



ШВИДКА ОЦІНКА СИТУАЦІЇ З НАРКОТИКАМИ У МІСТІ КИЄВІ





Автори:

Балакірева О.М., канд. соціол. наук,
завідувач відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»;

Бондар Т.В.,

директор ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»;

Янковська І.С., асистент проекту відділу збору та обробки первинної інформації ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»;

Людоговська К.В., фахівець з управління проектами відділу інноваційних проектів ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»;

Зінченко А.Г., доцент кафедри зв'язків з громадськістю, Національний університет «Києво-Могилянська академія».

ШВИДКА ОЦІНКА СИТУАЦІЇ З НАРКОТИКАМИ У МІСТІ КИЄВІ

Дослідження «Швидка оцінка ситуації з наркотиками у місті Києві» проводилось в рамках спільного UNAIDS-IAPAC проекту «Прискорення відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в пріоритетних містах задля досягнення цілей 90-90-90, нульової стигми та якості лікування до 2020 року», що реалізується за підтримки USAID.

Ця публікація видана завдяки щедрій підтримці американського народу через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Ці матеріали відображають точку зору їх авторів та не обов'язково - точку зору UNAIDS, USAID, PEPFAR чи Уряду США.

ЗМІСТ

АБРЕВІАТУРИ.....	5
ВСТУП.....	6
ПОДЯКИ.....	8
ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ.....	9
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	11
РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА МІСТА КИЄВА.....	13
РОЗДІЛ 2. КЛЮЧОВІ ГРУПИ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ.....	16
РОЗДІЛ 3. ТЕНДЕНЦІЇ ЗМІН У МОДЕЛЯХ ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ У М. КИЄВІ.....	21
3.1 Наркотрафіки: як наркотичні засоби потрапляють на вулиці міста та канали їх розповсюдження.....	21
3.2 Наркотичні засоби, що вживаються населенням міста та їх доступність.....	23
3.3 Залучення до нарковживання.....	27
3.4 Місця вживання наркотичних засобів і просторова нерівномірність міста.....	28
3.5 Моделі вживання наркотичних засобів серед населення міста та ризиковані поведінкові практики серед ЛВНІ.....	29
3.6 Виклики, пов'язані з вживанням наркотичних засобів.....	35
3.7 Вплив карантинних обмежень на вживання наркотичних засобів.....	37
РОЗДІЛ 4. НАРКОПОЛІТИКА В М. КИЄВІ.....	38
РОЗДІЛ 5. ПОСЛУГИ З ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ, МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ.....	43
5.1 Профілактичні програми для людей, які вживають наркотичні засоби (ЛВН), та їх партнерів.....	43
5.2 Програми зменшення шкоди в м. Києві.....	45
5.3 Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ).....	49
РОЗДІЛ 6. ВИКЛИКИ ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ НАРКОПОЛІТИКИ.....	52
6.1 Прогалини нормативно-правової бази в сфері наркополітики. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року.....	52
6.2 Стигма та дискримінація осіб, які вживають наркотичні засоби.....	54
6.3 Профілактичні програми для людей, які вживають наркотичні засоби: виклики реалізації.....	55
6.4 Нові виклики щодо надання профілактичних послуг людям, які вживають наркотичні засоби: тенденції та перспективи.....	61
ВИСНОВКИ АНАЛІЗУ.....	63
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	65
EXECUTIVE SUMMARY.....	67
ДОДАТКИ:.....	68
Додаток 1. Відомості про респондентів дослідження.....	68

АБРЕВІАТУРИ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВБО	Всеукраїнська благодійна організація
ВГС	Вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ЛВН	Люди, які вживають наркотики
ЛВНІ	Люди, які вживають наркотики ін'єкційно
ЛВНН	Люди, які вживають наркотики неін'єкційно
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НПР	Нові психоактивні речовини
НУО	Неурядова організація
ПАР	Психоактивні речовини
РКС	Робітники/робітниця комерційного сексу
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ЧСЧ	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
COVID-19	Інфекційне захворювання, спричинене коронавірусом (SARS-CoV-2).
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин
Fast Track	UNAIDS Fast-Track Strategy — Стратегія UNAIDS «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року»
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
UNAIDS	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу

ВСТУП

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», на кінець 2019 р. оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) в Україні становить близько 250 тис. осіб¹. За 2019 р. в Україні виявлено 22 309 нових випадків ВІЛ-інфекції². У м. Києві за цей рік виявлено 3204 нові випадки інфікування ВІЛ³. З них 341 особа належала до групи ЛВНІ, що становить 10,6% від усіх виявлених випадків інфікування ВІЛ⁴ за звітний період. Група виявлених ВІЛ-позитивних ЛВНІ становить 56% від усіх виявлених випадків ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ⁵. Незважаючи на те, що основним шляхом передачі інфекції з 2008 р. є гетеросексуальний контакт, парентеральний шлях передачі інфекції не втрачає своєї поширеності та у 2019 р. спричинив 25,8% нових випадків інфікування⁶. Чисельність ЛВНІ серед усіх ЛЖВ після досягнення свого піку в 2003 р. показує тенденцію до спадання, проте досі залишається однією з ключових груп щодо поширеності ВІЛ серед населення України.

Найвищий показник охоплення скринінгом на ВІЛ у м. Києві відбувається серед загального населення. За 2019 р. показник тестування на ВІЛ в Києві складає 10 470 тестів на 100 тис. населення⁷. 2016 р. Київ долучився до стратегії Fast Track Cities, що має на меті побороти СНІД у містах через фокусовані та ефективні інтервенції. Основні показники досягнення цілей стратегії втілюються в концепції «90-90-90»⁸:



Станом на 2019 р. 67% оціночної чисельності ЛЖВ були діагностовані, 55% – отримують АРТ, і 53% загальної оціночної чисельності ЛЖВ мають вірусне навантаження, яке не визначається⁹.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в ключових групах, однією з яких є люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), за визначенням ЮНЕЙДС¹⁰ та відповідно до наказу МОЗ України «Про затвердження переліку та критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013 р. № 104¹¹. Варто зауважити, що група

¹ ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 51. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2020. С. 18. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf

² Там само. С. 22.

³ Там само. С. 73.

⁴ Там само. С. 77.

⁵ Там само. С. 76.

⁶ Там само. С. 39.

⁷ Там само. С. 73.

⁸ Fast Track Cities Ukraine. UNAIDS Ukraine. URL: <https://unaids.org.ua/ua/fast-track-cities>

⁹ Fast-Track Cities: Kyiv. Міжнародна асоціація постачальників послуг по боротьбі зі СНІДом. URL: <https://www.fast-trackcities.org/cities/kyiv>

ЛВНІ є чисельнішою в порівнянні з іншими ключовими групами щодо ВІЛ: станом на 2018 р., оціночна чисельність ЛВНІ в Києві становила 33 700 осіб, в порівнянні з чисельністю РКС – 14 600 осіб, та групи ЧСЧ – 32 200 осіб¹². ЛВНІ також становлять найчисельнішу групу серед ЛЖВ: за даними біоповедінкового дослідження, проведеного МБФ «Альянс громадського здоров'я» у 2017–2018 рр., поширеність ВІЛ серед ЛВНІ по Києву становила 26,3%¹³. (Довідково: поширеність ВІЛ серед РКС в м. Києві становить 6,9%¹⁴, серед ЧСЧ – 7%¹⁵). З огляду на те, що основним шляхом передачі ВІЛ в Україні є гетеросексуальний контакт, статеві партнери ЛВНІ також становлять групу ризику щодо інфікування ВІЛ.

Протягом останніх років EMCDDA повідомляє про зростання розповсюдженості так званих нових психоактивних речовин (НПР), основною проблемою поширеності яких є недостатність клінічних і біоповедінкових досліджень щодо ризиків їх вживання¹⁶. До групи НПР належать синтетичні стимулятори (зокрема, так звані «солі»), синтетичні канабіноїди, бензодіазепіни, синтетичні опіоїди, галюциногени тощо. Такі речовини можуть вживатись як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом. Основні ризики, пов'язані зі вживанням НПР, включають, але не обмежуються виникненням неконтрольованих психотичних реакцій (психозів, параної, галюцинацій тощо), ризики, пов'язані з ін'єкційним вживанням, поширенням сексуальних практик під впливом наркотичних засобів («хімсекс»). Досліджень щодо поширення НПР серед загального населення України не проводилось, так само як і моніторингу виникнення та поширення нових наркотичних засобів на території України.

¹⁰ UNAIDS Terminology Guidelines. UNAIDS. 2015. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

¹¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013 р. № 104. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0323-13#Text>

¹² ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2019. С. 62. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_50_2019.pdf

¹³ Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2020. С. 151.

¹⁴ Середа Ю., Новак Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед секс-працівників в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2019. С. 130.

¹⁵ Сазонова Я., Дукач Ю. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками, в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2019. С. 88.

¹⁶ European Drug Report 2020: Key Issues. EMCDDA. 2020. P. 24. URL: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439ENN.pdf>

ПОДЯКИ

Авторський колектив висловлює подяку за співучасть у дослідженні й надання актуальної та важливої інформації, експертної оцінки та порад:

- Київській міській наркологічній клінічній лікарні «Соціотерапія», КНП «Київський міський центр громадського здоров'я» та Управлінню протидії наркозлочинності ГУНП у м. Києві за надану інформацію,
 - Павлу Скалі (*керівнику програм політики та адвокатури, МБФ «Альянс громадського здоров'я»*),
 - Антону Басенку (*менеджеру проєктів, МБФ «Альянс громадського здоров'я»*),
 - В'ячеславу Кушакову (*старшому раднику з програмної діяльності, МБФ «Альянс громадського здоров'я»*),
 - Андрію Чернишову (*Керівнику напряму адвокації та зовнішніх зв'язків, ГО «АЛЬЯНС. ГЛОБАЛ»*),
 - Святославу Шеремету (*консультанту, ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ»*),
 - Олегу Димарецькому (*директору, БФ «ВОЛНА»*),
 - Артему Осипяну (*психологу, консультанту в сфері психічного здоров'я та наркополітики, БФ «ВОЛНА»*),
 - В'ячеславу Сафонову (*заступнику начальника, Департамент боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України*),
 - Гелі Каландії (*завідувачу відділення ЗПТ, Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»*),
 - Аллі Йовенко (*лікарю-наркологу, Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом*),
 - Сергію Пархоменку (*директору, ГО «Клуб Еней»*),
 - Анні Мартинюк (*фахівцю програм зменшення шкоди, ВБО «Конвіктус – Україна»*),
 - Лілії Матвиєвській (*керівнику відділу збору та обробки первинної інформації, ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»*),
 - Юлії Арабській (*завідувачу сектору опрацювання первинної інформації, ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»*),
 - Наталії Салабай (*консультанту ЮНЕЙДС-Україна*),
- а також всім респондентам, які були залучені до проведення інтерв'ю.

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ПОНЯТТЯ

Безпечний секс – така форма сексуальної взаємодії, при якій в індивіда не відбувається контакту з біологічними речовинами партнера (партнерки) або такий контакт є незначущим з точки зору можливого передання при цьому якихось інфекцій¹⁷.

Групи підвищеного ризику щодо ВІЛ – групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ¹⁸. Відповідно до наказу МОЗ № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ», до таких груп належать споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які надають сексуальні послуги за винагороду, чоловіки, які мають секс з чоловіками, статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків, клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, статеві партнери чоловіків, які мають секс з чоловіками¹⁹.

Дарк-рум (з англ. **darkroom** – темна кімната) – слабо освітлене приміщення для анонімних, зокрема групових статевих контактів, а також для БДСМ-ігор²⁰.

Ескапізм (від англ. **escape** – втеча; втекти, врятуватись) – втеча від дійсності, втрата відчуття реальності. У психології та психіатрії – важливий захисний механізм людської психіки, який полягає в бажанні ухилитися, втекти, сховатися від безрадінних матеріальних і психологічних аспектів реального життя в світі примарному, вигаданому²¹.

Закладки – метод розповсюдження наркотичних засобів, що полягає в заховуванні згортку паперу / пакета, де міститься психотропна речовина (власне закладки) та передача географічних координат від розповсюджувача до клієнта.

Колометричні тести (також **набори для тестування, Testing kits**) – набір легальних хімічних речовин – реагентів, завдяки яким можна протестувати певний наркотичний засіб на його вміст. При взаємодії реагентів і певної психотропної речовини відбувається хімічна реакція, в результаті якої суміш забарвлюється в певний колір. Завдяки карті кольорів можна визначити,

¹⁷ Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики». Київ: Громадська організація «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ», Центр соціальних експертиз Інституту соціології Національної академії наук України, AFEW International, 2018. С. 4.

¹⁸ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 р. № 1972-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#n15>

¹⁹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013 р. № 104.

²⁰ Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики». С. 5.

²¹ Там само.

²² Pan I. Marquis, Mecke, Mandelin: чем тестировать психоактивные вещества. 2019. URL: <https://blog.drugstore.org.ua/narkotiki/marquis-mecke-mandelin-chem-testirovat-psikhoaktivnye-veshchestva>

²² Там само.

²² Там само.

²³ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» від 06.05.2000 р. № 770. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF#n11>

які саме речовини містяться в наркотику²².

Прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин (далі – **прекурсори**) – речовини, які використовуються для виробництва та виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 770²³.

Ризиковані практики – поведінкові практики та поведінки, що збільшують ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, ІПСШ та іншими соціально небезпечними захворюваннями. Переважно виокремлюють **ризиковані сексуальні практики** (невикористання презерватива, групові сексуальні практики) та **ризиковані практики щодо ін'єкційного вживання** (використання спільного інструментарію, посуду для приготування наркотику тощо).

Серомоніторинг – це система постійного спостереження за наявністю або відсутністю конкретних маркерів захворюваності серед населення або окремих його груп²⁴.

Синдром залежності від психоактивних речовин – комплекс фізіологічних, поведінкових і когнітивних явищ, за яких вживання психоактивної речовини чи класу речовин починає займати більш важливе місце в системі цінностей людини в порівнянні з іншими формами поведінки, які раніше були більш значущими для неї²⁵.

Стигма – спрощена, стереотипна, узагальнена, некритична та переважно засвоєна ззовні думка про певну суспільну групу чи окремих людей з цієї групи; сприйняття особи крізь призму упереджених уявлень (стереотипів) про соціальну групу, до якої ця людина дійсно, здогадно чи уявно належить²⁶.

Хімічний секс, або хімсекс (англ. – **chemsex**), – це секс під дією наркотичних засобів та інших психотропних речовин (препаратів), що змінюють свідомість (крім алкоголю)²⁷.

²⁴ Сергеева Т.А. Гепатит С в Україні: захворюваність, поширеність, серопревалентність, серомоніторинг. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2020. № 5 (126).

²⁵ Злоупотребление психоактивными веществами. Синдром зависимости. ВОЗ. URL: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/ru/

²⁶ Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики». С. 9.

²⁷ Там само. С. 9.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження – надати актуальну інформацію про зміни ситуації з наркотиками, особливі ризики інфікування та передачу ВІЛ та фактичні послуги для реагування на ці ризики.

Загальна методологія характеризується комплексним підходом і базується на використанні різних джерел інформації, проведенні вторинного аналізу наявних даних та здійсненні експертної оцінки (опитування експертів національного та місцевого рівнів), а також опитування надавачів послуг і представників ключової групи – ЛВН.

Дослідження відповідає на такі **дослідницькі питання**:

- Які зміни відбулись в ситуації з розповсюдженням, виготовленням і вживанням наркотиків за останні 5 років серед жителів м. Києва;
- Які сучасні ризиковані практики щодо вживання наркотичних засобів поширені в громаді м. Києва;
- Які нові пріоритети щодо запобігання ВІЛ виникають відповідно до сучасних ризикованих практик вживання наркотичних засобів;
- Які профілактичні заходи та послуги в сфері запобігання поширення ВІЛ-інфекції потрібні громаді.

Методика дослідження передбачатиме безпосереднє залучення представників громад, медичних працівників і працівників правоохоронних органів, осіб, які вживають наркотики ін'єкційним та неін'єкційним шляхом.

Методологічні підходи

У межах проведення дослідження здійснено аналіз наявних даних, зокрема, звітів державних установ з моніторингу ситуації щодо ВІЛ та вірусних гепатитів, офіційних документів правоохоронних органів щодо боротьби з наркозлочинністю, а також звітів неурядових організацій щодо оціночної чисельності груп ризику, стану впровадження та ефективності програм зменшення шкоди.

На етапі збору якісних даних здійснено 21 напівструктуроване інтерв'ю, зокрема, 13 експертних інтерв'ю та 8 інтерв'ю з представниками групи ЛВН. Детальна інформація щодо респондентів дослідження подана у Додатку 1.

Метод опитування	Цільова група	Метод отримання інформації	Завдання вибіркової сукупності
Кабінетний аналіз даних		Огляд літератури та аналіз офіційних документів	
Глибинні інтерв'ю	Експерти національного рівня	Індивідуальне інтерв'ю «він-на-віч» за місцем роботи респондента	7 респондентів
	Експерти місцевого рівня: лікарі, громадські активісти, представники правоохоронних органів		6 респондентів
	Люди, які вживають наркотики (ЛВН): - ін'єкційно; - неін'єкційно; - змішано	Індивідуальне інтерв'ю «він-на-віч», рекрутинг через НУО, представників громад	8 респондентів

Обробка даних. За результатами опитування експертів та ЛВН здійснено транскрибування аудіозаписів з дотриманням принципів конфіденційності, точності та оперативності розшифрування інформації.

Етичні засади дослідження базуються на Кодексі професійної етики соціолога САУ. Дослідження базувалось на дотриманні етичних принципів і захищає право учасників дослідження на анонімність та конфіденційність:

- повага до особистості: компетентна особа має право на самовизначення;
- доброзичливість: захист учасників від шкоди та максимізація користі;
- справедливість: вигоди та навантаження справедливо розподілені;
- приватність;
- конфіденційність і захист;
- інформована згода (після детального пояснення теми дослідження, процедури та умов участі, від респондентів, що відповідають необхідним умовам, в разі згоди на участь у дослідженні було отримано усну інформовану згоду на участь у дослідженні).

ОБМЕЖЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основним обмеженням дослідження є фрагментарність наявних даних щодо ситуації з наркотиками в м. Києві. Ґрунтовних досліджень щодо поширеності наркоживання серед загального населення міста не проводились, а наявні статистичні дані є обмеженими. Додаткові джерела інформації щодо наркоситуації (свідчення опитаних експертів і безпосередньо осіб, які вживають наркотики) можуть бути недостають повними, з огляду на соціальну неоднорідність міста та важкодоступність груп людей, які практикують вживання наркотичних засобів. Деякі важкодоступні соціальні групи осіб, які потенційно можуть вживати наркотики, не були представлені серед респондентів дослідження, зокрема: особи, які живуть на вулиці; особи, які перебувають в місцях позбавлення волі; держслужбовці, представники еліти тощо.

РОЗДІЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА МІСТА КИЄВА

м. Київ – найбільше місто за чисельністю населення країни. За оцінкою Державної служби статистики України²⁸ чисельність постійного населення м. Київ становить 2 926 053 особи (станом на 1 січня 2020 р.). Серед них чоловіків – 1 351 962 особи (46,2%), жінок – 1 574 091 особа (53,8%) (табл. 1.1).

Кількість постійного населення м. Києва зростає щороку (табл. 1.2). Проте слід врахувати, що фактична чисельність населення міста є значно вищою, ніж дані офіційної статистики.

Збільшення кількості населення у м. Києві відбувається внаслідок внутрішньої міграції, зокрема освітньої міграції. У м. Києві на початок 2019/2020 навчального року нараховується 90 ЗВО і навчається 341,3 тис. студентів (табл. 1.3)²⁹. Незважаючи на зменшення чисельності студентів у зв'язку з демографічною ситуацією, Київ залишається містом з найбільшою кількістю студентів в Україні. Сальдо виїзду-приїзду абітурієнтів денної форми навчання 2017 р. (+19 219 осіб) і 2018 р. (+20 900 осіб) демонструє, що Київ є основним напрямком переміщення абітурієнтів. Кожна область віддає Києву своїх абітурієнтів: від 6% із Закарпатської до 45% з Чернігівської області³⁰.

Таблиця 1.1

Статеві-вікова структура населення м. Київ станом на 1 січня 2020 р.

Вік	Обидві статі		Чоловіки		Жінки	
	N	%	N	%	N	%
0–14 років	487 279	16,7	251 202	18,6	236 077	15
15–64 роки	1 994 094	68,1	939 067	69,5	1 055 027	67
65 років і старше	444 680	15,2	161 693	11,9	282 987	18

Таблиця 1.2

Кількість постійного населення у м. Київ у 2015–2020 рр.

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Чоловіки	1 314 975	1 324 027	1 334 408	1 338 208	1 345 295	1 351 962
Жінки	1 531 692	1 541 235	1 550 045	1 555 007	1 564 217	1 574 091
Всього	2 846 667	2 865 262	2 884 453	2 893 215	2 909 512	2 926 053

Таблиця 1.3

Заклади вищої освіти та чисельність студентів у м. Київ у 2015–2020 рр.³¹

	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020
Кількість ЗВО	101	97	100	97	90
Кількість студентів	386209	376054	371255	363126	341282
Кількість студентів у розрахунку на 10 тис. населення	1329	1286	1265	1231	1150

²⁸ Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

²⁹ Основні показники діяльності закладів вищої освіти м. Києва на початок 2019/2020 навчального року: стат. збір. Київ: Державна служба статистики України. Головне управління статистики у м. Києві, 2020. С. 7. URL: <http://kyiv.ukrstat.gov.ua/Docs/Prezentaciya%20VNZ.pdf>

³⁰ Стадний Є. Рух абітурієнтів та абітурієнток між областями України: порівняння 2017 та 2018 років. CEDOS. 2018. URL: <https://www.cedos.org.ua/uk/articles/rukh-abituriientok-ta-abituriientiv-mizh-oblastiamy-ukrainy-porivniannia-2017-ta-2018-rokiv>

³¹ Основні показники діяльності закладів вищої освіти м. Києва на початок 2019/2020 навчального року: стат. збір.

Київ як столиця приваблює внутрішніх трудових мігрантів більш високим рівнем заробітної плати, наявністю робочих місць і розвинутою інфраструктурою. Статистичні обстеження населення з питань внутрішньої міграції в Україні не проводилися. Проте, за даними соціологічного моніторингу, який щорічно проводиться Інститутом соціології Національної академії наук України, серед тих українців, які працюють, у 2018 р. кожен п'ятий мав роботу в іншому населеному пункті України. У 2013 р. їх частка становила тільки 16,3%³². Слід також зазначити, що у м. Києві працюють жителі Київської агломерації, що формує феномен маятникової міграції всередині агломерації. Протягом останніх років міграційний приріст Київської області був більший, ніж у м. Києві, завдяки активному будівництву житла (м. Ірпінь, с. Софіївська Борщагівка та с. Петропавлівська Борщагівка). Переважна більшість жителів нових житлових комплексів передмістя працюють у м. Києві. За оцінками експертів, щоденно з Київської області приїздить на роботу до м. Києва майже пів мільйона осіб, що становить близько 30% населення області³³.

У складі населення м. Києва значну частку становлять внутрішньо переміщені особи. Станом на квітень 2020 р., за даними Єдиної інформаційної бази даних про внутрішньо переміщених осіб, у м. Київ налічується 159 533 переселенці з тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей та АР Крим³⁴. Київ посідає третє місце після Донецької та Луганської областей за кількістю внутрішньо переміщених осіб. Понад половину внутрішньо переміщених осіб, які проживають у м. Києві, це особи працездатного віку – 81 494 особи. Із загальної кількості внутрішньо переміщених осіб – 27 725 дітей, 4977 осіб з інвалідністю, 34 934 – пенсіонери³⁵.

Рівень зайнятості у м. Києві у 2019 р. становив

63,1% (для населення віком 15–70 років) і був найвищим по країні. Відповідно, і рівень безробіття був одним з найнижчих – 5,8% (по країні в цілому – 8,2%)³⁶. У період пандемії кількість безробітних зросла: станом на 1 червня 2020 р. у Київському міському центрі зайнятості на обліку перебувало 22,7 тис. безробітних, що в 2,7 раза більше, ніж у минулому році. Серед безробітних, які перебувають на обліку, переважають колишні працівники торгівлі (25%)³⁷.

Соціальна інфраструктура та інфраструктура закладів культури м. Києва є досить розгалуженою. Проте досліджень щодо рівня забезпеченості потреб населення в закладах культури та спорту не проводилось. У м. Києві у 2019 р. налічувалося 4491 спортивний об'єкт, серед яких 21 споруда відповідає міжнародним стандартам; 128 парків, 610 скверів, 49 бульварів і 31,6 тис. га лісопаркового господарства, на території яких розташована 41 зона відпочинку; 5,3 тис. гуртків у закладах загальної середньої освіти та 5,1 тис. гуртків у закладах позашкільної освіти різних спрямувань; 56 шкіл естетичного виховання; 3583 об'єкти культурної спадщини тощо³⁸. З розрахунку на 100 тис. населення в Києві найбільшу кількість закладів культури становлять музеї (5,12 на 100 тис.) і бібліотеки (4,9 на 100 тис.)³⁹. Найменша концентрація відвідування в мистецьких галереях (0,72 на 100 тис.) та концертних організаціях (0,79 на 100 тис.).

