

ЗПТ в Україні. Реальний шлях до здоров'я чи пілот для Решетилівки?



***А. Вієвський,
Київ, 18 грудня 2017 року***

Якщо згадати, приміром, історію розвитку програм ЗПТ в Канаді, то канадські дослідники відмічали, що в 1960-ті роки метадонові програми в них розвивалися, як відповідь на потреби вживачів опіатів у соціальній і професійній реінтеграції в суспільство.



На відміну від цього, у 1980-90-х роках двигуном стала тема нейтралізації впливу ризикових практик на суспільне життя. По суті, стратегії зменшення шкоди відійшли від **гуманістичних орієнтирів** і стали **стратегіями, орієнтованими на безпеку**.



З чого ж стартувала ЗПТ в Україні?



У 2004 році ми жили в посттоталітарній країні з виразним «перекосом» в бік силових структур і рішень. При цьому тема суспільної безпеки була здебільшого фактором тиску, а реальна особиста безпека - скоріше, темою віртуальною.



Тема ВІЛ/СНІДу в Україні, як і в деяких інших країнах, виконала для ЗПТ роль і «камуфляжу», і «тарану». Люди і владоможці були налякані СНІДом. Здається, від такого стилю розуміння ЗПТ ми з тих пір відійшли недалеко.



**Старту програм ЗПТ в Україні ,
частково, навіть «допомогли»
загальний недостатній рівень
освіченості суспільства та
схильність до містичних
примітивізованих пояснень.**



В якійсь мірі, рівень «знань» населення про ЗПТ відбивають міфи, що і по сей день мають сильні позиції серед вживачів і деяких «експертів» (“ЗПТ і метадон - це для «смертників””).



**Крім просвіти для
населення і керівників,
недостатнім в питаннях
щодо ЗПТ був і є рівень
фахової освіти.**



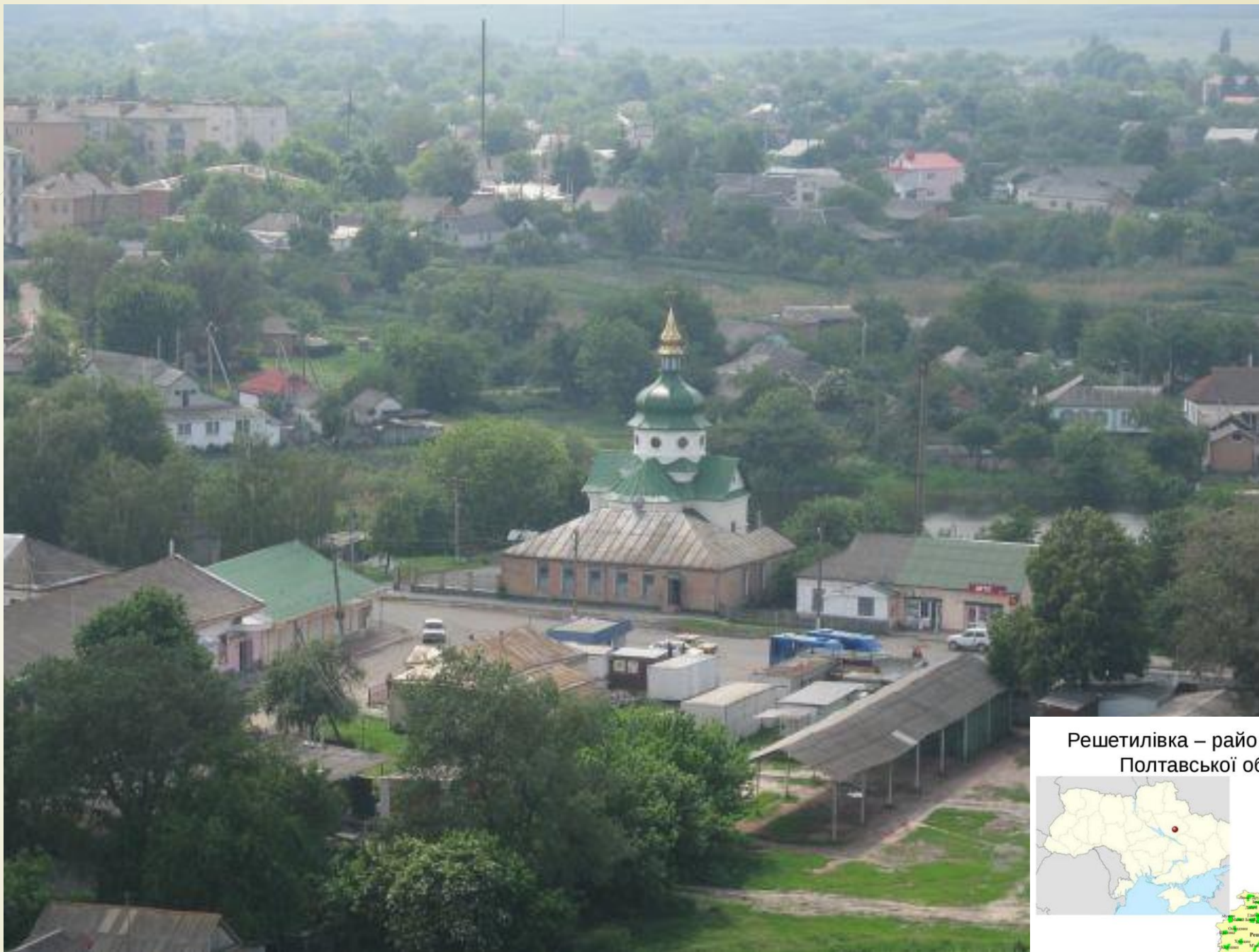
**В медичних кадрових ВУЗах України
наркологія практично не викладається.
Відтак, щодо ЗПТ студенти-медики
знань не мають, так само як і їх
викладачі (дані моніторингу публікацій
і виступів професорсько-
викладацького складу за 2007-2016 рр.)**



