



**ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ**

Support,
Research
and
Development
Center

**Презентація за результатами дослідження
«Бар'єри встановлення діагнозу та
лікування туберкульозу у слідчих
ізоляторах, установах виконання покарань
та спеціалізованих туберкульозних
лікарнях ЦОЗ ДКВС України»**



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Виявлення бар'єрів діагностики та лікування хворих на туберкульоз в УВП і СІЗО, та розробка рекомендацій щодо усунення або зменшення значення виявлених бар'єрів.



Визначити бар'єри профілактики, діагностики та початку своєчасного лікування хворих на туберкульоз серед осіб, узятих під варту та засуджених в закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України.

Дослідити чинники, що зумовлюють виникнення бар'єрів до виявлення хворих на туберкульоз серед осіб, узятих під варту, та засуджених та можливості їх усунення.

Проаналізувати повноту надання послуг з виявлення, обстеження та отримання профілактичного лікування осіб, контактних з хворим на туберкульоз, серед узятих під варту та засуджених.

Проаналізувати повноту надання послуг з діагностики туберкульозу в закладах охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України та МОЗ України для осіб, узятих під варту, та засуджених з підозрою на туберкульоз.



Визначити перешкоди для швидкої діагностики хіміорезистентних форм туберкульозу на догоспітальному етапі (до потрапляння у спеціалізовану туберкульозну лікарню ЦОЗ ДКВС України) в осіб, узятих під варту, та засуджених, хворих на туберкульоз.

Проаналізувати повноту здійснення медичним персоналом та співробітниками охорони безпосереднього контролю за прийомом лікування, його переносимістю та безперервністю в умовах міських медичних частин та спеціалізованих туберкульозних лікарень ЦОЗ ДКВС України.

Проаналізувати ефективність взаємодії закладів охорони здоров'я ЦОЗ ДКВС України, протитуберкульозних закладів МОЗ України та неурядових організацій при звільненні з місць позбавлення волі осіб, хворих на туберкульоз.



ОБЛАСТІ ТА УСТАНОВИ ДКВС ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВ'Ю

Області	Установи ДКВС
Київська	ДУ "Київський слідчий ізолятор" ДУ "Бориспільська виправна колонія (№119)"
Дніпропетровська	ДУ "Дніпровська УВП (№4)" (СІЗО) ДУ "Солонянська виправна колонія (№21)" ДУ "Синельниківська виправна колонія (№94)" СТЛ при ДУ Дніпропетровська виправна колонія (№89) (спеціалізована тублікарня)
Одеська	ДУ "Одеська УВП (№21)" (СІЗО) ДУ "Одеська виправна колонія (№14)"
Херсонська	ДУ "Херсонський слідчий ізолятор" ДУ "Дар'ївська виправна колонія (№10)" СТЛ при ДУ "Голопристанська ВК (№7)" (спеціалізована тублікарня)



КАТЕГОРІЇ ІНФОРМАНТІВ

Категорії інформантів	Кількість інтерв'ю
Експерти	6
Інспектори з підготовки засуджених до звільнення ДКВС	10
Працівники відділу нагляду і безпеки ДКВС	11
Медичні працівники ЦОЗ ДКВС	24
Медичні працівники загальної протитуберкульозної служби	12
Соцпрацівники з досвідом надання послуг засудженим з діагнозом ТБ	26
Колишні засуджені з діагнозом ТБ (0-12 місяців після виходу з МПВ)	20
Монітори НПМ	6

Всього 115



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

УСТАНОВИ ЦОЗ ДКВС ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ОПИТУВАННЯ

СТЛ при ДУ «Покровська ВК (№17)»

СТЛ при ДУ «Дніпропетровська ВК (№89)»

СТЛ при ДУ «Софіївська ВК (№55)»

СТЛ при ДУ «Снігурівська ВК (№5)»

СТЛ при ДУ «Голопристанська ВК (№7)»



Характеристики загальної вибірки засуджених та у кожній установі

Характеристики учасників	Загальна вибірка	№55	№5	№7	№17	№89
	238	47 (20%)	41 (17%)	50 (21%)	50 (21%)	50 (21%)
СІЗО	80 (34%)	10 (21%)	14 (34%)	22 (44%)	19 (38%)	15 (30%)
УВП	115 (48%)	25 (53%)	23 (56%)	21 (42%)	24 (48%)	22 (44%)
В медичному закладі до затримання	43 (18%)	12 (26%)	4 (10%)	7 (14%)	7 (14%)	13 (26%)
Форма туберкульозу**						
Чутлива до лікарських препаратів	87 (37%)	18 (38%)	19 (46%)	14 (28%)	17 (34%)	19 (38%)
Стійка до деяких лікарських препаратів	33 (14%)	9 (19%)	2 (5%)	7 (14%)	12 (24%)	3 (6%)
Стійка до багатьох лікарських препаратів	62 (26%)	6 (13%)	9 (22%)	20 (40%)	15 (30%)	12 (24%)
Не пам'ятаю	56 (24%)	14 (30%)	11 (27%)	9 (18%)	6 (12%)	16 (32%)
Гепатит С***	83 (35%)	11 (23%)	12 (29%)	20 (40%)	11 (22%)	29 (58%)
ВІЛ***	60 (25%)	6 (13%)	12 (29%)	12 (24%)	11 (22%)	19 (38%)



Характеристики загальної вибірки персоналу СТЛ та у кожній установі

Характеристики учасників	Загальна вибірка	№55	№5	№7	№17	№89
Відділення**	47	10 (21%)	7 (15%)	10 (21%)	10 (21%)	10 (21%)
Соціально-виховної та психологічної роботи	20 (43%)	4 (40%)	1 (14%)	2 (20%)	8 (80%)	5 (50%)
Охорони, режиму, нагляду і безпеки	27 (57%)	6 (60%)	6 (86%)	8 (80%)	2 (20%)	5 (50%)
Хворіли коли-небудь на ТБ						
Так	1 (2%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ні	46 (98%)	10 (100%)	6 (86%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)
Мали досвід прийому ізоніазиду						
Так	1 (2%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ні	46 (98%)	10 (100%)	6 (86%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)
Знаєте когось з колег, хто мав/ла досвід прийому ізоніазиду						
Так	14 (30%)	3 (30%)	1 (14%)	1 (10%)	4 (40%)	5 (50%)
Ні	33 (70%)	7 (70%)	6 (86%)	9 (90%)	6 (60%)	5 (50%)



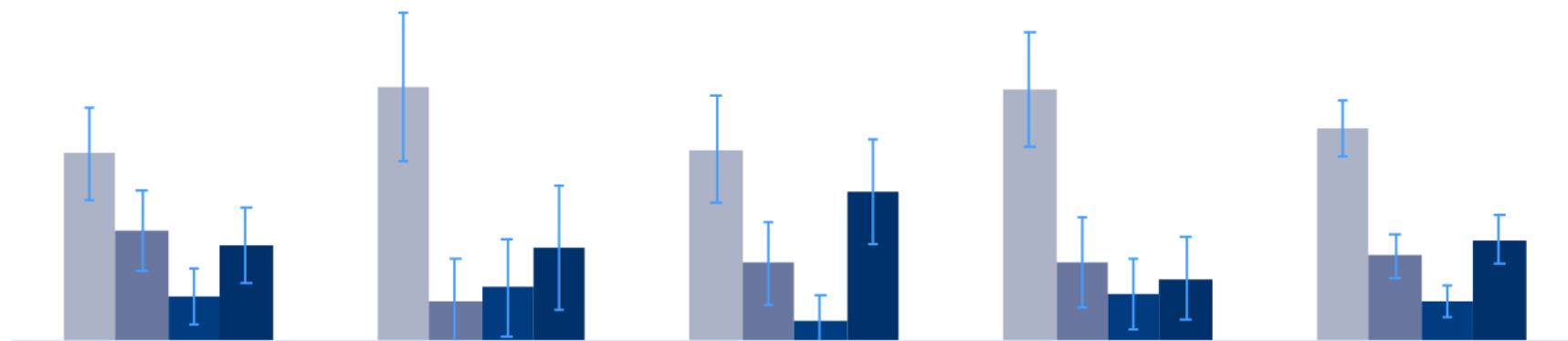
ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Діагностика та лікування ТБ в установах ДКВС: час отримання допомоги чи лікування від ТБ за версією засуджених



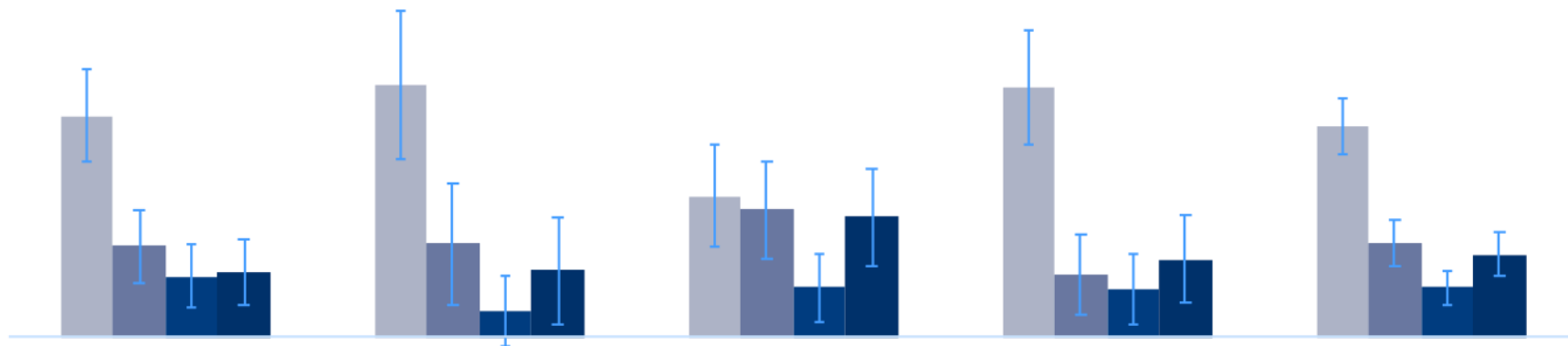
Час отримання допомоги чи лікування від ТБ за формою ТБ : Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали



	Чутлива до лікарських препаратів (n=87)	Стійка до деяких лікарських препаратів (n=33)	Стійка до багатьох лікарських препаратів (n=62)	Не пам'ятаю (n=56)	Загальна вибірка (N=238)
■ <15днів	43%	58%	44%	57%	48%
■ 15 днів - 3 місяці	25%	9%	18%	18%	19%
■ 3 місяці 1 рік	10%	12%	5%	11%	9%
■ Більше року або ніколи	22%	21%	34%	14%	23%



