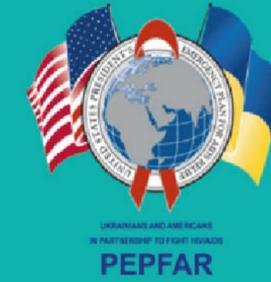




**Альянс**  
громадського здоров'я



# СТРАТЕГІЧНА ІНФОРМАЦІЯ щодо ВІЛ/СНІДу в Україні

Надійні дані для прийняття рішень

№2, 2021

Результати досліджень МБФ «Альянс громадського здоров'я»

# Зміст

Стратегічна інформація щодо ВІЛ/СНІДу в Україні /  
МБФ «Альянс громадського здоров'я». – Київ, 2021 р. – 36 ст.

Укладачки: Оксана Ковтун, Дарія Огарьова  
Літературна редакція: Марія Ганшина  
Дизайн і верстка: Станіслав Семчук

Підготовка публікації стала можливою за технічної підтримки проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Дана публікація підтримана Угодою про співробітництво NU2GGH002114 з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповідальність за її зміст лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

Отримати наступний випуск буклету  
«Стратегічна інформація з ВІЛ/СНІДу  
в Україні»:  
<https://forms.gle/YCVr468ZpA2h5bXX9>



Ознайомитись з повною версією  
звітів за результатами  
досліджень з буклету:  
<https://hivdata.org.ua/>



- 3 Бар'єри та фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини
- 8 Якісне дослідження щодо користування людьми, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, та чоловіками, які мають секс з чоловіками, послугами сімейних лікарів
- 14 Якісне дослідження поведінки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Поведінка людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом
- 19 Оцінка чисельності ключових груп, груп-містків та інших категорій населення в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж ("The Network Scale Up Method")
- 24 Впровадження проєкту REAct в Україні: виявлені порушення прав ключових груп в контексті ВІЛ/ТБ та реагування на них
- 30 Ефективність програми лікування вірусного гепатиту С для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України
- 31 Кількісне дослідження ризику та чинників повторного інфікування вірусного гепатиту С після досягнення СВВ12
- 32 Хто з ЛВІН вибуває з програми замісної підтримувальної терапії в Україні та чому
- 33 Реальний вплив дозування препаратів методану та бупренорфіну на утримання в програмі ЗПТ
- 34 Роль доступу до інтегрованих послуг на сайтах ЗПТ у досягненні цілей 90-90-90 серед ЛВІН в Україні

## Бар'єри та фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини

### Посилання:

Бар'єри та фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини: звіт за результатами дослідження / А. Токар, А. Прохорова, С. Артикуца, О. Ковтун. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 68 с.

### Подяки:

- Максиму Алімову, ОБФ «Шлях до дому» (Одеса)
- Олені Лобченко, регіональній координаторці проєкту КРІФ (Кривий Ріг)
- Світлані Калініченко, ГО «Дорога життя Дніпро» (Дніпро)
- Сергієві Діденку, БО «100% життя Черкаси» (Черкаси)
- Марині Корніловій, МБФ «Альянс громадського здоров'я»
- Тетяні Салюк, МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Дослідження проведено в межах проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) в межах Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

## Вступ

Станом на початок 2020 року в Україні оціночна чисельність людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), становила 251 168 осіб, а за даними Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) під медичним наглядом перебувало 142 076 ВІЛ-інфікованих громадян та 136 105 отримували антиретровірусну терапію (АРТ). Незважаючи на те, що в структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції переважає статевий (73,6% у 2019 році), актуальність парентерального шляху (під час введення наркотичних препаратів) зберігається. За даними офіційної реєстрації, частка випадків інфікування ВІЛ через уживання ін'єкційних наркотиків збільшилася з 24,0% у 2018 році до 25,8% у 2019 році.

У межах програм, орієнтованих на людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), що реалізуються силами неурядових організацій (НУО) за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», було докладено значних зусиль для виявлення випадків ВІЛ-інфекції та надання послуг із кейс-менеджменту для початку АРТ. Багаторічна підтримка ЛВІН через реалізацію програм профілактики дала відчутний результат — поширеність ВІЛ серед ЛВІН порівняно з 2007 роком знизилася з 27 до 22,6% в усіх вікових групах та з 29,1 до 5% серед представників досліджуваної групи до 25 років.

Водночас лише 59% від оціночної чисельності ЛВІН було охоплено програмами профілактики (приблизно 204 тисяч осіб) і лише 58% ВІЛ-позитивних представників цієї групи знають про свій статус. Дані каскаду лікування ВІЛ суттєво відрізняються залежно від належності ЛВІН до клієнтів НУО. Зокрема, серед ВІЛ-позитивних ЛВІН, які є клієнтами профілактичних програм, рівень обізнаності щодо свого ВІЛ-статусу є набагато вищим (81%), ніж серед тих, хто

не охоплений профілактикою (37%). Відповідно відрізняється й рівень охоплення АРТ: 57 проти 21%.

Зважаючи на це, необхідним є запровадження нових механізмів залучення ЛВІН до програм профілактики й тестування на ВІЛ, мінімізуючи бар'єри уникання від звернення за цими послугами та вдосконалюючи наявні інтервенції і комунікаційні кампанії.

## Мета

Визначення й опис бар'єрів і фасилітаторів ЛВІН до тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у межах програм профілактики, а також надання рекомендацій щодо покращення програм профілактики та тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН.

## Методологія

Дослідження містило два послідовні компоненти: кабінетний аналіз та якісне дослідження.

**Кабінетне дослідження** передбачало пошук і вторинний аналіз інформації відповідно до теми дослідження, зокрема статистичних звітів, наукових публікацій, дисертацій та авторефератів. Для додаткового аналізу було використано масив даних інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЛВІН в Україні.

**Якісне польове дослідження** проведено методом напівструктурованого глибинного інтерв'ю. Для мінімізації ризиків, пов'язаних із пандемією COVID-19, інтерв'ю проводили з використанням засобів дистанційного зв'язку (телефоном або через Skype).

**Вибірка й географія дослідження.** Загальна вибірка дослідження становила 40 ЛВІН, які відповідали таким критеріям включення:

- досвід уживання ін'єкційних наркотиків хоча б один раз протягом останніх 30 днів до початку проведення дослідження;
- вік від 15 років на початок проведення дослідження;
- тривалість проживання / роботи / навчання в місті дослідження не менше ніж 3 місяці;
- надання письмової інформованої згоди на участь у дослідженні.

Збір даних здійснювався в чотирьох містах України з-поміж регіонів, у яких працює PEPFAR: Черкасах, Кривому Розі, Дніпрі та Одесі.

**Аналіз даних.** Інтерв'ю записували на диктофон, транскрибували та завантажували для подальшого аналізу в Atlas.ti. Отримані дані аналізували методом дедукції і кодували за допомогою тематичного кодування. Для аналізу даних використали соціально-екологічну теоретичну модель.

**Термін збору даних.** Кабінетне дослідження тривало з 30 квітня до 25 травня 2020 року, збір даних у межах якісного дослідження — із 17 до 22 червня 2020 року. Опрацювання даних, транскрибування, кодування та аналіз інтерв'ю здійснювали з 15 червня до 22 вересня того ж року.



## Чому ЛВІН не тестуються на ВІЛ?

- Страх осудження або втрати соціального оточення мережу через розголошення ВІЛ-позитивного статусу або приналежності до ЛВІН
- Небажання фігурувати у базах даних через незрозуміння відмінностей між анонімністю та конфіденційністю тестування
- Викривлене сприйняття власного здоров'я і нерозвинута поведінка щодо нього
- Упевненість в мінімізації власних ризиків інфікування ВІЛ
- Попередній негативний досвід отримання послуг з тестування на ВІЛ
- Попередній негативний досвід отримання медичних послуг і недовіра до медичних працівників
- Недостатня обізнаність ЛВІН щодо програми профілактики та тестування на ВІЛ і безкоштовність таких послуг
- Викривлені або фрагментарні знання про ВІЛ, зокрема зниження уваги щодо тестування внаслідок популяризації ідеї «ВІЛ – це не вирок»
- Часові витрати на тестування (очікування в чергах, тривалість тестування і консультування)
- Незручне розташування сайтів тестування та пов'язані з цим транспортні витрати



## Що сприяє тестуванню на ВІЛ серед ЛВІН?

- ➔ Наявність соціальної підтримки від сім'ї та близьких
- ➔ Відповідальність за близьких і прагнення мінімізувати їхні ризики, що призводить до більш дбайливого ставлення до власного здоров'я
- ➔ Усвідомлення потенційних та наявних поведінкових ризиків загалом і після конкретних випадків
- ➔ Наявність широкого спектру послуг НУО, що сприяє тестуванню на ВІЛ, навіть якщо це не було першочерговою потребою
- ➔ Можливість отримати фінансову або матеріальну винагороду за тестування
- ➔ Щільність та зручне розміщення сайтів тестування, що зменшує часові й грошові витрати на те, щоб дістатися до них
- ➔ Особиста комунікація і тісний контакт з соціальними працівниками
- ➔ Організаційні можливості НУО та її діяльність з популяризації послуг, які пропонуються ЛВІН

**У комунікаційних кампаніях із привернення уваги ЛВІН до тестування на ВІЛ слід акцентувати на безкоштовності цієї послуги й реалізувати через:**

- поширення інформації відповідно до підходу «рівний — рівному» як у контексті донесення тих чи тих повідомлень, так і як спосіб залучення до НУО;
- розповсюдження роздаткових інформаційних матеріалів від нинішніх або колишніх ЛВІН;
- зовнішню рекламу тестування й програм профілактики ВІЛ у місцях скупчення ЛВІН за прикладом реабілітаційних центрів;
- зовнішню чи у вигляді роздаткових матеріалів рекламу в аптеках;
- онлайн-канали поширення інформації (розсилання про ВІЛ та програми профілактики, цільова реклама на YouTube, на ресурсах для перегляду фільмів як реклама, Telegram-канали НУО);
- місцеве телебачення (реклама або новинні повідомлення).

## **Рекомендації за результатами дослідження**

- **Налагодження співпраці з Державною кримінально-виконавчою службою України й закладами пенітенціарної системи.** Співпраця з Державною кримінально-виконавчою службою України, закладами пенітенціарної системи та організаціями, що спеціалізуються на питаннях звільнення й ресоціалізації засуджених, які відбули термін покарання, може стати одним із дієвих способів залучення нових ЛВІН до програм профілактики, виявлення випадків ВІЛ-інфекції серед них та подальшого доведення до лікування. Робота НУО із закладами пенітенціарної системи є важливою і з огляду на те, що під час перебування в місцях позбавлення волі ЛВІН мають час і бажання дізнаватися щось нове, читати та самовдосконалюватися.

- **Використання онлайн-можливостей для надання ВІЛ-сервісів для ЛВІН.** Особливо це актуально для людей молодого та середнього віку — ще й з огляду на збільшення питомої ваги продажу та реклами наркотичних речовин через інтернет. Вони можуть не ідентифікувати себе із цією ключовою групою, мати низький рівень усвідомлення особистого ризику щодо ВІЛ-інфекції та не прагнути отримати інформацію про профілактичні програми й безпечні ін'єкційні чи сексуальні практики. Онлайн-послуги з профілактики ВІЛ, веб-аутріч (із використанням Telegram, у даркнеті та на інших ресурсах, які містять інформацію про збут наркотичних речовин) і присутність НУО в інтернеті мають базуватися на успішному досвіді інших країн, наприклад, моніторингу й оцінюванні таких послуг для їх подальшого впровадження і адвокації, визначення критеріїв звітності та охоплення для донорських організацій.
- **Запровадження клієнт-центрованого підходу й налагодження співпраці із сімейними лікарями.** Фокусування на клієнт-центрованому підході може допомогти залучити якнайбільшу кількість ЛВІН до профілактичних програм та значно покращити життєві обставини людей, скоротивши дистанцію в отриманні профілактичних і медичних послуг. Міжнародний досвід щодо спрощеної схеми призначення й отримання АРТ може бути апробований в Україні, особливо з огляду на побажання ЛВІН під час інтерв'ю спростити процедуру АРТ — розглянути можливість видачі ліків безпосередньо в НУО.
- **Налагодження співпраці з аптеками.** Аптечна мережа може бути каналом поширення інформації про програми профілактики й тестування на ВІЛ, залучення нових клієнтів до профілактичних програм або безпосередньо сайтів тестування. Зважаючи на попередній успішний досвід надання профілактичних послуг через аптеки та наявну доказову базу важливості такого підходу,

доцільно розглянути можливість поновлення співпраці з аптеками й фармацевтами.