Рівень навчання поліцейських, зокрема, БНОН, є низьким. Так, автор підручника з наркології для поліцейських жодного наркологічного досвіду не має.

Підручник мав негативні рецензії, доказової інформації, у т.ч. про ЗПТ, практично не містить, але вивчається в учбових закладах МВС.





Решетилівка – районний центр
Полтавської області



В кінці 2017 року загальна кількість учасників ЗПТ складає лише дещо більше 9,5 тис. (стільки ж, скільки живе у Решетилівці), хоча планувалося в рази більше.



**Наскільки ж відкрився для
хворих реальний шлях до
здоров'я чи ми поки в
«пілоті» на 9,5 тис. людей?!**



**Наскільки «зрослася»
з українським життям
ЗПТ за роки
впровадження?**



**Яке воно -реальне місце
ЗПТ, який - стан справ, і,
що найважливіше, які є
ресурси розвитку?**



**Завдання, що їх дозволяє вирішувати
ЗПТ, відомі: дестигматизація і
структуризація життя вживачів,
зменшення рівня вживання наркотиків,
зменшення рівня кримінальної
поведінки, покращення здоров'я
населення тощо.**



**Кидається в очі, що практично
для жодного з зазначених завдань
програма ЗПТ в Україні досі не
має чітких визначених кількісних
орієнтирів (індикаторів).**



Завдання перше.

**Дестигматизація і структуризація
життя вживачів. Покращення
соціальної адаптації і взаємодії.**



Не викликає сумніву, що
стигматизація життя вживачів
наркотиків, як і учасників ЗПТ,
залишається дуже гарячим
питанням, а **бар'єр** (не поріг) між
вживачами і суспільством не став
нижчим.



Програми в Україні є необґрунтовано ригідними, «рамочними». Напрямок деінституалізації ЗПТ в Україні своєчасно не був почутий і лише зараз з'являються деякі шанси в цьому плані (СМ). Винятково негативну роль зіграв наказ № 200, який «спрацював» на стигму навколо ЗПТ.



Програми ЗПТ в Україні живуть «окремо» від життєвських потреб клієнтів (приміром, жодної щоденної програми в Україні, хоча в тижні не 5 чи 6, а 7 днів). Щодо якості спілкування з хворими - варто почитати групу пацієнтів ЗПТ в ФБ, а сама терапія може припинятися як покарання хворого.



Важливо встановити чіткі орієнтири як на індивідуальному рівні (клієнт), так і на рівні спільноти вживачів (щодо набуття роботи, повернення до навчання, поліпшення сімейних стосунків, структурування фінансового статусу тощо).



**Пропонується: опрацювання і
заклучення деталізованого клінічного
контракту з клієнтами програм ЗПТ з
включенням всіх зазначених чітких
індивідуальних орієнтирів для клієнта,
щодо покращення соціальної
адаптації і взаємодії, зменшення рівня
вживання наркотиків, змін показників
здоров'я, ризику ВІЛ тощо.**



Завдання друге.

**Зменшення рівня вживання
наркотиків.**



**Теж потрібні чіткі орієнтири щодо
зниження як на індивідуальному рівні,
так і на рівні спільноти ризиків від
конкретних патернів наркотичної
поведінки з метою а) зміни
домінуючого способу вживання, б)
зниження рівня вживання інших
психоактивних речовин та наркотиків.**



На індивідуальному рівні в нас розглядається лише умова **повного припинення немедичного вживання наркотиків**, що далеко не завжди відповідає запитам і реаліям спорадичного вживання наркотиків клієнтами. Тому робота з клієнтом щодо зниження рівня вживання та можливості нелегального вживання одночасно з терапією є нагальним завданням.



