу ЗПТ на базе противотуберкулезных диспансеров. Лечение ВИЧ-инфекции также может быть организовано на базе противотуберкулезных диспансеров в специализированных инфекционных отделениях. Несколько сложным представляется в таких закрытых условиях проведение психосоциального сопровождения, так как клиенты подвергаются интенсивному лечению. Также важно учитывать при начале проведения ЗПТ для ПИН возможность дальнейшего продолжения терапии по месту проживания после выписки.

В целом, обсуждая вопросы необходимости, целесообразности или востребованности интегрированных услуг для ПИН, наиболее вероятным будет вывод об однозначном позитивном результате такого подхода. Учитывая наличие или потенциально большой риск получения наркозависимыми таких сопутствующих заболеваний, как ВИЧ, туберкулез, гепатиты В, С, ИППП, организация возмож-

ности диагностики и лечения данных заболеваний в одном месте является наиболее целесообразной. Принимая во внимание, что большинство из перечисленных заболеваний ПИН являются социально опасными и требуют лечения не только с точки зрения здоровья отдельно взятого больного, а и профилактики инфицирования как среди группы наркозависимых, так и среди общего населения, контролировать его адекватность и своевременность наиболее оптимально в условиях одного лечебного учреждения.

Не следует недооценивать важность психосоциального сопровождения ПИН в условиях программ интегрированной помощи. На успешность их лечения оказывают влияние и комфортное психосоциальное окружение в самом лечебном учреждении, и снижение социального напряжения среди наиболее близкого окружения.

Для дальнейшего внедрения интегрированной помощи наркозависимым будут полезны следующие действия.

Следует более системно подходить к подготовке базы для внедрения. На начальном этапе — это анализ существующих возможностей организации различных дополнительных медицинских и психосоциальных услуг на базе медицинских учреждений. Такой анализ был проведен как Альянсом, так и партнерами по внедрению проектов по интегрированной помощи. Но с течением времени и изменением норм законодательства могут возникнуть те или иные юридические обстоятельства, которые потенциально будут оказывать воздействие на программы. В таких случаях важно отслеживать изменения и путем объединения усилий заинтересованных партнеров влиять на внесение изменений в нормативные акты с целью поддержания благоприятных законодательных условий для внедрения интегрированной помощи клиентам.

Непрерывность АРВ-терапии является ключевой составляющей при оценке программ лечения для наркозависимых. От возможности получения необходимого лечения вне зависимости от места проживания, нахождения клиента зависит и результативность, успешность лечения. Поэтому в рамках реализации программ интегрированной помощи важно предусмотреть возможность организации преемственности между лечебными учреждениями по оказанию помощи клиентам. Например, организация обеспечения препаратом в случаях нахождения клиента на стационарном лечении в ЛПУ, которые не предоставляют ЗПТ.

Поскольку интегрированный подход к оказанию медицинских и психосоциальных услуг по-прежнему является достаточно но-

вым для большинства медицинских учреждений и медперсонала в частности, особое внимание следует уделять **профессиональному развитию и обучению специалистов, которые работают в мультидисциплинарной команде**. Необходимым в данном случае будет проведение тренингов для всех членов команды. Перспективным является последиplomное обучение врачей с целью получения дополнительной специализации. Так, например, получение специализации по наркологии врачом-фтизиатром даст возможность противотуберкулезному учреждению использовать ресурс одной штатной единицы вместо двух.

Разработка стандартизированной системы мониторинга успешности программы и ее внедрение во всех пунктах предоставления интегрированных услуг позволит более успешно организовать обмен информацией среди специалистов лечебного учреждения, а также обеспечить данными для анализа успешности программы на центральном уровне.

Формализация схем перенаправления клиентов в программы других населенных пунктов. Это решает вопросы командировок, отдыха, санаторного лечения для клиентов. Пока же успех реформирования иногда зависит не только от наличия препаратов ЗПТ (особенно бупренорфина) на сайте, в который перенаправляют клиента, но и от доброй воли главного врача или врача сайта ЗПТ этого ЛПУ.

Корректировка составляющих компонентов проектов интегрированной помощи наркозависимым. В проекты интегрированной помощи для успеха лечения целого спектра взаимозависимых проблем наркозависимых клиентов необходимо ввести дополнительные компоненты, которые, тем не менее, могут требовать значительных финансовых затрат. Все эти компоненты определяются потребностью отдельного лечебного учреждения в зависимости от недостающих услуг. Диагностике и лечению психиатрических заболеваний, как правило, не придается особого значения в программах, но они являются немаловажными. Например, нередко остается без ответа проблема диагностики и лечения клинической депрессии. Решение данной проблемы даст возможность стабилизировать наркологические проблемы клиента, устранить препятствия для ресоциализации, а также будет способствовать приверженности к лечению ТБ и ВИЧ.

Организация психосоциального сопровождения с использованием метода ведения случая (кейс-менеджмент) является наиболее оптимальной формой при работе с клиентами с более чем одной проблемой социально-психологического характера. Как правило, социальные работники не являются штатной единицей лечебного учреждения. Социальное сопровождение обеспечивается донорским финансированием общественных организаций в рамках проектов ЗПТ. Оптимальным вариантом в дальнейшем развитии программ интегрированной помощи будет введение в штат лечебного учреждения должности социального работника, который на правах его сотрудника будет входить в состав мультидисциплинарной команды.