- **Впровадження самотестування на ВІЛ серед ЛВІН.** Такий спосіб надання послуг має як переваги, так і недоліки, однак доцільно розглянути можливість упровадження такого підходу в комплексі з послугами консультування, соціального супроводу й підтримки ЛВІН для підтверджувального тесту та за потреби взяття на облік у центрі СНІДу й призначення АРТ.
- **Робота з окремими категоріями ЛВІН (жінками, молоддю).** Традиційний розподіл обов'язків може бути бар'єром для жінки щодо отримання медичних послуг, зокрема пов'язаних із ВІЛ, у достатньому обсязі. Крім того, диверсифікацію послуг може бути здійснено за віковою групою, зважаючи на особливості молодших за віком ЛВІН. Відсутність ідентифікації себе з ЛВІН і неусвідомлення власних ризиків щодо ВІЛ, страх розкриття належності до цієї ключової групи й стигматизації з боку оточення та бажання залишитися «непоміченим» зменшують імовірність звернення до НУО й проходження тестування на ВІЛ.
- **Робота з ЛВІН через близьке оточення («значущий інший») і активізація груп взаємодопомоги для ЛВІН та їхніх сімей.** Це може бути використано як меседж у комунікаційних кампаніях, розробленні окремих інтервенцій або в межах мотиваційного консультування ЛВІН. Крім того, ЛВІН озвучували потребу спілкування з людьми, які опинилися в подібних життєвих обставинах, тому доцільно розширювати й покращувати інформування про вже наявні групи взаємодопомоги.

## **У повній версії звіту докладно про:**

- Портрет ЛВІН, які не користуються та користуються послугами з профілактики ВІЛ-інфекції;
- Бар'єри тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН:
  - стигматизація і дискримінація;
  - викривлене сприйняття власного здоров'я та недостатня увага до нього;
  - негативний досвід отримання медичних послуг, зокрема тестування на ВІЛ-інфекцію;
  - недостатній рівень знань щодо ВІЛ, програм профілактики й тестування на ВІЛ;
  - ресурсозатратність отримання послуг із тестування на ВІЛ;
- Фасилітатори тестування на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН:
  - підтримка близьких людей і відповідальність за них;
  - усвідомлення ризиків для власного здоров'я;
  - можливість отримати широкий спектр послуг у НУО й підтримка фахівців;
  - досвід інших країн щодо тестування ЛВІН на ВІЛ-інфекцію;
- Шляхи інформування.

## Якісне дослідження щодо користування людьми, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, та чоловіками, які мають секс з чоловіками, послугами сімейних лікарів

### Посилання:

Якісне дослідження щодо користування людьми, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, та чоловіками, які мають секс з чоловіками, послугами сімейних лікарів: звіт за результатами дослідження / Т. Кірьязова, М. Філіппович, О. Ковтун. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 72 с.

### Подяки:

- БО «100% життя Черкаси» (Черкаси)
- БО «Альянс.Глобал» (Київ)
- БО «Клуб "Еней"» (Київ)
- БФ «Шлях додому» (Одеса)
- ВБФ «Дроп-Ін Центр» (Київ)
- ГО «Асоціація ЛГБТ "ЛІГА"» (Одеса)
- ГО «Громадський рух "Віра. Надія. Любов"» (Одеса)
- ГО «Молодіжний Громадський Рух "Партнер"» (Одеса)
- ГО «Центр громадського здоров'я "Незалежність"» (Вінниця)
- ГО «Центр соціального розвитку та підтримки здоров'я чоловіків» (ГО «МенЗдрав») (Київ)
- Ірині Пикало, ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я» (Київ)
- Катерині Мангатовій, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (Київ)
- Марині Корніловій, МБФ «Альянс громадського здоров'я» (Київ)
- Тетяні Салюк, МБФ «Альянс громадського здоров'я» (Київ)

Дослідження проведено в межах програми «Прискорення прогресу в зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних та стабільних систем охорони здоров'я», яка реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

### Вступ

Медична реформа, яка розпочалася в Україні 2018 року, передбачає вдосконалення організації і надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. За перші 7 місяців понад 20 млн українців обрали сімейного лікаря, і станом на серпень 2020 року 30,235 млн осіб підписали декларації (72,16%). Відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги сімейні лікарі зобов'язані надавати послуги пацієнтам із ризиком захворювання на ВІЛ/СНІД, туберкульоз та вірусні гепатити. Наприклад, пакет медичних послуг «Діагностика, лікування та супровід осіб з ВІЛ» у межах Програми медичних гарантій на 2021 рік Національної служби здоров'я України передбачає низку безоплатних медичних послуг для людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ) чи мають підозру на ВІЛ, зокрема тестування й консультування, лабораторні дослідження, призначення антиретровірусної терапії (АРТ), лікування опортуністичних захворювань та контроль перебігу ВІЛ-інфекції, консультування членів родин і найближчого кола ЛЖВ.

Епідемія ВІЛ в Україні продовжує концентруватися в ключових групах, насамперед серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН) (поширеність ВІЛ у 2018 році сягала 22,6%),

і чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ) (поширеність ВІЛ зросла з 5,9% у 2013 році й станом на 2018 рік становила 7,5%). Медична реформа передбачає, що сімейний лікар буде єдиною «точкою входу» пацієнта до системи охорони здоров'я, і саме первинна медична ланка є однією з небагатьох можливостей для ключових груп, особливо ЛВІН, отримати безкоштовну медичну допомогу, що важливо для досягнення Загального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Healthcare Coverage) до 2030 року.

За результатами дослідження «Готовність надавачів первинної медико-санітарної допомоги надавати послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань», проведеного ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», сімейні лікарі готові переадресувати пацієнтів з-поміж ключових груп до соціальних служб і співпрацювати з немедичними фахівцями для надання лікувально-профілактичних послуг. Саме неурядові організації (НУО) наразі є основним джерелом інформації для ЛВІН і ЧСЧ щодо питань профілактики та/або лікування ВІЛ-інфекції і мають достатній ресурс для повноцінного та якісного супроводу своїх клієнтів до медичних закладів, наприклад, для лікування ВІЛ-інфекції. Тому залишається актуальним з'ясування наявних моделей взаємодії представників ключових груп, сімейних лікарів і неурядових організацій з отримання/надання послуг із профілактики й лікування ВІЛ та оптимальний варіант такої співпраці.

## Мета

Визначення основних механізмів і шляхів залучення ЛВІН та ЧСЧ до користування послугами сімейних лікарів і надання рекомендацій із підвищення попиту на ці послуги серед ключових груп, налагодження взаємодії між ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейними лікарями.

## Методологія

**Дослідження передбачало глибинні інтерв'ю з трьома цільовими групами.**

- ЛВІН, які користуються та не користуються послугами сімейних лікарів
- ЧСЧ, які користуються та не користуються послугами сімейних лікарів

*Критерії залучення ЛВІН і ЧСЧ до дослідження були такі:* досвід уживання ін'єкційних наркотичних речовин хоча б один раз протягом останніх 30 днів до початку проведення дослідження (тільки для ЛВІН); досвід сексуального контакту із чоловіком хоча б один раз протягом останніх 30 днів до початку проведення дослідження (тільки для ЧСЧ); вік від 18 років на початок проведення дослідження; тривалість проживання/роботи/навчання в місті дослідження не менше ніж три місяці; надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні.

- Фахівці НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції ЛВІН або ЧСЧ

*Критерії залучення фахівців НУО були такі:* відповідальний за консультацію і супровід ЛВІН або ЧСЧ (соціальний працівник чи керівник проєкту); досвід роботи в НУО із цільовою групою не менше ніж два роки; надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні.

**Вибірка й географія дослідження:** 55 осіб, з них 20 ЛВІН, 21 ЧСЧ і 14 фахівців НУО в чотирьох містах — Вінниці, Києві, Одесі та Черкасах.

**Аналіз даних:** інтерв'ю записували на диктофон, транскрибували в Microsoft Word та завантажували для подальшого аналізу в MaxQDA. Дані проаналізували шляхом тематичного кодування; 10% транскриптів закодували окремі дослідники для забезпечення процедури подвійного кодування й контролю якості даних.

**Термін збору даних:** жовтень-грудень 2020 року.

## Основні результати та висновки

► **Обидві ключові групи — ЛВІН і ЧСЧ — не надто активно звертаються до сімейних лікарів.**

Більшість представників удаються до цього кроку в разі критичної потреби або якщо мають отримати формальні довідки.

► **Ті ЛВІН і ЧСЧ, які підписали декларацію із сімейним лікарем, найчастіше самостійно не обирали фахівця — вибір робили інші члени родини чи за різних обставин респонденти не мали змоги особисто його здійснити.**

Багато респондентів не знали про право самостійного обрання фахівця, як наслідок — попри підписані декларації ЛВІН та ЧСЧ не звертаються до нього за безпосереднім отриманням послуг.

## Чому ЛВІН та ЧСЧ не звертаються за послугами сімейних лікарів?

- Ⓜ Уникнення відвідування медичних закладів без нагальної необхідності
- Ⓜ Негативний досвід отримання послуг у державних медичних закладах, наприклад:
  - довгі черги, незалежно від наявності попереднього запису на прийом
  - завантаженість медичних працівників, що не дозволяє приділити пацієнту достатню кількість часу
- Ⓜ Фінансові моменти (необхідність давати хабарі за ті чи інші послуги або неможливість отримати лікування через брак коштів)
- Ⓜ Недружнє, стигматизуюче або байдуже ставлення медичного персоналу
- Ⓜ Складність отримати направлення на безкоштовні обстеження та тривалий час очікування на них
- Ⓜ Відсутність належної кваліфікації для надання спеціалізованих послуг ключовим групам та недовіра до «універсальності» сімейного лікаря
- Ⓜ Сумніви щодо забезпечення конфіденційності під час звернення до сімейного лікаря



- **За словами соціальних працівників, роль сімейних лікарів, яку декларують у документах, не реалізується на практиці.**

Наприклад, сімейні лікарі не пропонують тестування на ВІЛ та інші послуги своїм пацієнтам, хоча більшість респондентів мають запит на тестування на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, вакцинацію проти гепатиту В, отримання PrEP або АРТ в сімейного лікаря.

### Сприйняття ідеї отримувати спеціалізовані послуги у сімейного лікаря

- ✔ Незважаючи на негативний досвід, ЛВІН, ЧСЧ та соціальні працівники підтримують ідею «єдиного вікна». Тобто, отримання послуг з профілактики і лікування у сімейного лікаря, зокрема тестування та консультування на ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, призначення та видачу PrEP, АРТ і ЗПТ, лікування гепатиту С.
- ✔ Це дозволить отримувати весь спектр послуг в одного фахівця, контролювати стан свого здоров'я, і було б зручно з точки зору територіальної наближеності послуг, економії часу та коштів.
- ✔ Однак виходячи з існуючого досвіду відвідування закладів первинної медичної допомоги, респонденти не вірять у те, що типовий сімейний лікар має достатньо часу, підготовки та мотивації надавати спеціалізовані послуги ключовим групам. Відсутність спеціалізованої кваліфікації та достатнього рівня толерантності для роботи з ключовими групами були причинами сумнівів щодо ефективності надання спеціалізованих послуг для ЛВІН і ЧСЧ на первинній ланці.

- **Більшість ВІЛ-позитивних респондентів з усіма проблемами зі здоров'ям звертаються до фахівців Центру СНІДу, які фактично виконують для них роль сімейних лікарів.**

Багатьох пацієнтів така ситуація цілком улаштовує, оскільки вони мають змогу отримати допомогу фахівця, якому довіряють, упевнені в його неупередженому ставленні та дотриманні конфіденційності. Саме лікар-інфекціоніст є рольовою моделлю «ідеального» сімейного лікаря, передусім з огляду на його неупереджене ставлення.