Час отримання допомоги чи лікування від ТБ за формою ТБ: Час між отриманням діагнозу до призначення лікування ТБ, відсотки та 95% довірчі інтервали

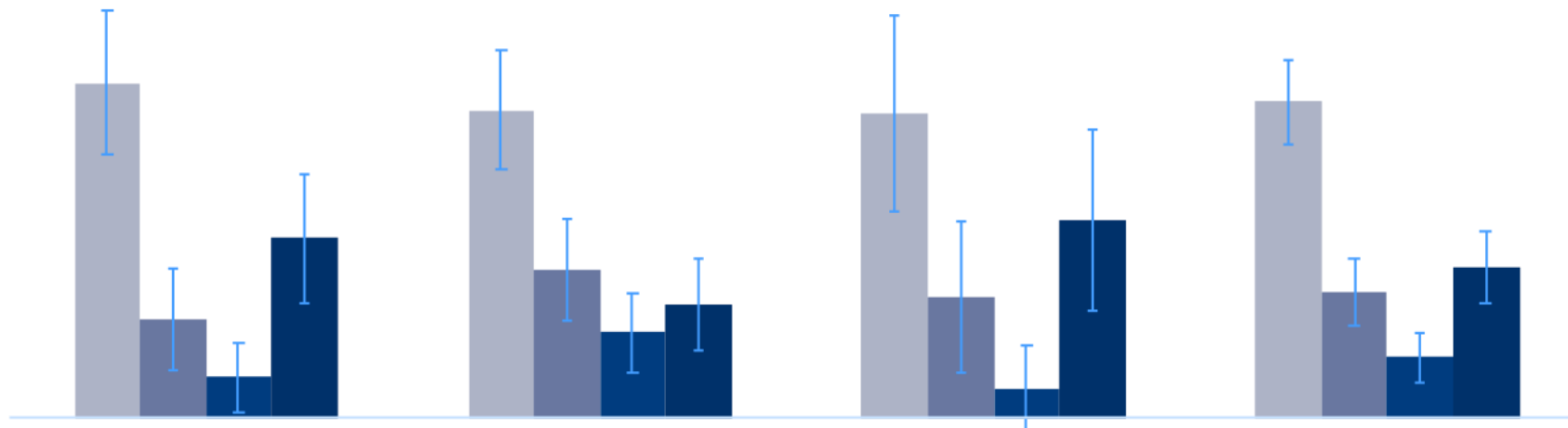


	Чутлива до лікарських препаратів (n=87)	Стьйка до деяких лікарських препаратів (n=33)	Стьйка до багатьох лікарських препаратів (n=62)	Не пам'ятаю (n=56)	Загальна вибірка (N=238)
■ <15днів	51%	58%	32%	57%	48%
■ 15 днів - 3 місяці	21%	21%	29%	14%	21%
■ 3 місяці 1 рік	14%	6%	11%	11%	11%
■ Більше року або ніколи	15%	15%	27%	18%	19%



Час отримання допомоги чи лікування від ТБ:

Час між зверненням за допомогою та отриманням діагнозу за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали

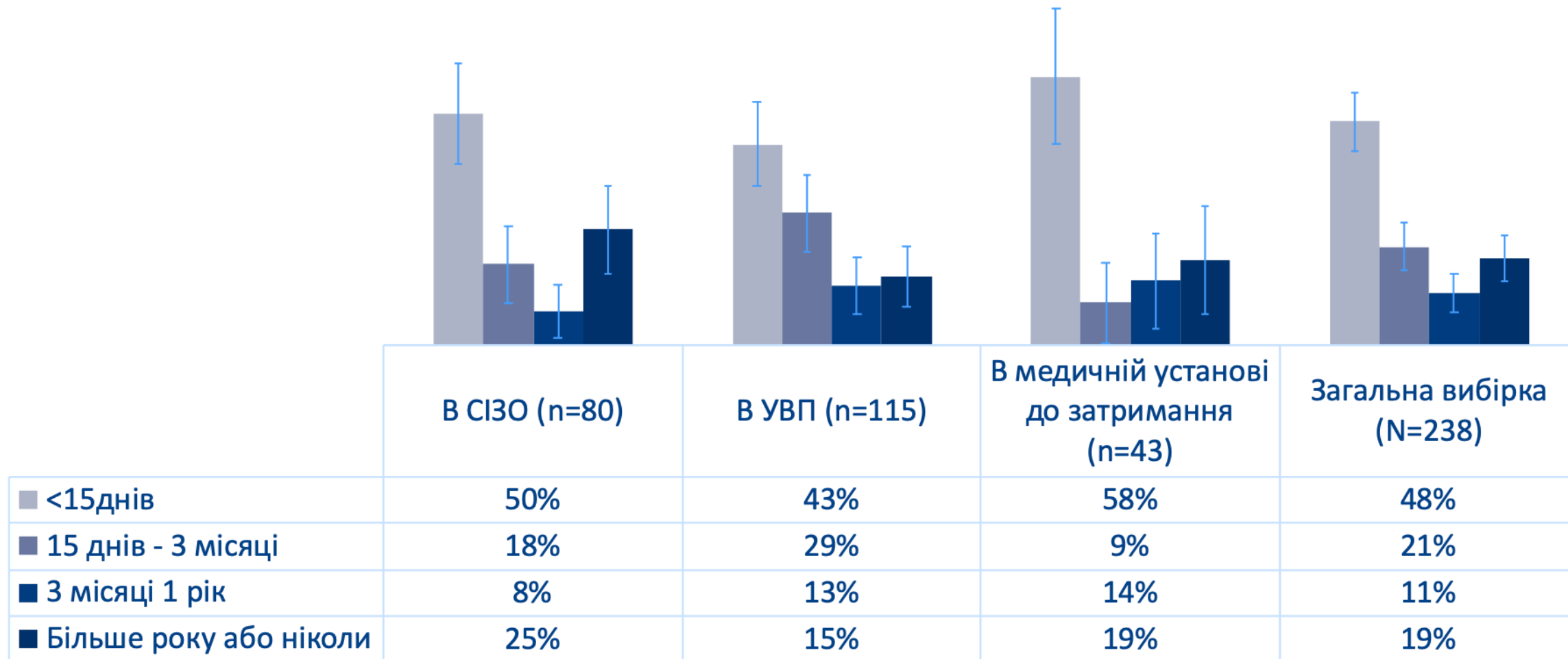


	В СІЗО (n=80)	В УВП (n=115)	В медичній установі до затримання (n=43)	Загальна вибірка (N=238)
■ <15днів	51%	47%	47%	48%
■ 15 днів - 3 місяці	15%	23%	19%	19%
■ 3 місяці 1 рік	6%	13%	5%	9%
■ Більше року або ніколи	28%	17%	30%	23%



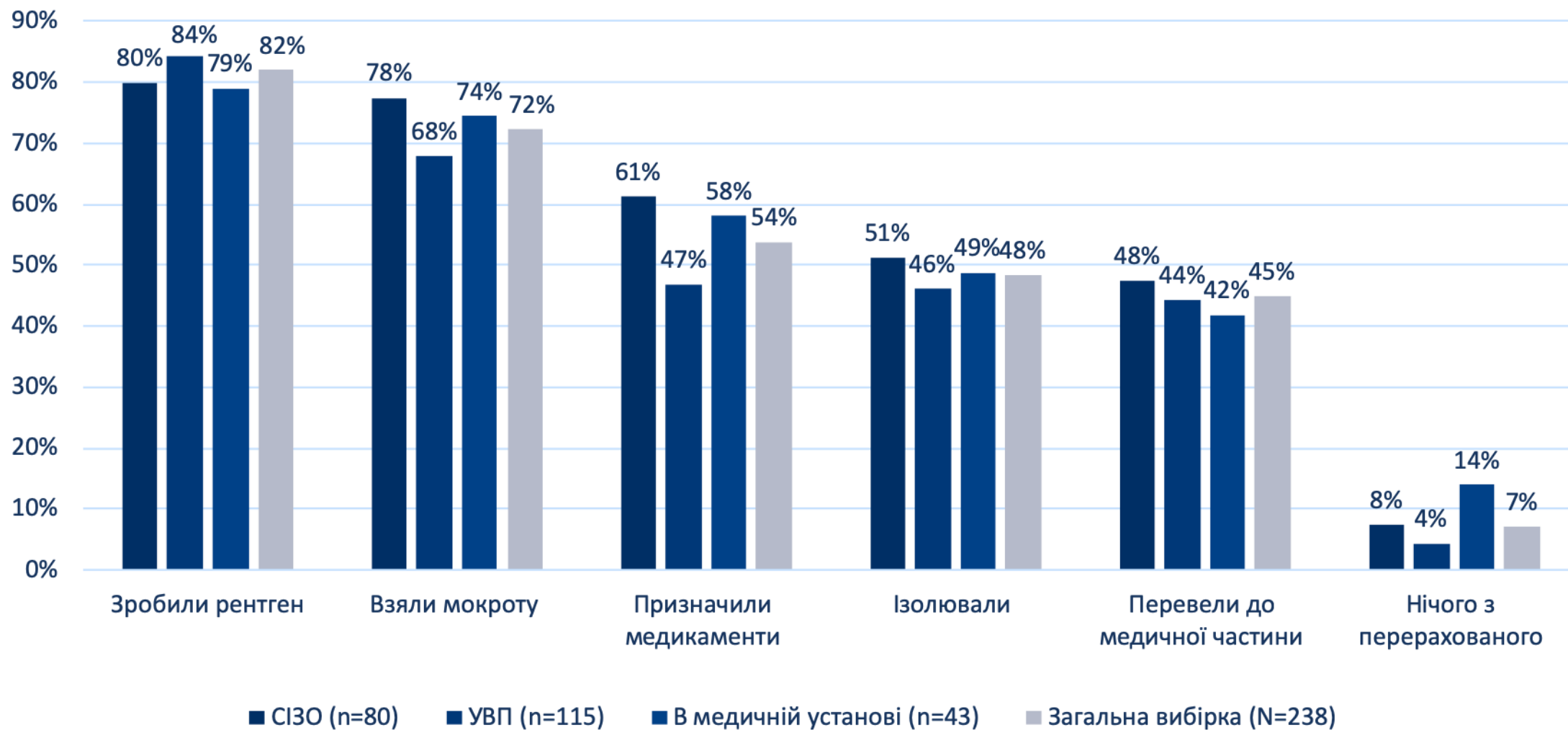
Час отримання допомоги чи лікування від ТБ:

Час між отриманням діагнозу та призначенням лікування ТБ за місцем встановлення діагнозу, відсотки та 95% довірчі інтервали





Дії персоналу під час звернення або обов'язкового обстеження за місцем встановлення діагнозу





ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Чинник: Пріоритетність здійснення оперативно-режимної діяльності перед своєчасним наданням медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: Неузгодженість дій між службами та в межах ДКВС