Наявність у місті доступної (фінансово і територіально) та розгалуженої мережі культурних і розвиткових послуг створює умови для розширення переліку можливих форм проведення вільного часу серед молоді.

Проте незадоволений попит на послуги дозвілля може бути однією з причин поширення нарковживання серед підлітків: за відсутності можливостей організації дозвілля молоді більше часу проводить на вулиці з друзями і в ком-

паніях, де можуть бути особи, які вживають наркотики. Переважна більшість респондентів з числа осіб, які вживають наркотики, розповіли, що перший їх досвід був суто соціальним: жага до експериментування була підігріта пропозицією друга або знайомого спробувати певний вид наркотику. За даними дослідження серед ЛВНІ, опитані в середньому почали вживати наркотичні засоби неін'єкційно в 17 років, ін'єкційно – в 20 років (за загальнонаціональною вибіркою)⁴⁰.

За різними джерелами, у Києві існує значна кількість нічних закладів (клубів, барів, стриптиз-клубів тощо) і нараховується 128 нічних закладів (з них – близько 30 власне нічних клубів⁴¹), 45 закладів активного відпочинку (картинг-клуби, пейнтбольні та більярдні клуби тощо)⁴². Протягом останніх років у Києві сформувалась нова культура нічних вечірок, відмінною рисою яких стало зосередження на електронній танцювальній музиці⁴³. У 2014–2018 рр. відкрито значну кількість нічних клубів контркультурної спрямованості – так звані техно-, рейв- та EDM клуби та вечірки. Такі місця належать до категорії місць з потенційним вживанням наркотиків, проте відсоткова поширеність споживання ПАР на вечірках електронної музики або серед відвідувачів нічних клубів у цілому досліджена не була.

Як зазначив експерт з числа працівників правоохоронних органів, «собственники ночных клубов в большей степени сами препятствуют распространению на территории клуба наркотических веществ. Потому что это напрямую грозит закрытием клуба непосредственно. Но обыскать каждого до такой мелочи они тоже не могут физически. ...Кто-то может перед клубом употребить, чтобы ему там в клубе было хорошо. Кто-то может занести с собой в клуб, и в клубе

употребить. Но вот мы ввиду опыта работы больше все-таки убеждены, что очень редко, когда администрация клубов непосредственно знает, что у них на территории может находиться наркотик».

Таким чином, Київ має характерні особливості столиці в порівнянні з країною у цілому. Місто є привабливим для проживання, навчання та працевлаштування (зокрема, тимчасового), а також для туризму та розваг. Це впливає на більш високу концентрацію представників ключових груп серед загального населення міста. Найчисельнішу ключову групу становлять ЛВНІ з найвищим рівнем поширення ВІЛ (22,6%) серед всіх ключових груп. Варто зазначити, що така важлива складова епідеміологічного нагляду щодо ВІЛ, як ситуація з поширеністю інфекції серед статевих партнерів представників ключових груп, не враховується через відсутність системних досліджень.

³² Українське суспільство: моніторинг соціальних змін. Вип. 5 (19). Київ: Інститут соціології Національної академії наук України, 2018. С. 495.

³³ Українське суспільство: міграційний вимір: нац. доповідь. Київ: Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2018. С. 151

³⁴ Кількість зареєстрованих ВПО станом на 13 квітня 2020 р. Міністерство з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій. 2020. URL: <https://mtot.gov.ua/ua/kilkist-zareestrovanih-vpo-stanom-na-13-kvitnja-2020-r>

³⁵ Так само.

³⁶ Аналітична записка щодо ситуації на ринку праці та діяльність Держаної служби зайнятості у 2019 році. Державний центр зайнятості. 2020. URL: <https://www.dcz.gov.ua/analitics/67>

³⁷ Панченко Д. Безробіття в Києві за рік зросло у 2,7 рази – Київський центр зайнятості. УНН. 2020. URL: <https://www.unn.com.ua/uk/news/1873442-bezrobittya-v-kiyevi-za-rik-zroslo-u-2-7-razi-kiyivskiy-tsentr-zaynyatosti>

³⁸ Програма економічного і соціального розвитку м. Києва на 2021–2023 роки (проект). Київ: Виконавчий орган Київської міської ради, 2020. URL: https://docs.google.com/viewer?embedded=true&url=https://dei.kyivcity.gov.ua/files/2020/8/17/proiet_Hrogramu_SER_na_2021_2023_roki.pdf

³⁹ Звіт щодо опрацювання даних для міст Дніпро, Київ, Львів, Одеса, Харків апробаційного дослідження «Індекс культурного та креативного потенціалу міст України». Київ: Аналітичний центр CEDOS, 2018. 20 с.

⁴⁰ Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 21.

⁴¹ Клуби на карті Києва. URL: <https://kyivmaps.com/ua/places?c=club>

⁴² Пейнтбольные клубы Киева. TOPClub. URL: <https://topclub.ua/kyiv/places-pejntbolnye-kluby/>

⁴³ Exploring Ukraine's underground rave revolution. i-D Staff. 2016. URL: https://i-d.vice.com/en_uk/article/y3gzpy/kaia-gerber-photographed-by-mario-sorrenti

РОЗДІЛ 2. КЛЮЧОВІ ГРУПИ ЩОДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08.02.2013 р. № 104, до переліку ключових груп щодо інфікування ВІЛ належать:

1. Споживачі ін'єкційних наркотиків.
2. Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду.
3. Чоловіки, які мають секс з чоловіками.
4. Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків.
5. Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду.
6. Статеві партнери чоловіків, які мають секс з чоловіками⁴⁴.

Згідно з останнім Інформаційним бюлетенем ДУ «Центру громадського здоров'я МОЗ України», в Україні значно переважає статевий шлях передачі ВІЛ – станом на 2019 р. він становив 73,6% серед нових зареєстрованих випадків інфікування (71% – гетеросексуальний, близько 3% – гомосексуальний⁴⁵. Друге місце серед шляхів передачі посідає парентеральний (внутрішньовенний) – 26%. Частина ЛВНІ серед нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції за 2019 р. у м. Києві склала 25,4%⁴⁶, за 2018 р. вона дорівнювала 27%⁴⁷, за 2017 р. – 33,6%⁴⁸. Досліджуючи динаміку зміни основних шляхів передачі ВІЛ з 1999 р. і дотепер, автори бюлетеню розділяють епідемію ВІЛ в Україні на два періоди – до 2008 р., коли переважав ін'єкційний спосіб передачі ВІЛ серед ВІЛ-позитивних ЛВНІ, і після 2008 р. (сьогочасну), коли основним способом інфіку-

вання ВІЛ серед групи ЛВНІ та їх оточення є статевий⁴⁹. Таке розділення найчастіше пояснюється активізацією роботи програм з профілактики передачі ВІЛ та зменшення шкоди від вживання наркотиків, що дозволило знизити поширення ризикованих практик, пов'язаних парентеральним шляхом передачі ВІЛ-інфекції.

Станом на 2017 р., поширеність ВІЛ серед ЛВНІ в Києві становила 26,3%⁵⁰. Водночас поширеність ВІЛ серед РКС становила 6,9%⁵¹, серед ЧСЧ – 7%⁵².

Особи, які вживають наркотики ін'єкційно та їх статеві партнери

Наявні **статистичні дані** щодо кількості споживачів наркотичних засобів у м. Києві дещо відрізняються залежно від джерела.

Згідно з даними, наданими Київською міською наркологічною лікарнею «Соціотерапія», за 2019 р. 9457 осіб звернулися за отриманням послуг стаціонарного лікування, 7133 з них (що становить 75,4%) звернулись вперше. За той самий період лікарня відповіла на 6243 виклики швидкої медичної консультативної наркологічної допомоги. За даними цього джерела, станом на 2019 р. у м. Києві 8556 осіб перебуває на обліку як такі, що незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, з них 1557 – жінок та 6999 – чоловіків.

Кількість осіб, які перебували на обліку, істотно не змінювалась протягом останніх 5 років – станом на 2015 р. цей показник становив 8633 особи. Проте кількість звернень за отриманням послуг стаціонарного лікування демонструє тенденцію до зростання: за 2015 р.

за такими послугами звернулись 6762 особи (з них 5135 – вперше), за 2018 р. – 11 275 (з них 9134 – вперше) а у 2019 р. – 9457 осіб звернулись за стаціонарним лікуванням у лікарні, 7133 особи з яких звернулись вперше. Докладніше дані за рокам наведено в табл. 2.1.

Відповідно до звітної форми № 32 Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради, станом на кінець 2019 р. в м. Києві 11 140 особам встановлено діагноз розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів (крім алкоголю). Серед них 8210 осіб перебувають на диспансерному лікуванні, а 2930 осіб отримують профілактичне лікування. Найчисельнішу групу становлять особи, які мають розлади психіки

та поведінки внаслідок вживання опіоїдів – 6143 особи (55% від загальної кількості).

З 2016 р. спостерігається зростання кількості осіб з встановленим діагнозом розладів психіки та поведінки внаслідок вживання канабіноїдів – на кінець 2019 р. виявлено 2015 таких осіб, які становлять 18% від загальної кількості розладів внаслідок вживання наркотичних засобів. Кількість осіб, яким встановлено діагноз внаслідок вживання кокаїну та галюциногенів, у 2019 р. склало 27 та 4 особи відповідно. Дещо більше чверті (2951 особа в 2019 р. або 26,5%) можна віднести до так званого змішаного вживання. Докладніше дані наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.1

Статистичні дані Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія», осіб

Показники	Роки					
	2015	2016	2017	2018	2019	9 міс. 2020
Кількість осіб на обліку як особи, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини	8633	8472	8481	8422	8556	8761
Звернулись за послугами стаціонарного лікування	6762	7019	7536	11275	9457	4832
Серед них вперше	5135	5584	5616	9134	7133	(дані відсутні)
Звернулись за послугами швидкої медичної консультативної наркологічної допомоги	5573	6645	7102	6601	6243	3912

Таблиця 2.2

Статистичні дані Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради щодо кількості осіб, яким встановлено діагноз розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів (крім алкоголю), осіб

Розлади психіки та поведінки через вживання:	Роки				
	2015	2016	2017	2018	2019
Наркотичних засобів (загалом)	10 227	10 048	10 371	10 825	11 140
Опіоїдів	6295	6118	6113	6081	6143
Канабіноїдів	1731	1707	1802	1960	2015
Кокаїну	27	27	29	27	27
Галюциногенів	2	4	4	3	4
Кількох наркотичних засобів та психотропних речовин (крім алкоголю)	2172	2192	2423	2754	2951

⁵² Сазонова Я., Дукач Ю. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед чоловіків, що практикують секс із чоловіками, в Україні.

⁴⁴ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» від 08.02.2013 р. № 104.

⁴⁵ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 51. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2020. С. 40.

⁴⁶ Там само. С. 65.

⁴⁷ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2019. С. 73.

⁴⁸ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 49. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2018. С. 90.

⁴⁹ Там само. С. 31.

⁵⁰ Середина Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 151.

⁵¹ Середина Ю., Новак Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед секс-працівників в Україні. С. 130.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», на кінець 2018 р. в м. Києві **оціночна чисельність ЛВНІ** становила 33 700 осіб, майже 10% всієї оціночної чисельності ЛВНІ в Україні (350 300 осіб)⁵³.

Поширеність гепатиту С серед ЛВНІ станом на 2017 р. по Києву становила 78,2%, що вище за загальнонаціональний показник поширеності ВГС серед ЛВНІ (63,9%)⁵⁴. Гепатит С є більш поширеним серед ЛВНІ старшого віку – серед молодих ЛВНІ віком до 25 років поширеність становить 29,8%, а серед споживачів віком старше ніж 25 років – 66,3% (із загальнонаціональною вибіркою). Спостерігається пряма залежність між стажем вживання та поширеністю гепатиту С серед ЛВНІ: серед споживачів з досвідом вживання менше ніж 2 роки гепатит С був виявлений у 28,3% випадків, з досвідом вживання 3–5 років – 44,6%, 6–10 років – 57,5%, і серед осіб, які вживали наркотики ін'єкційно понад 11 років, поширеність гепатиту С була на рівні 71,9% (за загальнонаціональною вибіркою)⁵⁵. Значну статистичну відмінність у поширенні гепатиту С становив вид речовин, що вживались – серед осіб, які споживали опіюди, поширеність гепатиту С становила 68% (вживали лише опіюди) і 66,4% (змішане вживання), в той час як для споживачів стимуляторів рівень поширення захворювання становив 37,7% (за загальнонаціональною вибіркою)⁵⁶.

Підвищений рівень інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами також мають статеві партнери ЛВНІ, які не вживають наркотики. Проте оцінка чисельності представників цієї групи в Україні не проводилась.

Робітники комерційного сексу

Іншою важливою ключовою групою є робітники секс-бізнесу. За даними оцінки чисельності представників ключових груп, чисельність робітників/робітниць комерційного сексу в м. Києві у 2016 р. становила 10 500 осіб⁵⁷, у 2019 р. їх чисельність

зросла до 14 600 осіб, що становило 16,8% всіх секс-робітників країни⁵⁸.

PKC порівняно із загальним населенням мають підвищений ризик вживання наркотиків: станом на 2017 р. 6% PKC зазначили, що мали досвід вживання наркотиків ін'єкційно за останній рік (15% вказали про неін'єкційний досвід)⁵⁹. Ситуація в Києві щодо вживання наркотиків серед PKC є вищою за середню по країні: 9,6% опитаних повідомили про ін'єкційне вживання протягом останніх 12 місяців, 16,7% – про неін'єкційне⁶⁰.

Загальний рівень поширення ВІЛ серед PKC становить 5,2% по Україні та 6,9% по Києву⁶¹.

Важливим компонентом нагляду за епідемією ВІЛ є аналіз біоповедінкових практик серед клієнтів і приватних статевих партнерів PKC. За результатами біоповедінкового дослідження 2014 р., поширеність ВІЛ серед клієнтів жінок комерційного сексу по Україні становила 5%⁶². У Києві цей показник був вищим – 9%. Серед клієнтів жінок комерційного сексу про досвід вживання наркотиків зазначили 26%, а 11% клієнтів вказали, що мали досвід ін'єкційного вживання за останній рік. Досліджень щодо поширеності ВІЛ та ризикованих практик поведінки серед інших статевих партнерів ЖКС не проводилось.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками

Ще одною ключовою групою щодо ВІЛ є чоловіки, які мають секс з чоловіками. Станом на 2019 рік оціночна кількість ЧСЧ у м. Києві була визначена у 32 200 осіб⁶⁴, що становило 17,9% оціночної чисельності цієї групи в країні⁶⁵. Згідно з біоповедінковими дослідженнями, поширеність вживання наркотиків серед ЧСЧ є доволі низькою: 13% мали досвід вживання наркотичних засобів неін'єкційно протягом останнього року, і 0,7% мали досвід ін'єкційного вживання⁶⁶.

Особи, які перебувають у місцях позбавлення волі

Варто також зазначити про поширеність ВІЛ серед групи осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. Серед цієї групи наявний підвищений ризик як інфікування ВІЛ, так і вживання наркотичних засобів. У 2019 р. поширеність ВІЛ серед ув'язнених по Україні становила 8,9% і демонструвала тенденцію до спадання – в 2011 р. поширеність ВІЛ була на рівні 14%⁶⁷. У місцях позбавлення волі поширеність наркотичних засобів є достатньо високою. За результатами дослідження «Вивчення можливостей для впровадження програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах» (2018–2019 рр.), працівники колоній Центрального міжрегіонального управління (м. Київ входить до цього управління) зазначали, що від 30% до 90% ув'язнених вживають наркотичні засоби⁶⁸. Самі ж засуджені по-різному оцінюють ситуацію з поширенням наркотиків у місцях позбавлення волі: щодо канабісу, то 51,1% опитаних по всій Україні вважають, що ніхто із засудже-

них не вживає його, в той час як 20,3% вважають, що більшість засуджених вживають канабіс у певному вигляді. Щодо інших речовин, які можуть вживатись у місцях позбавлення волі, дані наведено у таблиці 2.3.

Значна частка засуджених в Україні – це особи, які засуджені за злочини, пов'язані з наркотиками. Злочини у сфері незаконного обігу наркотиків останні роки займають друге місце за поширеністю в Україні серед усіх видів злочинів (включно з адміністративними). Так, у 2019 р. за злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення була засуджена кожна сьома особа – 9633 особи (у 2015 р. – 11 434 особи, у 2016 р. – 9118 осіб, у 2017 р. – 10 878 осіб, у 2018 р. – 10 145 осіб)⁶⁹. Найбільша частка ув'язнених була засуджена за злочини, пов'язані з незаконним виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, перевезенням, пересиланням чи збутом наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 307 КК): у 2019 р. – 53,3% кількості всіх засуджен-

⁵³ Берлева Г., Сазонова Я. Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні». Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна, 2017. С. 45, 60. URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>

⁵⁴ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. С. 62.

⁵⁵ Сазонова Я.О., Салюк Т.О. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп. С. 16.

⁶⁰ Там само; Середа Ю., Новак Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження серед секс-працівників в Україні. С. 130.

⁶¹ Там само.

⁶² Волосевич І., Коноплицька Т., Костюченко Т., Сазонова Я. Аналітичний звіт «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед клієнтів жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2015. С. 63. URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/FSWclients2014ukr.pdf>

⁶³ Там само. С. 63.

⁶⁴ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. С. 62.

⁶⁵ Сазонова Я., Дученко Г., Ковтун О., Кузін І. Оцінка чисельності ключових груп в Україні. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2019. С. 83. URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf

⁶⁶ Сазонова Я.О., Салюк Т.О. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп. С. 11.

⁶⁷ Відсоток ув'язнених ВІЛ-інфікованих зростає, залежно від кількості строків ув'язнення. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2020. URL: <https://phc.org.ua/news/vidsotok-uvyaznenikh-vil-infikovanih-zrostaє-zalezno-vid-kilkosti-strokov-uvyaznenen>

⁶⁸ Звіт за результатами дослідження «Вивчення можливостей для впровадження програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах». Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». С. 29. URL: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/POSh_report.pdf

⁶⁹ Коляничук О. Засуджені місцевими загальними судами особи та застосовані до них види покарань упродовж 2015–2019 років. Верховний суд. 2020. URL: <https://supreme.court.gov.ua/supreme/pres-centr/zmi/996948/>

⁷⁰ Там само.

⁷¹ Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 152.

⁵³ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. С. 41, 64.

⁵⁴ Сазонова Я.О., Салюк Т.О. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018. С. 8. URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/07/OSNOVNI-REZULTATI_A4_03.02.2020_Cajt.pdf

⁵⁵ Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 80.

⁵⁶ Там само. С. 80.

них за цей вид злочину, у 2018 р. – 62,7%, у 2017 р. – 65,8%, у 2016 р. – 62,3%, у 2015 р. – 61%⁷⁰. За даними біоповедінкового дослідження 2017 р., 47,6% ЛВІН м. Києва перебували у місцях позбавлення волі принаймні один раз впродовж життя. Переважно це особи віком 35 років і старше та особи, які мають великий стаж вживання наркотичних засобів⁷¹.

Таблиця 2.3

**Поширеність вживання наркотичних засобів у місцях позбавлення волі
(на думку самих ув'язнених)*, %**

«На Вашу думку, яка частка засуджених вживає психотропні речовини у місцях позбавлення волі?»	Канабіс для куріння	Вуличний метадон / метадол / трамадол / трамал	Стимулятори для куріння	Галюциногени
Ніхто	51,1	62,9	66,0	78,1
Менше ніж половина	16,8	12,7	15,7	11,2
Половина (50%)	11,7	9,0	8,1	4,8
Більшість	20,3	15,5	10,2	5,9

* Серед осіб, які надали змістовну відповідь.

РОЗДІЛ 3. ТЕНДЕНЦІЇ ЗМІН У МОДЕЛЯХ ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ У М. КИЄВІ

3.1 Наркотрафіки: як наркотичні засоби потрапляють на вулиці міста та канали їх розповсюдження

Процес виготовлення наркотичних засобів і їх надходження у продаж на території України залежить від виду самого засобу. За свідченнями представника Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, канабіс зазвичай є локальним продуктом і вирощується на території України в регіонах з теплим кліматом. Проте організацію вирощування канабісу можливо влаштувати не лише на відкритій ділянці, але й у закритих приміщеннях: гаражах, складах, житлових приміщеннях тощо. Тому виготовлення канабісу відбувається по всій території України.

За даними World Drug Report UNODC 2018 р., основний шлях поставок героїну до Європи є Балканський шлях: вироблений в Афганістані героїн проходить через територію Ірану й Туреччини, і потрапляє в Балканські країни, звідки розповсюджується по країнам Європейського Союзу⁷². У 2016 р. 37% всього героїну та морфіну було вилучено саме в країнах цього шляху (крім вилучень у самому Афганістані). Україна не входить до країн Балканського шляху. Проте вона є частиною південно-кавказького та північного шляхів поставок героїну до Європи⁷³. Опіати з Афганістану через Іран поставляються в країни Південного Кавказу (Азербайджан, Грузія, частково Вірменія), потім доставляється поромами через Чорне море до Болгарії, Румунії та України. З України контрабанда прямує до європейських країн та Росії. Цей шлях не входить до числа найпоширеніших шляхів поставки опіатів до Європи, проте останніми роками набирає обертів, враховуючи активізацію правоохоронних органів Балканських країн і нестабільність у Кавказькому регіоні та Україні.

За даними Головного управління Національної поліції у м. Києві, упродовж 2019 р. ліквідовано 19 міжнародних каналів надходжень наркотиків (у 2018 р. – 11)⁷⁴. Певні види наркотичних засобів традиційно потрапляють на територію України автомобільними шляхами з країн Європи. До таких речовин належать МДМА («екстазі»), кетамін тощо. Проте зазначається, що останнім часом набуло поширення виготовлення таблеток наркотику «екстазі» на території України. Такі наркотичні засоби, як кокаїн, потрапляють до України з країн Південної Америки (переважно з Колумбії).

За свідченнями експертів, лабораторії з виготовлення синтетичних наркотиків є доволі поширеним явищем на території України. Відповідно до даних Головного управління Національної поліції у м. Києві, упродовж 2019 р. виявлено 15 нарколабораторій і 78 місць для незаконного вживання наркотичних засобів. Препарати, необхідні для виробництва певних наркотиків, зазвичай надходять з Росії, Китаю або інших країн Азії. Фахівець Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України повідомляє про практику знаходження необхідних прекурсорів до виробників наркотиків через витоки з вітчизняних підприємств хімічної та фармакологічної галузі. Найпоширенішими речовинами, що виготовляються локально в підпільних лабораторіях, є метадон, речовини амфетамінової групи та «солі». За свідченнями громадських активістів, кристалічний метадон, що розповсюджується на території України, має переважно локальне походження. Амфетамін може як поставлятися з країн Азії, так і виготовляється у локальних підпільних та домашніх лабораторіях, що зумовлено порівняною простотою його виготовлення. «Солі», або нові психотропні речовини (мефедрон, альфа-ПВП), найчастіше надходять в Україну з Китаю або виготовляються локально. Як зазначає В. Сафонов, заступник начальника Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, карантин, оголо-

⁷² World Drug Report: Analysis of Drug Markets. UNODC. 2018. С. 16. URL: <https://www.unodc.org/wdr2018/>

⁷³ EU Drug Markets Report. EMCDDA. 2019. С. 115. URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12078/20192630_TD0319332ENN_PDF.pdf

⁷⁴ Звіт заступника Голови Національної поліції України – начальника Головного управління Національної поліції у м. Києві генерала поліції третього рангу Андрія Крищенка за 2019 рік. 2019. С. 10. URL: https://kyiv.pnu.gov.ua/assets/sites/kyiv/%D0%97%D0%92%D0%86%D0%A2_%20%D0%93%D0%A3%D0%9D%D0%9F%20%D0%9A%D0%B8%D1%97%D0%B2_2019_compressed.pdf

шений у зв'язку з епідемією хвороби Covid-19, вплинув на закордонні поставки нелегальних речовин, а тому дав поштовх для більшого розвитку локального виробництва.

У 2019 р. поліція Києва ліквідувала 80 міжрегіональних каналів надходження наркотичної сировини до міста, за вісім місяців 2020 р. – 52 міжрегіональних канали постачання наркотиків до столиці⁷⁵.