Учитывая небольшой процент женщин, которые приходят в программы ЗПТ, можно предположить, что они требуют также организации услуг, ориентированных и учитывающих потребности женщин. В этом направлении можно развивать работу с мужчинами-партнерами. Привлечение в программу партнеров ПИН может создавать для женщины ощущение безопасности социального окружения. Кроме того, хорошие результаты дает работа с женщинами по принципу «равный — равному», когда участницы проекта привлекают потенциальных женщин-ПИН в проект. Предоставление гуманитарных наборов женщинам также является мотивирующим фактором для участия женщин в проекте.

Приложение

Список центров интегрированной помощи (ЦИП), работающих на базе ЛПУ, которые принимают участие в программе ЗПТ, при поддержке НПО, осуществляющих деятельность при финансовой, административной, организационной и адвокационной поддержке Альянса-Украина

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
АР Крым	1	Крымское республиканское учреждение «Наркологический диспансер»	Центр ресоциализации наркозависимой молодежи «Твоя Победа»	95000, г. Симферополь, ул. 60 Лет Октября 24, кв. 127. Тел: (0652) 49-74-43, 25-80-76, факс: (0652) 25-00-80, E-mail: tperemoga@ua.fm
Винницкая область	2	Винницкий областной наркологический диспансер «Социотерапия»	Общественная организация «Центр ресоциализации химически зависимых «Независимость»	г. Винница, ул. Зодчих 40, тел: (0432) 577-959, (0432) 508-093, E-mail: ngo.nezalezhnist@gmail.com
	3	Винницкий областной центр профилактики и борьбы со СПИД	Коммунальное учреждение «Винницкий областной центр профилактики и борьбы со СПИД»	23222, Винницкая обл., Винницкий р-н, поселок Березина, 5-й км Барского шоссе, «Медгородок», тел: 0432 566-405, E-mail: positiv@ukr.net
Волынская область	4	Волынский областной наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihrp@uihrp.org.ua
Днепропетровская область	5	Коммунальное учреждение «Днепропетровский областной наркологический диспансер»	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihrp@uihrp.org.ua

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
Закарпатская область	6	Закарпатский областной наркологический диспансер	Закарпатский областной благотворительный фонд «Поддержки противонаркологических, противонаркотических, противотабачных программ и профилактики химических зависимостей и СПИД»	88000, Закарпатская обл., г. Ужгород, ул. Парижской Коммуны 4а, тел: (0312)66-07-05, факс: (0312)66-11-13, E-mail: zobf@mail.ru
	7	Коммунальное учреждение «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Запорожье	Запорожская областная организация Общества Красного Хреста Украины	69063 г. Запорожье, ул. Горького 4а, тел: 061-764 28 92, факс: 061-22 44 328, E-mail: redcross.zp@gmail.com
Ивано-Франковская область	8	Ивано-Франковский областной наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihp@uihp.org.ua
	9	Ивано-Франковская областная клиническая инфекционная больница-центр СПИД	Благотворительный фонд «Реабилитационный центр наркозависимых «Запад Шанс»	г. Ивано-Франковск, ул. Довга 60/2-й эт., тел: 0342 75-42-75, E-mail: Grin46@mail.ru
Киев	10	Киевская городская клиническая больница № 5	Международный благотворительный фонд «Вертикаль»	г. Киев, ул. Академика Крымского 4а, оф.110, тел: 044-227-35-30, E-mail: vertikal@vertikalfund.org
	11	Киевская городская наркологическая клиническая больница «Социотерапия» (дн. стац.)		
Кировоградская область	12	Александровский наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihp@uihp.org.ua

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
Луганская область	13	Луганский областной наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044) 222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihp@uihp.org.ua
	14	Коммунальное учреждение «Свердловская центральная городская больница №1»	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044) 222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uihp@uihp.org.ua
Львовская область	15	Коммунальное учреждение «Львовский областной центр профилактики и борьбы со СПИД»	Благотворительный фонд «Салюс»	79000, г. Львов, ул. Техническая, 10/4, тел: +380322926454, E-mail: salus@mail.lviv.ua
г. Севастополь	16	Севастопольская городская психиатрическая больница	Севастопольская городская благотворительная организация «Гавань плюс»	г. Севастополь, ул. Юмашева 15, кв. 37, тел: (0692)-46-67-16, E-mail: gavan.plus@gmail.com
Николаевская область	17	Николаевский областной наркологический диспансер	Николаевская ассоциация ВИЧ-инфицированных «Время жизни»	г. Николаев, ул. Потемкинская 138, тел: 0512-48-96-38, E-mail: chas_zhitty@list.ru
	18	Николаевский областной противотуберкулезный диспансер	Николаевский областной благотворительный фонд борьбы с туберкулезом «Вита-Лайт»	54034, г. Николаев, ул. Авангардная 8, оф. 5, тел: (0512) 76 83 00,
	19	Николаевская центральная районная больница	Николаевская ассоциация ВИЧ-инфицированных «Время жизни»	г. Николаев, ул. Потемкинская 138, тел: 0512-48-96-38, E-mail: chas_zhitty@list.ru