- **Незважаючи на сумніви щодо достатньої кваліфікації сімейного лікаря для надання спеціалізованих послуг, респонденти вважають найбільш затребуваним навчання відповідних фахівців роботи з ключовими групами, етики й толерантності, протидії стигматизації та дискримінації.**

Важливим є практичне відпрацювання здобутих знань у форматі стажування на базі НУО чи формування міждисциплінарних команд, бажано з фінансовою мотивацією лікарів проходити таке навчання.

- **Обидві ключові групи не мають доступу до надійних джерел інформації про реформу охорони здоров'я, доступні безкоштовні медичні послуги або укладення декларації із сімейним лікарем.**

Найчастіше вони отримували таку інформацію через інтернет, телебачення, від родичів чи знайомих. Недостатньо залучено ресурс НУО, програм обміну шприців або сайтів ЗПТ стосовно інформування клієнтів та їхнього найближчого кола про переваги укладення договору із сімейним лікарем.

➤ **Соціальні працівники зауважують відсутність механізму двосторонньої взаємодії між НУО й сімейними лікарями.**

Якщо переадресування від НУО до сімейних лікарів і навпаки практикують, то неформально; її найчастіше здійснюють за ініціативи окремих фахівців, вона базується на особистих зв'язках та контактах.

➤ **Водночас соціальні працівники й деякі клієнти вважають, що ефективна співпраця фахівців НУО та сімейних лікарів за умови відповідної підготовки здатна забезпечити доступ ключових груп до послуг первинної медичної допомоги.**

Саме надання послуг на первинній ланці як урегульований механізм, а не в межах проєктної діяльності здатне забезпечити їхню сталість.

➤ **Як оптимальну модель взаємодії між ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейними лікарями в контексті надання лікувально-профілактичних послуг пропонували модель надання інтегрованих послуг на базі спеціалізованого медичного закладу чи значно частіше — на базі НУО.**

Більшість соціальних працівників підтримують модель двосторонньої взаємодії між НУО й сімейними лікарями як найбільш вдале втілення клієнтоорієнтованого підходу, а саме — взаємне переадресування клієнта/пацієнта між цими провайдерами послуг із наданням базових спеціалізованих медичних послуг сімейним лікарем і допоміжних послуг із супроводу, контролю прихильності, допомоги та підтримки з боку НУО.

## **Рекомендації за результатами дослідження**

- **Забезпечити доступ ключових груп до якісної і зрозумілої інформації** про послуги сімейних лікарів та їхню роль у сучасній моделі надання медичних послуг в Україні й використувати всі можливі ефективні канали інформування з урахуванням особливостей і переваг ключових груп, зокрема онлайн-ресурси, підхід «рівний — рівному» та консультування в НУО.
- **На базі НУО проводити постійну роботу щодо покращення іміджу системи охорони здоров'я** в цілому й зокрема закладів первинної ланки, працювати над зниженням недовіри ключових груп до лікарів неспеціалізованих закладів охорони здоров'я. Формалізувати взаємодію фахівців НУО та медичних закладів із супроводу й переадресування клієнтів/пацієнтів для отримання послуг. Розглянути можливості покращення доступу мешканців віддалених населених пунктів до отримання дистанційних послуг НУО.
- **Передбачити навчання сімейних лікарів і медичного персоналу первинної ланки** з питань надання послуг із профілактики й лікування соціально значущих захворювань, професійної етики, протидії стигматизації та дискримінації ключових груп, особливостей консультування й ведення таких пацієнтів. Передбачити відповідні навчальні цикли для сімейних лікарів із можливістю здобуття освіти на онлайн-платформах та практичних навичок під час стажування в спеціалізованих клініках і НУО.
- **Формувати й розширювати мережу дружніх сімейних лікарів** як короткостроковий варіант найкращого надання послуг ключовим групам одночасно з розширенням можливостей для широкого кола фахівців пройти відповідне навчання.

Передбачити функціонування онлайн-ресурсу чи мобільного застосунку для ключових груп із функцією рейтингування лікарів, вибору фахівця на основі відгуків інших представників спільноти та можливістю отримати вичерпну інформацію про їхні послуги.

- **Розробити й впровадити систему оцінювання якості роботи медичних працівників та рівня задоволеності пацієнтів отриманими послугами на первинній ланці.** Розглянути можливість запровадження системи оплати праці залежно від якості наданих послуг, зокрема представникам ключових груп, які часто стикаються з упередженням і стигматизувальним ставленням фахівців первинної ланки.
- **Розробити методологію і здійснити оцінювання наявних можливостей (capacity) сімейних лікарів надавати послуги, пов'язані з ВІЛ, представникам ключових груп у сучасних умовах функціонування медичної системи в Україні.** Передбачити раціоналізацію робочого часу сімейних лікарів і зниження навантаження на них через: мінімізацію паперової роботи й дублювання документації в паперовому та електронному вигляді; попередній запис пацієнтів та дотримання електронної/телефонної черги; збільшення часу на приймання пацієнта; навчання й активне залучення середнього медичного персоналу до проведення швидких тестів, застосування скринінгових анкет, опитувань з оцінювання ризиків тощо.
- **Розробити й провести пілотне впровадження моделі взаємодії фахівців первинної ланки та НУО** з урахуванням змоги для пацієнта отримати комплекс інтегрованих послуг, зокрема супровід, підтримання прихильності до лікування, консультування й інші послуги НУО.

Поінформувати сімейних лікарів про місцеві ВІЛ-сервісні НУО та комплекс послуг, який вони надають ключовим групам у своєму регіоні.

## **У повній версії звіту докладно про:**

- » наявність декларації із сімейним лікарем й обставини її підписання;
- » досвід ЛВІН і ЧСЧ щодо користування послугами сімейних лікарів;
- » роль сімейних лікарів у наданні послуг ключовим групам; сприйняття ЛВІН, ЧСЧ та фахівцями НУО ідеї «єдиного вікна» в отриманні ВІЛ-послуг;
- » лікаря-інфекціоніста Центру СНІДу як прототипу «ідеального» сімейного лікаря;
- » підвищення кваліфікації сімейних лікарів щодо роботи з ключовими групами й створення мережі дружніх лікарів;
- » наявні та затребувані канали інформування щодо послуг сімейних лікарів;
- » НУО як ресурс для налагодження взаємодії ЛВІН і ЧСЧ із сімейним лікарем;
- » оптимальну модель взаємодії ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейного лікаря в контексті отримання послуг, пов'язаних із ВІЛ.

## Якісне дослідження поведінки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Поведінка людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом

### Посилання:

Якісне дослідження поведінки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Поведінка людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом / Т. Кірьязова, О. Чернова, М. Корнілова. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 52 с.

### Подяки:

- БО «100% життя Чернігів» (Чернігів)
- БО «БФ "ВОЛНА"»
- БО «Дорога життя Дніпро»
- БФ «Благо» (Харків)
- БФ «Сподівання» (Запоріжжя)
- БФ «Шлях додому» (Одеса)
- ВБФ «Дроп-Ін Центр» (Київ)
- ГО «Синергія душ» (Дніпро)

Дослідження проведено в межах реалізації програми «Прискорення прогресу в зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних та стабільних систем охорони здоров'я», яка реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

## Вступ

За даними біоповедінкового дослідження, поширеність ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), у 2017 році сягала 22,6%, а оціночна чисельність становила 350 300 осіб. Проте в наступному біоповедінковому дослідженні серед ЛВІН спостерігалось зниження поширеності ВІЛ, яка становила 20,3%. Покращилися й показники каскаду ВІЛ-послуг серед ЛВІН порівняно з даними 2017 року: 64,4 проти 58% у 2017 році знали про свій ВІЛ-позитивний статус, 94% з них перебувають на обліку в медичних установах, з них 91,7% перебувають на замісній підтримувальній терапії (АРТ), а 80,6% з останніх (порівняно з 74% у 2017 році) мають невизначуване вірусне навантаження. Водночас показники каскаду лікування, розраховані для ВІЛ-позитивних ЛВІН, були вдвічі кращими серед клієнтів профілактичних програм порівняно з групою ЛВІН, які не є клієнтами неурядових організацій (НУО). Слід зазначити, що основні прогалини в каскаді лікування ВІЛ-інфекції серед ЛВІН стосуються виявлення ВІЛ-позитивних осіб: більш ніж третина ВІЛ-позитивних ЛВІН не знають про свій статус.

Для ефективного виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції і подальшого своєчасного звернення людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), до ВІЛ-сервісних організацій важливе значення має розкриття ВІЛ-позитивними особами свого статусу сексуальним партнерам та партнерам за ін'єкційним уживанням наркотиків і залучення цих партнерів до тестування на ВІЛ-інфекцію та подальшого отримання ВІЛ-сервісних послуг. Це може бути як профілактика й отримання необхідних медичних послуг у разі позитивного ВІЛ-статусу партнера, так і профілактичні послуги, зокрема доконтактна профілактика (ДКП), у разі його негативного ВІЛ-статусу. Зміна сексуальної та ін'єкційної поведінки ЛВІН на менш ризиковану також має велике значення для обмеження подальшого поширення ВІЛ у країні.

Через індивідуальне й суспільне ставлення до ВІЛ та можливі негативні наслідки розкриття ВІЛ-статусу є чутливим питанням для всіх ключових груп населення. Для ЛЖВ, які вживають наркотики, розкриття статусу може передбачати складний процес ухвалення рішень; вони можуть неохоче розкривати свій ВІЛ-статус. Допомога таким особам є одним із пріоритетних завдань системи громадського здоров'я в розвинених країнах. Варто зазначити, що останнім часом цим сервісам приділяють дедалі більше уваги й у країнах, що розвиваються.

## Мета

Визначення внутрішніх і зовнішніх чинників, які формують моделі поведінки, що стимулюють або перешкоджають ЛЖВ «утримуватися на лікуванні», стежити за своїм здоров'ям та практикувати безпечний спосіб життя задля профілактики передачі вірусу своїм сексуальним партнерам та/або партнерам за ін'єкційним вживанням наркотиків.

## Методологія

**Дослідження передбачало глибинні інтерв'ю з трьома цільовими групами.**

- ЛВІН або їхні постійні сексуальні партнери

*Критерії залучення ЛВІН та їхніх партнерів до дослідження такі:* досвід уживання ін'єкційних наркотичних речовин хоча б один раз протягом останніх 30 днів до початку проведення дослідження (тільки для ЛВІН); вік від 18 років на початок проведення дослідження; тривалість перебування в місті дослідження не менше ніж три місяці; надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні.

- Лікарі-інфекціоністи центрів СНІДу, котрі надають медичні послуги ЛЖВ
- Фахівці НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН

*Критерії залучення фахівців НУО:* відповідальний за консультацію і супровід ЛВІН (соціальний працівник чи керівник проєкту), досвід роботи в НУО із цільовою групою не менше ніж два роки; надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні.

**Вибірка й географія дослідження:** 42 особи, з них 24 ЛВІН і їхні партнери, 4 лікарі-інфекціоністи та 14 фахівців НУО в містах: Дніпро, Запоріжжя, Київ, Одеса, Харків і Чернігів.

**Аналіз даних:** дані з глибинних інтерв'ю транскрибували із цифрових записів та нотаток у текстовий формат Microsoft Word. Після цього всі транскрипти й базові варіанти кодових книг (для аналізу інтерв'ю з провайдерами та ЛВІН) імпортували до програми MAXQDA для кодування. У процесі кодування даних кодову книгу за потреби змінювали.

**Термін збору даних:** червень-вересень 2020 року.

## Основні результати та висновки

- **У спільноті ЛВІН усе ще існує ризик інфікування як ін'єкційним, так і статевим шляхом**

За даними глибинних інтерв'ю, чимало ЛВІН практикують ризиковану ін'єкційну поведінку, яка може призводити до інфікування ВІЛ. Це стосується переважно спільного приготування й вживання наркотичних речовин або придбання готового розчину наркотику в шприці. На думку більшості респондентів-ЛВІН, наразі ситуації ризику переважно пов'язані саме з приготуванням наркотичних речовин. Крім ін'єкційного шляху, серед ЛВІН зберігається й ризик інфікування ВІЛ сексуальним шляхом.

І соціальні працівники, і самі респонденти-ЛВІН вважають, що для ЛВІН типовими є незахищені сексуальні практики. Під час інтерв'ю всі учасники незалежно від їхнього ВІЛ-статусу говорили про те, що не використовують презервативів: не звикли, не подобаються відчуття, не бачать у цьому сенсу.