Найпоширенішими каналами розповсюдження наркотиків є інтернет-магазини – методом так званих «закладок» (заздалегідь обумовлені місця, де залишають покупцю згорток з наркотиком). За даними Національної поліції України, у 2019 р. припинено діяльність 32 інтернет-магазинів з розповсюдження наркотиків. За 8 місяців 2020 р. закрито 15 інтернет-магазинів з продажу наркотиків⁷⁶. Про масштаби торгівлі наркотиками можна судити з інформації щодо закриття у березні 2020 р. найбільшої в Україні мережі інтернет-торгівлі наркотиками та лабораторію, де щомісяця виготовлялося до 100 кілограмів психотропних речовин. Інтернет-магазини працювали на інтернет-платформах оголошень і месенджерів. Під час затримання організованої злочинної групи вилучено близько 300 кг наркотичних засобів і понад 2 т прекурсорів вартістю 110 млн грн⁷⁷.

Розповсюдження наркотичних засобів через інтернет-магазини методом «закладок» за останні 5 років стало основним каналом збуту наркотиків на рівні міста. Цей спосіб забезпечує анонімність як розповсюдженню, так і особі, яка купує речовини. Зазвичай такий спосіб купівлі наркотиків не передбачає особистого контакту між продавцем і покупцем. Продавець і клієнт контактують он-лайн, найчастіше через месенджери, домовляючись про об'єм і вид речовини. Оплата здійснюється через систему криптовалютних платежів, що ускладнює відслідковування шляху грошових надходжень. Після оплати адміністратор магазину надсилає географічні координати закладки покупцю. Іноді покупець може обирати район міста, де йому буде найзручніше забрати товар. Закладка найчастіше представляє

собой згорток паперу, пакета або іншого пакування, всередині якого захований сам наркотичний засіб. Також можливі модифікації до такої схеми розповсюдження наркотиків: наприклад, оплата може бути здійснена через банківський переказ через банківські термінали, проте така форма оплати є більш ризикованою для розповсюджувачів. Також експерти зазначають, що доставка товару може здійснюватись через поштові служби, зокрема, «Нову пошту», проте це також пов'язано зі значними ризиками як для продавця, так і для отримувача.

Як відмічає один з респондентів з числа споживачів наркотиків, значною перевагою купівлі наркотичних засобів через месенджери є впевненість у тому, що він отримує саме ту речовину, яку замовляв. Для підвищення рейтингу та рівня довіри до певного інтернет-сервісу з реалізації наркотиків, існують спеціальні форуми й онлайн-обговорення, де клієнти сервісу можуть ділитись відгуками щодо зручності роботи сервісу та якості речовин, які сервіс розповсюджує. Деякі респонденти навіть повідомляли про практику «тестування» речовин: при створенні нового сервісу його власники надають пробники різних речовин спеціальним особам («тестувальникам») для написання відгуку щодо якості речовин і популяризації сервісу. Таким чином, сервіс з розповсюдження наркотиків формує свою репутацію, клієнтську базу та рейтинг серед користувачів.

При всіх перевагах анонімності купівлі наркотичних засобів через інтернет, особистий контакт між споживачем і дистриб'ютором все ще залишається більш сталим способом отримання наркотиків через вищий рівень персональної довіри між сторонами угоди. Поширеність купівлі наркотиків через закладки може бути також регіональною особливістю Києва – за даними біоповедінкових досліджень, станом на 2017 р. лише 30,1% ЛВНІ по всій Україні купували наркотик способом закладок, в той час як 52,8% все ще користувались послугами дилерів. Респондентка з числа ЛВНН відмічає, що поширеність різних

способів купівлі наркотиків може відрізнятись також за різновидом речовини: за її спостереженнями, психоделічні наркотичні засоби частіше купують через дилерів/знайомих, а стимулятори різного типу – через закладки.

Збут наркотичних засобів безпосередньо в місцях відпочинку та нічних клубах взагалі не є поширеною практикою розповсюдження наркотиків у м. Києві. Як відмічає В. Сафонов, заступник начальника Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, власники нічних клубів не зацікавлені в поширенні продажу наркотиків на території свого клубу через можливі правові наслідки, зокрема, закриття клубу як місця збуту наркотиків. Власники нічних клубів наймають охорону, що на вході перевіряє відвідувачів на предмет наявності незаконних речовин і слідкує за тим, щоб на території закладу не відбувалось їх розповсюдження. Проте забезпечити повну відсутність наркотиків на території будь-якого закладу неможливо.

3.2 Наркотичні засоби, що вживаються населенням міста та їх доступність

Поширеність вживання та доступність

Основною проблемою оцінки розповсюдження наркотичних засобів на території України є відсутність комплексної оцінки рівня наркоспоживання серед загального дорослого населення. Єдиними джерелами отримання інформації щодо типів речовин, що вживаються жителями України у цілому та м. Києва зокрема є дані щодо оціночної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків та опитування учнівської молоді в рамках міжнародного проєкту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних засобів – ESPAD» (далі – ESPAD), яке проводиться

з 1995 р. За даними останньої хвилі дослідження, в 2019 р. 18% опитаних підлітків в Україні повідомили про те, що вони хоча б один раз в житті вживали який-небудь наркотичний засіб (серед хлопців – 17,9%, серед дівчат – 18,1%). В Україні 8,7% підлітків віком 14–17 років мають досвід вживання марихуани протягом життя: 10,7% серед хлопців та 6,8% серед дівчат. Досвід спроби вживання наркотичних засобів збільшується з віком та більш поширений в обласних центрах. Вживання наркотичних засобів найбільше поширено серед учнів/студентів закладів професійно-технічної освіти.

У м. Київ серед опитаних учнів найпоширенішим є вживання марихуани або гашишу (канабісу) – 15,5% хоча б один раз протягом життя мали такий досвід – за дослідженням ESPAD у 2019 р. (табл. 3.1).

Максимальна оціночна чисельність осіб, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВНІ) в Україні становить 366 000 осіб (з урахуванням м. Севастополь та непідконтрольних територій Донецької й Луганської областей)⁷⁸. За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», на кінець 2018 р. оціночна чисельність ЛВНІ в Україні становила 350 300 осіб, у м. Києві – 33 700 осіб⁸⁰. За результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні», яке було здійснено МБФ «Альянс громадського здоров'я» в 2017 р., чисельність ЛВНІ в м. Києві становить 34 600 осіб (кількість осіб, які перебувають на Д-обліку – 8288). Крім того, за даними 2018 р., у Києві зафіксовано найбільший відсоток передозувань наркотичними засобами: 46% – протягом життя, 14% – протягом останніх 12 місяців.

Певну інформацію щодо поширеності вживання різних наркотичних речовин надає Звіт

Таблиця 3.1

Розподіл відповідей на запитання: «Скільки разів (якщо таке траплялося) ти вживав(ла)... протягом життя?» (м. Київ), N=413, %

Назва наркотичного засобу	Не вживали	Вживали хоча б один раз протягом життя
Марихуану або гашиш (коноплю)	84,5	15,5
Амфетамін	95,4	4,6
Екстазі (MDMA)	96,9	3,1
Кокаїн	97,3	2,7
Метамфетамін	97,6	2,4
Крек	97,8	2,2
Героїн	97,8	2,2

⁷⁵ Там само.

⁷⁶ Там само. С. 11.

⁷⁷ По 100 кіло щомісяця: поліція викрила найбільший в Україні інтернет-магазин наркотиків. Укрінформ. 2020. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-kyiv/2887835-po-100-kilo-somisaca-policia-vikrila-najbilsij-v-ukraini-internetmagazin-narkotikiv.html>

щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України»: станом на кінець 2018 р. по всій Україні під медичним наглядом через розлади психіки від вживання ПАР перебували 4663 особи, які вживали канабіс, 40 осіб, які вживали кокаїн, та 1557 осіб, які вживали інші стимулятори (без специфікації способу вживання)⁸¹. (Докладніша інформація на рівні окермих областей або міст не надається).

Відповідно до даних, наданих Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, наркотичним засобом, який вилучають найчастіше в Києві за останні 5 років, є канабіс – за 9 місяців 2020 р. підрозділи Національної поліції України вилучили 34 кг канабісу. За весь звітний період з 2015 р. саме канабіс лідирує за обсягом вилучення по місту. Друге місце посідає амфетамін: за 9 місяців 2020 р. вилучено рекордні 43 кг цієї речовини. Проте така кількість амфетаміну

вилучалась не завжди: обсяг вилучення за 2019 р. становив майже в 3 рази менше – 19,7 кг, у 2018 р. – 5,8 кг, а в 2015 р. – 4 кг. Таким чином, можна дійти висновку про зростання поширення амфетаміну на території м. Києва за останні 5 років (табл. 3.2).

Як експерти, так і самі ЛВН підтвердили, що такі дані демонструють наявні тенденції: найпоширенішою речовиною для неін'єкційного вживання всі респонденти визнали канабіс. Всі респонденти зазначили популярність стимуляторів амфетамінового ряду, що вживаються переважно інтраназально або перорально (розчинюючи порошкоподібну речовину у воді або у вигляді таблеток), також можуть вживатись ін'єкційно.

Ін'єкційне вживання

Відповідно до біоповедінкового дослідження 2017 р. серед ЛВНІ, у м. Києві половина осіб, які вживають наркотики ін'єкційно, віддає

перевагу вживанню виключно опіюїдних речовин – про це заявили 53,2% опитаних. Тільки стимулятори ін'єкційно вживають 12,7% опитаних, а 34,1% віддають перевагу змішаному вживанню⁸².

За результатами проведених інтерв'ю, експерти та споживачі поділяють думку щодо найпоширеніших наркотичних засобів, що споживаються жителями Києва. Найпоширенішим наркотичним засобом, який вживається ін'єкційно, всіма респондентами визнано кристалічний (вуличний) метадон – синтетичний представник опіюїдної групи. Ця речовина була визначена як найпоширеніший наркотик, що вживається саме ін'єкційним шляхом у Києві. За даними Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, за 2020 р. вилучено 72 кг метадону з незаконного обігу по всій Україні. По Києву це значення дорівнює 0,35 кг. За свідченнями Департаменту, ацетильований опій, який виготовляється з макової соломки («ширка»), не втрачає своєї популярності: за 9 місяців 2020 р. по Києву вилучено 0,2 кг макової соломки. Проте експерти та самі люди, які вживають наркотики ін'єкційно, вказують на зменшення популярності цього опіюїду через часову та ресурсну затратність процесу його приготування. Респондент з числа споживачів наркотиків опіюїдної групи пояснює популярність метадону в порівнянні з «ширкою» тим, що метадон є більш сильнодіючою речовиною: його потрібно менше для досягнення кращого ефекту, що робить його більш економічно вигідним для споживачів.

Переважає метадону над маковою соломкою в обсягах вилучених речовин на території Києва прослідковується протягом всіх останніх 5 років, що підтверджує свідчення ЛВНІ про зростання популярності метадону протягом останніх 7–10 років. Проте, за результатами Інтегрованого біоповедінкового дослідження (IBBS) серед ЛВНІ, станом на 2017 р. 67,3% опитаних ЛВНІ по всій країні протягом останнього року вживали саме екстракт опію

в рідкому стані, метадон же вживався лише 30,9% опитаних. Вуличний метадон є більш популярним серед вікової групи 25–34 роки, в той час як популярність рідкого екстракту опію збільшується відповідно до віку ЛВНІ⁸³. Такий розподіл підтверджує і респондент цієї оцінки віком 44 роки. За його словами, старші споживачі більш схильні до вживання «класичних» опіюїдів, серед яких «ширка» і героїн. Метадон почав поширюватись серед населення України порівняно недавно, тому зацікавив більш молодих споживачів. Крім того, варто зауважити, що, за свідченнями експертів, метадон переважає за обсягами поширення у великих містах, зокрема, в Києві. Тому ситуація з переважанням вживання екстракту опію у загальнонаціональній вибірці може бути нерепрезентативна щодо ситуації саме в Києві.

Крім кристалічного метадону, на ринку нелегального поширення наркотичних засобів також з'являється рецептурний метадон. Він поширюється через приватні наркологічні кабінети чи клініки, яких налічується близько 70. Експерти спільноти людей з наркозалежністю дослідили, що протягом 2020 року КП «Фармація» у Києві отоварила 750 000 рецептів на метадон, виданих виключно приватними кабінетами та клініками), за приблизними розрахунками на загальну суму 3.8 мільйона доларів США⁸⁴.

Як зазначали респонденти, медичний метадон покликаний знімати абстинентний синдром («ломку») та не має ейфорійної дії. Споживачі або розповсюджувачі можуть проводити додаткові лабораторні маніпуляції, додаючи до медичного метадону такі хімічні речовини, як сонати, бензодіазепіни тощо для надання суміші додаткової психоактивної дії. За словами респондентів з числа ЛВНІ, які зустрічали таку практику, комбінація цих препаратів допомагає отримати ейфорійні відчуття від вживання медичного метадону і посилити дію вуличного метадону. Така суміш найчастіше вживається ін'єкційно у вигляді суміші, проте поширеною практикою також є послідовне

Відомості про вилучення наркотичних засобів у м. Києві за 2015–2019 рр. та 9 міс. 2020 р., кг

Наркотичні засоби	2015 р.	2016 р.	2017 р.	2018 р.	2019 р.	9 місяців 2020 р.
Канабіс	19	8	17	19	21	34
Амфетамін	4	7	6	5,8	19,7	43
Метамфетамін	–	–	0,01	–	–	0,1
Метадон	1,4	0,4	1,3	2,1	1,8	0,35
Макова соломка	1	0,5	0,06	–	–	0,2
Опій	1,2	1,2	4,6	0,5	0,3	0,01
Героїн	–	0,001	–	–	0,2	–
Кокаїн	0,2	0,7	0,2	0,1	0,3	0,1
НПР	–	–	0,001	0,02	0,1	10
Усього	28	18,2	30	28	44,7	89

*За даними Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України.

⁷⁸ Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2019 року. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2019. С. 11. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna%20otsinka%20sytuatsiyi%20z%20VIL_SNIDu%20v%20Ukraini%20na%20pochatok%202019.pdf

⁷⁹ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. С. 41.

⁸⁰ Там само. С. 62.

⁸¹ Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2019 рік (за даними 2018 року). 2019. С. 11. URL: https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/Zvit_shchodo_narkotychnoi_ta_alkoholnoi_sytuatsii_v_Ukraini_za_2019_rik.pdf

⁸² Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 150.

⁸³ Там само. С. 22–24.

⁸⁴ Презентація «Про усунення бар'єрів доступу людей, які вживають ін'єкційні наркотики, до програми профілактики ВІЛ та зменшення шкоди за кошти Державного бюджету м. Київ», Антон Басенко, програмний менеджер МБФ «Альянс громадського здоров'я», заступник голови Комітету з регіональної політики Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, член Національної ради від спільноти людей з наркозалежністю.

вживання вказаних речовин.

Інших речовин опіоїдної групи (як, наприклад, героїну) за останні 5 років у значущих кількостях зафіксовано не було.

Крім метадону, ін'єкційно також можуть вживатись синтетичні стимулятори амфетамінової групи або з класу так званих «солей», зокрема, альфа-ПВП. Респонденти з числа експертів неодноразово повідомляли про такі практики, проте оцінити поширеність вживання таких речовин ін'єкційно неможливо. Варто зазначити, що полівживання теж поширене серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно. Найпоширенішою речовиною, яку ЛВНІ вживають неін'єкційно, є канабіс (42% ЛВНІ вживали його протягом останнього року⁸⁵). Крім того, поширеним також є вживання амфетаміну у вигляді порошку (31,2% споживачів по всій Україні вживали його протягом останнього року) та кристалічного метамфетаміну (16,9% ЛВНІ по всій Україні)⁸⁶. Серед опитаних у межах дослідження респондентів з числа ЛВНІ, більшість відмітила поширення практики вживання «солей» як ін'єкційно, так і неін'єкційно (куріння чи інтраназально). Така практика може мати регіональні особливості поширення, адже на загальнонаціональному рівні лише 8,9% ЛВНІ заявили про досвід вживання «солей» за 2017 р.⁸⁷ Поширеність «солей» в Києві може бути пояснена статусом (як столиці та великого міста), відповідно, і більш розвинутим ринком психоактивних речовин з більш широкою пропозицією. За свідченнями експертів, найбільше різноманіття на ринку наркотичних засобів спостерігається саме в Києві.

Неін'єкційне вживання

Найпоширенішою речовиною для неін'єкційного вживання всі опитані респонденти називають канабіс, основним методом споживання якого є куріння. За 9 місяців 2020 р. Департаментом боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України вилучено 34 кг канабісу різного походження (як рослини, так і готові до вживання продукти – «шишки»). Зазначено тенденцію зростання популярності стимуляторів амфетамінового ряду за останні 5 років в Києві. Фахівці програм зменшення

шкоди повідомляють про випадки ін'єкційного вживання амфетаміну, проте вони не є масово поширеними серед ЛВН. Стимулятори амфетамінового ряду вживаються як споживачами ін'єкційних наркотиків, так і особами, які не мають досвіду внутрішньовенного вживання. Популярність амфетаміну пов'язують з його низькою вартістю та порівняною доступністю. Респондент з числа ЛВНН стверджує, що амфетамін у Києві вживається переважно як дешевого стимулятора для підвищення тону та продуктивності. Метамфетамін також з'являється на палітрі наркоспоживання міста, проте не має такого широкого розповсюдження.

Значна кількість експертів виказувала занепокоєність тенденцією поширення синтетичних стимуляторів з родини так званих «солей». Найчастіше цей клас наркотичних засобів у наркосцені Києва представлений стимуляторами альфа-ПВП (кристалічна форма) та мефедрон (порошкоподібна форма) – в статистиці Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України вони представлені в групі НПР. Представники групи людей, які вживають наркотики, зазначають, що активне поширення «солей» серед споживачів наркотиків Києва почалось 2–3 роки тому (2017–2018 рр.). Більшість респондентів пов'язують появу синтетичних стимуляторів з розвитком торгівлі наркотиками через інтернет та соціальну мережу Телеграм зокрема.

Тенденція до активного поширення синтетичних стимуляторів або більш широкого класу нових психоактивних речовин (НПР) простежується в Європі з кінця 2000-х років. Згідно з даними Управління ООН з наркотиків і злочинності, між 2008 та 2015 роками більше ніж 600 нових психоактивних речовин виявлено в 102 країнах і територіях. Особливістю класу НПР є мімікрія під існуючі («класичні») наркотики, проте виготовляються засоби з легальних або неконтрольованих прекурсорів. Такі засоби часто можуть мати більш потужну дію, ніж їх «класичні» аналоги, проте бути дешевшими для споживача через порівняну легкість виготовлення та поширення: наприклад, за словами респондента з числа ЛВНН, 1 г «солей» може коштувати близько 150 грн в порівнянні з 300 грн за 1 г класичного амфе-

таміну. Особлива небезпека класу НПР виявляється в тому, що хімічна структура речовин постійно змінюється, щоб пристосуватись до змін у законодавстві країн поширення, а також посилити психоактивну дію речовини. Таким чином, на ринку наркотиків виникають постійно нові речовини, дію та наслідки вживання яких неможливо дослідити за такий короткий період часу.

Групу НПР в Києві також представляють синтетичні канабіноїди («спайси»), що часто мають більш потужну та непередбачувану дію в порівнянні з канабісом рослинного походження. Проте більшість респондентів з числа ЛВНН зазначили, що поширеність синтетичних канабіноїдів стрімко знизилася за останні 10 років.

Менш поширеними, проте також присутніми на наркосцені м. Києва є клас психоделічних речовин, найпопулярнішими з яких є ЛСД («кислота», «марки», «лізер» тощо), псилоцибінові гриби, NBOMe (синтетична психоделічна речовина, що часто продається під виглядом ЛСД) та інші. Респонденти з числа ЛВНН також повідомляли про наявність кетаміну та кокаїну на мапі наркотичних засобів Києва, проте відмічали їх порівняно низьку поширеність.

3.3 Залучення до нарковживання

Всі опитані експерти, як і респонденти з числа ЛВН, назвали основним каналом залучення до нарковживання соціальне оточення. Відповідно до загальнонаціональних даних, станом на 2017 р. абсолютна більшість ЛВНІ віддавали перевагу вживанню наркотичних засобів у компаніях – 91,4% опитаних мали практику вживання в компанії за останні 30 днів. Лише 6% респондентів зазначили, що мали практику вживання з малознайомою особою, більшість надає перевагу друзям або постійному статевому партнеру (90,2% і 19,6% відповідно).

Важливим для аналізу каналом залучення до вживання наркотиків є залучення через статевого партнера. Цей канал також має гендерний аспект: жінки більш схильні до експериментування з наркотичними засобами, якщо їх партнер вживає.

Серед мотивів початкового прийому психоактивних речовин (алкоголю в тому числі) та повторних рекреаційних прийомів всі респонденти зазначали групу соціальних мотивів як найзначущих. До такої групи належать: бажання бути на рівні з однолітками, досягти

певного соціального статусу, пошук нових вражень на рівні референтної соціальної групи. Респонденти з числа ЛВН розповідали, що перший їхній досвід вживання відбувався в компанії друзів чи однолітків, і часто відбувався через пропозицію іншого члена компанії спробувати певні психоактивні речовини. Як зазначають фахівці, переважна більшість осіб, які вживали наркотики, починають вживати саме таким чином. Крім того, експерти зауважують, що пошук нових вражень і бажання експериментів також є значущими мотивами першої спроби наркотичних засобів.

Мотиви продовження рекреаційного прийому ПАР більше різняться за своєю спрямованістю й більше залежать від речовини, що вживається. Значну групу становлять комунікаційні мотиви: полегшення спілкування всередині соціальної групи, зняття психологічних бар'єрів стан особи, що може призвести до формування деструктивних моделей поведінки, зокрема, розвитку залежності. Має місце бути і обернений взаємозв'язок: підтримка всередині родини, довірливі стосунки між батьками і дитиною та комфортний психологічний клімат зменшує ризик розвитку розладів поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин:

«Якщо людина, яка вживає наркотики, має гарну сім'ю і має гарні стосунки, у неї нижчий рівень того, що це вживання переросте у зловживання чи тим паче у залежність» (А. Осипян).

Рівень матеріального забезпечення також має вплив на розвиток синдрому залежності від вживання ПАР, проте такий вплив не є прямим. Недостатній рівень матеріального (фінансового) забезпечення може викликати відчуття дискомфорту та незадоволеності власним соціоекономічним статусом. Неможливість задовільнити базові потреби та оплатити рахунки впливає на загальний рівень стресу та невротичності особи. Людина може вживати психоактивні речовини з метою зниження рівня стресу та напруги, досягнення відчуття комфорту та відходу від повсякденних проблем. Пролонговане перебування в стані стресу разом з комплексом індивідуальних психологічних чинників може формувати у людини звичку постійного вживання психоактивних речовин з метою ескапізму. Проте варто зауважити, що не можна стверджувати, що соціоекономічний статус має прямий вплив на розвиток моделей

⁸⁵ Там само. С. 22.

⁸⁶ Там само. С. 22.

⁸⁷ Там само. С. 23.

зловживання ПАР: особи з високим соціо-економічним статусом також можуть належати до осіб, які вживають наркотики. Проте суттєвою відмінністю є те, що достатній рівень фінансового забезпечення розширює особі доступ до послуг психосоціальної допомоги з метою як профілактики, так і лікування розладів психіки та поведінки, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин. Менш фінансово забезпечені верстви населення мають більш обмежений доступ до якісного лікування залежностей, так само як і психологічної допомоги для формування функціональних шляхів поведінки в стресових ситуаціях і попередження розвитку моделей зловживання наркотичними засобами та алкоголем. Якщо коротко, то цю ситуацію можна пояснити так:

«Грам канабісу чи літр пива коштує менше, ніж сеанс у психотерапевта» (А. Осипян).

3.4 Місця вживання наркотичних засобів і просторова нерівномірність міста

Характерні місця вживання наркотичних засобів у Києві відрізняються за типом речовини та способом вживання. Якщо говорити про ін'єкційне вживання, воно зазвичай відбувається в домашніх умовах – у власному місці проживання або у членів компанії. Водночас практика ін'єкційного вживання в публічних місцях (під'їзди, ліфти, закинуті будівлі тощо) також має місце. У межах цього огляду зробити висновок щодо сегментації (визначення часток) різних типів місць вживання неможливо через обмеженість даних і джерел отримання інформації. Варто зауважити, що за даними опитування ЛВІН у 2017 р. 15% опитаних повідомили про свій досвід проживання на вулиці протягом життя (медіанна тривалість проживання на вулиці склала 5 місяців)⁸⁸.