«Хоча бували і випадки, коли довідку давали, що хворий здоровий, може утримуватися в умовах СІЗО, і при поступленні в СІЗО, через 2-3 дні, у зв'язку з наявністю у хворого симптомів, підтверджували діагноз ТБ». (ЭЦКАВ27м)

«Ну, розумієте, є у нас раніше засуджені особи, і люди, які не були засуджені. Поєднувати ось ці ось дві категорії людей, скажімо так, це неправильно. Тому що людина... за законом це заборонено. Тому що людина, скажімо так, в своєму житті провела 20 років у в'язниці. В'язниця це для неї вже як другий дім. І людина, яка... бувають же випадки, коли люди потрапляють взагалі помилково, і, можливо, навіть не зі своєї вини». (ОВКН21м, переклад з російської)

Неврегульована нормативна база для надання доступу до медичної допомоги у місцях попереднього ув'язнення

Пріоритет забезпечення нормативів утримання арештованих під вартою ставить під сумнів пріоритетність їх лікування і забезпечення норм інфекційного контролю

Складності з забезпеченням охорони при виведенні ув'язнених з камер СІЗО до медчастини

Проблеми із забезпеченням охорони при конвоюванні ув'язнених з бактеріовиділенням з СІЗО до протитуберкульозних закладів МОЗ

Надмірна бюрократизація процесу перенаправлення/переміщення хворих з ТБ між установами ДКВС/ЦОЗ ДКВС



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Чинник: Низька пристосованість інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги

**Група відповідних бар'єрів: обмежене матеріально-технічне забезпечення
та кадровий дефіцит**

«Флюорографічного апарату немає. Є рентген апарат 1978 року випуску, який на ладан дихає». (МКВІ13м, переклад з російської)

«Ну подивіться, ви бачите, у нас як би в цьому плані дуже дві великі перешкоди. 1 – немає лікаря фтизіатра, рентгенолога, який читав би знімки. Точніше, немає лікаря рентгенолога, який є просто лаборант-рентгенолог, який може ці знімки проявляти, грубо кажучи. Але немає лікаря-рентгенолога, який читає. І немає лікаря фтизіатра, який міг би призначати лікування, або хоча б бачити, коригувати та говорити що до чого. Складність в тому, що плінність кадрів. Ніхто не хоче працювати в пенітенціарній системі». (МОЄІ18ч, переклад з російської)

Критичний стан інфраструктури установ ДКВС

Мінімальні можливості для лікування пацієнтів в СІЗО

Відсутність мотивації медпрацівників проводити додаткові діагностичні обстеження



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ

«у тих, хто раніше хворів на ТБ досить високий % помилково-позитивних результатів. При відсутності будь-яких клінічних ознак ТБ, виявляється мікобактерія, можливо, мертва. І далі дуже складно буває довести, що цього ТБ немає. Особливо якщо це МР ТБ, це величезна проблема. Подаються документи на ЦВКК. ЦВКК ніколи не візьме до уваги, що це може бути помилково позитивний результат. Встановлюється діагноз, призначається 2-х річне лікування. І далі цей хворий ... ще жоден з таких хворих у мене жодного разу не долікувався». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

«Так, він звернувся, 10 днів лежав у мене у відділенні. Ми не підозрювали ТБ, підозрювали пневмонію. Після того, як наше лікування антибіотиками не дало результату, ми відповідно направили ... Ну, теж після цього він лежав у відділенні, тому що у нього була важка симптоматика. І після того, як він до нас звернувся, ми зробили забір мокротиння і 10 днів він лежав у палаті. А потім коли підтвердився діагноз, ми його ізолювали ще на 14 днів. І через 14 днів, в загальному, ми відправили його і ще двох людей, у яких теж визначили виділення мікобактерій». (МДКД14ч, переклад з російської)

Практики «відхилення від протоколів» як відповідь на загальні системні проблеми
Діагностика ТБ шляхом виключення інших діагнозів



Поєднання чинників пріоритетності здійснення оперативно-режимної діяльності та низької пристосованості інфраструктури для надання медичної допомоги

Група відповідних бар'єрів: етапування як елемент непередбачуваності в продовженні/початку лікування ТБ

«На своєму етапі у нього 2-3 СІЗО. І таких ось людей вони як би... медпрацівники розповідають, у них ці люди їдуть із закритою документацією. Тільки на їх конверті є ось ця відкрита довідка медична. Яка, коли вони виїжджають... і на цій довідці написано, що людина пройшла дезобробку, тобто такі, найголовніші питання. І роблячи так, приїжджаючи в СІЗО, часто лікарі про їх існування навіть не знають». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

«Минулого року ми навіть робили аналітику з приводу того, скільки хворі етапуються. То, по-моєму, я дивився по %, то 60% етапуються більше 2 тижнів, до спеціалізованих лікувальних закладів. Мається на увазі, що і хворі на ТБ. Хоча, якщо він вже із бактерієвиділенням, заразний, то це має бути не протягом 2 тижнів, а протягом годин, в крайньому випадку доби. Але поки що такої системи немає». (ЭЦКАВ27м)

- Неврегульована нормативна база для забезпечення безперервності лікування ТБ на етапах
- Відсутність контролю стану хворого ТБ під час етапування з боку ЦОЗ ДКВС
- Тривалість етапів помітно вище, чем допустимі норми



Тривалість «надзвичайних ситуацій» і специфічність відповіді на них в установах ДКВС як як чинник що сприяє систематичним негативним наслідкам

«З 11 вересня, наприклад, був наказ, розпорядження ЦОЗ «Про закриття рентген-кабінетів», тому що рентген-кабінети, я так розумію, були неатестовані, щось таке, і ось з 11 вересня до 28 грудня рентген не робили ніде - ні в одній колонії, ні в одній лікарні, ні то що в ТБ». (МДЄД14ч, переклад з російської)

«Ну, просто знаєте, завдяки тому що ... коронавірус ... тому зараз зайняті всі цією проблемою. Звичайно ж, закінчиться корона і почнеться проблема з ТБ». (МКВІ13м, переклад з російської)

«Якщо людина явно хворіє ТБ, чисто по клініці, потрібно його відсадити в окрему камеру. Це велика проблема. Тому що, скажімо так, корпус переповнений, місце не завжди вистачає. Тому викручуємося як можемо. Трошки йдемо на порушення невеликі, садимо людей у карцер, тому що іншого варіанту у нас немає. Я не можу піддавати ризику здорових людей». (МХКВ16ч, переклад з російської)

Тривалий процес реформування пенітенціарної системи

Неузгодженість порядку взаємодія між ЦОЗ ДКВС і МОЗ у зв'язку з переходом до другого етапу медреформи

Обмеження або скасування етапів між установами як результат введення режиму підвищеної готовності

Використання умов ДІЗО для ізоляції хворого ТБ



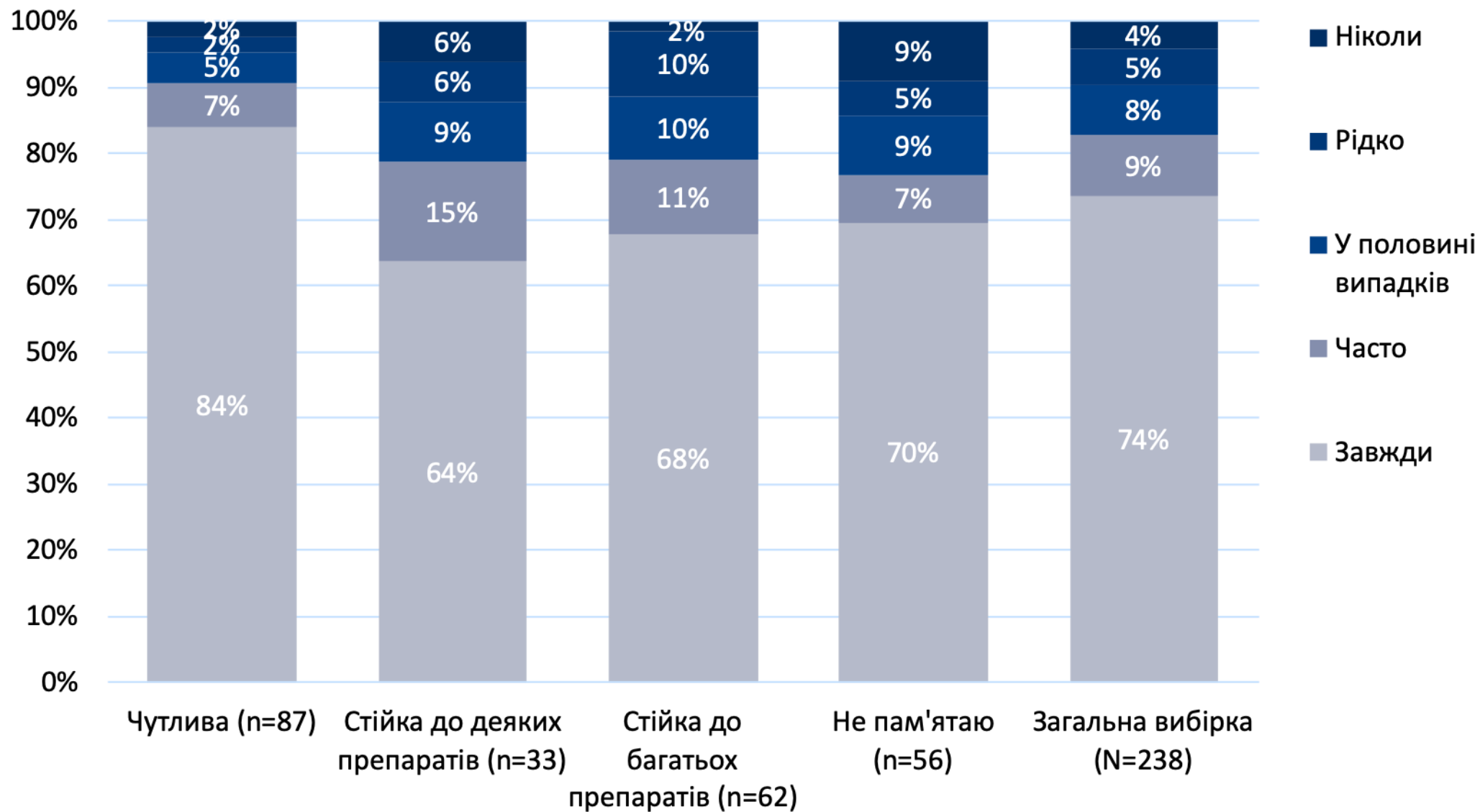
ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Бар'єри до ефективного лікування ТБ в СТЛ