- **Для виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції і подальшого звернення ЛЖВ за медичними й профілактичними послугами важливе значення має розкриття ВІЛ-позитивними особами свого ВІЛ-статусу сексуальним партнерам та партнерам за ін'єкційним уживанням наркотиків і залучення їх до тестування на ВІЛ-інфекцію та подальшого отримання ВІЛ-послуг.** Кілька респондентів повідомили, що приводили друзів на індексне тестування, але поки що не повідомляли їм, що мають ВІЛ-інфекцію, через побоювання відчуження, ізоляції та навіть агресії. Як і серед інших груп, готовність залучити сексуальних партнерів до тестування залежить від відповідальності людини й відносин між партнерами. На думку соціальних працівників, рано чи пізно, але люди все одно повідомлять своєму постійному партнерові про свій ВІЛ-позитивний статус і спробують залучити його до тестування.
- **Для ЛЖВ, які вживають наркотики, розкриття статусу сексуальному партнерові часто є складним процесом, у якому важливе значення має допомога фахівців.** За словами ЛВІН, багатьом із них саме соціальний працівник допоміг розповісти партнеру про свій ВІЛ-статус. Водночас соціальні працівники з обережністю ставляться до того, хто буде відповідальним за розголошення ВІЛ-статусу клієнта в разі виникнення якоїсь конфліктної ситуації. На відміну від лікарів, вони не беруть на себе відповідальність телефонувати близьким клієнта за його усної згоди.

Навіть коли соціальний працівник повідомляє партнеру про ВІЛ-статус у присутності самого ЛВІН, необхідна умова — почати цю тему має сама ВІЛ-позитивна людина.

- **Сексуальні партнери ЛВІН є групою підвищеного ризику щодо ВІЛ та інших ІПСШ (інфекції, що передаються статевим шляхом), оскільки типовим у дискордантних парах, де хоча б один партнер є споживачем наркотиків, є незахищені сексуальні стосунки.** Крім тестування на ВІЛ та інші ІПСШ, цій групі необхідні специфічні програми профілактики з використанням сучасних методів, як-от ДКП.
- **Переважна більшість ЛВІН нічого не знає про існування й доступність послуг ДКП. Треба приділяти увагу інформуванню ЛВІН щодо можливості отримувати ДКП у всіх точках їхнього користування послугами з профілактики та лікування.** Ніхто з респондентів-ЛВІН не сказав, що не знає, де отримати послуги з тестування чи зменшення шкоди. Водночас виявилось, що значна кількість ЛВІН не користується послугами НУО — не проходять тестування, не отримують шприци чи презервативи. Соціальні працівники й ЛВІН вважають, що така поведінка притаманна людям, які не довіряють безкоштовним послугам або побоюються недотримання конфіденційності, бояться, що потраплять у поле зору поліції.
- **ЛВІН неохоче й не завжди розкривають свій ВІЛ-статус ін'єкційним партнерам, що на тлі й досі наявних ризикованих ін'єкційних практик підвищує ризик поширення ВІЛ парентеральним шляхом.** Існує думка, що на відміну від чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), або загального населення ЛВІН легко повідомляють знайомим про свій ВІЛ-статус.

Проте результати дослідження доводять, що це не так.

- ▶ **На думку соціальних працівників, споживачі солей мають специфічні потреби**, але наразі їх не враховують і не задовольняють у наявних послугах — «нам нічого їм запропонувати».

## Особливості поведінки людей, які вживають **СОЛІ**

- ✔ Споживачі «солей» - це зазвичай молоді люди, які часто не замислюються над ризиками, пов'язаними зі вживанням наркотиків
- ✔ Вперше спробувати солі ЛВІН мотивували інтерес, доступність і низька ціна цього виду наркотиків, а також простота у приготуванні розчину
- ✔ Залежність від солей формується стрімко, характерні «марафони» – постійне вживання протягом 3-7 діб, під час яких людина не їсть, не спить не вживає рідину. При цьому, люди переживають галюцинації, манію переслідування, параноїдальні стани. Зупиняє багатоденне вживання тільки повне виснаження, яке завершується або вживанням опіатів, щоб поспати, або просто «відключкою»
- ✔ Вживання солей має ін'єкційний ризик, пов'язаний з тим, що вживання наркотику відбувається так часто, що неможливо подбати про чисті шприці
- ✔ Під дією солей посилюється бажання сексу, але не вистачає самоконтролю для того, щоб він був безпечним. Сексуальні контакти частіше трапляються з випадковими партнерами, з якими разом вживаються наркотики

## Рекомендації за результатами дослідження

- ▶ **Планувати профілактичні послуги з урахуванням зміни наркосцени.** Для групи людей, які вживають нові психоактивні речовини, потрібні специфічні послуги, і це має бути одним із пріоритетних напрямів ефективної наркополітики.
- ▶ **Інвестувати в підвищення попиту ЛВІН на ЗПТ через додаткову інформаційно-роз'яснювальну роботу.** Варто активно залучити ресурс «рівних» інформаторів — успішних пацієнтів ЗПТ та лідерів спільнот.
- ▶ **Наголос робити не лише на послуги зменшення шкоди, а й на підвищення обізнаності ЛВІН із наявними послугами НУО.** З огляду на зміну наркосцени потрібно виходити за межі традиційних методів і використовувати всі доступні канали інформування, щоб надавати ЛВІН актуальну інформацію про послуги зрозумілою для них мовою, із залученням ЛВІН, які користуються послугами ВІЛ-сервісних організацій. Важливо приділяти більше уваги сексуальному шляху трансмісії ВІЛ та інформуванню щодо безпечних статевих стосунків.
- ▶ **Покращити доступ до ВІЛ-послуг для ЛВІН — мешканців малих міст.**

## **У повній версії звіту докладно про:**

- ⦿ ризиковану поведінку ЛВІН та чому ВІЛ далі поширюється в спільноті ЛВІН;
- ⦿ ризик інфікування ВІЛ сексуальним шляхом;
- ⦿ залучення до тестування ін'єкційних партнерів ЛВІН й ефективність програм з індексного тестування;
- ⦿ залучення до тестування ін'єкційних партнерів та готовність ЛВІН розкривати свій ВІЛ-статус ін'єкційним партнерам;
- ⦿ залучення до тестування сексуальних партнерів ЛВІН: допомогу фахівців у розкритті ВІЛ-статусу сексуальним партнерам ЛВІН;
- ⦿ зміну сексуальної поведінки після отримання ВІЛ-статусу;
- ⦿ зміну наркосцени, нові групи споживачів наркотиків та пов'язані із цим ризики;
- ⦿ наявні послуги НУО й причини, чому ЛВІН не користуються ВІЛ-послугами;
- ⦿ потребу якісного інформування ЛВІН;
- ⦿ особливі потреби споживачів нових психоактивних речовин щодо послуг.



## Оцінка чисельності ключових груп, груп-містків та інших категорій населення в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж ("The Network Scale Up Method")

### Посилання:

Оцінка чисельності ключових груп, груп-містків та інших категорій населення в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж ("The Network Scale Up Method") / **О. Ковтун, Т. Салюк, Ю. Сахно, В. Паніотто, Н. Харченко, О. Лиштва.** — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 104 с.

Дослідження проведено в межах реалізації програми «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних та стабільних систем охорони здоров'я», яка реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

### Вступ

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує концентруватися в ключових групах, переважно серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), секс-працівників (СП) та чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ). Особливу увагу привертає спільнота транс\*людей — попри те, що вони в 49 разів частіше, ніж загальне населення, живуть із ВІЛ, лише 30 країн повідомили про їхню оціночну чисельність на сайті UNAIDS. Провідником для

поширення ВІЛ серед населення в цілому можуть слугувати так звані групи-містки, тобто групи, які тісно пов'язані з ключовими спільнотами. Переважання в структурі передачі ВІЛ статевого шляху потребує розуміння оціночної чисельності груп, через які відбувається передача ВІЛ-інфекції від ключових спільнот до загального населення — статеві партнери ЛВІН, клієнти СП та партнерки ЧСЧ. Крім ключових груп і груп-містків, офіційна статистика не відображає міграційних процесів (наприклад, чисельності внутрішньо переміщених осіб, трудових мігрантів тощо), розуміння яких є важливим для ухвалення управлінських рішень на регіональному й національному рівнях.

Ключові спільноти, як і групи-містки, є «прихованими» в суспільстві через стигматизацію їхніх поведінкових практик. Офіційна статистика не може надати реальних цифр щодо їх чисельності. Водночас ці групи є незначними (менш як 1% населення), що унеможливує ефективність спроб досягнути їх у репрезентативних дослідженнях загального населення, бо для цього потрібні надто великі вибірки. Крім того, вивчення таких «чутливих» питань, як ВІЛ-ризикована поведінка, у подібних дослідженнях потребує застосування спеціальних технік для отримання щирих відповідей респондентів, що наразі не є поширеною практикою в Україні. Отже, дослідження ключових груп щодо інфікування ВІЛ і груп-містків з метою оцінити їхню чисельність потребують спеціальних дослідницьких методик.

Застосовність наявних методів («метод коефіцієнта», «метод повторного охоплення» та «метод послідовної вибірки») обмежується переважно завданнями оцінювання чисельності на локальних територіях через значно більшу ресурсовитратність порівняно з опитуваннями серед загального населення, зокрема, через потребу репрезентативних вибірок серед досліджуваних груп, які за наявних підходів обмежуються репрезентативністю на рівні окремих населених пунктів.

На противагу згаданим вище «традиційним» методам метод масштабування соціальних мереж (NSUM) потребує набагато менших ресурсів (фінансових, людських і часових), дає змогу оцінювати чисельність одразу для декількох груп та є однаково ефективним для оцінювання на національному й регіональному рівнях.

Ідея методу полягає в тому, щоб знаходити представників цільових груп серед знайомих окремих респондентів, інакше кажучи — у їхній соціальній мережі. Відповіді на прямі запитання не завжди можуть дати адекватну оцінку чисельності стигматизованих груп через чутливість таких запитань. Якщо ж дотримано анонімності, респондентам набагато легше відповісти на запитання про наявність серед їхніх знайомих «людей, які вживають наркотики, роблячи собі уколи». Головною перевагою цього методу є його математична й статистична обґрунтованість, яка дає змогу за допомогою формул підрахунку обсягу мережі прогнозувати чисельність цільових груп, і за умови мінімізації обмежень методу оцінювання чисельності груп можна здійснювати з високою точністю. Метод також доволі зручний для застосування, оскільки не потребує досягнення власне представників цільових груп, чисельність яких оцінюють.

## Методологія

**Метод масштабування соціальних мереж (NSUM)** є базовою методикою дослідження, головне припущення якої полягає в тому, що ймовірність наявності представників групи в соціальних мережах є пропорційною чисельності цієї групи серед загального населення. Тобто оцінити чисельність тієї чи тієї групи можна за допомогою оцінювання середнього розміру соціальної мережі в досліджуваній популяції. У цьому дослідженні було використано два

методи для оцінювання обсягу соціальної мережі: метод відомих груп і метод підсумовування.

### Дослідження передбачало збір даних щодо чисельності таких груп населення на обласному й національному рівнях:

- **Ключові групи:** ЛВІН, СП, ЧСЧ і транс\*люди;
- **Групи-містки:** статеві партнери ЛВІН, клієнтки та клієнти СП, ЧСЧ, які мають сексуальні контакти з жінками;
- **COVID-19:** особи, які хворіли на COVID-19 і запалення легень (пневмонію), а також мали характерні для COVID-19 симптоми;
- **Внутрішня та зовнішня міграція:**
  - ⦿ внутрішньо переміщені особи, які переїхали з Луганської і Донецької областей або АР Крим на територію України за останні 5 років;
  - ⦿ особи, які переїхали з Луганської і Донецької областей або АР Крим до інших країн за останні 5 років;
  - ⦿ зовнішні трудові мігранти — особи, які виїжджали на заробітки за кордон 2019 року на короткий термін (2–3 місяці);
  - ⦿ особи, які виїхали за кордон 2019 року, мають постійну роботу за кордоном та не планують повертатися до України.