Для неін'єкційного способу вживання також є диференціація місць вживання залежно від класу (групи) речовини. До класу так званих «клубних» наркотиків належать стимулятори амфетамінового ряду: амфетамін (порошково-ва форма), МДМА (кристалічна форма), «екстазі» (таблетки). За даними Національного інституту з наркотичної залежності США, до класу клубних наркотиків можуть належати також кетамін, похідні барбітурової кислоти («барбітурати») та ЛСД⁸⁹, які, за свідченнями

ЛВНН, не надто поширені для вживання в клубах Києва. Такі наркотики вживаються переважно в нічних клубах, барах і на вечірках; вони більш поширені серед молоді та мають на меті підвищення енергійності, стимуляцію, покращення настрою, досягнення ейфорії. Проте речовини з цього класу можуть вживатись не лише в клубному середовищі. Респонденти повідомляли про вживання стимуляторів типу амфетаміну самостійно з метою стимуляції мозкової активності та підвищення концентрації під час роботи або навчання. Ті респонденти, які вживали МДМА або «екстазі», вказували, що ця речовина переважно вживається в компаніях, не залежно від того, чи місцем вживання є публічний заклад чи приватна вечірка в домашніх умовах.

Психоделічні речовини також найчастіше вживаються в компаніях. Як повідомляють респонденти, для вживання таких речовин характерна підготовка та планування вживання, враховуючи місце, час та учасників. Зазвичай це відбувається в колі друзів, на природі чи в домашніх умовах. Респонденти з числа ЛВНН повідомляли про практику вживання наркотичних засобів (психоделічних) у клубному середовищі, проте самі ніколи не мали такого досвіду.

Просторова нерівномірність вживання наркотиків у м. Києві

Офіційної статистики щодо певного розмежування поширення наркотичних засобів серед різних районів Києва не збирається. Проте опитані експерти погодились, що існують певні тенденції, особливості поширення окремих наркотиків у територіальному просторі міста. Найчастіше це пов'язують із соціоекономічним статусом району та його інфраструктурними характеристиками.

Усі експерти погодились, що ін'єкційне вживання (як метадону, так і «солей») найбільш поширене в так званих «спальних» районах міста: Дарниця, Борщагівка, Харківський масив, Дніпровський, Деснянський, Святошинський райони. Серед них найбільш широко представленим та часто згадуваним районом з найвищим повідомленим рівнем нарковживання був виявлений район Дарниці (для

ін'єкційного вживання) та метро «Лівобережна» (для неін'єкційного вживання). За свідченнями громадських активістів, люди, які вживають наркотики ін'єкційно, обирають віддалені від центру та основних транспортних шляхів райони з метою уникнути контакту з правоохоронними органами. Троєщина та Солом'янський район мають різні типи вживання, поширення яких залежить від локації та демографічної ситуації всередині самого району – там можуть бути поширені як ін'єкційне вживання опіатів та НПР, так і неін'єкційне вживання НПР та стимуляторів.

Центр міста (Шевченківський, Печерський райони) частіше пов'язують з вживанням більш дорогих наркотиків, таких як кокаїн, поширення якого в інших районах міста не зустрічалось.

Подільський район частіше пов'язують з неін'єкційним вживанням клубних наркотиків, психоделічних речовин та НПР.

Вживання канабісу через широке охоплення кола споживачів не було окреслено окремим географічним показником на мапі Києва.

Під час реалізації чергової хвилі інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЛВНН, у 2020 р. МБФ «Альнс громадського здоров'я» разом з партнерськими організаціями провів дослідження «Оцінка чисельності ЛВНН методом унікального об'єкту» в 12 містах України, зокрема, в Києві. У межах дослідження проведено картування точок збору ЛВНН для подальшої роздачі унікальних об'єктів. Процес картування реалізовувався регіональними командами під керівництвом волонтерів з числа ЛВНН, які були зареєстровані через профільні НУО, які надають послуги цій категорії населення. У результаті картування в Києві визначено 141 точку збору людей, які вживають наркотики ін'єкційно. Типізація точок включала:

- аптеки;
- профільні заклади охорони здоров'я: Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, сайти ЗПТ, кабінети «Довіра», реабілітаційні центри;
- точки на аутріч-маршрутах НУО;
- будинки та прибудинкові території: вулиця, двори, гаражі;
- парки, алеї, зони зелених насаджень;
- точки біля магазинів чи торгових центрів;
- кафе та бари;

- місця збуту наркотиків (зокрема, квартири дилерів) тощо.

Результати дослідження очікуються в лютому 2021 р. Проте попередньо можна вказати на те, що переважна більшість точок була виявлена в районі Нова Дарниця, що збігається зі свідченнями респондентів, з якими були проведені інтерв'ю в межах цього дослідження. У центрі міста точок скупчення ЛВНН майже не було виявлено.

Під час рекрутингу респондентів і проведення інтерв'ю в межах цього дослідження представники групи ЛВНН засвідчили низький рівень мобільності в межах міста: велика кількість потенційних респондентів не бажала виїжджати за межі місцевості, в якій вони проживали, для проходження інтерв'ю. Більшість представників ЛВНН, що все ж погодились на інтерв'ю, стверджували, що рідко виїжджають за межі району свого проживання. Респонденти пов'язували це з побоюванням зустрічі з представниками поліції, концентрація яких у центрі є вищою за спальні райони. Це може бути однією з причин пояснення відсутності репрезентації центральних районів міста у дослідженнях ін'єкційного вживання наркотиків. Іншим поясненням можуть бути прогалини рекрутингу: більшість профільних НУО, через які відбувається рекрутинг, розташовані в спальних районах міста, переважну частку їх клієнтів становлять ЛВНН, які мешкають у цих районах. Питання поширеності ін'єкційного вживання в центральних районах міста має бути досліджено детальніше, зокрема, через залучення надавачів профільних послуг, що розташовані в центрі Києва.

3.5 Моделі вживання наркотичних засобів серед населення міста та ризиковані поведінкові практики серед ЛВНН

Ін'єкційне вживання

Усі експерти з числа медичних працівників, фахівців програм зменшення шкоди та громадських активістів зазначили зменшення поширення поведінки, пов'язаної з ризиками інфікування ВІЛ, серед групи ЛВНН за останні 5 років.

Фахівці зазначають, що доступність програм обміну шприців, отримання презервативів та інформаційні послуги фахівців, які працюють з ЛВНН, дозволили зменшити поширення практик використання спільного інструментарію та підвищити загальну обізнаність людей, які

⁸⁸ Там само. С. 20.

⁸⁹ Club Drugs. National Institute on Drug Abuse. 2019. URL: <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/club-drugs>

вживають наркотики, про ризики передачі ВІЛ та вірусних гепатитів. Відповідно до результатів біоповедінкових досліджень серед ключових груп по всій Україні, опублікованих МБФ «Альянс громадського здоров'я», практика використання стерильного інструментарію серед ЛВНІ залишається стабільно високою з 2011 р. і, за результатами дослідження 2017 р., становить 97,4% випадків (за вибіркою м. Києва)⁹⁰. Повторне використання голки або шприца іншої особи більше поширена серед жінок, ніж серед чоловіків (8,2% і 5,3% відповідно по Україні), проте не залежить від рівня доходу. Цей показник значно вищий у межах Києва і становить 11,6%. Практика використання спільного посуду для приготування наркотику показує тенденцію до стрімкого зниження: за даними 2011 р. про таку практику повідомляли 64% опитаних респондентів з числа ЛВНІ, в той час як у 2017 р. цей показник склав 31% (23,6% по Києву). Таке зниження поширеності використання спільного посуду може бути пов'язане зі зміною ін'єкційної наркосцени: ацетильований мак, що готується з макової соломки, почав втрачати свою популярність, в той час як метадон, що реалізується в готовій для вживання формі та не потребує особливих маніпуляцій для приготування ін'єкції, набув широкого поширення. Практика купівлі вже наповненого шприца теж поступово втрачає популярність – у 2011 р. такий досвід мали 58% опитаних респондентів, а в 2017 р. – вже 39% (33,8% по Києву).

Одним з принципів програм зменшення шкоди є попередження вживання наркотиків ін'єкційним шляхом⁹¹. Як було вказано раніше, поширеність гепатиту С корелює зі стажем ін'єкційного вживання⁹². Дослідження Нью-Йоркського університету серед поточних ін'єкційних споживачів і колишніх ін'єкційних споживачів, що перейшли на інші способи

вживання, показало, що поширеність гепатиту С в середньому на 10% є вищою у поточних ін'єкційних споживачів у порівнянні з колишніми⁹³. Схожої кореляції щодо поширення ВІЛ знайдено не було. Тому уникнення та відмова від ін'єкційного вживання може суттєво вплинути на темпи поширення вірусних гепатитів серед осіб, які вживають наркотики.

Проте, за свідченнями опитаних експертів та респондентів з числа ЛВНІ, тенденції до переходу від ін'єкційного вживання до неін'єкційного помічено не було. Експерти вказують, що ін'єкційне вживання є більш економічно вигідним: при внутрішньовенному введенні наркотику ейфорійний ефект досягається найшвидше з найменшим використанням речовини. Крім того, 82% ЛВНІ заявляють, що вважають своїм основним наркотиком препарати опіоїдної групи⁹⁴, які за своїм впливом відрізняються від інших наркотичних засобів: вони діють на опіоїдні рецептори центральної нервової системи, здійснюючи знеболювальну, анестезуючу та, при рекреаційному вживанні у високих дозах, сильну ейфорійну дію⁹⁵. Як було виявлено в межах дослідження, в Києві опіоїди переважно вживаються двома шляхами – ін'єкційно та перорально (у випадку прийому препаратів ЗПТ).

Саме тому зміна форми вживання може відбуватись у межах цих двох шляхів. Респонденти як з числа експертів, так і ЛВНІ, повідомляли про тенденцію переходу ін'єкційних споживачів на ЗПТ, як у межах державної програми, так і через приватні пункти видачі медикаментів. Проте випадки повної відмови від ін'єкційного вживання опіоїдів і перехід на неін'єкційне вживання інших речовин – рідше рідкість, вважає громадський активіст А. Осипян. Практикою, що почала частіше зустрічатись в Києві впродовж останніх 3-х років, є часткова заміна опіоїдних речовин на «солі», які

вживаються через куріння або також ін'єкційно.

Поширення передозування серед ЛВНІ

За результатами біоповедінкового дослідження 2017 р., 27,5% ЛВНІ по всій Україні мали досвід передозування, 5% опитаних пережили передозування за останні 12 місяців. Середній вік першого передозування становить 24,5 роки⁹⁶. Найвищий рівень поширення передозувань за останні 12 місяців мають молодосвідчені ЛВНІ з досвідом ін'єкційного вживання до 2-х років (6,7% в порівнянні з 5% серед ЛВНІ з досвідом від 3-х до 10-ти років вживання). Можна зробити висновок, що передозування частіше трапляється через недосвідченість щодо безпечних доз вживання та способів попередження передозування. Зростання популярності метадону також може впливати на підвищення рівня передозувань через відсутність стандартизованої дози для ін'єкцій, повільність дії та непередбачувані домішки, що можуть входити до складу речовини⁹⁷. Важливо також зазначити поширення ін'єкційного вживання синтетичних психоактивних речовин в контексті передозувань: відповідно до свідчень експертів, специфіка ін'єкційного вживання «солей» передбачає часті ін'єкції речовини – більша частота ін'єкцій на день в порівнянні з опіатними ін'єкційними речовинами, що збільшує ризик передачі інфекцій, зокрема, ВІЛ та ВГС. Крім того, респонденти з числа ЛВНІ, які мали досвід вживання «солей», часто не могли назвати, яку саме речовину вони використовували: найпоширенішим опис – «кристали блакитного кольору». Часто споживач не знає ні складу речовини, що вживається, ні її концентрації. Така ситуація може істотно підвищувати ризик передозувань при ін'єкційному вживанні.

Сексуальні практики ЛВНІ та ризики, що з ними пов'язані

Поширеність використання презерватива під час статевих актів з постійним або

випадковим партнером, з 2013 р. дослідження показує незначну тенденцію до зниження: у 2013 р. 54% респондентів зазначили про використання презерватива під час останнього статевих актів, в той час як у 2017 р. 44% опитаних відповіли, що використовували презерватив. Відсоток використання презерватива під час останнього статевих актів по Києву серед ЛВНІ є нижчим за середньо-український показник і становить 36,2%⁹⁸. У таблиці 3.3 наведено дані щодо використання презерватива з різними типами партнерів у динаміці по рокам (дані наявні лише на загальнодержавному рівні).

Використання презерватива з випадковими партнерами є дещо більш поширеним серед молодшої вікової групи (77% використання під час останнього сексуального контакту серед ЛВНІ віком молодше 25 років і 70,7% використання серед ЛВНІ віком 35–44 роки)⁹⁹. ЛВНІ, які мали досвід отримання профілактичних послуг, частіше використовували презерватив як з постійними, так і з випадковими партнерами, ніж особи, які досвіду отримання послуг не мали (табл. 3.4).

За результатами IBBS 2017 р., 2,9% опитаних респондентів з числа ЛВНІ, які мали сексуальні контакти за останні 3 місяці, заявили про практику групового сексу за останні 90 днів (за загальнонаціональною вибіркою, дані по м. Києву відсутні). Лише 43% з них постійно використовували презерватив у таких практиках¹⁰⁰. За даними моніторингу поведінки ЛВНІ 2015 р. поширення такої практики становило 3,7% серед осіб, які мали сексуальні контакти за останній рік¹⁰¹. Така практика є більш розповсюдженою серед групи молодих ЛВНІ до 25 років і однаково поширеною як серед чоловіків, так і серед жінок. Відслідковується залежність поширення практики групового сексу від речовини, що вживається ін'єкційно: серед споживачів, які вживають лише стимулятори, поширеність такої практики за останні 90 днів становила 4,6%, серед споживачів лише опіоїдів – 2,3%, при змішаному вживанні – 3,4%¹⁰².

⁹⁰ Серета Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 150.

⁹¹ Зменшення шкоди. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2020. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zmenshennya-shkodi>

⁹² Hagan H., Pouget E.R., Des Jarlais D.C., Lelutiu-Weinberger C. Meta-regression of hepatitis C virus infection in relation to time since onset of illicit drug injection: the influence of time and place. *American Journal of Epidemiology*. 2008. Vol. 168 (10). P. 1099–1109. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn237>

⁹³ Don C. Des Jarlais. Transitions from injecting to non-injecting drug use: potential protection against HCV infection. NIH. 2014. P. 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947032/pdf/nihms527853.pdf>

⁹⁴ Серета Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 24.

⁹⁵ Lembke A. Drug Dealer, MD: How Doctors Were Duped, Patients Got Hooked, and Why It's So Hard to Stop. Johns Hopkins University Press. 2016. P. 60, 69, 82.

⁹⁶ Серета Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 34.

⁹⁷ Там само.

⁹⁸ Там само. С. 150

Таблиця 3.3

**Використання презерватива серед ЛВНІ,
що мали статеві контакти за останні 90 днів по Україні, %**

	2013	2015	2017
Використовували презерватив під час останнього сексуального контакту:			
Загалом	54	48	44
З постійним партнером			37
З випадковим партнером			70,6
Завжди використовували презерватив з постійним статевим партнером*	29	26	23
Завжди використовували презерватив з випадковим статевим партнером**	56	47	50

* Серед осіб, які заявили про наявність постійного статевого партнера за останні 90 днів.

** Серед осіб, які заявили про наявність випадкового статевого партнера за останні 90 днів.

Таблиця 3.4

Використання презерватива серед ЛВНІ за останні 90 днів, %

	Завжди використовували презерватив з ПОСТІЙНИМИ партнерами	Завжди використовували презерватив з ВИПАДКОВИМИ партнерами
Мали досвід отримання профілактичних послуг	26,5	53,4
НЕ мали досвіду отримання профілактичних послуг	19,1	47,8

Неін'єкційне вживання

Відповідно до визначення ЮНЕЙДС, люди, які вживають наркотики неін'єкційним шляхом, не належать до ключових груп щодо ризику інфікування ВІЛ¹⁰³. Це зумовлює обмежену кількість досліджень щодо поширення речовин, що вживаються неін'єкційним шляхом, та моделей їх вживання. У більшості випадків такі дослідження проводяться серед цільових груп населення (як, наприклад, опитування ESPAD серед підлітків) або серед ключових груп щодо інфікування ВІЛ (наприклад, вживання наркотиків серед ЧСЧ, РКС або вживання неін'єкційних наркотиків серед ЛВНІ). Такі дослідження ілюструють ситуацію з неін'єкційними наркотиками лише частково та не можуть слугувати джерелом оцінки поширення вжи-

вання наркотиків серед загального населення.

Як і у випадку загальних мотивів початку вживання наркотичних засобів, перший досвід з неін'єкційними наркотиками є соціальним. Зазвичай люди знайомляться із стимуляторами та канабісом в колі друзів, серед яких хтось запропонував спробувати нову речовину. Респонденти з числа ЛВНН зазначили, що пройшов значний період часу між першою спробою вживання неін'єкційних наркотичних засобів і початком вживання самостійно, не в компаніях. Вживання стимуляторів відбувається за якоїсь соціальної нагоди: приватні вечірки (як в приватних квартирах, так і в орендованих приміщеннях), музичні виступи та фестивалі, походи в нічний клуб, інші культурні заходи тощо. Для вживання речовин класу психо-

деліків характерні приватні вечірки в більш вузькому соціальному колі, в приватних квартирах або на природі. Проте респондентами повідомлялись також випадки вживання психоделічних речовин у клубному середовищі.

Рекреаційні моделі вживання неін'єкційних речовин мають несистемний характер і залежать від соціальної нагоди та колективного рішення кола друзів більше, ніж від особистого бажання людини вжити певну речовину. Респонденти зазначили, що зазвичай вживають стимулятори (амфетамін, певні «солі» – мефедрон тощо) в середньому 2 рази на місяць, ейфоричні речовини (МДМА, «екстазі») – раз на 2–3 місяці, психоделічні речовини (ЛСД, псиhoцибінові гриби тощо) – раз на півроку. Проте така специфікація є абсолютно умовною, адже кожен з ЛВНН респондентів повідомляв, що мав періоди більш активного вживання певного класу речовин, які змінювались між собою.

Інтоксикація та передозування при неін'єкційному вживанні

Респонденти з числа ЛВНН не повідомляли про досвід переживання передозувань від вживання неін'єкційних наркотиків. Проте це може бути пояснено обмеженістю вибірки серед споживачів неін'єкційних наркотиків. Для детального вивчення проблеми передозувань необхідні більш ґрунтовні кількісні опитування серед ЛВНН загального дорослого населення.

Водночас респонденти повідомляли про досвід інтоксикації при неін'єкційному вживанні. Респонденти пов'язували це з недостатністю досвіду та інформації щодо необхідних і «безпечних» для вживання доз наркотику, яких вони потребують для досягнення бажаного ефекту. Зі збільшенням досвіду вживання, кожен з ЛВНН респондентів повідомив про вноормування та поступове зменшення обсягу наркотику, що вживався протягом дня/ночі. Респонденти також відмічали, що за останні 2–3 роки споживачі неін'єкційних наркотиків стали більш обізнаними як щодо «безпечних» дозувань наркотичних засобів, так і щодо їх впливу на організм людини та наслідків для здоров'я. Це пов'язують з розвитком культури вживання – вживання певних неін'єкційних наркотиків (стимуляторів, канабісу, певних психоделічних речовин) демонструє тенденцію

до нормалізації в соціальному дискурсі молоді Києва, а тому розширюється доступ до інформації та обміну досвідом щодо ризикованих практик вживання наркотиків. Всі респонденти з числа ЛВНН відмітили розширення доступу до інформації щодо безпечних практик вживання та інформації про ризики від вживання неін'єкційних наркотиків. Проте респонденти мали труднощі в поясненні безпосередніх причин розвитку інформаційних ресурсів.

Зловживання стимуляторами у респондентів, які повідомляли про такий досвід, виражалось в активному вживанні стимуляторів амфетамінового ряду 4 або більше разів на тиждень протягом принаймні 2-х місяців. Основною метою такої моделі вживання наркотику була стимуляція мозкової та фізичної активності. Проте обидва респонденти, які заявили про такий досвід, змогли припинити активне вживання самостійно без спеціалізованої психіатричної або наркологічної допомоги.

Хімсекс та інші ризиковані сексуальні практики серед споживачів неін'єкційних наркотиків

Іншою ризикованою практикою, пов'язаною зі вживанням наркотиків неін'єкційно, є хімсекс (*chemsex*) – сексуальні практики із залученням одного, двох або більше партнерів під дією наркотичних засобів та інших речовин (препаратів), що змінюють свідомість (крім алкоголю)¹⁰⁴. Ґрунтовних досліджень щодо поширення та практик хімсексу серед загального населення в Україні відсутні, проте існують дослідження про поширеність певних практик і наркотиків, пов'язаних з хімсексом серед когорти ЧСЧ. Такі дослідження дозволяють розглянути типові практики хімсексу, проте не дозволяють оцінити поширеність таких практик серед загального числа людей, що вживають наркотики неін'єкційно.

Практики хімсексу не є новим трендом серед людей, які вживають наркотики: опитані експерти зазначали, що секс під впливом наркотичних засобів мав місце з появою «клубних» наркотиків в Україні. Проте саме поняття хімсексу виникло порівняно недавно, що зумовило підвищений інтерес фахівців профілактичних програм і громадських

⁹⁹ Там само. С. 39.

¹⁰⁰ Там само. С. 45.

¹⁰¹ Барська Ю.Г., Сазонова Я.О. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. С. 44. URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2015/09/monsinn.pdf>

¹⁰² Серета Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 46.

¹⁰³ New HIV infections increasingly among key populations. UNAIDS. 2020. URL: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200928_new-hiv-infections-increasingly-among-key-populations

активістів до цієї теми. Проте, як дослідження ГО «Альянс.Глобал» щодо практик хімсексу серед ЧСЧ, так і опитані в межах цього дослідження респонденти погодились, що культура хімсексу за останні 5 років демонструє тенденцію до поширення та популяризації¹⁰⁵. Дані щодо поширеності практик хімсексу серед загальної популяції ЧСЧ в Україні в динаміці за останні 5 років відсутні. Проте, відповідно до опитування ЧСЧ, які вживають наркотики та мали сексуальні контакти з чоловіками за останні 6 місяців, поширення вживання наркотиків під час сексу становить 94% (25% – вживання наркотиків під час більшості сексуальних контактів, 28% – в половині випадків, 25% – інколи, 16% – зрідка)¹⁰⁶.

Серед основних мотивів вживання наркотичних засобів перед чи під час сексуальних практик є ескапізм, бажання соціальної та сексуальної розкутості, подовження тривалості сексу та підвищення інтенсивності відчуттів¹⁰⁷. З проведених інтерв'ю в межах цього дослідження, можна зробити висновок, що такі мотиви є актуальними не лише для групи ЧСЧ, а і для гетеросексуальних практик хімсексу.

Основними речовинами, що вживаються в практиках хімсексу, були названі стимулятори (амфетаміни, «солі» – мефедрон), поперси, МДМА (а також «екстазі» як таблетована форма МДМА), ЛСД, оксibuтират; менш поширеними – кокаїн (зокрема, через його високу вартість і низьку доступність). Віагра та інші медичні препарати підвищення потенції, метамфетамін, кетамін, опіати¹⁰⁸. Вибір речовини, що вживається під час сексуальних практик, продиктований співвідношенням дії речовини й основних мотивів власне вживання наркотику перед та під час сексу. Таким чином, найпоширенішими речовинами є ті, що подовжують тривалість статевого акту, підвищують сексуальний потяг та інтенсивність відчуттів.

Щодо місць практики хімсексу, найпоширенішою опцією є власне житло або житло партнера. Проте існують й інші опції

поширеність яких залежить від належності до певної соціальної групи. Про практику хімсексу в гей-клубах та дискотеках заявили 58% опитаних, в звичайних нічних клубах – 46%, в гей-секс-клубах – 23%, по 11% в гей-кафе/барах та звичайних кафе і барах¹⁰⁹. Саме вживання наркотиків і сексуальні практики в публічних місцях (нічних клубах, барах тощо) становлять найбільший ризик щодо інфікування ВІЛ та залучення нових людей до таких практик. Респондентка з числа ЛВНН зазначила про поширеність практик хімсексу в так званих «даркрумах» в клубах, що орієнтуються не лише на цільову аудиторію чоловіків, які мають секс з чоловіками. Даркрум зазвичай представлений приміщенням з окремими відділеними частинами, мінімальним освітленням або повною відсутністю будь-якого освітлення. Такі приміщення обладнані спеціально з метою забезпечення місця для сексу в межах нічного клубу, проте також можуть використовуватись для вживання наркотичних засобів, з подальшими сексуальними практиками або без них. Варто пам'ятати, що основним каналом залучення людей до вживання наркотиків є соціальне середовище: саме в місцях зустрічі людей, які вживають наркотики, та осіб, які ніколи не мали такого досвіду, може відбуватись схилення до вживання серед друзів, знайомих, статевого партнера і випадкових людей, які зустрілись у межах простору.

Щодо використання презерватива, лише 26% опитаних ЧСЧ завжди використовували презерватив під час анального сексу під впливом наркотичних засобів, що на 3% є нижчим за показник постійного використання презерватива під час анального сексу загалом¹¹⁰. Складно відповісти, чи використовували вони презерватив під час практик хімсексу, 4% опитаних, в той час як щодо сексу без використання наркотиків цей показник становить всього 1%. Таким чином, можна зробити висновок, що вживання хімічних речовин дійсно впливає на контроль над ситуа-

цією та, зокрема, використання презерватива.