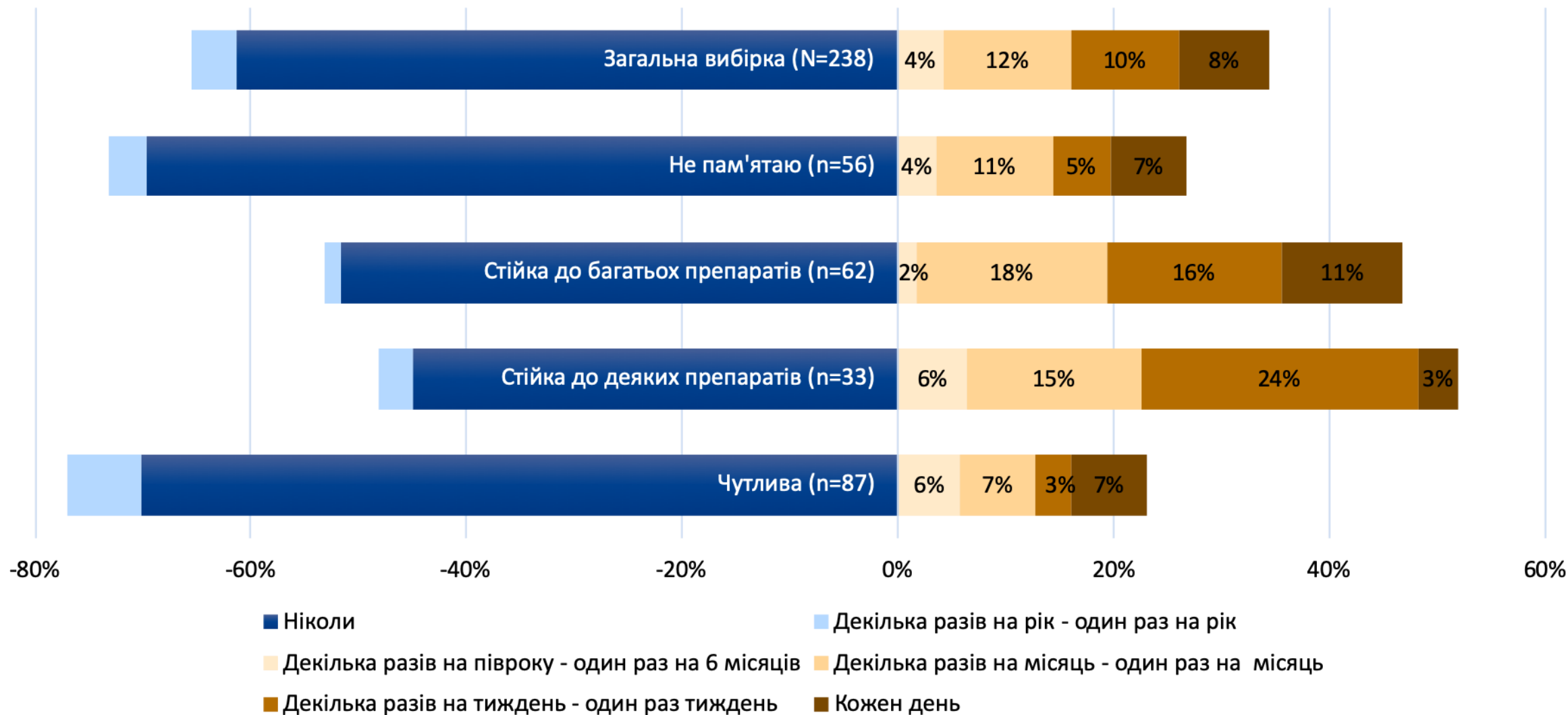


Частота контролю прийому препаратів з боку медпрацівників за формою ТБ



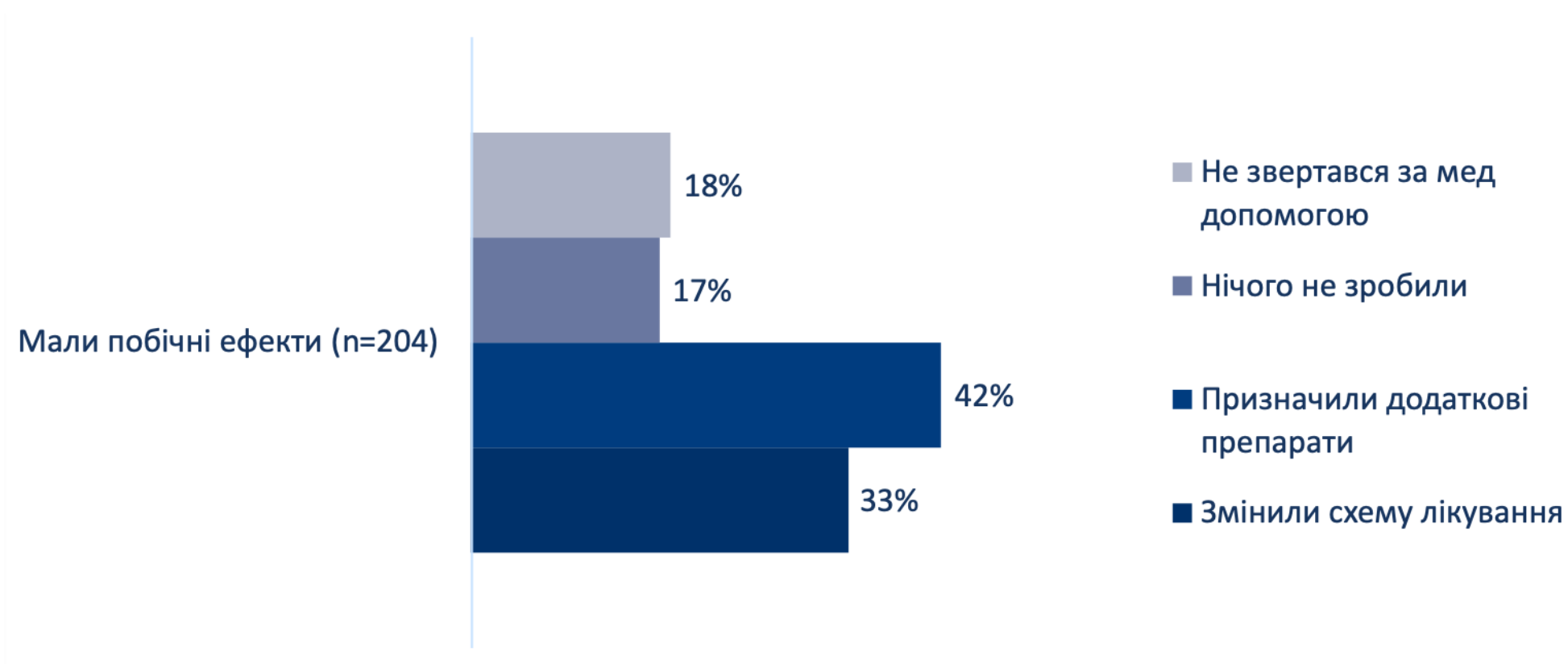


Частота неприйняття препаратів для лікування ТБ засудженими за формою ТБ



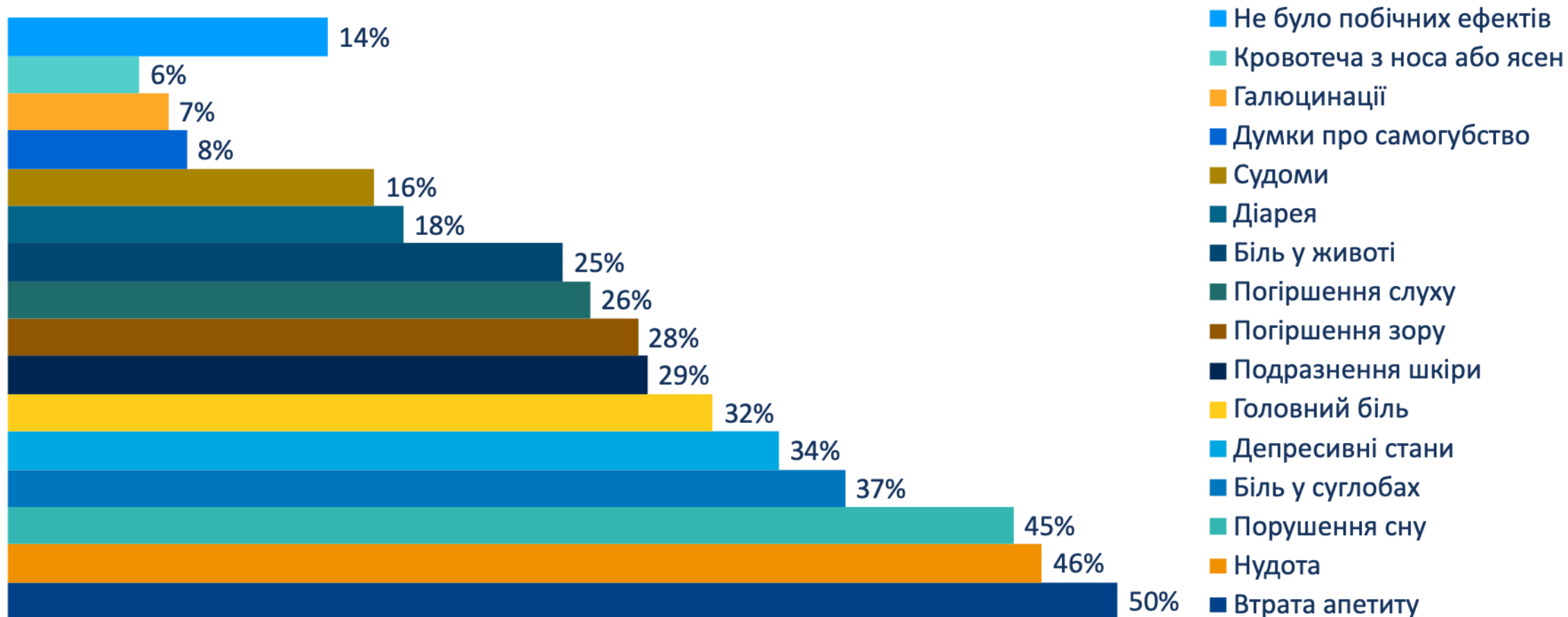


Дії медичного персоналу у відповідь на побічні ефекти до прийому препаратів для лікування ТБ