**Метод дослідження:** телефонне опитування за допомогою комп'ютера (CATI) на основі випадкової вибірки номерів мобільних телефонів.

**Вибірка й географія дослідження:** 10 тисяч респондентів (по 400 в кожній з областей та Києві). Репрезентативна для населення віком від 14 років для України в цілому й для кожної з 24 областей та Києва. Опитування проводили у всіх областях України й Києві, крім тимчасово непідконтрольних територій України (АР Крим, частина Донецької та Луганської областей).

**Термін збору даних:** 28 липня — 8 вересня 2020 року.

## Оцінка чисельності **ключових груп і груп-містків** в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж («The Network Scale Up Method»)

Наведені показники не є новою оцінкою чисельності ключових груп, а демонструють результати використання альтернативного методу

ГРУПИ	ОЦІНКА	ДІ (95%)	ГРУПИ	ОЦІНКА	ДІ (95%)
<b>ЛВІН</b> Віком 10–14 років Віком 15–17 років Віком від 15 років Віком від 18 років Жінок Чоловіків	<b>295857</b> 17569 26689 278288 251599 60001 235856	<b>248713–343001</b> 11489–24461 18764–35857 215843–302285 188232–270845 53132–65065 230791–242724	<b>ЧСЧ</b> Віком 10–14 років Віком 15–17 років Віком від 15 років Віком від 18 років	<b>152267</b> 4857 7452 147410 139958	<b>109960–194573</b> 1805–8141 2474–12785 97469–180175 91143–171159
<b>СП загалом</b> Віком 10–14 років Віком 15–17 років Віком від 15 років Віком від 18 років	<b>78385</b> 9882 12037 68503 56466	<b>58242–95788</b> 5089–13366 7552–16577 47899–85018 36361–72240	<b>Транс*люди</b> Транс*жінки Транс*чоловіки Віком до 18 років Віком від 18 років	<b>9963</b> 4293 5670 1823 8140	<b>7352–12571</b> 2692–5480 3792–6998 720–2988 5014–9114
<b>Жінки СП</b> Віком 10–14 років Віком 15–17 років Віком від 15 років Віком від 18 років	<b>67425</b> 8708 8141 58717 50576	<b>50024–84826</b> 4764–12958 4912–11658 39946–74248 32389–65388	<b>Статеві партнери ЛВІН</b> <b>Клієнти СП загалом</b> <b>Клієнтки чоловіків-СП</b> <b>Клієнти жінок-СП</b>	<b>62162</b> <b>284348</b> <b>71370</b> <b>212978</b>	<b>50445–73879</b> <b>230020–318167</b> <b>56553–86187</b> <b>176560–249396</b>
<b>Чоловіки СП</b> Віком 10–14 років Віком 15–17 років Віком від 15 років Віком від 18 років	<b>10960</b> 1092 4764 9868 5104	<b>7122–14793</b> 0–2238 1361–8309 5865–13412 132–9611	<b>ЧСЧ, які мають секс-партнерок</b>	<b>13697</b>	<b>7370–20026</b>

## Оцінка поширеності COVID-19, зовнішньої та внутрішньої міграції в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж («The Network Scale Up Method»)

Оцінка зовнішньої та внутрішньої міграції на підконтрольній території України, без АР Крим та частини Донецької і Луганської областей, 2020

ГРУПИ	Метод відомих груп		Метод підсумовування	
	ОЦІНКА	ДІ (95%)	ОЦІНКА	ДІ (95%)
Внутрішньо переміщені особи, які переїхали з Луганської та Донецької областей або АР Крим на територію України, за останні 5 років	583485	563028–603944	996422	961486–1031358
<i>Внутрішньо переміщені особи, які переїхали з Луганської та Донецької областей на територію України, за останні 5 років</i>	513344	494214–532475	876642	843972–909311
<i>Внутрішньо переміщені особи, які переїхали з АР Крим на територію України, за останні 5 років</i>	70141	64682–75601	119780	110457–129104
Особи, які переїхали з Луганської та Донецької областей або АР Крим до інших країн, за останні 5 років	109672	101471–117875	187289	173282–201295
<i>Особи, які переїхали з Луганської та Донецької областей до іншої країни, за останні 5 років</i>	89362	82125–96600	152605	140245–164964
<i>Особи, які переїхали з АР Крим до інших країн, за останні 5 років</i>	20310	17384–23237	34684	29687–39682
Зовнішні трудові мігранти – особи, які виїжджали на заробітки за кордон у 2019 році на короткий термін (2–3 міс.)	1029848	996690 – 1063005	1758677	1702054 – 1815300
Особи, які виїхали за кордон у 2019 році, мають постійну роботу за кордоном та не планують повернутися в Україну	243389	232500–254279	415637	397041–434233

## Оцінка чисельності COVID-19 на підконтрольній території України, без АР Крим та частини Донецької і Луганської областей, 2020

ГРУПИ	ОЦІНКА	ДІ (95%)
Особи, які хворіли на COVID-19 з 1 березня по 31 серпня 2020 року включно 2020 року	117458	110004–187854
Особи, які хворіли на запалення легень (пневмонію) з 1 березня по 31 серпня 2020 року включно	185462	176499–194426
Особи, які мали характерні для COVID-19 симптоми з 1 березня по 31 серпня 2020 року включно	1173607	1048665–1298549

## Рекомендації за результатами дослідження

- ▶ Для ключових спільнот і груп-містків доцільним є використання методу підсумовування, який ґрунтується на підрахунку кількості знайомих за типами відносин. Варто додати до методики подальших досліджень вимірювання соціальної дистанції (сили зв'язків), визначення обсягу мережі за зв'язків різної сили та якості прогнозування для широкого спектра відомих груп, особливо з-поміж тих, рівень суспільної поваги до яких є мінімальним.
- ▶ Для коректного оцінювання чисельності груп, які є стигматизованими й прихованими в суспільстві, оцінку за NSUM потрібно коригувати не лише за рівнем поваги, а й за видимістю. Тому варто передбачити в інструментарії досліджень серед ключових спільнот, груп-містків та інших «прихованих» груп питання про розкриття статусу.

- ▶ Доцільно поєднувати дослідження з оцінювання чисельності NSUM з інтегрованими біоповедінковими дослідженнями, зокрема розробити систему коефіцієнтів для корекції на видимість групи.
- ▶ Важливо оцінити вплив методу збору інформації (телефонне, лицем до лица й, можливо, інтернет-опитування) на надійність отриманої інформації. Для цього достатнім було б проведення двох паралельних досліджень, які містили б декілька чутливих запитань анкети, різними методами.
- ▶ Альтернативним підходом до оцінювання чисельності «прихованих» груп на основі опитування загального населення є використання методу «анонімного» (або згаданого) знайомого з накопиченням даних декількох досліджень.

## У повній версії звіту докладно про:

- ➔ методологію та опис дослідження в Україні 2020 року; методи оцінювання розміру персональної соціальної мережі: метод відомих груп, метод підсумовування, а також порівняння оцінок розміру соціальної мережі;
- ➔ оцінювання чисельності ключових груп: початкова оцінка чисельності, корекція оцінки чисельності за рівнем суспільної поваги й корекція оцінки чисельності ЧСЧ за видимістю;
- ➔ оцінювання чисельності на регіональному рівні: регіональні оцінки чисельності ключових спільнот, груп-містків, COVID-19, внутрішньої та зовнішньої міграції;
- ➔ чисельність ЛВІН, СП та ЧСЧ за прямими запитаннями.

## Впровадження проєкту REAct в Україні: виявлені порушення прав ключових груп в контексті ВІЛ/ТБ та реагування на них

### Посилання:

Впровадження проєкту REAct в Україні: виявлені порушення прав ключових груп в контексті ВІЛ/ТБ та реагування на них. Аналітичний звіт: листопад 2019 – жовтень 2020 / Н. Семчук, А. Толопіло. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. — 82 с.

### Подяки:

#### Документаторам проєкту REAct у пілотних регіонах:

Авдейкіну Василеві, Беспалій Юлії, Белову Олегові, Воєводову Русланові, Гаєвській Олені, Гасенко Тетяні, Дем'яновичу Генрі, Дивущак-Караван Оксані, Журавльовій Наталі, Зимі Олегу, Зінченку Олегові, Золотченку Борисові, Ірискіній Інні, Коган Юлії, Коломоець Людмилі, Кондур Ліні, Корнієнко Галині, Косяку Ігореві, Котович Альбіні, Кривенко Ірині, Левітіну Олександрові, Макогон Світлані, Максимовій Ірині, Міхіній Катерині, Міщенко Миколі, Недашковському Андрієві, Нікольніковій Марії, Пилаєвій Олені, Півень Ользі, Поворозному Олександрові, Потоці Владиславу, Родік Світлані, Семікоп Тетяні, Скрипці Ірині, Тейлор Еліс, Терещуку Іванові, Ткалі Світлані, Чехову Дмитрові та Юдіній Вікторії.

#### Координаторам проєкту REAct у пілотних регіонах:

Вікторову Іванові (Київ), Власенку Леонідові (Дніпро), Красулі Миколі (Кривий Ріг) та Толопіло Андрію (Одеса).

Систему REAct упроваджує МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і технічної підтримки Frontline AIDS.

### Вступ

Міжнародна спільнота давно визнала, що для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу потрібне широке застосування підходів, які базуються на дотриманні прав людини. Існує пряма взаємозалежність між прогресом у боротьбі з ВІЛ/СНІДом і прогресом у забезпеченні загального охоплення послугами з охорони здоров'я та права на охорону здоров'я. Представники ключових груп часто стикаються зі стигматизацією і дискримінацією, порушенням базових прав. Це спричиняє недовіру до органів державної влади та їхніх представників, що значно знижує ефективність заходів із профілактики й лікування ВІЛ/ТБ серед ключових спільнот. Порушення прав людини, зокрема стигматизація і дискримінація, нерівність, відсутність механізмів захисту прав людини та правові бар'єри не лише завдають шкоди здоров'ю представників ключових груп ризику, а й перешкоджають ефективному впровадженню національних заходів із профілактики та лікування ВІЛ/ТБ, прогресу країни щодо виконання зобов'язань у межах Політичної декларації з ВІЛ/СНІДу (2016 р.), а також щодо досягнення глобальних цілей подолання СНІДу до 2030 року й цілей сталого розвитку ООН.

Важливо розуміти, якими є бар'єри, пов'язані з правами людини, що ускладнюють доступ ключових груп до послуг у сфері ВІЛ/ТБ та інших медичних послуг. Для ідентифікації цих бар'єрів в Україні розпочав роботу проєкт REAct. Крім документування, система REAct дає змогу громадським організаціям реагувати на виявлені бар'єри.

До документування випадків порушення прав ключових спільнот у контексті ВІЛ/ТБ долучилися 28 неурядових організацій (НУО) із 4 регіонів України.

## Методологія

REAct (Rights — Evidence — Action \ Права — Докази — Дії) — інструмент, розроблений Frontline AIDS15 для моніторингу й реагування на порушення прав людини на рівні спільноти. REAct дає змогу громадським організаціям документувати випадки порушення прав ключових груп і реагувати на бар'єри, пов'язані з правами людини, під час звернення за послугами з профілактики й лікування ВІЛ/ТБ, а також за медичним обслуговуванням.

У межах REAct організації фіксують дані про випадки порушення прав людини, а також надану допомогу щодо отримання медичних, юридичних та інших послуг (таку допомогу надає безпосередньо організація, куди звернувся клієнт, або ж переадресовує його до інших організацій). Ці дані можуть знадобитися для розроблення програм, політик й адвокації щодо протидії ВІЛ/ТБ на регіональному, національному та глобальному рівнях.