У розмові про хімсекс важливо зауважити також аспект неузгодженого (не усвідомленого одним з партнерів) хімсексу. Мається на увазі підмішування певних наркотичних засобів особі без її (його) відома з метою схилення до сексу. Як вказала респондентка з числа ЛВНН, кілька дівчат з її оточення мали такий досвід, знаходячись в ситуації жертви. Респондент з числа громадських активістів зокрема зауважив, що найбільший ризик примушення до сексуальних практик і згвалтування пов'язаний з вживанням алкоголю. Проте з такою метою також використовуються релаксанти та анальгетики. Зазвичай до так званих *Date rape drugs* (наркотики згвалтування під час побачення) належать транквілізатори, снодійні препарати, а також оксibuтирати та кетамін¹¹¹. Поширеність випадків сексуального насильства, вчиненого з використанням наркотичних засобів в Україні досліджена не була.

3.6 Виклики, пов'язані з вживанням наркотичних засобів

Виклики щодо ін'єкційного вживання

Основним викликом для програм зменшення шкоди, націлених на ін'єкційних споживачів, є високий рівень поширення ВІЛ та ВГС серед цієї групи населення. Як було зазначено, основним шляхом поширення ВІЛ в Україні в цілому і в Києві зокрема є статевий шлях, а програми профілактики для ЛВНН переважно націлені на формування схильності до використання індивідуального інструментарію вживання наркотичних засобів. Для відповіді на цю проблему необхідно збільшити охоплення програмними компонентами з профілактики передачі ВІЛ та ІПСШ, зокрема, інформування про шляхи передачі та важливість використання презерватива, дистрибуція предметів індивідуального захисту (не тільки чистих шприців і голок, але й презервативів у достатній кількості), розширення регулярного тестування на ІПСШ, ВІЛ та ВГС.

До нових викликів, які з'явилися у ЛВНН за останні 5 років, долучилась тенденція вживання «солей», зокрема ін'єкційно. Під час інтерв'ю респонденти з числа ЛВНН, які вживають «солі», не могли точно назвати речовину,

яку вони вживали. Найчастіше опис обмежувався кольором та агрегатним станом речовини (наприклад, «кристали блакитного кольору»). Клас наркотиків під вуличною назвою «солі» є малодослідженим не лише в межах України, але й у всьому європейському регіоні в цілому. Вживання таких речовин може призвести до неочікуваних наслідків: психозів, галюцинацій, підвищення сексуального потягу в поєднанні зі станом делірію, внаслідок якого споживач може не усвідомлювати ризикованість власної поведінки (мати незахищений контакт з малознайомими партнерами або кількома партнерами). Тому необхідною є інформаційна кампанія щодо ризиків, пов'язаних з вживанням «солей», а також поширення практики тестування наркотичних засобів перед їх вживанням.

Виклики програм зменшення шкоди щодо неін'єкційного вживання наркотиків

Загально виявленою тенденцією є низька зацікавленість людей, що вживають наркотики неін'єкційно, в отриманні профілактичних послуг. Це може мати декілька причин:

- нерозуміння змісту послуг, що можуть надаватись;
- відсутність досвіду в отриманні будь-яких профілактичних послуг, пов'язаних з вживанням наркотиків або сексуальною поведінкою;
- нерозуміння власних ризикованих практик вживання та їх наслідків.

Викликом програм профілактики інфікування особливо небезпечними хворобами, зокрема гепатитом С, є поширеність використання спільного інструментарію під час інтраназального вживання наркотичних засобів. Дослідження щодо поширеності гепатиту С серед ЛВНН в Україні не проводилось, проте дослідження поширення гепатиту С серед неін'єкційних споживачів в Нью-Йорку, США, виявило, що 4,7% людей, які мали досвід неін'єкційного вживання креку, кокаїну або героїну (інтраназально або через куріння) були інфіковані гепатитом С. Згідно зі свідченнями респондентів з числа ЛВНН, в Києві є досить поширеною практика використання спільно

¹⁰⁴ Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики». С. 9.

¹⁰⁵ Там само. С. 18.

¹⁰⁶ Там само. С. 19.

¹⁰⁷ Там само. С. 45.

¹⁰⁸ Там само. С. 37.

¹⁰⁹ Аналітичний звіт за результатами дослідження 2017 року «Chemsex і вживання наркотиків серед ЧСЧ в Києві: нові виклики». С. 23.

¹¹⁰ Там само. С. 44.

¹¹¹ Date rape drugs. Office on Women's Health in the Office of the Assistant Secretary for Health at the U.S. Department of Health and Human Services. URL: <https://www.womenshealth.gov/a-z-topics/date-rape-drugs>

го інструментарію для інтраназального вживання наркотиків. Одна респондентка згадала про практику поширення наборів для індивідуального інтраназального вживання наркотиків у деяких нічних клубах Києва, що, на її думку, є важливою складовою профілактики поширення інфекцій, зокрема, коронавірусних захворювань.

Внаслідок поширення НПР та «солей» виросла потреба в доступі до ефективної наркологічної допомоги. Респондент з числа практикуючих психологів зазначає, що вживання стимуляторів, зокрема «солей», протягом кількох днів підряд може призводити до маніакально-депресивних станів, психозів, шизофренічних станів та інших розладів, які належать до профілю лікування психіатра. Самі споживачі неін'єкційних наркотиків зазначали вкрай низьку якість психіатричної допомоги в Києві та відсутність доступних послуг у психотерапії для профілактики зловживання та розвитку залежності від вживання наркотичних засобів. Проблеми доступу до цих послуг пов'язані зі стигмою як споживачів наркотиків, так і осіб, які отримують психологічні/психіатричні послуги. Зокрема, респондентка розповідала випадки, коли представники кола її знайомих з числа ЛВНН стикались з вкрай стигматизуючим ставленням з боку медичних працівників державних закладів охорони здоров'я. Водночас у приватних клініках спостерігається набагато нижчий рівень дискримінації осіб, які вживають наркотики. Проте доступ молоді до приватних клінік ускладнюється високою вартістю послуг.

Профілактика інтоксикації та передозувань серед ЛВНН

Значним викликом зменшення шкоди від вживання наркотиків і попередження передозувань є поширення НПР на ринку наркотиків Києва. Такі речовини часто мають невідомий склад і викликають неочікуваний ефект у споживача. Хімічна структура та склад таких речовин постійно змінюється, а тому там можуть з'являтися особливо небезпечні домішки, про наявність яких споживач може і не здогадуватися. Крім того, різні постачальники можуть мати речовини одного виду, проте різної концентрації, що унеможлиблює адекватний підбір доз для досягнення бажаного ефекту та уникнення інтоксикації та передозувань. Вживання таких речовин окремо, а також в комбінації з іншими

психоактивними речовинами (особливо алкогolem) може призводити до серйозної шкоди здоров'ю та, в окремих випадках, летальних випадків. Кожен з опитаних ЛВНН повідомляв про власний досвід вживання наркотиків, який виявився не тим, що було заявлено при купівлі/отриманні від друзів чи знайомих.

Така ситуація стосується всіх видів наркотичних засобів (не лише НПР), які вживаються інтраназально, перорально або ін'єкційно. Саме тому послуги з тестування наркотиків в Києві є особливо актуальною потребою, особливо враховуючи відсутність інших ґрунтовних досліджень щодо речовин, які поширені на території міста, та рівня поширеності вживання серед загального населення. Такі сервіси можуть бути використані не лише в межах програм зменшення шкоди, а також як інструмент вивчення наркоситуації в місті. Тестування наркотичного засобу на його вміст може здійснюватись як в лабораторних умовах, так і більш швидким та економічно вигідним способом – завдяки поширенню колометричних тестів серед споживачів наркотиків.

Під час інтерв'ю як самі ЛВНН, так і експерти зазначали певні потреби щодо профілактичних і лікувальних послуг, що потребують люди, які вживають неін'єкційні наркотики, та які недостатньо забезпечені на рівні соціальної інфраструктури Києва. Основним викликом зменшення шкоди від вживання неін'єкційних наркотиків і експерти, і самі ЛВНН називали обмеженість доступу до інформації щодо профілактики ризикованих практик вживання наркотиків. Зокрема, така інформація має стосуватись практичних навичок попередження інтоксикації та передозування неін'єкційними наркотиками: респонденти потребували перевіреної інформації з надійних джерел щодо допустимих («безпечних») доз вживання певного наркотиків та навичок реагування на випадки інтоксикації/передозування у себе або у друзів/знайомих. ЛВНН наголошували, що така інформація має доноситись у дружній і підтримуючій манері, без залякувань та гіперболізацій. Як позитивний приклад втілення такої практики одна респондентка згадала проєкт МБФ «Альянс громадського здоров'я» – DrugStore – й надала високу оцінку їх діяльності. Проєкт був згаданий як адекватний та ефективний спосіб донесення інформації про зменшення ризиків від вживання наркотичних засобів, що орієнтований саме на молодь Києва. На думку респондентів, інформування

та відверта публічна дискусія щодо вживання наркотиків може знизити рівень стигми ЛВН у суспільстві та покращити доступ до наявних профілактичних і лікувальних послуг.

3.7 Вплив карантинних обмежень на вживання наркотичних засобів

Переважає більшість респондентів зазначила, що карантинні обмеження, які почали діяти в березні 2020 р., не мали впливу на моделі вживання наркотиків у місті та їх доступність. Респонденти з числа ЛВН повідомили, що жодних проблем з поставками або доступом до нелегальних наркотичних засобів у зв'язку з карантинними обмеженнями вони не відчували. Проте деякі тенденції все ж варто зауважити.

1. *Канал отримання наркотиків через закладки укріпився як основний метод збуту наркотичних засобів.*

Респонденти з числа експертів зауважили, що карантинні обмеження вплинули на популяризацію поширення наркотиків через закладки. Такий метод є безконтактним, часто не вимагає від споживача покинути межі власного району для того, щоб отримати наркотики, забезпечує анонімність всім сторонам угоди.

2. *Через обмеження користування громадським транспортом погіршився рівень доступу ЛВН до програм зменшення шкоди.*

З середини березня до кінця травня 2020 р., коли діяли обмеження на користування громадським транспортом, доступ до послуг програм зменшення шкоди, зокрема, видачі ЗПТ, був обмежений для більшості ЛВН. За свідченнями Г. Каландії, завідувача відділенням ЗПТ Київської лікарні «Соціотерапія», в період тотального обмеження руху транспорту, максимальна кількість пацієнтів кабінету ЗПТ була переведена на рецептурну форму видачі препаратів: пацієнт мав змогу отримати запас препарату в розрахунок на 10 добових доз, без потреби щоденного амбулаторного відвідування кабінету. При цьому набір нових пацієнтів не проводився через вимогу обов'язкового стаціонарного обстеження нових пацієнтів, здійснити який в умовах карантину було неможливо. Проте медичний фахівець заявляє, що з серпня 2020 р. кабінет ЗПТ при лікарні «Соціотерапія» повернувся до докарантинних моделей роботи. За свідченнями фахівців програм зменшення шкоди, схожа ситуація з обмеженням доступу до послуг профілактики та лікування відбувалась і для пацієнтів АРТ.

3. *Збільшилась кількість повідомлень про проблематичні моделі вживання наркотиків.*

Деякі фахівці повідомили, що з початком карантину вони почали отримувати більшу кількість повідомлень про зловживання наркотичних засобів серед пацієнтів. Так, завідувач відділення ЗПТ «Соціотерапія» повідомив, що з початком карантину його пацієнти почали частіше вживати наркотичні засоби на додачу до препаратів ЗПТ (перелік таких додаткових речовин може включати канабіс, бензодіазепіни, сонати та ін.). А. Осипян, який наразі є практикуючим психологом, зауважив, що з початком карантину до нього почало звертатись більше людей з проблемами, пов'язаними з вживанням наркотичних засобів. Проте це може бути пояснено збільшенням вільного часу у людей для звернення за отриманням допомоги.

Причини та обставини зміни моделей вживання наркотичних засобів у зв'язку з епідемією хвороби Covid-19 та карантинними обмеженнями мають бути досліджені більш ґрунтовно та масштабно.

РОЗДІЛ 4. НАРКОПОЛІТИКА В М. КИЄВІ

Політика м. Києва у сфері контролю за обігом наркотиків, боротьби з їх незаконним обігом та протидії зловживанню наркотиками відповідає державній політиці в цій сфері та є її складовою. Відповідно до Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 р., наркополітика є сферою відповідальності:

- Міністерства охорони здоров'я України – лікування, профілактика та реабілітація наркозалежних осіб;
- Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками – контроль обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- Міністерство внутрішніх справ України – боротьба з незаконним обігом наркотиків, їх аналогів та прекурсорів, проведення оперативно-розшукових заходів, виконання функцій виявлення, недопущення вчинення та розкриття злочинів;
- Міністерство освіти та науки України – профілактика поширення нарковживання;
- Міністерство соціальної політики України – соціальна реабілітація наркозалежних осіб;
- органи місцевого самоврядування – виконання законодавства у сфері обігу наркотиків та їх прекурсорів на відповідних територіях у межах їх повноважень.

Національний рівень

Центральним органом у сфері формування та забезпечення реалізації державної політики з питань обігу наркотичних засобів, протидії їх незаконному обігу, а також координації діяльності органів виконавчої влади з цих питань була визначена Державна служба України з контролю за наркотиками, а після її ліквідації у 2014 р. – Міністерство охорони здоров'я України.

У Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року акцентується увага на дотриманні основних прав і свобод споживачів наркотиків і зазначено, що державна політика щодо наркотиків

передбачає перехід від кримінально-правового спрямування антинаркотичних заходів до лікувально-профілактичних як найбільш плідних у контексті подолання наркоманії¹¹².

Проте на практиці за ці роки такого переходу не відбулось і фактично головним координатором і виконавцем Стратегії стало Міністерство внутрішніх справ України. Люди, які вживають наркотичні засоби, в Україні на державному рівні все ще розглядаються як злочинці, а не як хворі, які потребують лікування та допомоги. Експерти неодноразово зазначали, що одним з головних бар'єрів для перегляду стратегії боротьби з незаконним обігом наркотиками є криміналізація осіб, які вживають наркотики. За зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту (тобто для власного вживання) передбачається кримінальне покарання аж до позбавлення волі строком до трьох років (ст. 309 КК України). Розміри (невеликі, великі та особливо великі) наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу, встановлюються Міністерством охорони здоров'я України (наказ МОЗ від 01.08.2000 р. № 188). Мінімальний поріг притягнення до кримінальної відповідальності в Україні за зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту є набагато нижчим, ніж у багатьох країнах Європи.

На національному рівні координація діяльності державних органів регулюються нормативно-правовими актами. Так, наказом МОЗ від 08.10.2018 р. № 1833 затверджено порядок надання домедичної допомоги особам при підозрі на передозування опіоїдами, відповідно до якого рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, поліцейські, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги, дозволено застосування антидоту опіоїдів (препарат «Налоксон») особам з підозрою на отруєння опіоїдами¹¹³. Механізм взаємодії Патрульної поліції та закладів охорони здоров'я регулюються постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження

Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду» від 17.12.2008 р. № 1103¹¹⁴.

З метою координації зусиль органів влади, міжнародних організацій та неурядових організацій у питаннях протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2007 р. при Кабінеті Міністрів України створено Національну координаційну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Рада забезпечує виконання Кабінетом Міністрів України функцій Національного координатора з виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні. У 2013 р. була створена Київська міська координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Значну частку членів Національної ради та міської ради становлять представники неурядових організацій.

Місцевий рівень (м. Київ)

У м. Києві реалізують дві міські програми: Міська програма «Здоров'я киян» на 2020–2022 роки (Розпорядження КМДА від 20.12.2019 р. № 2218)¹¹⁵ та Міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки (затверджена рішенням Київської міської ради від 08.12.2016 р. № 538/1542). Якщо програма «Здоров'я киян» (затверджується на кожні 2 роки) не містить пунктів, які стосувалися б медичної допомоги виключно людям, які вживають наркотики, Міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки містить завдання щодо допомоги людям, які ін'єкційно вживають наркотики:

- запобігання поширення ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики;

- забезпечити стійкість програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) для людей, які вживають ін'єкційні наркотики;

- підвищити рівень охоплення людей, які вживають ін'єкційні наркотики, замісною підтримувальною терапією та підвищити стійкість програми, зокрема шляхом: розширення мережі кабінетів ЗПТ та забезпечення їх функціонування за принципом інтегрованої медичної допомоги; впровадження ЗПТ в неспеціалізованих закладах охорони здоров'я (закладах первинної медико-санітарної допомоги, клініко-діагностичних центрах тощо); забезпечити серомоніторинг ефективності ЗПТ шляхом тестування швидкими тестами на ВІЛ-інфекцію ВІЛ-негативних пацієнтів.

Передбачається, що, за результатами реалізації Програми, кількість ЛВІН, які отримали послуги з профілактики ВІЛ, зросте з 22 000 у 2017 р. до 30 000 у 2021 р., а кількість ЛВІН, які отримують ЗПТ – з 1550 у 2017 р. до 1800 у 2021 р.¹¹⁶.

Слід підкреслити, що Міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки була розроблена в рамках ініціативи Fast-Track Cities, яка спрямована на розробку, розбудову та посилення максимально ефективних підходів до виконання програм і використання ресурсів у сфері ВІЛ у містах з високим рівнем захворюваності на ВІЛ з метою досягнення цільових показників 90–90–90 Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) (90% людей, які живуть з ВІЛ, знатимуть про свій ВІЛ-статус, 90% осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, отримуватимуть антиретровірусне лікування, та 90% людей, які отримують

¹¹² Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» від 28.08.2013 р. № 735-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80#Text>

¹¹³ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2014 року № 398» від 08.10.2018 р. № 1833. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1500-18#Text>

¹¹⁴ Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду» від 17.12.2008 р. № 1103. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1103-2008-%D0%BF#Text>

¹¹⁵ Розпорядження КМДА «Про схвалення проекту міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2020–2022 роки» від 20.12.2019 р. № 2218. URL: https://kyivcity.gov.ua/npa/pro_skhvalennya_proyektu_misko_tsilovo_programi_zdorovya_kiyan_na_2020_2022_roki/

¹¹⁶ Рішення Київської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки» від 08.12.2016 р. № 538/1542. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MR161557>

лікування, матимуть тривале пригнічення вірусного навантаження, яке не визначається) та викорінення дискримінації та стигми. Київ приєднався до цієї ініціативи у 2016 р.¹¹⁷

Крім того, в м. Києві реалізується міська цільова програма «Діти. Сім'я. Столиця на 2019–2021 роки». У рамках програми Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді реалізуються «Заходи спеціалізованого формування «Служба соціально-профілактичної роботи» які спрямовані на первинне виявлення проблем осіб, які зловживають психоактивними речовинами, та членів їхніх сімей, надання їм об'єктивної та повної інформації про соціальні установи та організації, спеціалісти яких надають кваліфіковані послуги; забезпечення мотивації та залучення осіб з виявленими проблемами до програм реабілітації та ресоціалізації; формування у клієнтів навичок безпечної поведінки та усвідомлення ризику інфікування ВІЛ, гепатитами В і С, туберкульозом, інформування про можливість проходження консультування і тестування; організація індивідуальної та групової консультативної допомоги особам, які зловживають психоактивними речовинами та членам їх сімей у контексті проблем залежностей, ВІЛ-інфекції, інших соціально небезпечних захворювань¹¹⁸.

У м. Києві до структур, які займаються наркополітикою, належать територіальні підрозділи МВС України, МОЗ України, Міністерства соціальної політики України та Міністерства освіти і науки України. Серед них:

Департамент охорони здоров'я Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) – структурний підрозділ виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Відповідно до Положення, Департамент охорони здоров'я «5.2. Здійснює організаційне і методич-

не керівництво роботи закладів охорони здоров'я з питань надання методичної допомоги та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення на території м. Києва»¹¹⁹.

Департамент освіти і науки виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) – відповідно до п. 5.39. Положення, департамент спільно з органами охорони здоров'я проводить профілактичні акції, спрямовані на запобігання масовим захворюванням, шкідливого впливу на стан здоров'я дітей і створення безпечних умов для учасників освітнього процесу.¹²⁰

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – надання соціальної допомоги людям із залежностями та членам їх родин, забезпечення роботи групи взаємодопомоги та консультації лікарів і психологів. Деякі експерти (2) зазначили неспроможність ЦСССДМ надавати повноцінні послуги людям, які живуть з наркозалежністю. Основним бар'єром надання послуг саме групі людей, які вживають наркотики, стала недостатність кваліфікованого персоналу серед працівників Центру. Зокрема, експерт національного рівня А. Басенко зазначав, що проєкт залучення ЦСССДМ до системи надавачів послуг наркозалежній молоді виявився неефективним через наявність упереджень щодо цільової групи серед працівників Центрів по всій Україні та відсутність досвіду роботи з цією цільовою аудиторією. Працівники Центрів не мали достатніх навичок здійснення аустріч-роботи та ефективної комунікації з представниками групи ЛВН.

Роль правоохоронних органів у формуванні ситуації з наркотиками в м. Києві

Незважаючи на те, що правоохоронні органи не відіграють ключової ролі в напрямі профілактики поширення ВІЛ-інфекції та

вірусних гепатитів, політика діяльності правоохоронців щодо людей, які вживають наркотики, значно впливає на якість життя самих ЛВН. Як було зазначено раніше, кожна сьома засуджена особа за 2019 р. була засуджена за злочини, пов'язані з наркотиками¹²¹. За даними біоповедінкового дослідження серед ЛВН, 47,6% ЛВН по Києву коли-небудь були ув'язнені¹²². В умовах пеналізації осіб, які вживають наркотики, правоохоронні та судові структури відіграють значну роль у житті ЛВН та мають вплив на поширення ризикованих практик: крім безпосереднього ризику ув'язнення, острах зустріти представників поліції також впливає на місце вживання наркотику.

Респонденти, розмірковуючи про особливості наркосцени залежно від району міста, зазначали, що ЛВН обирають більш віддалені, захищені та закинуті місця для вживання з метою уникнення контактів з поліцією.

На рівні м. Києва до правоохоронних органів, які залучені до реалізації наркополітики, належать:

Управління боротьби з наркозлочинністю Головного управління Національної поліції у м. Києві – структурний підрозділ Головного управління Національної поліції у м. Києві, який функціонує у складі кримінальної поліції та забезпечує реалізацію державної політики у сфері протидії наркозлочинності, незаконній легалізації та відмиванню коштів, отриманих від наркобізнесу, запобігання вчинення, виявлення, припинення та розкриття кримінальних правопорушень у сфері незаконного та легального обігу наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів і прекурсорів¹²³. Управління здійснює інформаційну діяльність щодо ризиків початку вживання наркотичних засобів і проводить профілактичні бесіди серед учнів шкільного віку.

Управління патрульної поліції в м. Києві – проводить заходи з виявлення та усунення кримінальних та адміністративних правопору-

шень¹²⁴. У рамках цих заходів патрульні можуть провести огляд осіб, щодо яких виникли підозри у наявності наркотичних засобів. Патрульні поліцейські мають право провести огляд у водія транспортних засобів, щодо яких у поліцейського є підстави вважати, що вони перебувають у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції на місці зупинки транспорту або направити водія до закладів охорони здоров'я. Опитані неодноразово відмічали випадки вимагання хабарів з боку правоохоронних органів, застосування фізичної сили, залучення до торгівлі наркотиками, порушення процесуального кодексу, «приписування» інших адміністративних і кримінальних справ:

«Для них наркомани – это как бы не то, что люди низшего сорта, они сами употребляют там многие, а это возможность заработка. Для офицеров – большого заработка, для обычных ППСников – небольшого».

«Я из Печерского райотдела с допроса уехал в реанимацию. 2 недели я лежал в реанимации, мне выбили зубы полностью, черепно-мозговая третьей степени. 2 недели я лежал в реанимации, скорая забрала меня с райотдела. Мои родители написали в прокуратуру по этому поводу. Пришла бумага, что проведено расследование и абсолютно никаких не обнаружено противоправных действий со стороны милиционеров».

Представник Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України зазначив, що боротьба з розповсюдженням наркотиків через інтернет-канали є найбільшим викликом для правоохоронних органів у боротьбі з незаконним обігом наркотиків.