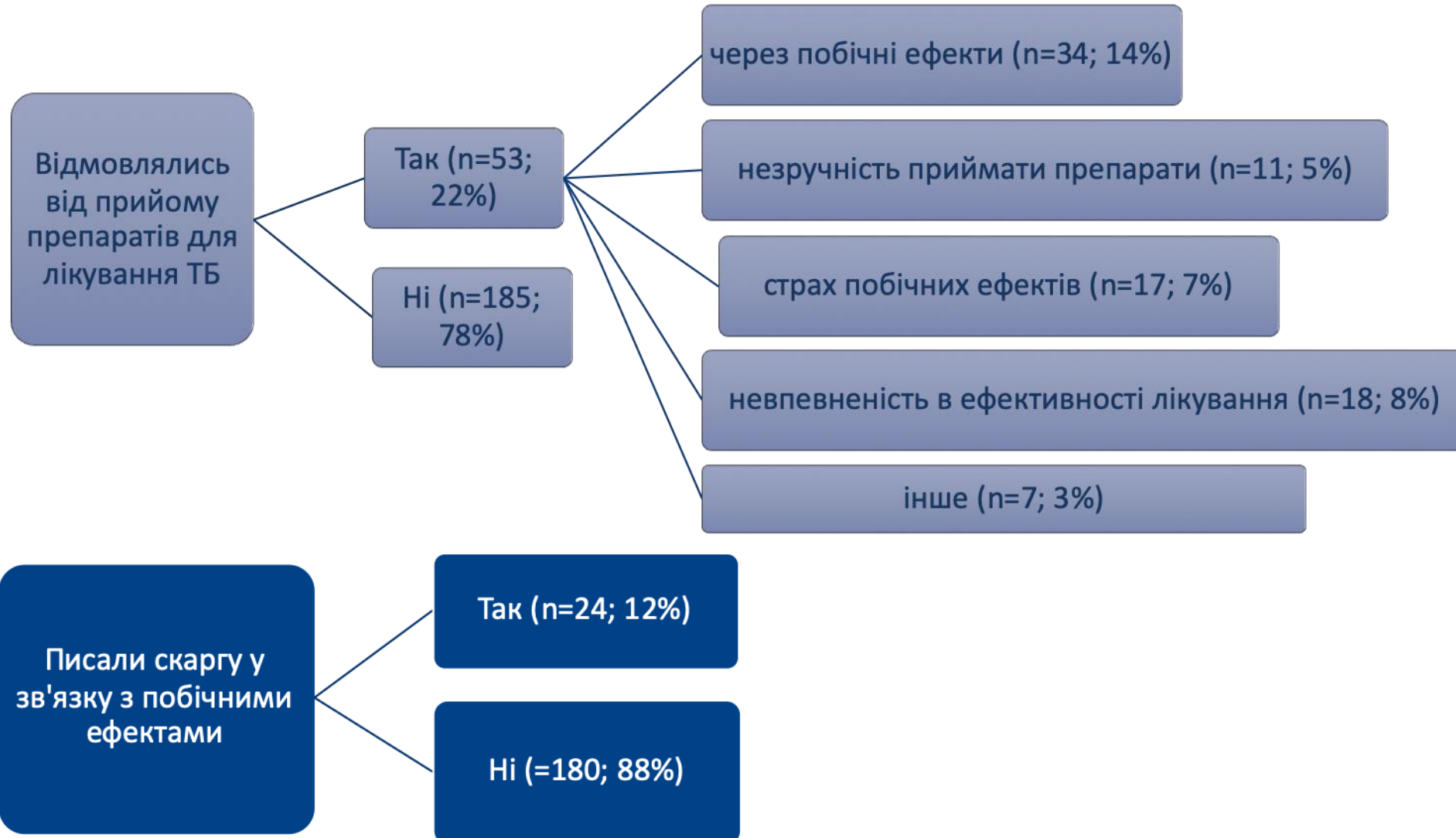


Побічні ефекти під час останнього випадку лікування ТБ





Відмова від прийому препаратів для лікування ТБ і причини





Бар'єри та причини їх виникнення:

Особливості реалізації контролю переносимості лікування і побічних дій препаратів в контексті виправної установи

«Ну, якщо людина не хоче? Всяке буває. Ну, ми знаходимо вихід, ми залучаємо інших людей, які мають важелі». (МХВБ17м+МХВВ17м, переклад з російської)

«Якби займалися корекцією побічних дій, то відмов і переривань лікування було б менше. Кажу вам про цей досвід. І тюремна медицина не повинна бути винятком. Якщо, наприклад, не може ЦОЗ ДКВС забезпечити препаратами для корекції побічної дії, то це повинні робити ... може бути родичі, може якісь благодійні організації. Цим ніхто не займається. І часто я бачу, що в пенітенціарній системі немає нормальних гепато-протекторів, та й навіть звичайних немає. Немає препаратів для корекції побічної дії. Часто через прийом препаратів породжується нудота, біль в суглобах, і за цим ніхто не стежить». (НПМКВО25ж, переклад з російської)

Відсутність доступу засуджених до якісних і різноманітних препаратів для корекції побічних дій в СТЛ

Недовіра до скарг пацієнтів з боку медичного персоналу

Недостатній рівень забезпечення активного моніторингу безпеки протитуберкульозних препаратів

Контроль прийому препаратів заради застосування самого контролю, а не заради підтримки пацієнта в процесі лікування



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

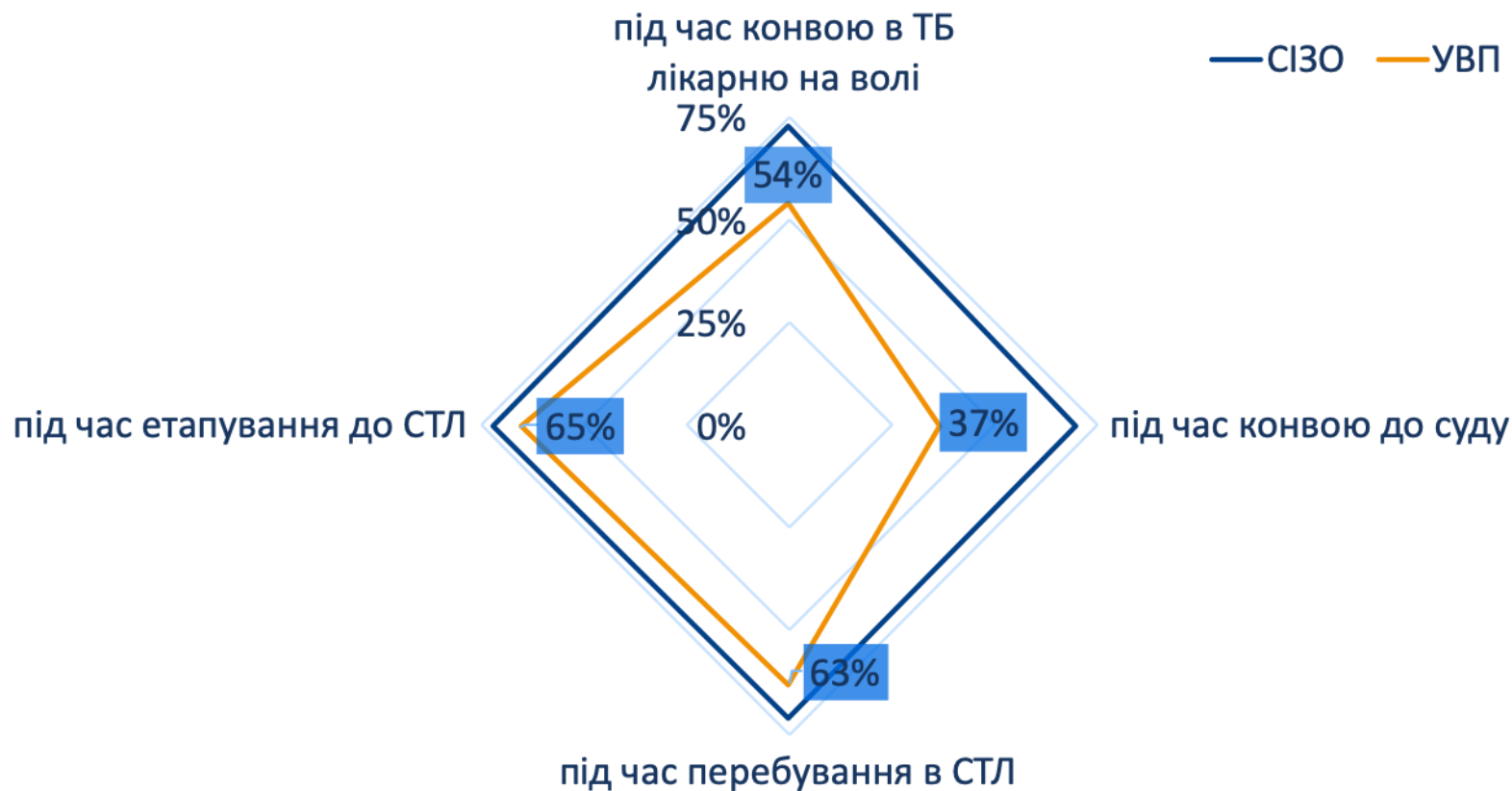
Support,
Research and
Development
Center

Оцінка забезпечення заходів щодо профілактики ТБ в установах і при переміщенні між установами ДКВС



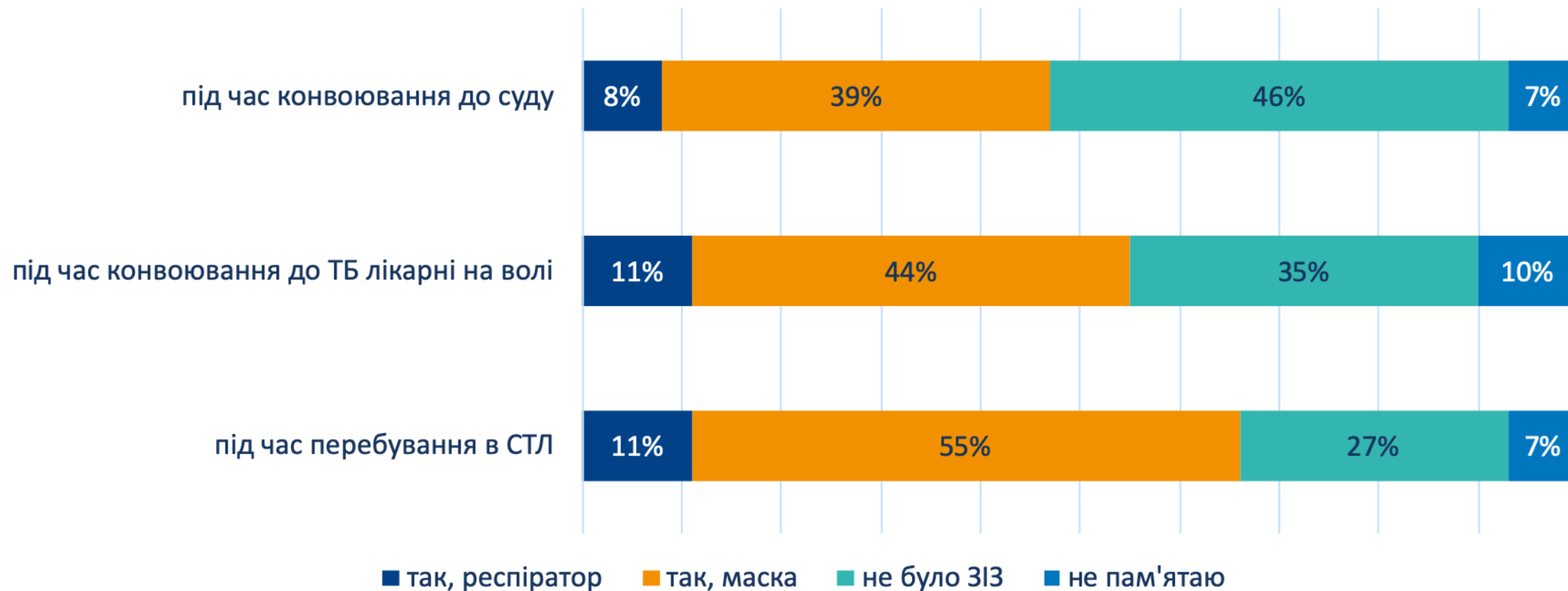
Забезпечення інфекційного контролю за ТБ:

Маска на засудженому за місцем встановлення діагнозу та у різних ситуаціях за версією засуджених





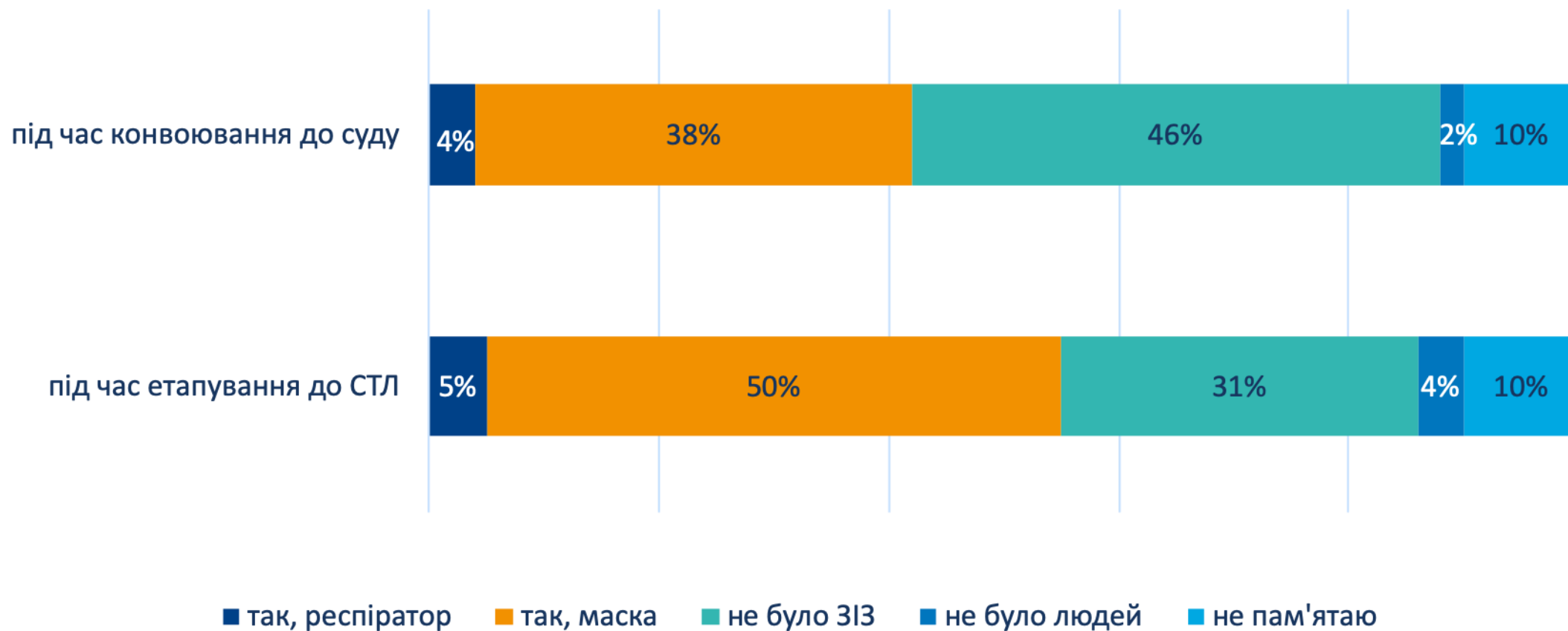
Забезпечення інфекційного контролю за ТБ: Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій за версією засуджених





Забезпечення інфекційного контролю за ТБ:

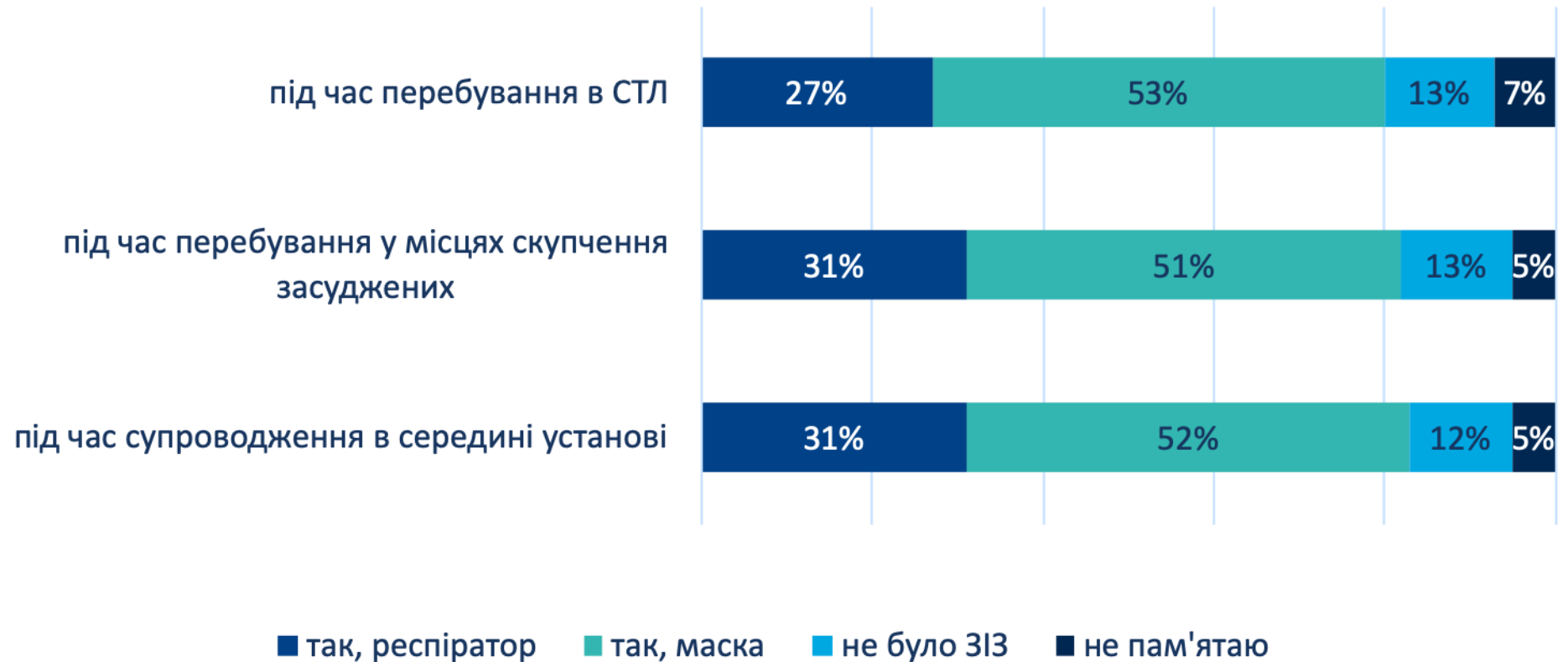
Маска/респіратор на людях навколо під час різних ситуацій за версією засуджених





Забезпечення інфекційного контролю за ТБ:

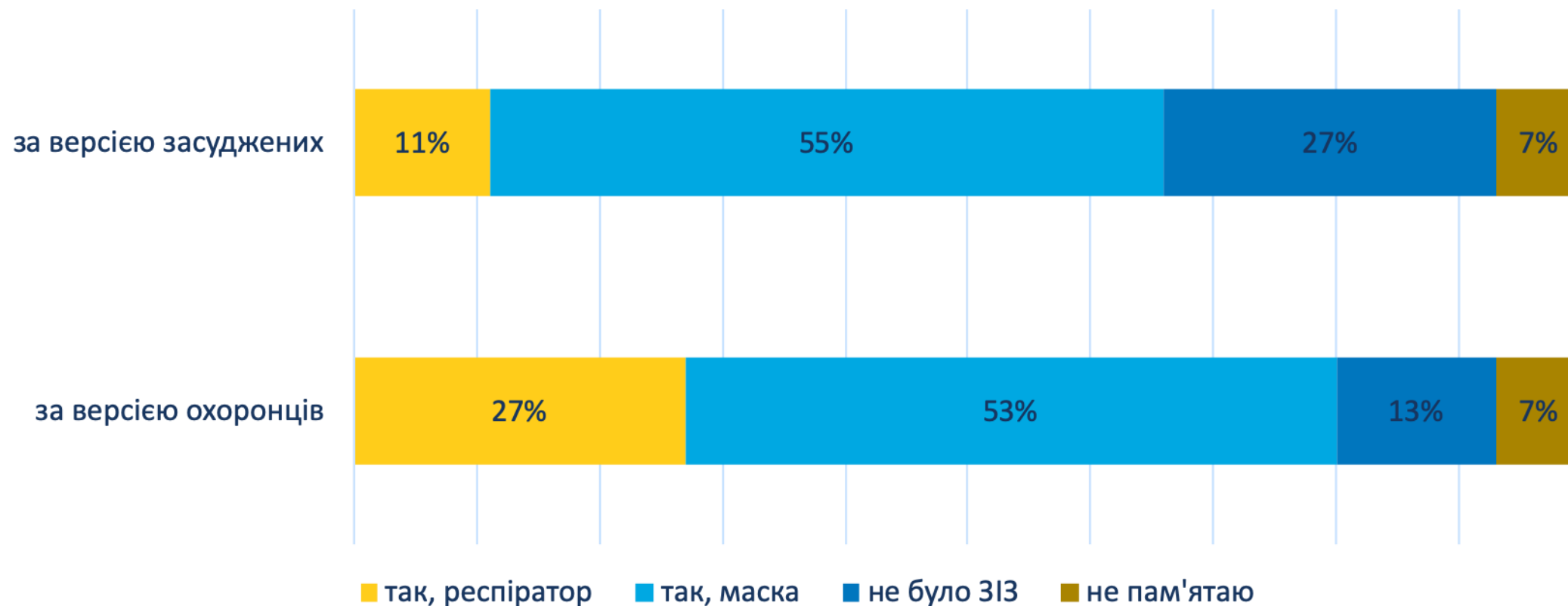
Маска/респіратор на охоронцях під час різних ситуацій в СТЛ за версією охоронців