Система REAct дає змогу спеціально навченому персоналові НУО (документаторам) реєструвати перешкоди, пов'язані з порушенням прав людини, під час спроби отримати послуги у сфері ВІЛ/ТБ. Система допомагає фіксувати окремі випадки, щоб:

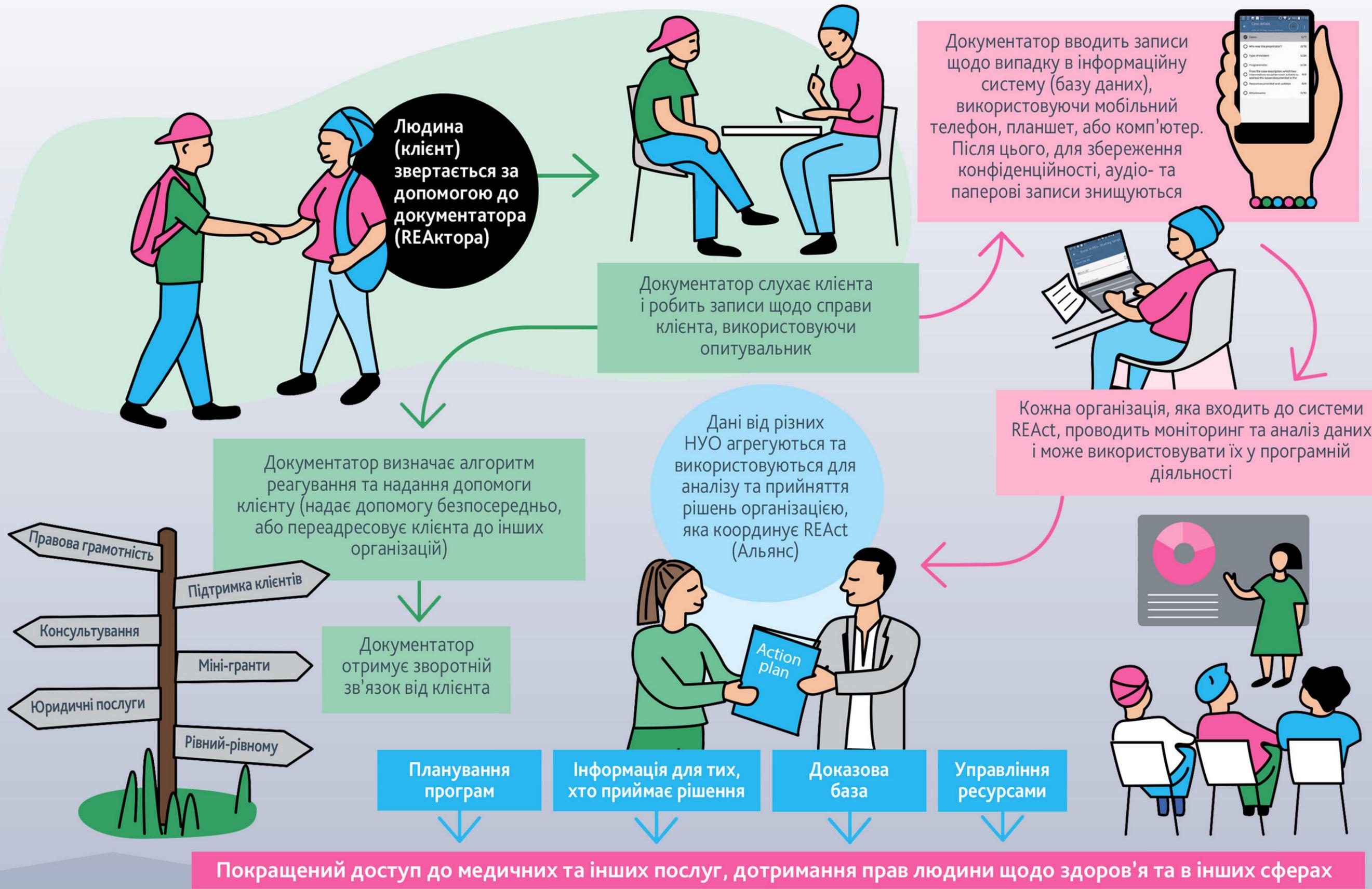
- ➔ реагувати на окремі випадки порушення прав клієнта;
- ➔ надавати послуги чи скеровувати клієнта до іншої організації, де він може їх отримати;
- ➔ створити доказову базу для адвокації;
- ➔ збирати докази, які можна використовувати, щоб рекомендувати правові програми й інтервенції проти порушення прав людини;
- ➔ використовувати дані для аналізу та досліджень.

Пілотне впровадження проекту відбулося в таких містах — Київ, Одеса, Дніпро та Кривий Ріг. Восени 2020 року систему також було представлено ще у восьми регіонах — Львівській, Рівненській, Волинській, Чернігівській, Запорізькій, Харківській, Херсонській та Миколаївській областях.

Станом на жовтень 2020 року система REAct діяла вже у дванадцятих регіонах України. Крім того, звернення з усіх регіонів України фіксували консультанти Національної гарячої лінії з питань наркозалежності та ЗПТ.

## Цільовими групами проекту є представники ключових спільнот, уразливих до ВІЛ/ТБ, а саме:

- люди, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН);
- пацієнти програми ЗПТ (замісної підтримувальної терапії);
- люди, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ);
- чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ);
- транс\*люди,
- секс-працівники (СП);
- люди, які живуть із ТБ;
- ув'язнені (та колишні ув'язнені);
- безпритульні;
- підлітки, які перебувають у зоні ризику щодо ВІЛ/ТБ;
- роми.



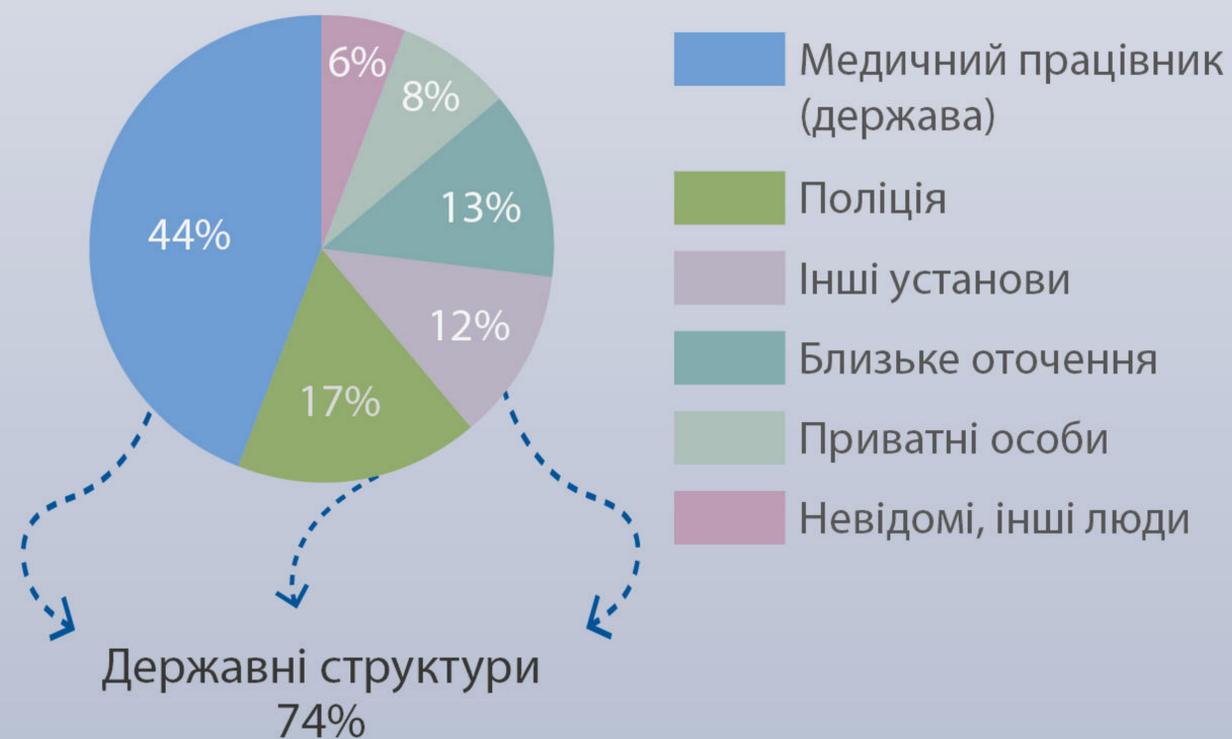
- Правова грамотність
- Підтримка клієнтів
- Консультування
- Міні-гранти
- Юридичні послуги
- Рівний-рівному

- Планування програм
- Інформація для тих, хто приймає рішення
- Доказова база
- Управління ресурсами

## Основні результати та висновки

- За перший рік реалізації проєкту REAct із листопада 2019 року до жовтня 2020 року було зафіксовано 775 випадків порушення прав представників ключових спільнот, уразливих до ВІЛ/ТБ.
- Про такі випадки повідомили 760 людей, а це означає, що дехто звертався за допомогою не один раз. Першими містами впровадження системи стали Київ, Одеса, Дніпро та Кривий Ріг.
- Крім того, 21% випадків було зафіксовано через звернення на Національну гарячу лінію з питань наркозалежності та ЗПТ, що охоплює всі регіони України.

## Типи порушників щодо ключових груп ризику



## Види порушень щодо ключових груп ризику



- Більшість звернень було зафіксовано від людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН) — 476. Від людей, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ) надійшло 290 звернень; від пацієнтів програми ЗПТ — 200 звернень; від чоловіків, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ) — 108 звернень; від ув'язнених і колишніх в'язнів — 69 звернень; від людей, які живуть із ТБ — 40 звернень; від секс-працівників (СП) — 37 звернень.
- ЛВІН найчастіше потерпали від порушення прав із боку медичних працівників та поліції. Медики відмовлялися в поліклінічній допомозі, стаціонарному лікуванні, швидкій медичній допомозі й госпіталізації. Траплялися випадки відмови в доступі до ЗПТ попри супутні захворювання в клієнтів. Дискримінація і стигматизація виявлялися в грубому, байдужому ставленні, розголошенні інформації про наркозалежність клієнта, наданні неповної чи неякісної медичної допомоги, а також вимаганні плати за державні послуги, які є безкоштовними. Поширені випадки грубого, зневажливого й упередженого ставлення з боку поліцейських.

ЛВІН повідомляли про незаконні затримання та перевірки документів на вулиці, обшуки й насильство. Систематичними були випадки відмови в захисті чи проведенні розслідувань за фактами звернень ЛВІН до поліції. ЛВІН стикалися з ризиком бути примусово поміщеними до незаконних «реабілітаційних центрів». Деякі жінки, які вживають наркотики, не могли одержати захист від домашнього насильства в державних установах соціального захисту через наркозалежність. Стигматизацію і дискримінацію також було зафіксовано щодо дітей, чий батьки є ЛВІН, зокрема, у дошкільних закладах та середній школі.

➤ **Пацієнти програм ЗПТ, як і ЛВІН, також стикалися з порушенням прав із боку медичних працівників та поліції.** Було задокументовано випадки, коли медичний працівник відмовлявся переводити пацієнта ЗПТ на самостійне приймання препарату, незважаючи на підстави для цього. Стигматизація виявлялася не лише з боку лікарів, а й фармацевтів в аптеках, які відмовлялися продавати препарати ЗПТ, поводитися грубо та ображали клієнтів. У деяких випадках порушення прав були пов'язані з обмеженнями в роботі громадського транспорту через пандемію COVID-19, що перешкоджало відвідуванню сайтів надання ЗПТ. Навіть частіше, ніж ЛВІН, пацієнти ЗПТ стикалися з незаконними особистими оглядами з боку працівників поліції. Поширеними були випадки, коли препарати ЗПТ вилучали навмисне. Це може відбуватися навіть тоді, коли пацієнт програми ЗПТ надає всі дозвільні документи на препарат.

➤ **У більшості задокументованих випадків права ЛЖВ порушували медичні працівники.** Найчастіше їм відмовляли в доступі до антиретровірусної терапії (АРТ), наприклад, через відсутність документів або прописки в регіоні отриман-

ня лікування, у наданні поліклінічної чи стаціонарної допомоги, а також госпіталізації (після розкриття клієнтом свого ВІЛ-статусу). Обмеження щодо користування громадським транспортом через пандемію COVID-19 стало перешкодою для відвідування лікувальних закладів для отримання АРТ. Крім відмови в наданні медичної допомоги в державних лікувальних закладах, ЛЖВ стикалися з подібними відмовами в приватних клініках, наприклад, під час звернення за стоматологічними послугами. Від ЛЖВ було зафіксовано повідомлення про випадки стигматизації і дискримінації з боку роботодавця у вигляді вимоги пройти тестування на ВІЛ або розкрити свій ВІЛ-статус, надавши про це довідку. Стигматизацію було зафіксовано й з боку працівників освітніх установ, зокрема дошкільних закладів, коли вихователі відкрито виявляли негативне ставлення до дітей, ВІЛ-статус батька чи матері яких був їм відомий. Було зареєстровано випадки порушення конфіденційності, серед яких більшість стосувалися розкриття ВІЛ-статусу.