«Виклики – це інтернет-злочинність, напевно. Це виклик справді. Він серйозний, потужний, тому що, як я вже казав, це анонімність, це дуже тяжкий доволі шлях до документування злочинців саме у цій

¹¹⁷ Ініціатива Fast-track cities. Подолання СНІДу як загрози здоров'ю населення до 2030 року. Стислий виклад. URL: https://health.kievcity.gov.ua/files/docs/Fast-Track_90-90-90.pdf

¹¹⁸ Допомога людям з залежностями (алко/нарко та інші). Мережа центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді м. Києва. URL: <https://ssm.kiev.ua/%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B0-%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D1%8F%D0%BC-%D0%B7-%D0%B7%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%B6/>

¹¹⁹ Розпорядження виконавчого органу Київської міської ради «Про внесення змін до Положення про Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)» від 27.12.2017 р. № 1694. URL: https://health.kievcity.gov.ua/files/2018/1/24/polojenya_do_z.pdf

¹²⁰ Розпорядження виконавчого органу Київської міської ради «Про внесення змін до Положення про Департамент освіти і науки виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)» від 10.07.2020 р. № 1027. URL: <https://don.kyivcity.gov.ua/content/polozhennya.html>

¹²⁰ Колянчук О. Засуджені місцевими загальними судами особи та застосовані до них види покарань упродовж 2015–2019 років.

¹²¹ Середа Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 151.

¹²² Структура Головного управління Національної поліції у місті Києві. Національна поліція. URL: <https://kyiv.npu.gov.ua/about/struktura/struktura/>

¹²³ Наказ Національної поліції України «Положення про Департамент патрульної поліції» від 06.11.2015 р. № 73. URL: http://patrol.police.gov.ua/wp-content/uploads/2016/03/n594-polozhennya-pro-dpp_compressed.pdf

сфері. І ми вживаємо заходів. ...А побутовий прояв розповсюдження наркотиків – він не має такого глобального характеру, як дійсно розповсюдження через інтернет».

Неурядові організації, що працюють з людьми, які вживають наркотики

У м. Києві працює значна кількість неурядових організацій, діяльність яких зосереджена на програмах зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків серед ЛВН та програмах медико-профілактичного характеру. Як засвідчили результати досліджень 2018–2019 рр. у рамках проєкту «Підлітки поза увагою: поліпшення доступу до інтегрованих ВІЛ-сервісних послуг для вразливих підлітків в Україні», підлітки, які вживають наркотичні засоби, та їх родини не довіряють державним структурам. Більший рівень довіри споживачів наркотичних засобів та їх родин до громадських організацій¹²⁵. Діяльність переважної більшості громадських організацій спрямована, насамперед, на надання допомоги в рамках програм зменшення шкоди серед ЛВНІ. Програма зменшення шкоди для неін'єкційних споживачів наркотиків наявна тільки у МБФ «Альянс громадське здоров'я».

Більшість проєктів неурядових організацій щодо людей, які живуть з наркозалежністю, м. Києва реалізуються в контексті подолання ВІЛ/СНІД в рамках ініціативи FAST TRACK CITIES. Ці програми реалізувалися переважно за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) та фонду Елтона Джона. Програми зменшення шкоди, які реалізують неурядові організації, передбачають, зокрема, аутріч-роботу – фахівці організації надають послуги безпосередньо в місцях збору людей, які вживають наркотики. Напрями аутріч-роботи представлені мобільними амбулаторіями, які надають послуги тестування на ВІЛ швидкими тестами, роздачу чистого інструментарію та персональних гігієнічних наборів (чисті шприци, голки, серветки, презервативи), надання інформаційних послуг у місцях збору цільової аудиторії та переадресація для

отримання послуг на базі офісу організації.

Експерти високо оцінюють якість діяльності громадських організацій, і зазначають:

«Громадські організації мають більше зараз експертизи, ніж цілі міністерства. Більші експертизи, більше розуміння, як це може відбуватися. Але міністерство, державні інституції, чомусь постійно йде конфронтація, йде, як це сказати, протиставлення міністерства громадським організаціям. Хоча всі мають працювати разом. Але діалогу немає».

«...Їх діяльність, безумовно, є ефективною, і, по-моєму, більшість клієнтів, які отримують послуги, це звичайно ті, які отримують їх через НУО. І ми можемо точно сказати, що зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ варто розглядати насамперед як позитивний результат того, що ці організації впровадили широкомасштабні профілактичні програми серед цієї ключової групи населення».

Координація роботи урядових та неурядових організацій

На національному рівні координація між державними органами впровадження заходів реалізації Стратегії щодо наркополітики та неурядовими організаціями була оцінена експертами вкрай низько. Серед основних проблем взаємодії фахівці національного рівня зазначили низький рівень залученості представників спільнот ЛВН у процес формування та реалізації заходів щодо наркоситуації в країні.

Водночас взаємодію муніципальних структур і неурядових організацій на рівні міста експерти вважають доволі ефективною:

«Проблема есть в плане, может, потому что присутствует личная дискриминация и стигматизация каких-то чиновников на местах, которые не понимают проблемы зависимости. Думают, что это от безделия человек употребляет наркотики. То есть, невежество, некомпетентность каких-то отдельных людей. Но в целом уже благодаря тому, что много государство сделало для внедрения программы, для самих получателей услуг... Киев просто прогрессивный, и тут больше всего, как бы сказать, знаний, информирования,

больше всего работы сконцентрировано. Поэтому это, можно сказать, передовой регион и показательный. Поэтому в Киеве легко взаимодействовать и с чиновниками разными, и с администрациями государственными».

«Процес скоординований, і на мою думку, ситуація доволі впорядкована. Тому що приклад Covid-19, коли було потрібно безперервно надавати послуги клієнтам, показала злагодженість роботи як неурядових організацій, так і представників місцевої влади, держави тощо... І от через карантинні заходи регулярний моніторинг, діагностика ВІЛ були обмежені. Ще й не працював міській транспорт, і тим не менш, організації доставляли пацієнтам АРВ-препарати, незважаючи на те, що була така складна ситуація. І звичайно, це сталося через домовленості, через погодження, через те, що муніципалітет пішов на поступки і також допомагав».

Таким чином, стратегія і тактика м. Києва у протидії поширенню наркозалежності та наданні допомоги наркозалежним (насамперед, ЛВНІ) здійснюється в рамках міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки, що була розроблена в рамках ініціативи Fast-Track Cities. Особливістю наркополітики м. Києва є активна взаємодія міських органів влади з чисельними громадськими організаціями, які беруть активну участь у програмах зменшення шкоди.

РОЗДІЛ 5. ПОСЛУГИ З ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ, МЕДИКОСОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХО-АКТИВНІ РЕЧОВИНИ

5.1 Профілактичні програми для людей, які вживають наркотичні засоби (ЛВН), та їх партнерів

Профілактика інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами

Програми профілактики інфікування ВІЛ та ВГС серед ЛВНІ зазвичай представлені заходами в межах програм зменшення шкоди: обмін шприців, видача презервативів і спиртових серветок, консультування, тестування на ВІЛ та гепатит С, а також послуги з раннього виявлення туберкульозу. Програма поширюється також на партнерів ЛВНІ. Послуги можна отримати на стаціонарних пунктах, на аутріч-маршрутах, у мобільних клініках та аптеках. За даними МБФ «Альянс громадського здоров'я», протягом 2019 р. в рамках проєктів Глобального фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і малярією та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» в м. Києві 36 747 осіб з числа ЛВНІ отримали мінімальний пакет профілактичних послуг (шприц або голку, презерватив, консультацію). 33 603 ЛВНІ (у проєктах за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і малярією, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та CDC) пройшли швидке тестування на ВІЛ, з них 667 отримали позитивні результати тесту¹²⁶.

Профілактика початку вживання наркотичних засобів

Іншим напрямом профілактичних програм є профілактика початку вживання наркотиків і розвитку моделей зловживання наркотичних засобів як серед загального населення, так і серед груп ризику. Як було зазначено раніше, ін'єкційне вживання пов'язане з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ

¹²⁵ Балакірева О.М., Шевченко С.Л., Жарук І.В., Пурік О.П., Нерубаєва І.О., Двінських Н.О., Воскресенська О.В.

Аналітичний звіт за результатами дослідження в рамках проєкту «Підлітки поза увагою: поліпшення доступу до інтегрованих ВІЛ-сервісних послуг для вразливих підлітків в Україні». Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я», МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід» (AFEW-Україна), 2019. С. 42.

¹²⁶ Профілактичні програми для людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ) та їх партнерів. МБФ «Альянс громадського здоров'я». URL: <http://aph.org.ua/uk/resursy/statystyka/>

та ВГС, тому профілактика початку вживання є важливим заходом стримування темпів поширення даних захворювань. Особливо важливою групою, на яку має бути націлена робота з профілактики початку вживання, є підлітки та молодь. На думку експертів, необхідно розвивати напрям профілактичної роботи серед молоді, особливо на базі закладів освіти (шкіл, коледжів, ЗВО). Важливим є те, що вона має ґрунтуватися не на залякуванні, а на інформуванні щодо можливих наслідків і ризиків для здоров'я.

Однією з найефективніших стратегій зниження кількості нових ЛВНІ є стратегія «Розірви коло». Така стратегія передбачає розірвання ланцюжка схиляння до першої ін'єкції осіб, які ніколи не мали такого досвіду. Стратегія націлена на роботу з ЛВНІ, які мають у своєму соціальному колі людей (підлітків, молодь), які ніколи не мали досвіду ін'єкційного вживання. У межах такого підходу відбувається навчання ЛВНІ щодо мотиваційного консультування методом «рівний-рівному»: основна ідея в тому, що ЛВНІ ручаються не робити ін'єкцію при людях, які не вживають наркотики ін'єкційно, не робити першу ін'єкцію особі, яка ніколи не мала досвіду ін'єкційного вживання, а також інформувати не-ЛВНІ про ризики ін'єкційного вживання та мотивувати ЛВНІ переходити на неін'єкційне вживання наркотиків. Ця стратегія ґрунтується на судженні про соціальний характер залучення до вживання наркотиків, яка була підтверджена в межах цього дослідження.

Профілактичну роботу проводять і співробітники Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України у м. Києві. Так, у 2019 р. працівники управління брали участь у Всеукраїнській акції «Намалюй життя» та «Намалюй життя в любові – Україна», яка реалізовувалася громадською спільнотою

«Міжнародна антинаркотична асоціація» за підтримки Міністерства молоді та спорту України. Метою таких заходів є роз'яснювальна робота про небезпеку розповсюдження наркотиків і ризики втягнення у протиправну діяльність, пов'язану із наркотиками. У межах акції волонтери та представники правоохоронних органів замальовували написи з рекламою місць збуту наркотиків на фасадах будівель і в громадських місцях¹²⁷.

Профілактика передозувань

Профілактика передозувань серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, переважно орієнтована на надання послуг швидкого реагування при виявленні перших ознак передозування опіоїдами на базі закладів медико-соціального направлення або серед ЛВНІ особисто. Необхідним заходом для профілактики передозувань і зменшення летальності є поширення індивідуальних наборів препарату «Налоксон», що був визнаний найефективнішим і зручним методом профілактики складних випадків передозувань¹²⁸. З 2016 р. ВООЗ включила дистриб'юцію препарату «Налоксон» серед спільнот і навчання щодо його застосування до Консолідованих вказівок щодо профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції¹²⁹.

Програми з роздачі наборів «Налоксон» для індивідуального використання реалізовувались в м. Києві в 2018 р.: роздача таких наборів відбувалась на базі пунктів ЗПТ. Проте з припиненням фінансування проєкту, фахівці пунктів ЗПТ більше не отримували препарату «Налоксон» для безкоштовної дистриб'юції серед споживачів. Наразі особи з числа ЛВНІ можуть купити препарат «Налоксон» за рецептом у межах 150 грн за 1 ампулу, однак препарат наявний не у всіх аптеках.

З метою зменшення ризиків передозування, а також елімінації ризикованих практик вживання наркотиків ін'єкційно, необхідно розвивати напрям створення кімнат безпечного вживання/кімнат зменшення шкоди. Такі кімнати надають чистий інструментарій, комфортні умови, а також допомогу медичних фахівців у разі виникнення ознак передозування та інших непередбачуваних ситуацій. До значних переваг кімнат безпечного вживання належить залучення ЛВНІ до сервісів охорони здоров'я: на базі таких кімнат може здійснюватись переадресація за отриманнями послуг ЗПТ, АРТ, психосоціальної підтримки, лікування інших коморбідних станів і захворювань. За рекомендаціями Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркотичної залежності, кімнати зменшення шкоди допомагають у досягненні важкодоступних груп ЛВНІ (зокрема тих, які живуть на вулиці або в антисанітарних умовах), зменшити рівень вживання наркотиків у публічних місцях, а також є ефективним засобом зниження поширеності ризикованих практик ін'єкційного вживання¹³⁰. Крім основного призначення зменшення кількості летальних передозувань, створення таких кімнат дозволяє залучати людей, які вживають наркотики ін'єкційно, до систем охорони здоров'я та робити їх видимими для фахівців відповідних галузей. Глобальний фонд боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і малярією рекомендує включати розвиток напрямку кімнат безпечного вживання як частину зручних, низькопорогових і неупереджених послуг у межах заявок на фінансування програм зменшення шкоди від вживання наркотиків¹³¹.

Перша в Україні кімната зменшення шкоди була створена у Сумах у 2018 р. За свідченнями експертів, проєкт створення подібної кімнати в Києві наразі не має чіткого плану виконання.

5.2 Програми зменшення шкоди в м. Києві

Основною формою профілактичної роботи для людей, які вживають наркотики, є програми зменшення шкоди (ЗШ). Такі програми спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ і зниження шкоди, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків. У рамках програм зменшення шкоди реалізуються заходи обміну використаних/видачі чистих шприців, тестування та консультування на ВІЛ, отримання антиретровірусної терапії (АРТ); діагностика та лікування туберкульозу, вірусних гепатитів, захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); програми видачі презервативів для людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та їхніх статевих партнерів і програми замісної підтримувальної терапії та інші види лікування розладів, пов'язаних з вживанням наркотиків. Важливою складовою програм зменшення шкоди є покращення доступу до інформації про ризиковані практики вживання психоактивних речовин і незахищених сексуальних практик, а також навчання та комунікація з особами, які вживають наркотики, щодо стратегій зменшення шкоди від вживання наркотиків і щодо безпечних сексуальних практик з метою подальшого поширення інформації серед представників цільових груп шляхом «рівний-рівному». До підходів програм зменшення шкоди можуть також належати адвокація, групи самодопомоги, аутріч-робота тощо¹³².

Експертами (учасниками інтерв'ю) було наголошено на тому, що послуги зменшення шкоди комплексно впливають на покращення ситуації щодо ризикованих практик серед людей, які вживають наркотики, та їх партнерів. Наразі використання чистого інструментарію, презервативів є більш поширеним не тільки завдяки безпосередній фізичній роботі про-

¹²⁷ Звіт заступника Голови Національної поліції України – начальника Головного управління Національної поліції у м. Києві генерала поліції третього рангу Андрія Крищенка за 2019 рік.

¹²⁸ Chimbar L, Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. J Addict Nurs. 2018. Jul/Sep. Vol. 29 (3). P. 167–171. doi:10.1097/JAN.000000000000230. PMID:30180002

¹²⁹ Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organisation. 2016 update. P. 39. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>

¹³⁰ Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. EMCDDA. 2018. URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf

¹³¹ Harm reduction for people who use drugs. The Global Fund. 2020. P. 15. URL: https://www.theglobalfund.org/media/1279/core_harmreduction_infonote_en.pdf

¹³² Звіт заступника Голови Національної поліції України – начальника Головного управління Національної поліції у м. Києві генерала поліції третього рангу Андрія Крищенка за 2019 рік.

¹³³ Chimbar L, Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. J Addict Nurs. 2018. Jul/Sep. Vol. 29 (3). P. 167–171. doi:10.1097/JAN.000000000000230. PMID:30180002

¹³⁴ Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. World Health Organisation. 2016 update. P. 39. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>

¹³⁵ Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. EMCDDA. 2018. URL: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf

¹³⁶ Harm reduction for people who use drugs. The Global Fund. 2020. P. 15. URL: https://www.theglobalfund.org/media/1279/core_harmreduction_infonote_en.pdf

грам зменшення шкоди, але й через потужну просвітницьку роботу організацій, що їх реалізують. Таким чином, інформаційна, консультативна діяльність підвищує обізнаність споживачів щодо можливих ризиків і стимулює їх лояльність до програм зменшення шкоди. Прикладом може слугувати проєкт «DrugStore», що веде онлайн-консультації в чаті, а також має інформаційно насичений сайт, орієнтований на молоду аудиторію. Крім кваліфікованих відповідей на поширені запитання, проєкт надає мапу закладів, де можна отримати медичні послуги, а також веде аутріч-роботу в формі мобільної клініки, що відвідує місця збору молоді, де потенційно може відбуватись вживання наркотиків: музичні фестивалі, концерти, вечірки.

Фахівці програм зменшення шкоди зазначають про те, що в інформаційній діяльності ефективним також є такий спосіб комунікації та консультування споживачів, як PDI (Peer-Driven Intervention). Його суть полягає в тому, що з позиції рівний-рівному споживачі можуть передавати знання щодо ризикованих практик і запобігання шкоди. Один із споживачів переймає цей досвід у фахівців, проходить тестування знань і поширює цю інформацію серед інших споживачів. Така практика забезпечує як поширення необхідних знань, так і прихильність ЛВН до програм зменшення шкоди.

Перші програми зменшення шкоди в Україні почали діяти в 1997 р. на базі БФ «Анти-СНІД» (м. Полтава) та ГО «Віра.Надія.Любов» (м. Одеса)¹³³. За даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», з 2008 р. завдяки програмам зменшення шкоди вдалося зменшити рівень поширення ВІЛ серед людей, які споживають ін'єкційні наркотики, майже вдвічі: з 42% до 22,6% у 2017 р.¹³⁴. У 2018 р. завдяки програмам обміну та видачі шприців було розповсюджено в середньому 57 шприців/голок на одного ЛВН¹³⁵ при середній рекомендованій ВООЗ кількості в 200 шприців/голок на одного ЛВНІ на рік¹³⁶.

За результатами огляду та аналізу підходів і послуг зменшення шкоди для підлітків, які

вживають наркотики, проведеного МБФ «Альянс громадського здоров'я», такі компоненти програм зменшення шкоди, як цільова оцінка способу життя та надання інформації, є порівняно простими та ефективними методами зменшення рівня вживання стимуляторів серед молоді, яка вживає наркотики неін'єкційним шляхом¹³⁷.

У м. Києві програми зменшення шкоди реалізують такі соціальні організації:

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Фонд є провідною організацією, яка у співпраці з органами влади та громадськими організаціями здійснює істотний вплив на епідемію ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та інші соціально небезпечні захворювання в Україні шляхом надання фінансової й технічної підтримки відповідних програм, якими охоплено понад 250 000 найбільш уразливих груп населення¹³⁸.

Серед найбільших проєктів МБФ «Альянс громадського здоров'я» в сфері наркополітики є такі:

- впровадження та поширення замісної підтримувальної терапії (понад 10 тис. клієнтів);
- надання послуг зі зменшення шкоди підліткам, які споживають наркотики в Україні (6 тис. клієнтів);
- комплексні профілактичні програми для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їх партнерів (у рамках програм протидії поширення ВІЛ/СНІДу);
- адвокація реформування наркополітики України та декриміналізація людей, які вживають наркотики¹³⁹;
- зменшення шкоди для неін'єкційних споживачів наркотиків DrugStore, у рамках якого відбувається онлайн-консультування та профілактична робота серед молоді віком 14–24 роки, роздача персональних гігієнічних наборів (до складу входять: презерватив, лубрикант, сервітки, інструментарій для інтраназального вживання тощо), перевірка якості психоактивних речовин (протягом останніх років відбувається шляхом роздачі на фести-

валях електронної музики колометричних тестів (реагентів);

- розроблений пілотний проєкт створення кімнат безпечного вживання.

ВБО «Конвіктус Україна»

У 2006 р. Конвіктус почав реалізовувати проєкти, спрямовані на реінтеграцію в суспільство осіб, які засуджені до альтернативних видів покарань за статтями, що пов'язані з вживанням наркотиків. Організація частково фінансується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за підтримки Центру контролю та профілактики захворювань США¹⁴⁰.

Організація впроваджує такі напрями діяльності:

- молодіжний клуб «STREET POWER» для підлітків, які опинились у важких життєвих обставинах. У клубі можна отримати такі послуги: тестування на ВІЛ, медико-соціальний супровід, участь у тренінгах зі зменшення шкоди від вживання наркотиків, консультації психолога, юриста, участь у цікавих іграх, гуртках і просто корисно провести дозвілля.
- заходи у закладах освіти, що спрямовані на профілактику інфікування небезпечними захворюваннями та формування безпечної сексуальної поведінки.
- проєкт «Поліпшення виявлення випадків ВІЛ-інфекції та доступу до лікування серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики в Україні», який спрямований на розширення лікування ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики та мають ВІЛ-позитивний статус, шляхом ефективного виявлення випадків вірусу імунодефіциту в спільноті та забезпечення соціального супроводу з використанням підходу кейс-менеджменту.

ГО «Клуб Еней»

Громадська організація наркозалежних осіб була створена у 1993 р. Організація працює в напрямі зменшення шкоди від вживання наркотиків, а також інформаційно-просвітницької діяльності¹⁴¹.

Серед послуг організації можна виокремити такі:

- експрес-тестування на ВІЛ, гепатити В і С (зокрема, на базі мобільної амбулаторії);
- перенаправлення для отримання консультаційної психологічно-медичної, соціальної допомоги;
- обмін шприців, безкоштовна видача презервативів, лубрикантів, спиртових серветок, інформаційно-освітніх матеріалів;
- консультування щодо прав і ризикованих практик поведінки осіб, які вживають наркотики або надають сексуальні послуги за винагороду;
- групи взаємодопомоги для ЛВНІ та РКС;
- розробка та впровадження інформаційних кампаній з подолання стигми та дискримінації (зокрема, адвокаційні кампанії: зустрічі та круглі столи з представниками органів місцевої влади, навчання медичних працівників, поліцейських, вчителів з питань стигми та дискримінації, а також на теми залежності та ВІЛ-інфекції)¹⁴².

БО «Дроп Ін Центр»

Цільовими групами організації є люди, які вживають наркотики ін'єкційно, робітники комерційного сексу, люди, які живуть з ВІЛ та клієнти програм ЗПТ¹⁴³.

Організація реалізує програми зменшення шкоди від вживання наркотиків ін'єкційно та надає послуги в цьому напрямі, зокрема:

- обмін шприців, голок;
- роздача дезінфікуючих засобів і засобів особистої гігієни, презервативів;
- тренінги для цільових груп програми зменшення шкоди;
- групи самопомоги для ЛВНІ та робітників/робітниць комерційного сексу;
- надання психологічної та медичної допомоги¹⁴⁴.

Благодійний Фонд «Надія та довіра»

Організація реалізує проєкти, спрямовані на інформаційну підтримку програм зменшення шкоди, розширення доступу ЛВНІ до ЗПТ, підвищення якості ЗПТ та зниження бар'єрів

¹³⁷ Обзор и анализ подходов и услуг в сфере снижения вреда для подростков, употребляющих наркотики. 2015. С. 17. URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/greview_ru.pdf

¹³⁸ Про Альянс. URL: <http://aph.org.ua/uk/pro-nas/>

¹³⁹ Там само.

¹⁴⁰ Конвіктус Україна. URL: <http://www.convictus.org.ua/about/>

¹⁴¹ ГО «Клуб Еней». URL: <https://clubeney.org.ua/services/>

¹⁴² Там само.

¹⁴³ Благодійний фонд «Дроп ін Центр». URL: http://www.socium.kiev.ua/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=55&Itemid=142

¹⁴⁴ Мотылёк. URL: <https://www.motilek.com.ua/>

доступу для жінок, які живуть з наркозалежністю, до послуг зменшення шкоди. Організація переважно фінансується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за підтримки Глобального фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і малярією та інших міжнародних і закордонних партнерів¹⁴⁵.

Серед найбільш значущих проєктів організації варто зазначити:

- Національна гаряча лінія з питань наркозалежності та ЗПТ: надання телефонних та онлайн-консультацій і прийом скарг щодо системи надання послуг ЗПТ в Україні, громадського контролю під час переходу програми ЗПТ на державне фінансування;

- Національна гаряча лінія з питань вірусних гепатитів: надання телефонних і онлайн-консультацій щодо питання лікування вірусних гепатитів в Україні, збільшення обізнаності населення щодо захворюваності на вірусні гепатити;

- Партнерство заради натхнення, трансформації та об'єднання відповіді на ВІЛ: адвокація та покращення доступу до послуг жінок, які живуть з наркозалежністю, організація зустрічей, круглих столів, мобілізація спільноти.

БО «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу»

Організація працює з 1998 р. та працює в напрямі підтримки впровадження загальнодержавних, місцевих і міжнародних програм з протидії поширення ВІЛ/СНІДу та покращення якості життя осіб, які отримують послуги з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції. І хоча серед завдань організації не зазначено власне напрямів, які стосувались б виключно людей, які вживають наркотики, організація вказує людей, які мають залежність від хімічних речовин (зокрема, алкоголю) як основних реципієнтів своїх послуг. Останній звіт з проведеної діяльності датується 2017 р., організація функціонує і досі, проте актуальний список послуг невідомий¹⁴⁶.