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
Одесская область	20	Октябрьская центральная районная больница	Николаевский областной благотворительный фонд «Новое столетие»	54030, г. Николаев, ул. Пушкинская 2, оф. 1, тел: (0512) 59-06-79, факс: (0512) 37-30-59, E-mail: new.century@bk.ru
	21	Первомайский межрайонный наркологический диспансер	Николаевский областной благотворительный фонд борьбы с туберкулезом «Вита-Лайт»	54034, г. Николаев, ул. Авангардная 8, оф. 5, тел: (0512) 76 83 00, E-mail: vita_tb@meta.ua
	22	Коммунальное учреждение «Вознесенская центральная районная больница»	Николаевский областной благотворительный фонд «Новое столетие»	54030, г. Николаев, ул. Пушкинская 2, оф. 1, тел: (0512) 59-06-79, факс: (0512) 37-30-59, E-mail: new.century@bk.ru
	23	Новоодесская центральная районная больница	Николаевский областной благотворительный фонд «Новое столетие»	54030, г. Николаев, ул. Пушкинская 2, оф. 1, тел: (0512) 59-06-79, факс: (0512) 37-30-59, E-mail: new.century@bk.ru
	24	Очаковская центральная районная больница	Николаевская ассоциация ВИЧ-инфицированных «Время жизни»	г. Николаев, ул. Потемкинская 138, тел: 0512-48-96-38, E-mail: chas_zhitty@list.ru
	25	Одесский областной наркологический диспансер	Благотворительная организация «Объединение неправительственных организаций «Вместе за жизнь»	г. Одесса, ул. Софиевская 10, тел: (048) 700-29-78, факс: (048) 712-70-22, E-mail: razom_zh_zhitty@mail.ru
	26	Измайльская городская больница №1	Благотворительный фонд «Радуга»	65017, г. Одесса, ул. Рекордная 17 А, кв. 9, тел: (048) 700-12-37, факс: (048) 746-87-48, E-mail: dr.podolian@mail.ru
	27	Одесский областной противотуберкулезный диспансер	Благотворительная организация «Объединение неправительственных организаций «Вместе за жизнь»	г. Одесса, ул. Софиевская 10, тел: (048) 700-29-78, факс: (048) 712-70-22, E-mail: razom_zh_zhitty@mail.ru

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
Полтавская область	28	Полтавский областной наркологический диспансер	Благотворительная Ассоциация «Свет надежды»	36000, г. Полтава, ул. Артема 28а, тел: +380532606081, E-mail: office@lightofhope.com.ua
	29	Полтавский областной противотуберкулезный диспансер		
	30	Кременчугский наркологический диспансер		
	31	Лубенский областной наркологический диспансер		
	32	Комсомольская станция скорой медицинской помощи		
Ровенская область	33	Ровенский областной центр психического здоровья населения	Ровенский областной центр психического здоровья населения	г. Ровно, ул. Дубенская 64, тел. (0362) 22-21-65, 63-26-09, E-mail: narkod64@ukrpost.ua
Сумская область	34	Коммунальное учреждение Сумского областного совета «Областной наркологический диспансер»	Сумская областная общественная организация «Клуб «Шанс»	40021, г. Сумы, пер. Гражданский 1, тел: 0542- 619-779 050 -407 69 85, E-mail: sumy-shans@yandex.ru
	35	Шосткинское лечебно-профилактическое учреждение Поликлиника №5		
	36	Конотопская центральная районная больница		

Регион	№	ЦИП на базе ЛПУ	НПО	Контакты НПО
Тернопольская область	37	Тернопольский областной коммунальный наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uiphp@uiphp.org.ua
	38	Тернопольский областной коммунальный противотуберкулезный диспансер		
	39	Коммунальное учреждение «Областной коммунальный центр профилактики и борьбы со СПИД»	Тернопольская городская общественная организация «Центр духовной и психологической поддержки «Истоки»	г. Тернополь, ул. Шашкевича 3, оф. 106, тел: (0352) 528296, E-mail: Dzherela@ukr.net
Херсонская область	40	Херсонский областной противотуберкулезный диспансер	Херсонский областной благотворительный фонд «Мангуст»	г. Херсон, проезд Береговой 3, тел: (0552) 27-01-64, факс: (0552) 27-90-42, E-mail: ngo_mangust@ukr.net
	41	Скадовское районное территориальное медицинское объединение		
	42	Центральная городская больница, г. Новая Каховка		
	43	Центральная районная больница, г. Цюрюпинск		
Хмельницкая область	44	Центральная городская больница, г. Новая Каховка		
	45	Хмельницкий областной наркологический диспансер	ВБО «Украинский институт исследований политики общественного здоровья»	01001, г. Киев, ул. Малоподвальная 4, оф. 6, тел: (044) 278-31-32, (044)222-62-71, (044) 279-35-86, факс: (044) 278-31-32, (044) 279-35-86, E-mail: uiphp@uiphp.org.ua