➤ **СП найчастіше потерпали від порушення прав із боку поліції.** Представники цієї групи є вразливими в спілкуванні з поліцією через формальну незаконність своєї діяльності, що відкриває перед недобросовісними правоохоронцями широкі можливості для зловживань. СП повідомляли про погрози, шантаж, вимагання коштів і надання сексуальних послуг, насильство та відмови в захисті, коли СП зверталися до поліції. Непоодинокі випадки, коли секс-працівники стикалися з відмовою в наданні медичної допомоги, зокрема від лікаря-гінеколога — у межах амбулаторної, а також передпологової допомоги й медичного супроводу пологів. У разі фізичного насильства з боку партнера чи клієнта СП не могли звернутися за захистом до поліції через страх стигматизації та розкриття своєї діяльності.

➤ **Порушниками прав ЧСЧ найчастіше виступало близьке оточення (сім'я, партнер), а також невідомі, зокрема радикальні групи.** Через неприйняття сексуальної орієнтації ЧСЧ члени сім'ї вдавалися до домашнього насильства. Зафіксовано випадки, коли знайомі, друзі чи працівники поліції, знаючи про сексуальну орієнтацію клієнта, в обмін на нерозголошення цієї інформації іншим особам вдавалися до вимагання й шантажу. В окремих випадках поліцейські фактично покривають порушників прав ЧСЧ, сприяють уникненню відповідальності своєю бездіяльністю в таких справах. На ґрунті ненависті через сексуальну орієнтацію невідомі та радикальні угруповання вчиняли фізичне насильство щодо ЧСЧ. Крім того, ЧСЧ часто стикалися зі стигматизацією і дискримінацією з боку роботодавця: відмова в прийнятті на роботу або примус до звільнення.

➤ **Люди, які живуть із ТБ, стикалися з порушенням прав здебільшого з боку медичних працівників, зокрема з відмовою в наданні медичної допомоги, лікуванні та госпіталізації.** У низці випадків порушення прав було пов'язане з обмеженнями через пандемію COVID-19: вимога проводити лікування людей, які живуть із ТБ, за місцем проживання; госпіталізація особи з відкритою формою ТБ лише на строк до двох тижнів. Реформа протитуберкульозних установ в Україні посилила ризики відсутності належної медичної допомоги й лікування для людей із ТБ.

➤ **Порушниками прав ув'язнених найчастіше були медичні працівники, а також працівники інших державних установ, зокрема пенітенціарної системи (адміністрація місць позбавлення волі).** Ув'язнені здебільшого стикалися з відмовою в наданні медичної допомоги, а саме: відмовою ув'язненим пацієнтам ЗПТ в забез-

печенні безперервності ЗПТ й наданні наркологічної допомоги; неналежним забезпеченням отримання АРТ; відмовою в медичній консультації та лікуванні за станом здоров'я; відмовою в наданні медичної допомоги у зв'язку з ТБ.

➤ **Система REAct засвідчила значний потенціал і широкі можливості НУО щодо надання допомоги й реагування на випадки порушення прав представників ключових спільнот.** 84% послуг було надано клієнтам безпосередньо в НУО за місцем перебування документаторів. У межах реагування на випадки порушення прав клієнтів документатори проєкту надавали кілька видів допомоги — первинну юридичну допомогу (68%), психосоціальну допомогу (26%) і вторинну юридичну допомогу (6%). Переадресування клієнтів здебільшого відбулася задля надання психосоціальної та вторинної юридичної допомоги.

## У повній версії звіту докладно про:

- проєкт REAct і його впровадження в Україні;
- ключові міжнародні рекомендації щодо дотримання прав уразливих груп у контексті ВІЛ/ТБ;
- національну нормативно-правову базу в контексті ВІЛ/ТБ та прав ключових груп;
- найпоширеніші порушення прав представників ключових груп ризику;
- COVID-19 та порушення прав представників ключових груп; реагування на порушення прав клієнтів проєкту.

# Зміна ризикованої поведінки та якості життя пацієнтів з вірусним гепатитом С за час лікування

- **1907** хворих з числа представників ключових груп населення отримали доступ до лікування вірусного гепатиту С препаратами прямої противірусної дії
- **95%** пацієнтів, які завершили лікування, досягли стійкої вірусологічної відповіді через 12 тижнів після завершення лікування ВГС
- **98%** пацієнтів Проекту повністю завершили курс лікування ВГС - інфекції

○ Базова оцінка

○ Завершення лікування

○ 12 тижнів після завершення лікування

p <0,001

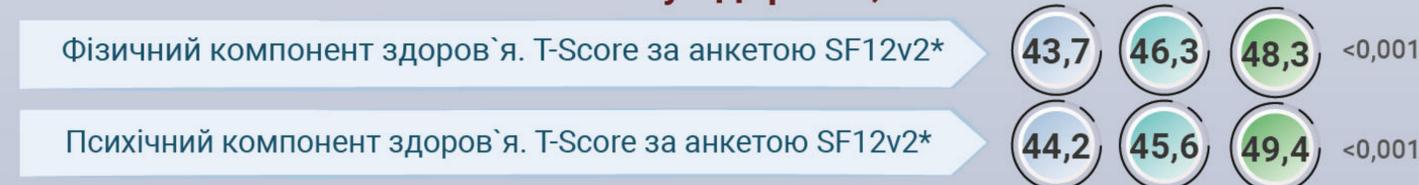
## Зміни рівня знань щодо ВГС, N = 795



## Зміни ризикованих поведінкових практик, N = 795



## Зміни стану здоров'я, N = 795



T-Score >50 - краще, ніж в середньому серед населення

■ Середні або значні симптоми депресії (> 11 балів за шкалою CESD 10)

■ Відсутній ризик депресії (< 10 балів за шкалою CESD 10)

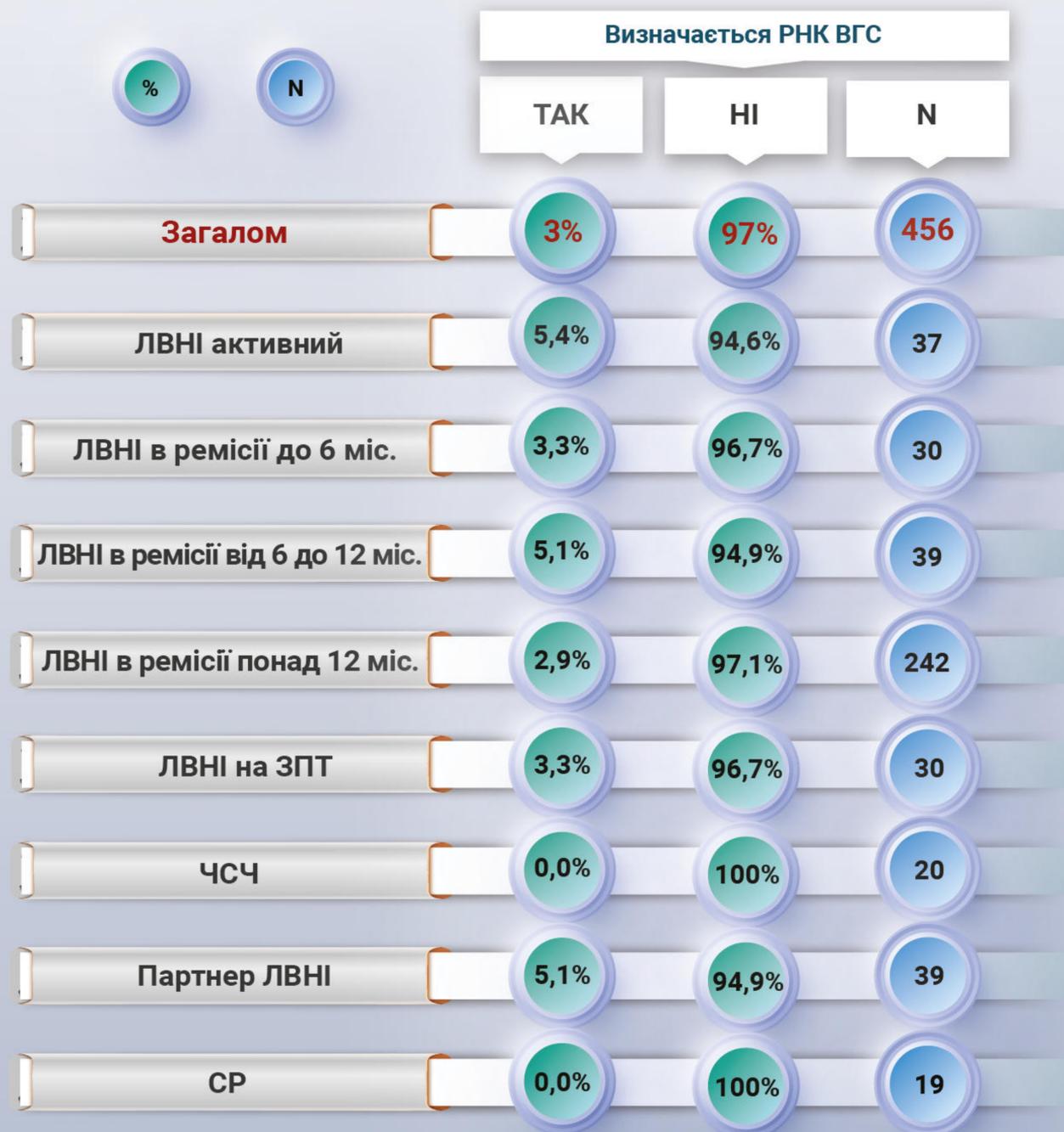


Дослідження «Ефективність програми лікування вірусного гепатиту С для уразливих груп населення в умовах обмежених ресурсів України» проведено у межах проекту «Розширення доступу до ефективного лікування гепатиту С (ВГС) через моделі лікування на рівні громад для ключових груп населення в умовах обмежених ресурсів України», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Gilead Sciences, Inc. Методологія дослідження – збір клінічних даних, проведення структурованих та глибинних інтерв'ю з учасниками Проекту у 18 регіонах України. Термін збору даних – травень 2016-липень 2018 років

# Ризики повторного інфікування вірусом гепатиту С (ВГС) після завершення лікування (N = 456)

## Поширеність випадків визначення РНК ВГС за ключовими групами

**15 осіб (3%)** мали визначальне вірусне навантаження РНК ВГС через щонайменше 48 тижнів після досягнення СВВ12



## Чинники повторного інфікування ВГС, багаторівневі регресії Кокса

Наявність ризикових ін'єкційних практик після досягнення СВВ12 (використання нестерильних шприців, спільного обладнання для приготування наркотику чи ін'єкції у стані алкогольного сп'яніння) (реф.: ні)	<b>10.97</b> (1.30-92.50)
Хірургічні втручання на момент дослідження (реф.: ні)	<b>8.60</b> (2.72-27.13)
Сексуальні контакти у стані алкогольного/наркотичного сп'яніння після досягнення СВВ12 (реф.: ні)	<b>4.14</b> (1.36-12.61)
Інші ризики після досягнення СВВ12: контакти з чужою кров'ю, тату, пірсинг нестерильними інструментами, використання чужих предметів особистого користування (реф.: ні)	<b>3.77</b> (1.12-12.72)
Член громадської організації, яка надає послуги зменшення шкоди (реф.: ні)	<b>3.16</b> (1.05-9.53)
Відвідування сесій з профілактики повторного інфікування під час лікування (реф.: ні)	<b>0.22</b> (0.06-0.83)

СР (95% ДІ)

## Порівняння генотипу ВГС до початку лікування та у межах дослідження випадків повторного інфікування

Повторне інфікування ВГС зафіксовано у 5 пацієнтів, у яких відбулася зміна генотипу/субтипу генотипу ВГС. У 10 пацієнтів, за відсутності додаткових лабораторних даних, характерна ймовірна реінфекція ВГС

Результат генотипування РНК ВГС до початку лікування	Результат генотипування ВГС у межах дослідження ризиків повторного інфікування			Загалом
	Генотип 1	Генотип 3	Не типується	
Генотип 1	4	3	3	10
Генотип 3	1	3	1	5
<b>Загалом</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>15</b>