- Проєкт «Загальнонаціональна гаряча лінія з питань ВІЛ/СНІД та туберкульозу»: надання послуг інформаційно-психологічного телефонного та онлайн-консультування такими спеціалістами: психолог (цілодобово,

24/7), лікар-інфекціоніст (Пн, Ср, Пт, з 9:00 до 19:00), лікар-фтизіатр (щоденно, з 8:00 до 16:00), юрист-консультант (близько 5 днів на місяць, з 16:00 до 19:00);

- Робота в напрямі покращення доступу до препаратів АРТ, ЗПТ, медикаментів для лікування ко-інфекцій, ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ВГС/ВГВ.

БФ «ВОЛНА» (Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю)

Хоча організація і не надає послуги в межах програм зменшення шкоди напряму, проте виконує не менш важливі функції мобілізації представників спільноти та переадресації до безпосередніх надавачів послуг. Організація працює в напрямі адвокації удосконалення законодавчої політики у напрямі декриміналізації ЛВН, усунення правових бар'єрів в їх доступі до послуг з профілактики, лікування, догляду і підтримки та забезпечення належної якості цих послуг. Організація створила мережу партнерських організацій, метою якого є моніторинг переходу фінансування профілактичних послуг для ключових груп (зокрема, ЛВН) з програм міжнародної підтримки на кошти державного бюджету¹⁴⁷.

До заходів, які здійснює організація, належать:

- Мобілізація спільноти через регіональних представників (зокрема, проведення ініціативних груп, збір та оцінка потреб, координація через соціальні мережі тощо);

- Формування бази контактів партнерських організацій, реабілітаційних центрів, пунктів/програм ЗПТ;

- Послуги адвокації: робота в напрямі декриміналізації ЛВН та зменшення стигматизації й дискримінації людей, які живуть з наркозалежністю, регіональні фокус-групи, залучення експертів і стейкхолдерів, лобювання державного фінансування необхідних послуг для представників КГ;

- Правозахисний та юридичний супровід, правові консультації;

- Участь у регіональних і національних робочих групах та засіданнях.

Новою тенденцією у розвитку програм зменшення шкоди є поширення колометричних тестів для перевірки психоактивних речовин.

Така послуга дедалі більше набуває популярності (як за оцінками експертів, так і за відгуками споживачів, які брали участь в інтерв'ю).

Люди, які вживають наркотики, позитивно оцінюють діяльність програм зменшення шкоди, з поправкою на моменти, які варто покращити. До таких належать: доступність таких програм, як з точки зору інформаційного поширення, так і з позиції фізичного розташування закладів. Варто наголосити на тому, що вибір місця, де вони отримуватимуть послуги, має бути поміркованим, не багатолюдним. В інтерв'ю ЛВНІ зазначали, що на їх досвід користування послугами зменшення шкоди впливало саме те, що заклад розташований у місцях скупчення людей, що може призводити до проявів стигматичного та дискримінаційного ставлення.

5.3 Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ)

Найбільш економічно ефективним методом покращення якості життя людей, які вживають опіоїдні наркотики, є замісна підтримувальна терапія (ЗПТ). Крім того, ЗПТ є ефективним засобом протидії поширення ВІЛ/СНІДу: прийом препаратів ЗПТ здійснюється перорально, препарати відпускаються у формі таблеток або розчинів. Таким чином, прийом ЗПТ виключає ризик інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами через використання нестерильного інструментарію. Контрольована видача опіоїдовмісних препаратів за розробленою медичним працівником схемою з урахуванням індивідуального підходу до психофізичної ситуації пацієнта дозволяє зменшити смертність у результаті передозувань вуличними наркотиками, а також підвищити якість життя пацієнта через встановлення контролю над залежністю¹⁴⁸. Метою ЗПТ є не власне позбавлення від залежності чи припинення вживання психоактивних речовин, а підвищення якості життя пацієнта з залежністю, зменшення шкоди від вживання наркотичних засобів ін'єкційно та зниження навантаження епідемії ВІЛ та захворюваності на гепатит С серед осіб, які вживають опіоїдні наркотики.

В Україні програму ЗПТ розпочали впроваджувати з 2004 р. З 2017 р. в Україні програми ЗПТ реалізується за рахунок коштів Державного бюджету. У 2018 р. на закупівлю медикаментів для ЗПТ було витрачено коштів у розмірі 3 007,7 тис. грн (109,370 тис. дол. США)¹⁴⁹. Станом на початок 2019 р., 79% пацієнтів програм ЗПТ отримують терапію за рахунок державного бюджету¹⁵⁰. Для порівняння, охоплення програмами ЗПТ на початок 2014 р., до забезпечення державного фінансування терапії, складало 8,5 тис. осіб, які споживають ін'єкційні наркотики¹⁵¹. У 2018 р. спостерігався значний приріст нових пацієнтів ЗПТ, зокрема, в м. Києві (+95 нових учасників терапії)¹⁵². Того ж року Київська область мала низький показник приросту нових пацієнтів – всього 1 новий пацієнт за відведений звітний період, що може свідчити про недостатню розвинутість пунктів видачі ЗПТ в Київській області. Водночас опитані в межах цього дослідження експерти зазначали, що доволі поширеною є практика звернення в пункти ЗПТ м. Києва клієнтів з Київської області або суміжних областей. Найчастіше про таку практику повідомлялось у межах діяльності так званих «приватних пунктів ЗПТ»: ЛВНІ звертаються до таких пунктів, отримують рецепт (або декілька рецептів) за спрощеною процедурою та купують відповідний препарат у дозах, що перевищують медичні дози метадону та бупреморфіну. Надалі ці препарати можуть застосовуватись як для особистого вживання, так і для розповсюдження.

До препаратів, що видаються в межах програм ЗПТ, належать: метадону гідрохлорид у формі таблеток (отримує 88,7% пацієнтів), метадону гідрохлорид у формі орального розчину (1,7% пацієнтів) та бупреморфіну гідрохлорид у формі таблеток (9,6% пацієнтів)¹⁵³. Команда пункту видачі ЗПТ типово складається з медичного працівника, психолога та соціального працівника.

Станом на 1.01.2020 р. у м. Києві 1243 особи перебували на програмі ЗПТ, що становить близько 4% від оціночної кількості ЛВНІ по Києву¹⁵⁴ (або 4,5% від тих ЛВНІ, які є споживачами опіоїдів, у т.ч. змішане вживання).

¹⁴⁵ БФ «Надія та довіра». URL: <http://hopeandtrust.org.ua/>

¹⁴⁶ БО «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу». URL: <http://saapf.kiev.ua/ua/start/>

¹⁴⁷ БФ «Волна». URL: <https://www.volna.in.ua/>

¹⁴⁸ ЗПТ. ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». URL: <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt>

¹⁴⁹ Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2019 рік (за даними 2018 року). С. 5.

¹⁵⁰ ВІЛ інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 50. С. 43.

1039 пацієнтів перебували на самостійному прийомі препаратів (1029 пацієнтів отримують препарат на базі закладів охорони здоров'я для самостійного прийому, 10 пацієнтів отримують за рецептом). Серед учасників програми 996 чоловіків, 247 жінок, середній вік учасників програми – 42 роки. За червень – жовтень 2020 р. на програму було прийнято 155 нових пацієнтів, більшість з яких (94 особи, або 60%) прийшли на програму самостійно; кожен третій (52 особи) – з іншого закладу охорони здоров'я; незначна кількість (9 осіб) – направлені НУО. Через правоохоронні органи – жодного за цей період. Серед осіб, які перебувають на програмі ЗПТ у державних закладах охорони здоров'я Києва, 495 мають позитивний діагноз ВІЛ-інфекції (40% пацієнтів), та 854 пацієнти мають гепатит С (69% пацієнтів). Заданими інтерв'ю з експертами, така ситуація пояснюється взаємодією між пунктами тестування на ВІЛ, видачею АРТ препаратів та власне пунктами ЗПТ. Тестування на ВІЛ є необхідною умовою постановки на програму ЗПТ, тому і рівень виявлення ВІЛ серед учасників програми вищий. Станом на жовтень 2020 р., охоплення програмами АРТ серед ВІЛ-позитивних пацієнтів, які отримують ЗПТ в пунктах м. Києва, склала 99,6% (491 з 493 ВІЛ-позитивних пацієнтів отримували АРТ), що значно вище за середній показник охоплення АРТ серед пацієнтів ЗПТ по Україні (87,7%)¹⁵⁵.

За даними дослідження 2018 р. Київ мав низький рівень припинення пацієнтами участі у програмах ЗПТ¹⁵⁶. Про низький рівень вибуття з програм ЗПТ в м. Києві (порівняно з іншими регіонами України) свідчить статистика ЗПТ на сайті ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Так, за жовтень 2020 р. по Києву вибули з програм ЗПТ 22 пацієнти. Причинами припинення участі у програмах

ЗПТ в жовтні місяці стали: для 10 пацієнтів – перехід до іншого закладу охорони здоров'я; 6 пацієнтів – пропуск прийому препарату на більше ніж 10 днів; 4 пацієнти – адміністративна виписка; для 2-х пацієнтів – смерть.

Видача ЗПТ відбувається на 14 пунктах у межах м. Києва, зокрема на території Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія», Київської міської клінічної лікарні № 5, Київської міської туберкульозної лікарні № 2 (смт Гостомель) та 12-ти Центрів первинної медико-санітарної допомоги м. Києва¹⁵⁷. Крім державних пунктів ЗПТ в Україні також діють пункти видачі ЗПТ на базі приватних клінік і реабілітаційних центрів. Проте консолідована інформація про їх розташування, діяльність і кількість пацієнтів, які отримують препарати на базі таких пунктів, відсутня¹⁵⁸. За свідченнями представника Управління боротьби з наркозлочинністю м. Києва, в місті існує близько 20 таких приватних пунктів ЗПТ, проте навіть представники Управління не знають точної інформації про кількість таких закладів.

За результатами інтерв'ю, експерти позитивно оцінюють ефективність ЗПТ, наголошуючи на тому, чим саме потрібно її вимірювати. До показників ефективності терапії фахівці відносять, насамперед, зменшення шкоди від вживання (менша кількість і частота вживання, використання чистого інструментарію і речовини), зниження ризикованих практик, повернення пацієнта у соціальне поле, налагодження сімейних зв'язків, увага до свого здоров'я.

Серед бар'єрів, що перешкоджають підвищенню рівня охоплення програмами ЗПТ, фахівці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» вказують неналагодженість ефектної взаємодії державних програм ЗПТ та програм зменшення шкоди, що впроваджуються неурядовими організаціями, а також

фактор мотивації медичних працівників щодо залучення нових пацієнтів до програм ЗПТ¹⁵⁹.

Приватні пункти ЗПТ: проблеми та виклики

Приватні пункти ЗПТ за даними експертів наразі мають дуже динамічну та хаотичну діяльність. Вони відкриваються досить швидко, отримуючи ліцензію медичного закладу, а не наркологічної клініки. Таким чином, видача ЗПТ є однією з послуг такого закладу у межах процедури детоксикації. Проте наразі не існує ані контролю, ані соціального супроводу, що не тільки перешкоджає моніторингу діяльності та кількості пацієнтів, але й ставить під сумнів ефективність ЗПТ, що отримується в приватних пунктах видачі.

Поширеність такої послуги серед споживачів експерти пояснюють з точки зору трьох особливостей приватних точок ЗПТ:

По-перше, такі пункти мають ліцензію, що легітимізує їх діяльність і підвищує рівень довіри недостатньо обізнаних клієнтів (такими можуть бути батьки, які готові сплачувати за лікування своєї дитини). Таким чином, сподіваючись на повний і професійний процес лікування, пацієнти лише отримують препарат, без належного медичного та соціального супроводу, що заперечує комплексний підхід до реалізації програми.

По-друге, порівняно з державними пунктами ЗПТ, приватні мають дещо спрощену процедуру видачі. Умовою постановки на державну програму ЗПТ є проходження стаціонарного лікування (детоксикації) для встановлення діагнозу психічного чи поведінкового розладу внаслідок вживання опіоїдів. Крім того, перші 6 місяців терапії пацієнт зобов'язаний отримувати препарат щоденно в пункті ЗПТ для визначення його прихильності до лікування. Лише після 6-ти місяців пацієнт має право перейти на рецептурну форму видачі ЗПТ лише у випадку, якщо його стан визнається стабільним. У комерційних (приватних) пунктах ЗПТ пацієнт може отримувати препарат з першого дня постановки на програму рецептурно – одноразово пацієнт має змогу

купити кількість препарату із запасом на 10 днів. Таким чином, пацієнт не є прив'язаним до щоденного візиту до пункту ЗПТ та має змогу більш системно організувати своє соціальне життя, зокрема, відвідувати роботу. Саме необхідність тривалого спостереження і проактивної участі фахівці державних ЗПТ виділяють як бар'єр звернутися до державної програми. Натомість приватні пункти видачі задовольняють потребу у швидкому та відносно простому отриманні препарату на руки.

По-третє, неконтрольованість, а також фінансова доступність перетворюють приватні пункти ЗПТ в очах споживачів на можливість для легального зловживання. За свідченнями Г. Каландії, завідівлення ЗПТ клінічної лікарні «Соціотерапія», в середньому запас препарату метадону на 10 днів, отриманий через комерційні пункти ЗПТ, коштує 500 грн (тобто, 50 грн за 1 дозу), що є надзвичайно низькою ціною для наркотичного препарату. Ця проблема, на думку експертів, є найвагомішою, адже не тільки підриває репутацію державної програми ЗПТ, але й напругу негативно впливає на споживачів.

Отже, основним викликом наразі є те, що приватні пункти ЗПТ формально знаходяться поза процесом, проте фактично активно беруть у ньому участь. Проблеми, що наразі є наріжним каменем у роботі приватних пунктів, мають бути вирішені шляхом контролю їх діяльності та більшою увагою до формального й правового аспекту. Найефективнішим засобом боротьби з неконтрольованим розповсюдженням медичного метадону експерти (зокрема, представники правоохоронних органів) назвали введення системи електронного рецепту. Так, інформація щодо кількості купленого препарату одним пацієнтом буде доступна фахівцям закладів охорони здоров'я та фармацевтам аптек.

¹⁵¹ Демченко І., Кожан Н. Стислий виклад результатів операційного дослідження «Оцінка доступу до лікування ВІЛ та туберкульозу у пацієнтів ЗПТ на прикладі різних моделей надання послуг». Київ: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2014. С. 4. URL: http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/ZPT_ukr.pdf

¹⁵² Там само. С. 17.

¹⁵³ Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2018 році. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2019. С. 1. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/%D0%97%D0%B2i%D1%82_%D0%97%D0%9F%D0%A2_2018.pdf

¹⁵⁴ Статистика ЗПТ. Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», 2020. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

¹⁵⁵ Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2018 році. С. 5.

¹⁵⁶ EHRA. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region. Pilot study report. Vilnius: EHRA, 2020. P. 13.

¹⁵⁷ ЗПТ України. БФ «Волна». URL: <https://volna.in.ua/programi/zpt/kyivska-oblast.html>

¹⁵⁸ EHRA. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region. P. 29.

¹⁵⁹ Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2018 році. С. 3.

РОЗДІЛ 6. ВИКЛИКИ ТА ПРОБЛЕМИ РЕАЛІЗАЦІЇ НАРКОПОЛІТИКИ

6.1 Прогалини нормативно-правової бази в сфері наркополітики. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року

Прогалини нормативно-правової бази в сфері реалізації наркополітики

Експерти неодноразово зазначали, що одним з головних бар'єром боротьби з незаконним обігом наркотиками та надання соціально-медичної допомоги людям, які вживають наркотики є криміналізація осіб, які вживають наркотики. Розміри (невеликі, великі та особливо великі) наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу, і, відповідно, за наявності яких у особи настає кримінальна відповідальність, встановлюються Міністерством охорони здоров'я України (наказ МОЗ від 01.08.2000 р. № 188). Ці розміри або так звані «пори́г» притягнення до кримінальної відповідальності є набагато нижчим, ніж у більшості європейських країн¹⁶⁰. Незважаючи на адвокаційні зусилля неурядових організацій, внесення змін до наказу МОЗ України було призупинено у 2019 р. після обрання нового Кабінету Міністрів України.

Проблемним питанням залишається застосування норм постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду» від 17.12.2008 р. № 1103 до людей, які перебувають на ЗПТ:

«Наприклад, я на заместительной терапии больше года, и вот у меня уже 240 тысяч штрафа по 130-ой. То есть, меня останавливают, права у меня уже на 10 лет забрали.

В Европе, кто на заместительной терапии – вообще без проблем. То есть, человек находится не в наркотическом опьянении. Эти препараты – они просто снимают абстиненцию. Они не дают эйфорию там какую-то. И когда уже определённая доза установлена врачом, и ты на этой дозе уже больше полугодика, у тебя абсолютно нет изменённого сознания. Вот это никак не доходит».

Доцільним є додаткове вивчення практики застосування цієї постанови та систематичний аналіз судових рішень щодо її застосування до клієнтів програм ЗПТ. Зокрема, респонденти з числа пацієнтів ЗПТ програм повідомляли про випадки застосування цієї постанови до них у випадку керування автомобілем після прийому ЗПТ препаратів. При цьому представники правоохоронних органів наполягали на правомірності таких рішень. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», особам, які отримують ЗПТ, забороняється керувати автотранспортом¹⁶¹. Проте, відповідно до поодиноких повідомлень неурядових організацій, пацієнти ЗПТ через суд відновлювали своє право на керування автомобілем з огляду на режимність і систематичність прийому препарату, а також стабільний стан пацієнта¹⁶². Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 645, прийнятий у 2008 р., не забороняв керування автотранспортом для пацієнтів ЗПТ, однак встановлював певні обмеження: особа має мати встановлену постійну дозу препарату та має бути досягнутий стан стабілізації пацієнта на програмі¹⁶³. Текст наказу стверджує, що прийом препаратів ЗПТ має слабкий вплив на швидкість реакції та стиль керування транспортним засобом в порівнянні з іншими факторами. Проте цей наказ втрачає чинність з березня 2021 р.¹⁶⁴.

Таке проблемне питання потребує дослідження ефективних практик впровадження

ЗПТ програм і забезпечення прав пацієнтів в інших країнах та гармонізації національного законодавства відповідно до найкращих виявлених практик.

Стратегія державної політики щодо наркотиків: прогалини та проблеми реалізації

У Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, яка була затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 р., зазначалося, що державна політика переходить від кримінально-правового спрямування антинаркотичних заходів до лікувально-профілактичних. Проте, за свідченнями експертів, фактично такого переходу не відбулося.

У 2020 р. закінчується термін дії Стратегії державної політики щодо наркотиків. У серпні 2020 р. створено Міжвідомчу робочу групу з питань розробки Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року, на яку покладено завдання перегляду та вдосконалення попередньої Стратегії та власне розробки нової 10-річної Стратегії дій уряду щодо протидії незаконному обігу наркотичних засобів та адресування проблем залежності та зловживання психоактивними речовинами на території України. З точки зору експертів, Стратегія державної політики щодо наркотиків до 2030 року повинна бути імплементавана до Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року; містити нові критерії оцінки ефективності наркополітики, які базуватимуться на послугах людям, які вживають наркотики, долучити до їх розробки представників ключових спільнот. Крім того, Стратегія повинна містити завдання розробки стандартів лікування та реабілітації осіб, які вживають наркотичні засоби, передбачивши отримання всього комплексу послуг лікування супутніх захворювань.

«...Ключова запорука прийняття будь-яких подібних документів – це абсолютна інклюзія чи залучення представників самої спільноти людей, які вживають наркотики».

Під час підготовки цього звіту був розробле-

ний попередній проєкт цієї Стратегії. Основним його здобутком у порівнянні з діючою Стратегією є переорієнтація заходів у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів «від кримінально-каральних до адміністративно-виправних, медико-соціальних і профілактичних». У межах такого підходу автори проєкту

Стратегії пропонують здійснити такі кроки:

Щодо переходу на адміністративно-виправні заходи:

- Декриміналізувати зберігання наркотичних засобів у невеликих кількостях для особистого вживання без мети збуту;
- Запровадити альтернативні форми покарання для осіб, які вчинили нетяжкі злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків.

Щодо профілактичних заходів:

- Впровадження програм щодо подолання посттравматичного стресового розладу.
- Впровадження інформаційних та освітніх заходів з метою розвитку батьківського потенціалу.
- Впровадження комплексних заходів створення комфортного психологічного клімату в закладах освіти та протидії булінгу.
- Створення комплексних комунікаційних програм щодо формування відповідального ставлення до здоров'я, орієнтованих на загальне населення, дітей і молодь, осіб у СЖО, осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі або перебувають на обліку програм пробації.
- Розробка програм профілактики зловживання наркотиків у місцях позбавлення волі.

• Вдосконалення та розробка нормативно-правових актів щодо профілактики вживання та збуту наркотиків у публічних місцях (кафе, бари, нічні клуби тощо). Передбачити відповідальність власників закладів за невиконання таких заходів.

- Впровадження електронного рецепту щодо лікарських засобів, які у своєму складі містять психотропні речовини, з метою попередження витоку контрольованих медичних

¹⁶⁰ Гуманізація державної політики щодо людей, які вживають наркотики. Результати дослідження кримінологічних та морально-етичних аспектів боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні. Євразійський інститут наркополітики на замовлення та за фінансової підтримки Міжнародного фонду «Відродження». 2017. С. 5.

¹⁶¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 27.03.2012 р. № 200. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

¹⁶² Важливе судове рішення про керування автомобілем та участь у програмі замісної терапії. Фонд «Надія та Довіра». 2020. URL: <http://hopeandtrust.org.ua/vaxhlive-rishennia-sudu-pro-keruvannia-avtomobilem-i-uchast-u-programi-zpt/>

¹⁶³ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів» від 10.11.2008 р. № 645. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0645282-08#Text>

¹⁶⁴ Див. також підрозділ 6.3.4 цього документа.

препаратів у незаконний обіг.

- Впровадження програм раннього скринінгу вживання ПАР, з подальшим медико-соціальним супроводом у разі потреби.

Щодо медико-соціальних заходів:

- Розширення доступу до програм зменшення шкоди, зокрема, програм видачі чистого інструментарію та розвиток напряму кімнат безпечного вживання.

- Проведення пілотного впровадження інноваційних програм профілактики поширення інфекційних захворювань, зменшення шкоди та зменшення смертності внаслідок переодозувань.

- Розширення доступу до програм лікування психічних і поведінкових розладів, пов'язаних зі вживанням наркотичних засобів, зокрема, програм ЗПТ.

- Розробка маршрутів лікування осіб з психічними та поведінковими розладами, пов'язаними з вживанням ПАР, які повернулись з місць позбавлення волі.

- Забезпечення надання послуг ЗПТ для осіб, які перебувають у слідчих ізоляторах.

Беззаперечним надбанням цього проекту Стратегії є приділення уваги важливості проведення досліджень щодо української наркоситуації та використання їх як підґрунтя для розробки ефективних інтервенцій. До напрямів досліджень, зазначених у проекті, належать:

- Регулярні дослідження щодо тенденцій вживання ПАР, шляхів їх придбання та ризикованих практик, пов'язаних з їх вживанням, серед таких соціальних груп:

- загальне доросле населення;
- молодь і діти;
- особи в СЖО;
- особи, які перебувають у місцях позбавлення волі;
- військовослужбовці.

- Оцінка ефективності наркополітики за медичними та соціально-економічними показниками.

- Моделювання наслідків поширення захворювань, пов'язаних з вживанням ПАР, та оцінка навантаження системи охорони здоров'я.

- Дослідження щодо поширеності та на-

слідків вживання ПАР під час виконання робіт, пов'язаних з підвищеною небезпекою (перевізники, шахтарі, військовослужбовці тощо).

- Лабораторні дослідження наркотиків, зокрема, експертно-криміналістичні.

Фінансування таких досліджень планується частково покрити з державного бюджету.

6.2 Стигма та дискримінація осіб, які вживають наркотичні засоби

Проблема стигматизації осіб, які вживають наркотики, часто пов'язана з пеналізацією вживання наркотиків в українському законодавстві. Особа, яка має при собі заборонені наркотичні засоби для власного вживання, підпадає під дію статей Адміністративного та Кримінального кодексів України, а отже, автоматично вважається злочинцем. Пеналізація, а особливо криміналізація зберігання наркотичних засобів для особистого вжитку без мети збуту, значно впливає на формування маргіналізованого ставлення до людей, які вживають наркотики. Така ситуація суттєво впливає на якість життя ЛВН, їх міжособистісні стосунки з людьми, які не вживають наркотики, а також на доступ до необхідних профілактичних, соціальних і лікувальних послуг.