Забезпечення інфекційного контролю за ТБ:

Маска/респіратор на охоронцях під час перебування в СТЛ за версією засуджених та охоронців





ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Якість інфекційного контролю

«Є і маски, є і респіратори. Я не знаю за якими нам їх видавали, медики ж видають у нас. Тому я навіть не скажу вам, як воно правильно, як треба їх носити. Але все в масках ходять. Хто в масці, хто в респіраторі. Я от дивлюся, керівництво у нас в респіраторах ходить, ми - в масках. Як би теж видавали ... немає обмежень, що ти сьогодні то носиш, а завтра це». (ОДАК28м, переклад з російської)

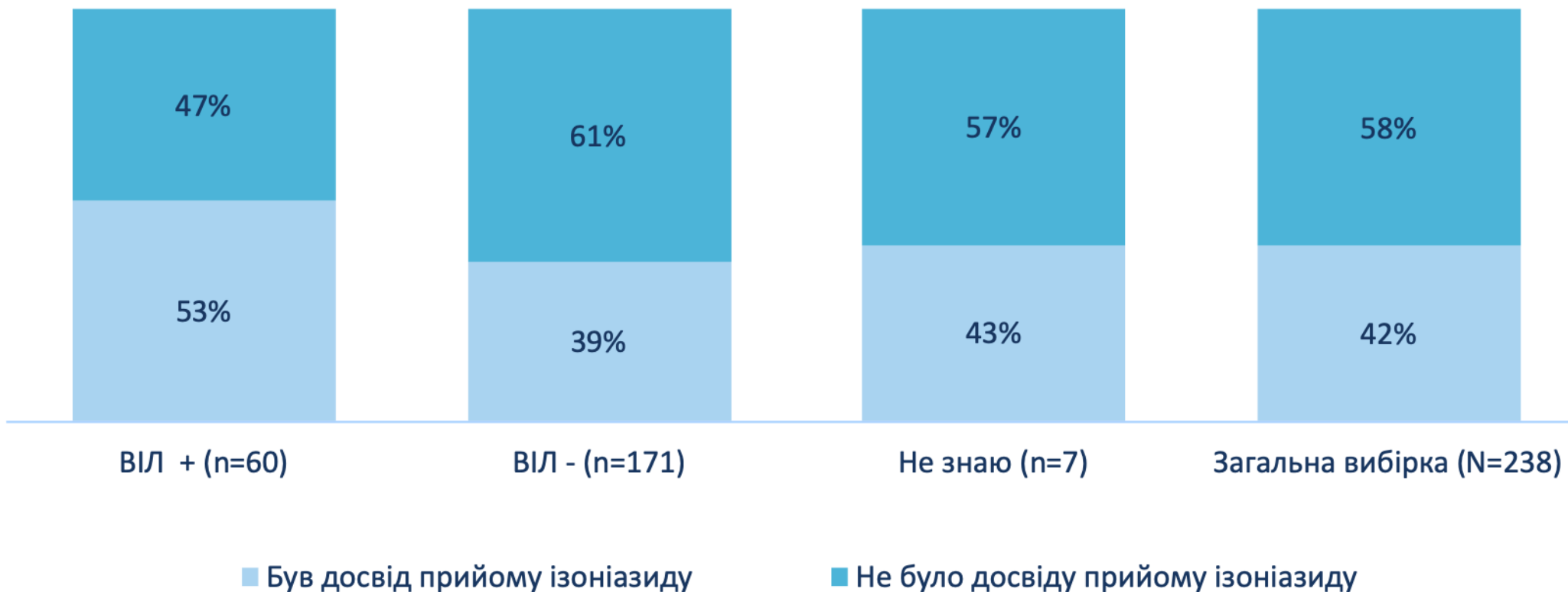
«Точнісінько так само можливо заразитися їдучи, перебуваючи в СІЗО, тому що усі транзитники знаходяться в СІЗО, знаходяться усі разом, знаходяться без розбору. Найчастіше може й раді їх там впорядкувати, але особисті справи усі запечатані, ніхто їх не має права розкрити, тому ніхто не може сказати, навіть якщо ТБ. Який там ТБ? Тому, безумовно, ще на шляху слідування вони можуть обмінятися цими стійкими паличками, тому, звичайно, можливо мутації відбуваються». (МДЄДч14, переклад з російської)

Неможливість розподілу потоків ув'язнених з різними формами ТБ, а також інших ув'язнених в транзитних приміщеннях СІЗО

Недотримання правил інфекційного контролю в вагонзаках/автозаках

Недотримання правил розподілу потоків ув'язнених з різними формами ТБ в СТЛ

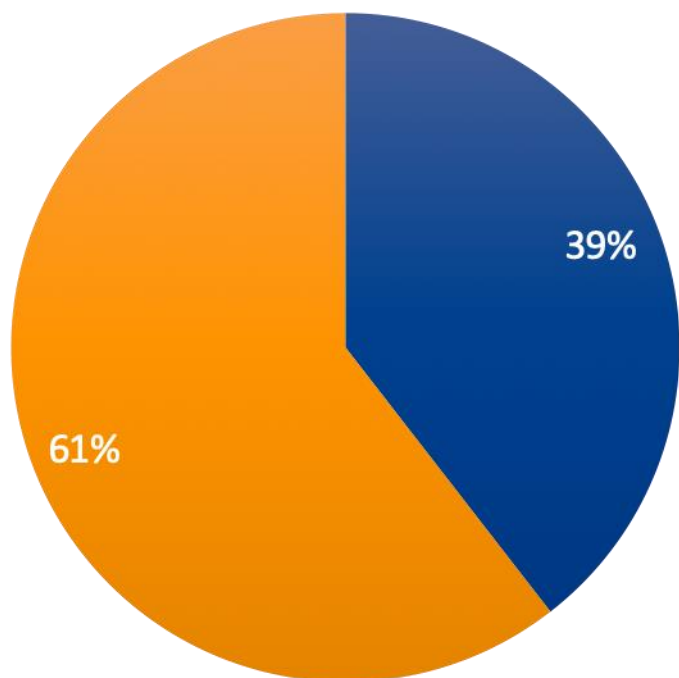
Недотримання правил носіння маски/респіратора



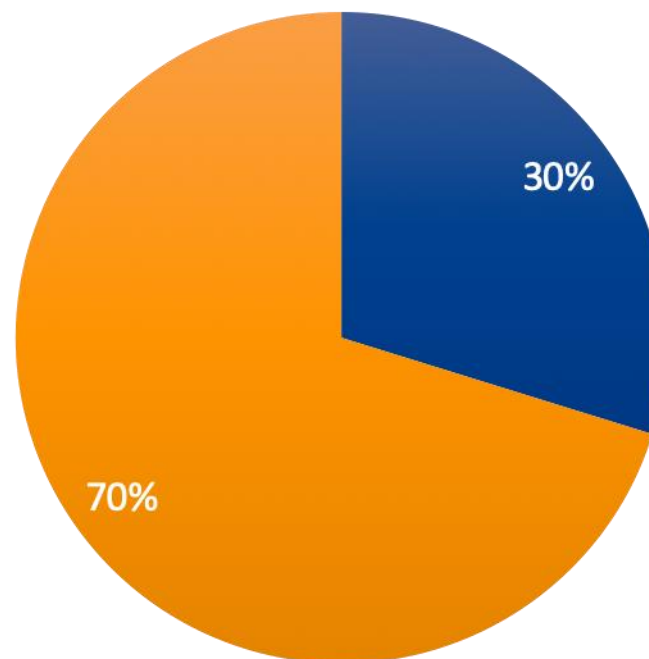


Профілактика ізоніазидом:

Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ під час арешту або відбування покарання серед інших арештантів/Досвід прийому ізоніазиду для профілактики ТБ серед немедичного персоналу СТЛ



- Маю знайомих з досвідом прийому ізоніазиду (n=94)
- Не маю знайомих з досвідом прийому ізоніазиду (n=144)



- Маю колег з досвідом прийому ізоніазиду (n=14)
- Не маю колег з досвідом прийому ізоніазиду (n=33)



Бар'єри та причини їх виникнення: складності призначення ізоніазиду в якості міри профілактики

«Ні, для профілактики Ізоніазид нікому не дається. Це серйозний препарат, профілактику Ізоніазиду отримують тільки хворі з ТБ». (МОКС15ч, переклад з російської)

«Ізоніазид у нас є, але ми не можемо його застосовувати, з огляду на те, що у нас немає рентген-діагностики». (МДКД14ч, переклад з російської)

«Тим, хто контактував з чутливими формами ТБ, призначається хіміо-профілактика, звичайно, якщо вони захочуть її приймати». (МКВЛ13ж, переклад з російської)

Непризначення препаратів у зв'язку з відсутністю згоди в ув'язнених – недолік заходів з консультивання

Відмова від призначення, посилаючись на неможливість проведення діагностики ТБ

Самостійний прийом як причина перерви лікування



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Ізоляція по статусу ТБ як міра профілактики що сприяє стигматизації хворих з ТБ

«Там близько 70 осіб, які перехворіли, які залікували там і так далі. Не будуть же вони в загальній масі ..., простіше працювати з ними, вони всі в одному загоні». (ОДАК28м, переклад з російської)

«Ну, засуджені всі прекрасно розуміють, що ТБ - це інфекційне захворювання. Тому можуть ставитись з якоюсь обережністю. Але сказати, щоб хтось від когось ховався, або сахався, або ... я не буду взагалі з ним знаходитись на відстані 20 метрів? Такого, звичайно, немає. Якогось такого дикунства, відвертої агресивності нема». (МДЄО15ч, переклад з російської)

«Туберкульозні загони» - практика, що суперечить нормам дотримання інфекційного контролю та посилює стигматизацію засуджених з діагнозом ТБ



Стигма і стигматизація як чинник, що сприяє виникненню бар'єрів до звернення за / надання медичної допомоги в установах ДКВС

Я боюсь розповісти людям навколо, що у мене ТБ



Я боюсь/боявся звертатись за допомогою для лікування ТБ, бо люди дізнаються



Я боюсь розповісти родині/близьким, що у мене ТБ



Я відчуваю себе винним через те, що захворів на ТБ



Медичні працівники ставляться до мене гірше через ТБ



Охоронці ставляться до мене гірше через ТБ



Інші ув'язнені ставляться до мене гірше через ТБ



■ Повністю погоджуюсь ■ Погоджуюсь ■ 50/50 ■ Не погоджуюсь ■ Повністю не погоджуюсь