Дослідження «Кількісне дослідження ризику та чинників повторного інфікування вірусного гепатиту С після досягнення СВВ12» проведено у межах проекту «Розширення доступу до ефективного лікування гепатиту С (ВГС) через моделі лікування на рівні громад для ключових груп населення в умовах обмежених ресурсів України», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Gilead Sciences, Inc. Методологія дослідження – збір клінічних даних, проведення структурованих інтерв'ю з учасниками Проекту у 18 регіонах України  
Термін збору даних – квітень-липень 2018



# ХТО ВИБУВАЄ ІЗ ПРОГРАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ (ЗПТ) В УКРАЇНІ І ЧОМУ ?

Серед понад **14 000** пацієнтів, які отримують препарати ЗПТ в Україні, лише **80%** утримуються в програмі понад **6** місяців

## Індивідуальні бар'єри



- чоловіча стать
- старший вік (>40 років)

## Системні бар'єри



- низьке дозування препарату ЗПТ
- необхідність приходити на сайт щоденно за препаратом ЗПТ
- відсутність психо-соціальної підтримки на сайті ЗПТ



- У період з 2017 по 2020 рік 22,44% пацієнтів ЗПТ вибули з програми
- Більшість факторів, пов'язаних із вибуванням з програми ЗПТ, є системними
- Вирішення бар'єрів на рівні програми може поліпшити утримання в програмі ЗПТ

Дослідження проведено у межах проєкту «Розширення доступу до медикаментозного підтримувального лікування (МПЛ) в Україні» (ExMAT) - дослідницького проєкту у рамках партнерства зі Школою медицини Єльського університету (США) за фінансування Національного інституту з проблем споживання наркотиків (США)  
Методологія дослідження – ретроспективне когортне дослідження серед всіх 14 387 пацієнтів ЗПТ в Україні, поділених на 3 групи: стабільні (n=7256), нестабільні (n=3902) та вибувші пацієнти (n=3229).  
Термін проведення дослідження – 2021 рік.

## АСОЦІАЦІЯ МІЖ ДОЗУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ ЗПТ ТА УТРИМАННЯМ В ПРОГРАМІ

Епідемія ВІЛ в Україні залишається зосередженою серед залежних від опіоїдів людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН). В той час як замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є найбільш економічно ефективною стратегією профілактики ВІЛ, покриття ЛВІН програмою в Україні залишається занадто низьким (менш ніж 5%).



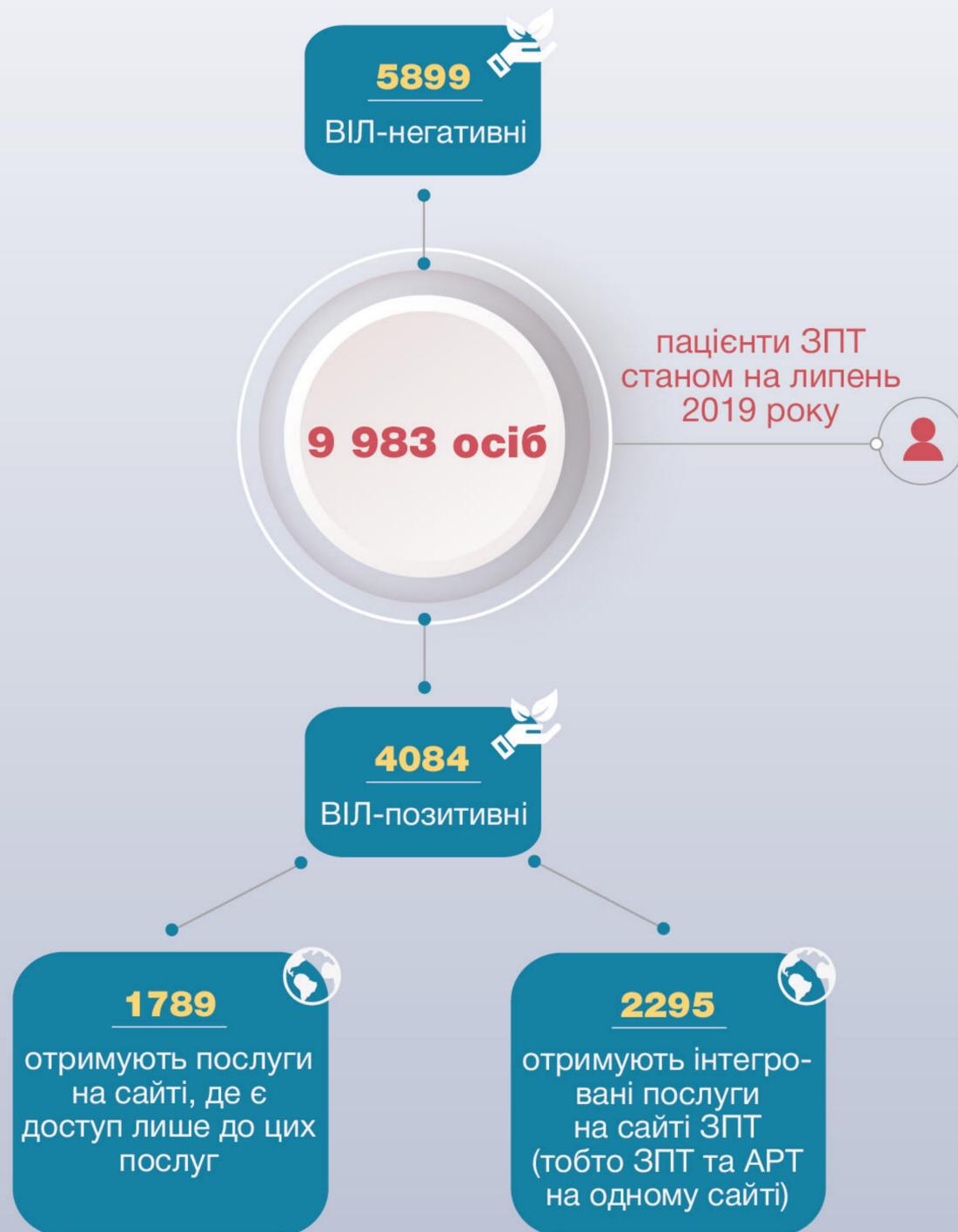
### Порівняння рівня утримання в програмі ЗПТ протягом 36 місяців в залежності від дозування препарату

Вищі дозування препарату ЗПТ пов'язані з більш високим рівнем утримання в програмі.

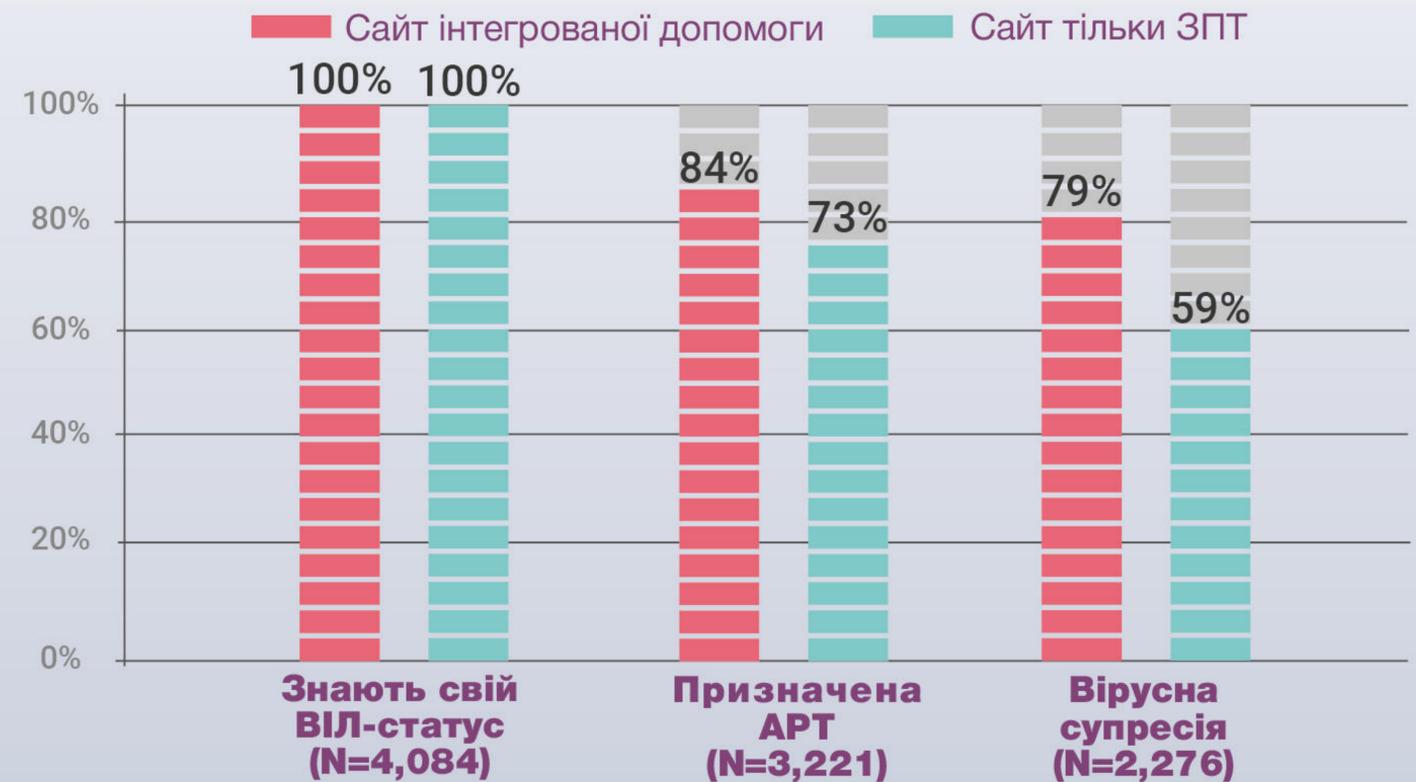


Дослідження «Реальний вплив дозування метадону та бупренорфіну на утримання в програмі замісної підтримувальної терапії» проведено у межах проєкту «Розширення доступу до медикаментозного підтримувального лікування (МПЛ) в Україні» (ExMAT) - дослідницького проєкту у рамках партнерства зі Школою медицини Ельського університету (США) за фінансування Національного інституту з проблем споживання наркотиків (США)  
Методологія дослідження – ретроспективне когортне дослідження серед всіх 15 290 пацієнтів ЗПТ в Україні протягом 2004-2016 років.  
Термін проведення дослідження – 2020 рік.

## Роль доступу до інтегрованих послуг на сайтах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у досягненні цілей 90-90-90 серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), в Україні



За результатами аналізу, кращий прогрес у досягненні цілей 90-90-90 на кожному етапі каскаду ВІЛ виявлено серед тих пацієнтів ЗПТ, які отримують інтегровані послуги (ЗПТ та АРТ) у порівнянні із отриманням ЗПТ та АРТ на різних сайтах.



Усі пацієнти ЗПТ з ВІЛ знають про свій ВІЛ-статус

На сайтах інтегрованої допомоги більше пацієнтів отримують АРТ, ніж на сайтах, де є доступ лише до ЗПТ

У більшості пацієнтів ЗПТ із сайтів інтегрованої медичної допомоги досягнуто невизначений рівень вірусного навантаження

Більш високі дозування препарату ЗПТ пов'язані із призначенням АРТ та невизначеним рівнем вірусного навантаження

Дослідження «Роль доступу до інтегрованих послуг на сайтах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у досягненні цілей 90-90-90 серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН), в Україні» проведено у межах проекту «Розширення доступу до медикаментозного підтримувального лікування (МПЛ) в Україні» (ExMAT) - дослідницького проекту у рамках партнерства зі Школою медицини Ельського університету (США) за фінансування Національного інституту з проблем споживання наркотиків (США).

Методологія дослідження – вторинний аналіз національного реєстру пацієнтів ЗПТ (9 983 осіб) станом на липень 2019 року.

Термін проведення дослідження – липень 2019 року.

## Нотатки



**Альянс**  
громадського здоров'я



МБФ "Альянс громадського здоров'я"

Адреса: вулиця Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, 01601

Тел.: +380 44 490 5485

Факс: +380 44 490 5489

<https://www.facebook.com/AlliancePublicHealth>