Наше суспільство не має жодного уявлення про зазначені варіанти дій. Проте продовжують квітнути «експерти» з міфами про «неправильну» чи «правильну» ЗПТ в Україні. **ЗПТ в Україні потребує якісного експертного супроводу.**



Завдання третє.

**Декриміналізація
повсякденного життя і
зменшення рівня кримінальної
поведінки вживачів наркотиків.**



Вірогідно, спонтанна декриміналізація життя учасників ЗПТ має місце, хоча за відсутності індикаторів це довести важко. Потрібні чіткі орієнтири на індивідуальному, суспільному рівнях та на рівні спільноти вживачів, приміром, для співставлення учасників і неучасників програм ЗПТ.



Зауважимо, що зменшення рівня вживання наркотиків, хоча і може знижувати рівні кримінальної поведінки серед вживачів, веде до цього НЕ обов'язково. Тут немає прямого зв'язку. Проте надмірно криміналізоване суспільне розуміння наркотичної теми вимагає саме таких результатів.



Актуальною залишається проблема явного і прихованого тиску силових структур (від намагань визначити ЗПТ «джерелом» нелегального трафіку наркотиків і тиску на медиків до маніпулювання конкретними інформаторами серед клієнтів).



Завдання четверте.

Шлях до здоров'я.



Завдання четверте.

**Шлях до здоров'я (1).
Зменшення ризику ВІЛ.**



**З одного боку, в розпорядженні
загалу є деяка інформація про
отримані позитивні результати в
цьому напрямку.**



З іншого, непрямую, але протилежну інформацію про реальний стан речей дає розповсюдженість програм обміну шприців і широкого доступу до презервативів в Україні. Цих точок надто мало, що свідчить про базове нерозуміння того, що повинно в цій сфері робитися суспільством для свого захисту.



В цьому напрямку теж потрібні чіткі кількісні орієнтири, приміром:

- як змінюється розповсюдженість обмінів брудними шприцями між вживачами;**
- рівень використання чистих шприців і голок серед вживачів;**
- рівень «популярності» різних шляхів вживання наркотиків тощо.**



**В цьому зв'язку не можна не згадати про
глузування над моніторингом
наркоситуації в нашій країні: спочатку
розвал діючої системи, декілька років
мовчання, поява «псевдозвіту» без
доказової бази на фоні публікації
результатів псевдодосліджень.**



Завдання четверте.

**Шлях до одужання (2).
Зміни фізичного здоров'я
населення.**



Необхідно встановити чіткі кількісні орієнтири щодо летальності та індикаторів фізичного здоров'я (респіраторні, стоматологічні, шкіряні захворювання, ЗППШ, хронічні печінкові розлади, ситуація щодо передозувань, ВІЛ, гепатити В, С та Д туберкульоз та ін.) і знайомити суспільство зі змінами цих орієнтирів як в спільноті вживачів, так і в загальній популяції.



**Це є принципово важливим робити
постійно, адаптуючи людей до
«здорового» розуміння роботи ЗПТ,
зв'язку ЗПТ з здоров'ям громади.**



Завдання четверте.

**Шлях до одужання (3).
Зміни психічного здоров'я і
психологічного стану.**



Як і в інших напрямках, потрібні індикатори, що дозволили б бачити і показувати суспільству зміни у стані здоров'я (приміром, рівень депресивних розладів, психотичні епізоди тощо).



Аналогічна ситуація з інформацією щодо покращення психологічного стану учасників програм ЗПТ. Покращення є – доказово продемонструвати нічого.



**Окремою темою є можливість отримання
якісної психіатричної допомоги для
вживачів наркотиків і учасників ЗПТ. Є
досить інформації щодо того, як стигма
працює не на користь пацієнтів в цьому
напрямку.**



Зауважимо також, що суттєвим питанням є подолання ситуації з тим, що за даними моніторингу публікацій і виступів за 10 років практична більшість лікарів-психіатрів є жорсткими противниками ЗПТ.



Висновки. ЗПТ в Україні поки зберігає досить рис «пілоту». Разом з тим, можливості бути «пілотом» практично вичерпані. Подальший розвиток потребує внесення корективів до впровадження ЗПТ.



**Для закріплення позицій ЗПТ в країні є
ресурси (1):**

- встановлення реалістичних завдань та
чітких кількісних орієнтирів по основних
напрямках;**
- регулярне інформування суспільства
про стан справ, спираючись на ці
орієнтири;**



**Для закріплення позицій ЗПТ в країні є
ресурси (2):**

- забезпечення реального експертного супроводу ЗПТ та якісного навчання фахівців;**
- предметна взаємодія та комунікація зі спільнотами вживачів та учасників ЗПТ.**



Дякую за увагу!



HEALTH