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Оцінка взаємодії установ ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозних закладів МОЗ та НУО при звільненні з місць позбавлення волі осіб, хворих на ТБ

«Ні, ніяк. Взагалі ніяк. Ні формально, ні фізично, ніяк їх немає. Тобто, з ними зв'язку немає. Тобто, чим лікували, як лікували, до якої міри лікували? Чи лікували взагалі ...». (МГКАН27ж, переклад з російської)

«Тому що ми не бачимо жодного випадку доведення». (ЭКВА24м, переклад з російської)

«Ну, те, що ще хотілося б, напевно, для поліпшення ось цієї постановки на облік, це взаємодія з соцпрацівниками з інших областей. Мені важко його відстежити, припустимо, коли він пішов з Сумської області. Іноді зв'язок з людьми втрачається. Якщо у нього взагалі немає телефону, або він його втратив - я вже не можу людину знайти і відстежити. Було б дуже зручно, якби соцпрацівник ... Я кажу, у мене людина виїхала, будь ласка, зустріньте її і доведіть до тубдиспансеру. Це був би ідеальний варіант. Але, на жаль, у мене немає таких контактів, щоб комусь передавати». (СРХВА20ж, переклад з російської)

Високий ризик втрати зв'язку з хворими, які звільняються із залу суду та УВП внаслідок відсутності можливості для ефективного обміну даними

Внутрішні зв'язки між НУО налагоджені недостатньо. Взаємодія з супроводу хворих ТБ може здійснюватися в межах однієї області, якщо хворий з ТБ після звільнення переміщується у сусідню область, супровід не працює



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Висновки



Проблема правового та соціального статусу ув'язнених/засуджених є одним з ключових чинників виникнення бар'єрів, пов'язаних з неузгодженістю дій щодо таких хворих, як всередині установ і служб ДКВС, так і в цивільному секторі. Людина, яка скоїла правопорушення, і, в результаті судового рішення, потрапляє в установи ДКВС, є в першу чергу ув'язненим/засудженим.

Будь-яке переміщення ув'язненого/засудженого у просторі однієї установи, або між установою ДКВС і закладами МОЗ, або між установою ДКВС і СТЛ, має супроводжуватися охороною. Для того, щоб здійснити таке переміщення необхідні вагомі причини, докладні обґрунтування і складний процес узгодження. Відповідно, реалізація права ув'язненого/засудженого на еквівалентні до таких, що надаються у суспільстві, медичні послуги, видається складним, а пріоритет статусу ув'язненого/засудженого завжди буде впливати на якість і кількість наданих йому медичних послуг на базі установ ДКВС.

Проблема непристосованості інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги успадковується з пенітенціарної системи СРСР – громадянин, який потрапляє під санкції системи не тільки позбавляється волі, а й обмежується в усіх базових правах. Будинки, в яких перебувають установи ДКВС, в основному, були побудовані за радянських часів або навіть раніше. Як і за радянських часів, ув'язнені/засуджені живуть там в скрутних комунальних умовах, які самі по собі сприяють поширенню інфекційних захворювань.

Проблеми, що виникають при підготовці засудженого до переміщення в СТЛ і в процесі етапування пов'язані з пріоритетом статусу засудженого над статусом хворого. У той же час, така модель організації лікування ТБ – з переміщенням хворого в спеціалізований стаціонар – продовжує логіку відтворення системи охорони здоров'я радянського типу, і не відповідає ключовим принципам здійснення реформи вторинної медицини в загальній системі охорони здоров'я.

Відсутність системних і комплексних підходів до вирішення проблеми своєчасного надання медичної допомоги при ТБ в установах ДКВС в умовах «надзвичайної ситуації» призводить до практики ручного управління на місцях.

Недовіра медичних працівників до скарг засуджених, хворих на ТБ, має ту ж природу, що і підозрілість охоронців: засуджений в рамках дискурсу тюремних працівників завжди шукає способи полегшити своє покарання, в тому числі посиляючись на хвороби і нездужання. Наразі, те, яким чином реалізується контроль за прийомом препаратів у вигляді контролю заради контролю, лише посилює каральні практики, властиві пенітенціарній системі.

Оцінка профілактичних заходів, які могли б сприяти зменшенню захворюваності ТБ у в'язницях, навпаки продемонструвала, що ті елементи профілактики, які застосовуються не завжди відповідають критеріям повноти та якості. У той самий час, недотримання норм інфекційного контролю в СТЛ ставить під сумнів ефективність надання медичної допомоги в цілому з огляду на ймовірності внутрішньолікарняного і перехресного інфікування.

Оцінити ефективність взаємодії між ЦОЗ ДКВС, протитуберкульозною службою МОЗ та НУО досить складно. З одного боку, наявних механізмів пошуку і виявлення хворих ТБ, які звільнилися з МПВ, недостатньо. З іншого боку, і ті механізми, які існують – працюють незадовільно.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Support,
Research and
Development
Center

Рекомендації



Виділення ЦОЗ ДКВС в окрему структуру як етап реформування тюремної медицини є важливим кроком на шляху до об'єднання пенітенціарної і цивільної медицини. **Рекомендуються подальші впевнені кроки для створення єдиного медичного простору для всіх громадян України без винятку.**

Для пріоритизації дій щодо подолання туберкульозу у в'язницях **рекомендується створення і наділення відповідними повноваженнями постійної міжвідомчої робочої групи з представників ЦОЗ ДКВС, ДКВС, ЦГЗ МОЗ, Мінсоцполітики, Національної поліції, Національної гвардії і НУО.**

Рекомендується докласти зусиль для вдосконалення нормативної бази для регулювання міжвідомчої взаємодії. Зокрема, для внесення змін до чинного Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту.



З огляду на обмежені матеріально-технічні та кадрові можливості медичних частин УВП для проведення повних діагностичних обстежень засуджених, **рекомендується розробка Порядку взаємодії медичних частин УВП з медичними установами МОЗ для надання медичної допомоги засудженим.**

Рекомендується здійснення заходів щодо поліпшення пристосованості інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги, включаючи поліпшення забезпечення матеріально-технічної бази медичних частин, як в СІЗО, так і в УВП.

Рекомендується розробка заходів, спрямованих на зниження рівня стигми серед медичного та немедичного персоналу установ ДКВС до ув'язнених/засуджених, хворих на ТБ, і інтервенцій, що сприяють формуванню поведінки, орієнтованої на звернення за допомогою і лікування серед ув'язнених/засуджених.



Рекомендується внесення змін до Закону України «Про попереднє ув'язнення» для пріоритизації права на здоров'я ув'язнених і еквівалентності стандартам МОЗ медичної допомоги, що надається у місцях попереднього ув'язнення. Зокрема, необхідність дотримання нормативів розподілу ув'язнених по камерах суперечить можливості надання адекватної медичної допомоги та дотриманню стандартів інфекційного контролю.

Система комунального проживання ув'язнених/засуджених в установах ДКВС неминуче провокує ризику порушення стандартів інфекційного контролю. **Рекомендується перегляд норм та інфраструктурних можливостей для створення умов ізольованого розміщення.** Практика використання приміщень карцерного типу для ізоляції хворих на ТБ і сегрегація засуджених по ТБ-статусу неприпустимі.



Для зниження впливу наявних негативних факторів на своєчасність початку лікування і ймовірність відриву від нього в процесі етапування засуджених рекомендується здійснювати кроки в наступних напрямках:

- продовження переговорів з Національною гвардією про можливість здійснення видачі протитуберкульозних препаратів хворим ТБ в процесі етапування;
- проведення внутрішньовідомчого узгодження для виділення міжрегіональним відділенням ЦОЗ ДКВС спеціалізованих автомобілів для транспортування/етапування хворих на ТБ без участі Національної гвардії;
- створення відділення для лікування засуджених чоловіків з діагнозом ТБ на базі СТЛ при ДУ «Збаразька виправна колонія» (№ 63) в Тернопільській області для скорочення часу етапування засуджених з діагнозом ТБ, які прямують із Західної України;
- удосконалення форми узгодження запитів з боку медичних частин УВП на етапування хворих з ТБ до спеціалізованих медичних установ ЦОЗ ДКВС. Зокрема, таке вдосконалення може бути досягнуто при здійсненні подальших кроків щодо децентралізації адміністративної влади шляхом наділення необхідними адміністративними повноваженнями міжрегіональних управлінь ДКВС і філій ЦОЗ ДКВС.



У результатах дослідження були описані проблеми, пов'язані з так званими «надзвичайними ситуаціями», які мають систематичний характер і призводять до тривалих негативних наслідків. В рамках взаємодії ЦОЗ ДКВС і ДКВС **рекомендується розробити і впровадити стандарти забезпечення своєчасного доступу до діагностики та лікування ТБ в «надзвичайних ситуаціях»**. Рекомендується розробка стратегії здійснення діяльності в режимі кризового управління для безперервності надання спеціалізованих медичних послуг в рамках системи ДКВС.

Рекомендується впровадження системи моніторингу та оцінки якості інфекційного контролю для виконання Наказу МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я». Зокрема, в якості елементів цієї системи повинні бути використані захворюваність на ТБ серед медичного та немедичного персоналу ДКВС; відсоток використання респіраторів в зонах особливого ризику.

Рекомендується впровадження системи моніторингу психо-емоційного стану медпрацівників ЦОЗ ДКВС для профілактики професійного вигорання.



Рекомендується удосконалення програм супроводу ув'язнених і засуджених з діагнозом ТБ з боку НУО. Для підтримки прихильності до лікування ТБ зусилля можуть бути спрямовані не тільки на контроль прийому препаратів для лікування ТБ, але і на моніторинг побічних ефектів препаратів і надання своєчасної медичної допомоги для купірування цих ефектів з боку медпрацівників ЦОЗ ДКВС.

Рекомендується удосконалення програм супроводу звільнених з місць обмеження та позбавлення волі шляхом налагодження більш ефективної взаємодії між усіма учасниками процесу під час перебування ув'язненого/засудженого в установах ДКВС. Зокрема, створення єдиного інформаційного простору, до якого мали б доступ і соцпрацівники НУО, і медпрацівники ЦОЗ, і медпрацівники МОЗ могло б сприяти перенаправленню людей всередині пенітенціарної системи і між цивільними службами.

Рекомендується розвиток системи пенітенціарної пробації за сприяння НУО для здійснення комплексних підходів при підготовці засуджених до виходу на свободу, в тому числі для створення умов для безперервності лікування і профілактики повторного інфікування ТБ.