Деякі з експертів зазначали невідповідність працівників державних структур, поширеність стигматизації наркозалежних як один з бар'єрів наркополітики. Намагання неурядових організацій залучити їх до програм зменшення шкоди не мали успіху:

«...Переважає віковий ценз співробітників – це немолоді люди. Тобто, їм в принципі з молоддю, або з людьми з таких специфічних субкультур, назвемо так, людей, які вживають наркотики, їм, в принципі, важко спілкуватись. Навіть після тренінгів, коли вони начебто розуміли, що ОК, це якимось має працювати, якимось, коли я приїзжав на певні моніторинги, я бачив, що вони все рівно не ходять, тобто, вони звикли: по-перше, до того, що люди до них мають самі приходити, а по-друге, фантазії в них вистачало тільки на те, щоб якусь книжечку, чи якийсь там плакатик новий зробити, десь його повісити – все. Ключовий принцип роботи через аустріч, тобто, коли людина перебуває в місцях, де є наркоспоживачі, тобто, в самому центрі цієї наркосцени, ... (порушений)».

Респонденти з числа ЛВН вказували на проблему стигматизації осіб, які вживають наркотичні засоби, серед медичних працівників загального профілю. Респонденти, які вживали наркотичні засоби неін'єкційно, зазначали, що стикались з проявами стигматизації з боку медичного персоналу карет швидкої допомоги. Більшість респондентів повідомляли, що стикались із стигматизаційним ставленням у державних закладах отримання медичних послуг, в той час як в приватних клініках таких ситуацій не виникало. Цей аспект демотивує представників групи отримувати медичні послуги, зокрема, сімейного лікаря, швидкої допомоги, обстеження вузькопрофільних спеціалістів.

Через поширену догму (стереотип), що ВІЛ-інфекція поширюється переважно через ін'єкційне вживання наркотиків і через рівень поширення ВІЛ серед ЛВН, що є вищим за такий серед загального населення, представники цієї групи зазнають подвійної дискримінації: як люди, які вживають наркотики ін'єкційно, а також як люди, які (потенційно) живуть з ВІЛ.

Відповідно до дослідження «Індекс стигми ЛЖВ 2.0 – Київ 2020», 72% опитаних респондентів з числа ЛЖВ, які ідентифікували себе як споживачі наркотиків, зазначили наявний досвід стигми та дискримінації, зокрема, 28% вказали, що стикались з проявами дискримінаційного ставлення протягом останніх 12 місяців¹⁶⁵. Найчастіше формою стигми та дискримінації були дискримінаційні висловлювання та усні образи, зокрема, з боку родичів. Унікали звернення за необхідною медичною допомогою через страх розголошення їх досвіду вживання наркотиків 8% опитаних. І хоча відсоток поширення таких ситуацій невисокий, така поведінка може сигналізувати про явище самостигматизації, що у цілому важко піддається кількісному виміру. Проте самостигматизація серед маргіналізованих груп може бути суттєвим бар'єром звернення за послугами (профілактичними та лікувальними).

Щодо профільних закладів отримання медичних і соціальних послуг для ЛВН, громадські активісти та фахівці програм зменшення шкоди зазначали, що рівень стигми та дискримінації серед медичних працівників профільних установ у Києві значно знизився за останні 10 років, і наразі ситуація в Клінічній лікарні «Соціотерапія», Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та інших державних профільних установах для ЛВН є «задовільною».

6.3 Профілактичні програми для людей, які вживають наркотичні засоби: виклики реалізації

6.3.1 Виклики реалізації програм профілактики зловживання наркотиків

Заходи щодо профілактики початку вживання та розвитку зловживання наркотичних засобів серед загального населення міста є найефективнішою практикою для зниження попиту на наркотики. Профілактика початку вживання наркотиків серед молоді дозволить знизити приріст нових ЛВН і, таким чином, знизити рівень поширення ВІЛ. Під час дослідження виявлено низку причин, через яку представники різних соціоекономічних груп починають вживати наркотики та зловживають ними. Робота в напрямі зменшення цих ризиків дозволить ефективніше впроваджувати програми профілактики зловживання ПАР та дозволить знизити кількість людей, які починають зловживати наркотичними засобами.

- *Вплив соціального оточення на початок вживання наркотичних засобів*

У процесі дослідження виявлено, що переважна більшість перших спроб нарковживання відбувається в компаніях за пропозицією друзів або знайомих. Таким чином, для ефективної профілактики початку вживання наркотиків серед молоді, необхідна реалізація заходів щодо зниження впливу оточення на початок вживання. Такі заходи можуть включати популяризацію здорового способу життя, навчання моделям відмови, а також програми «Розірви коло», що націлені на зменшення залучення нових осіб до вживання ін'єкційних наркотиків. Ефективним способом профілактики соціального вживання наркотиків є також розширення можливостей проведення дозвілля для підлітків і молоді.

- *Несприятливий психологічний клімат у родині*

На думку експертів, стосунки всередині родини впливають на імовірність формування моделей зловживання ПАР та поведінкових і психічних розладів, пов'язаних з їх вживанням. Незалученість батьків до виховання дитини, аб'юзивні моделі спілкування, відсутність підтримки та розуміння з боку близьких родичів, конфлікти всередині сім'ї мають значний вплив на психоемоційну ситуацію особи та її психологічний стан, що в подальшому може призвести до розвитку розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами.

¹⁶⁵ Демченко І., Булига Н., Скокова Л., Дмитрієв Д., Салабай Н. Індекс Стигми ЛЖВ. 2.0. Київ: ЮНЕЙДС, 2020 (неопублікована версія).

- *Обмежений доступ до послуг охорони психічного здоров'я*

Експерти, як і самі ЛВН, зазначали, що в Києві існує проблема обмеженого доступу до послуг психотерапевтів, психологів і психіатрів. Державні заклади зазвичай мають брак відповідних фахівців та, за свідченнями респондентів з числа ЛВН, низький професійний рівень надання послуг з психологічної оцінки та підтримки. Серед приватних фахівців середній кваліфікаційний рівень є вищим, проте їх послуги доступні не всім представникам груп ризику щодо зловживання наркотиками через високу вартість. Як зазначали експерти, саме доступ до якісних послуг з охорони психічного здоров'я міг би допомогти пацієнтам впоратись із складними психологічними станами та попередити розвиток дисфункціональних моделей зловживання психоактивними речовинами.

- *Обмеженість досліджень щодо моделей вживання наркотиків серед загального дорослого населення*

Вивчення причин і мотивацій населення до вживання наркотиків, як ін'єкційним так і неін'єкційним шляхом, допоможе в побудові фокусних та ефективних програм для профілактики початку вживання наркотиків, а також запобігання розвитку патернів зловживання психоактивними речовинами. В Україні доступні лише дослідження щодо моделей ін'єкційного вживання, а також поширеності певних видів наркотиків серед підлітків, зокрема підлітків груп ризику. Проте з метою побудови системної відповіді на проблему нарковживання необхідне розуміння загальної ситуації з наркотиками серед загально-го дорослого населення віком 18–49 років.

6.3.2. Виклики профілактики передозувань та тяжких інтоксикацій

Профілактика передозувань є важливим напрямом роботи з метою зменшення рівня смертності від вживання наркотичних засобів. На жаль, в Україні відсутня офіційна статистика щодо кількості померлих внаслідок вживання наркотиків або передозувань. Проте понад чверть (27,5%) ЛВНІ, опитаних у межах біоповедінкових досліджень, зазначали, що мали досвід передозувань протягом життя¹⁶⁶.

Під час цього дослідження виявлено тенденції, що створюють виклики для ефективної реалізації програм профілактики передозувань і тяжких інтоксикацій серед осіб з числа ЛВН.

- *Вищий рівень поширеності передозувань серед молодших ЛВНІ*

За даними дослідження IBBS 2017 р., найчастіше мали досвід передозувань ЛВНІ, які вживають наркотики ін'єкційно до 2-х років: 6,7% проти 5% серед ЛВНІ з досвідом вживання від 3-х до 10-ти років. Така ситуація найімовірніше склалась через недосвідченість людей, які вживають наркотики, про стандартизовану дозу для вживання та інші стратегії зменшення імовірності передозувань. Значну роль у цьому процесі має специфіка вживання кристалічного метадону, для якого характерна висока концентрація діючої речовини та складнощі з встановленням нормованої дози для ін'єкції. Для подолання цієї проблеми рекомендується поширення інформаційних матеріалів серед ЛВНІ, особливо з малим досвідом вживання, щодо стратегій запобігання передозуванням. З метою запобігання летальним випадкам у результаті передозувань рекомендується розширення програми видачі індивідуальних наборів препарату «Налоксон» та полегшення доступу до цього препарату.

- *Низька обізнаність щодо порівняно безпечних доз вживання наркотиків серед менш досвідчених ЛВН*

На початку вживання люди, які споживають наркотики, ще не мають відповідного досвіду для правильного визначення граничних доз та оцінки ризиків вживання. Як було визначено в результаті спілкування з респондентами з числа ЛВНН, після 2–3 років вживання, особа вже більше обізнана щодо більш безпечного вживання наркотиків, включно з допустимими дозами, реагуванням у випадку інтоксикації, зменшення шкоди від вживання, знімання абстинентного синдрому та допомоги іншим ЛВН у разі виникнення непередбачуваних ситуацій. Зазвичай, ЛВН отримують ці знання в процесі накопичення власного досвіду, від друзів і знайомих споживачів або з інтернет-форумів. Проте навіть мотивація дізнатись про безпечніші практики вживання наркотиків з'являється на більш пізніх етапах вживання. На початку вживання

основний вплив на практики вживання здійснює соціальне оточення. Тому освітні програми з профілактики передозувань і тяжких інтоксикацій бути орієнтовані на досягання молодих ЛВН з невеликим досвідом вживання, щоб попередити розвиток і поширення ризикованих практик на самому початку вживання.

6.3.3. Вузькі місця реалізації програм зменшення шкоди

Програми зменшення шкоди дозволяють ефективно попереджувати поширення соціально небезпечних хвороб, зокрема ВІЛ, вірусних гепатитів та ІПСШ. Проте такі фактори, як недосконалість законодавства, недостатність фінансування та поширеність певних ризикованих практик серед ЛВН, знижують ефективність даних програм на рівні Києва. Заходи в напрямі подолання цих бар'єрів дозволить розширити межі та результативність програм зменшення шкоди та знизити темпи поширення епідемічних захворювань серед населення міста.

- *Під час розробки і впровадження програм зменшення шкоди не враховуються ризику та потреби осіб, які вживають наркотики неін'єкційно*

У межах цього дослідження виявлено лише 1 програму зменшення шкоди, орієнтовану на потреби людей, які вживають неін'єкційні наркотики – Drugstore, за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я». Лише 1 з 3 представників ЛВНН знав про цей проєкт та послуги, які вони надають. Люди, які вживають наркотики неін'єкційно, також мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, хоч і не визнані групою підвищеного ризику офіційно. Найбільший ризик при неін'єкційному вживанні представляє незахищені сексуальні контакти під впливом психоактивних речовин: дослідженнями доведено, що під впливом наркотичних засобів особи, які вживають наркотики, менше контролюють ситуацію, зокрема щодо використання презерватива. Відсутність біоповедінкових досліджень серед цієї категорії наркоспоживачів додає непевності щодо певних ризиків інфікування ВІЛ та вірусними

гепатитами серед групи ЛВНН: дані щодо поширеності ВІЛ і гепатитів серед цієї групи відсутні як на рівні Києва, так і на рівні України в цілому. Неін'єкційне вживання, за свідченнями респондентів, виявилось менш маргіналізованим та більш поширеним серед ключових груп, ніж ін'єкційне вживання. Тому є причини припускати, що неін'єкційне вживання наркотиків більш поширене і серед загального населення, і серед груп, яким необхідна особлива увага щодо профілактики поширення ВІЛ: люди, які перебувають у місцях позбавлення волі, підлітки, молодь, статеві партнери представників ключових груп. Саме тому необхідна особлива увага як дослідників, так і розробників програм зменшення шкоди з метою вивчення поведінкових характеристик групи ЛВНН, які можуть призводити до підвищення ризиків інфікування ВІЛ, а також адресування специфічних потреб цієї групи з огляду на профілактику поширення ВІЛ та вірусних гепатитів в межах програм зменшення шкоди¹⁶⁷.

- *Програми зменшення шкоди не беруть до уваги потреби та ризику статевих партнерів людей, які вживають наркотики ін'єкційно*

Ін'єкційний шлях передачі ВІЛ втрачає свою поширеність останні 10 років, основним шляхом інфікування ВІЛ наразі є статевий. З огляду на те, що ЛВНІ складають найчисельнішу групу ЛЖВ, їх статеві партнери також належать до групи підвищеного ризику. Проте соціальних і профілактичних послуг, націлених саме на партнерів ЛВНІ, не виявлено. Біоповедінкові дослідження серед ЛВНІ порушували питання щодо сексуальних практик, проте портрет і характеристики поведінки статевих партнерів ЛВНІ залишаються незрозумілими: який відсоток статевих партнерів ЛВНІ також вживають наркотики?; яким чином статеві партнери ЛВНІ залучились до вживання наркотиків? як часто представники цієї групи мають інших статевих партнерів, не з числа ЛВНІ та наскільки поширена практика використання презерватива як з ЛВНІ, так і з іншими статевими партнерами? Відповіді на ці запитання істотно допоможуть у побудові ефективних програм зменшення шкоди, що охоплюють не лише самих ЛВНІ, але й їх оточення.

¹⁶⁶ Серєда Ю., Сазонова Я. Звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2017 року серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, в Україні. С. 34.

¹⁶⁷ Варто зазначити, що ЛВНН скептично ставились до послуг організацій для людей, які вживають наркотики, адже часто асоціювали їх з ін'єкційним вживанням і чітко виокремлювали себе від ЛВНІ. Надання послуг для ЛВНН в межах програм для ЛВНІ може бути істотним бар'єром отримання таких послуг через маргіналізацію ін'єкційного вживання та бажання інших споживачів відмежуватись від таких практик та осіб, які їх практикують.

6.3.4 Перешкоди програм замісної підтримувальної терапії

Замісна підтримувальна терапія є ефективним засобом профілактики поширення ВІЛ та гепатиту С серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, та їх партнерів. Програми ЗПТ дозволяють зменшити негативні наслідки для здоров'я та стабілізувати стиль життя людини, яка вживає наркотики. Ефективно організовані інтегровані програми ЗПТ дозволяють збільшити видимість ЛВН у системі охорони здоров'я: на базі пункту видачі ЗПТ можуть надаватися послуги АРТ, психологічної підтримки, соціального супроводу, лікування опортуністичних станів, а також переадресація в інші заклади для отримання більш профільних послуг. Таким чином, ЗПТ може стати вхідним пунктом для ЛВН до системи охорони здоров'я та соціальної підтримки, що в подальшому підвищуватиме якість життя та соціальну стабільність людини, яка вживає наркотики.

До чинників, які створюють перешкоди для доступу потенційних пацієнтів до програм ЗПТ, а отже, і впливають на їх рівень охоплення й ефективність, належать:

- *Побоювання/небажання пацієнтів (потенційних пацієнтів) програми ЗПТ отримати встановлений діагноз залежності від наркотичних засобів*

Діагноз залежності від опіоїдних речовин є необхідною умовою прийому пацієнта на програму ЗПТ. Такий діагноз має бути підтверджений медичною комісією. Проте встановлення цього діагнозу та постановка на облік створює низку перешкод для подальшої життєдіяльності для осіб, які вживають наркотики ін'єкційно¹⁶⁸. Основними з таких перешкод є: обмеження на пересування територією України та за її кордонами (пацієнт прив'язаний до одного закладу, який видає ЗПТ, а будь-які пересування мають бути погоджені з лікарем-куратором), можливі труднощі в працевлаштуванні, спеціальні умови щодо керування власним транспортом (зокрема, через наказ МОЗ України № 200, що забороняє керування автотранспортом впродовж прийому ЗПТ) тощо. Сама процедура постановки діагнозу передбачає розміщення особи в умовах стаціонару в наркологічних

клініках щонайменше на 14 днів. Ці обмеження, на додачу до криміналізації вживання наркотичних засобів в українських реаліях, впливають на рівень довіри потенційних пацієнтів до пунктів видачі ЗПТ, особливо з державним фінансуванням. Таким чином, формальна процедура підтвердження діагнозу стає найпершим бар'єром, з яким стикаються потенційні пацієнти ЗПТ: цей процес є часозатратним і психологічно некомфортним для споживачів. Офіційна процедура постановки на програму ЗПТ здійснюється переважно в державних пунктах ЗПТ. За свідченнями представників ЛВН та громадських активістів, приватні пункти ЗПТ не вимагають підтвердження діагнозу та постановки на облік, що значно більше приваблює пацієнтів і мотивує їх звертатись саме до таких приватних установ.

ДОВІДКОВО:

Згідно з наказом МОЗ № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 2012 р. (чинний на час проведення цього дослідження):

«Показаннями до призначення ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10: F11 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів» за наявності критеріїв включення до ЗПТ, визначених пунктом 5 цього Порядку».

«Рішення про початок ЗПТ, препарат для її здійснення та його дозу приймає лікар-нарколог на підставі діагнозу залежності від опіоїдів, згідно з МКХ-10 ...».

Таким чином, у цьому наказі не вказано, що встановлення діагнозу залежності від опіоїдів є необхідною умовою призначення ЗПТ, проте це є підставою. За свідченнями пацієнтів ЗПТ, а також завідувача відділення ЗПТ Київської клініки «Соціотерапія», оцінка стану пацієнта та встановлення діагнозу перед постановкою на програму ЗПТ проводиться завжди.

У цьому наказі необхідність стаціонарного нагляду для встановлення такого діагнозу не вказана. За словами завідування ЗПТ, постановка діагнозу відбувається через проходження детоксикації в умовах стаціонару під наглядом медичних фахівців (2 тижні). Наскільки така практика є обов'язковою і чи застосовується вона в 100% випадків – не зазначено. Цим наказом зазначено, що «у період отримання замісної підтримувальної терапії забороняється керувати автотранспортом і виконувати роботу, що вимагає швидкої реакції, точності рухів та

перебування на висоті», що пацієнт зобов'язаний повідомити лікаря про від'їзд до іншого регіону з поважної причини (госпіталізація, зміна місця проживання, відрядження, відпустка тощо). Якщо пацієнт пропустив прийом препарату на більш ніж 10 днів, це є підставою для зняття з програми. Таким чином, пацієнт має узгоджувати всі свої переміщення по країні з лікарем кабінету ЗПТ.

Проте, згідно з наказом МОЗ «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів» від 2008 р. № 645 (чинний, втрата чинності відбудеться 1.03.2021 р.):

«Замісна терапія опіатними агоністами показана всім особам, які мають діагноз синдрому залежності від опіоїдів, відповідно до критеріїв МКБ-10 (залежність у поєднанні з вживанням зі шкідливими наслідками; див. додаток 1), здатні дати інформовану згоду та не мають протипоказань»;

«Після отримання первинної консультації пацієнт проходить огляд у лікаря КРП з метою діагностики синдрому залежності від опіоїдів в активній фазі...».

Отже, і в цьому наказі зазначається необхідність діагнозу залежності для постановки на програму ЗПТ.

Щодо стаціонару:

«У невизначених і суперечливих випадках лікар також може запропонувати пройти огляд в умовах стаціонару».

«Згідно з чинним законодавством, діагноз «наркоманія» може бути встановлений лише лікарсько-консультативною комісією в умовах стаціонару, тому пацієнти, які не мають встановленого діагнозу залежності від опіоїдів, повинні бути оформлені в звичайний або денний стаціонар на термін, що буде достатнім, на розсуд лікаря, для встановлення діагнозу».

Таким чином, скоріше, необхідність стаціонару для встановлення діагнозу керується саме наказом № 645 (а не № 200). Проте, якою буде практика встановлення діагнозу після втрати чинності цього наказу – невідомо. В інтерв'ю жоден з медичних чи соціальних фахівців не вказували, що найближчим часом будуть запроваджені якісь зміни в порядок призначення ЗПТ. Завідділення ЗПТ вказував, що нагляд в умовах стаціонару є необхідним для правильного встановлення діагнозу та подальшого складання ефективного плану лікування. Можна дійти висновку, що скасування такої практики не передбачається.

Проте, згідно з цим наказом, керування автотранспортом для пацієнтів ЗПТ обмежено, але не

заборонено:

«Пацієнтам слід рекомендувати утримуватись від керування автотранспортом і технікою, доки не досягнуто стану стабілізації та не визначено постійну дозу, яка дозволяє пацієнтові відчувати себе водночас комфортно та без ознак інтоксикації».

Отже, в законодавстві наразі немає єдиного затвердженого порядку встановлення діагнозу залежності від опіоїдів. Цей процес залишається на розсуд лікаря. Оскільки стаціонар був обов'язковою умовою за попереднім наказом № 645 (який скоро втрачає чинність), а новий порядок (за наказом № 200) не надає роз'яснень щодо процесу встановлення діагнозу, лікарі користуються старою нормою про необхідність стаціонару. Самі медичні фахівці вказували, що постійний нагляд фахівців необхідний пацієнтові в перші два тижні детоксикації. Чи це спричинено тим, що так було прописано в попередньому наказі, чи це дійсно необхідна за медичними показниками умова – предмет більш глибокого аналізу медичної системи надання послуг ЗПТ.

Пацієнти ЗПТ зі свого боку вказували, що їх відлякує необхідність стаціонару, обмеження пересування (мається на увазі, обов'язковість повідомлення про свої пересування до інших регіонів лікарів), а також обмеження на керування автотранспортом. Деякі з опитаних зазначали, що вони все ж керують автомобілем (і збирають штрафи від поліції через це) та мають друзів-пацієнтів ЗПТ, які також водять авто.

- *Брак гнучких режимів встановлення дози препарату*

Відповідно до наказу МОЗ № 200 щодо Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, лікар-нарколог пункту ЗПТ має право назначити та коригувати дозу препарату, що видається, для досягнення ефективного лікування¹⁶⁸. Проте, за свідченнями респондентів і відповідно до дослідження рівня задоволеності клієнтів ЗПТ, фактична робота цього механізму не налаштована¹⁷⁰. Така ситуація впливає на рівень вживання незаконних (вуличних) наркотичних засобів ін'єкційно та неін'єкційно для компенсації недоотримання препарату в контрольованих умовах. Відповідно до даних 2019 р., половина з опитаних в ході дослідження респондентів, які отримували ЗПТ

¹⁶⁸ EHRA. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region. P. 16.

¹⁶⁹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 27.03.2012 р. № 200.

¹⁷⁰ EHRA. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region. P. 26.

переважно в Києві, вживали незаконні наркотичні засоби за межами пункту видачі ЗПТ¹⁷¹.

- **Брак комунікації між фахівцями пункту ЗПТ та пацієнтами**

Згідно зі свідченнями пацієнтів, які отримують препарати в рамках програм ЗПТ в Києві та Київській області (Прим.: у дослідженні не вказується, яку саме частку вибірки становили клієнти сайту ЗПТ в Київській області. Виокремити Київ з цієї вибірки неможливо. Проте, з огляду на те, що в області є лише 2 пункти ЗПТ, тенденція переважно стосується Києва. Комунікація між пацієнтом і медичним працівником пункту обмежена до базових операційних питань безпосередньо прийому медикаментів і контролю над дотриманням умов проходження терапії¹⁷². Пацієнт не може поставити додаткові запитання щодо суміжних або коморбідних захворювань і станів та вимушений/а звертатися до інших закладів охорони здоров'я. Ця ж думка була підтверджена респондентами з числа осіб, які отримують послуги ЗПТ, у межах цього дослідження.

Відповідно до дослідження Євразійської асоціації зменшення шкоди щодо задоволеності програмами ЗПТ в Києві та області, психолог контактує з пацієнтами лише у разі виникнення підозри щодо використання незаконних наркотичних засобів пацієнтом поза межами програми¹⁷³. Таку ж контролюючу функцію виконує і соціальний працівник, який замість надання консультацій щодо соціального супроводу та переадресації пацієнтів для отримання затребуваних послуг, слідкує за порядком у приміщенні пункту видачі препаратів і контролює дотримання пацієнтом вимог програми. Лише 34% опитаних респондентів були задоволені психологічними та соціальними послугами, які вони отримали в пункті видачі препаратів. Під час дослідження виявлено, що персонал пунктів ЗПТ намагається уникнути необов'язкового спілкування з пацієнтами. Важливим аспектом надання послуги ЗПТ є взаємодія між суб'єктами надання послуг у системі соціальної та медичної підтримки людей, які вживають наркотики, не лише в межах пункту, але й на рівні міста. Медичні працівники повідомляли про наявну систему взає-

модії між фахівцями пункту ЗПТ та неурядовими організаціями, що надають послуг ЛВНІ. Проте ця взаємодія не є повністю відпрацьованою, зокрема через недостатність досвіду такої взаємодії. За результатами експертних інтерв'ю з медичними працівниками, трапляються ситуації, коли пацієнти звертаються за юридичною допомогою з приводу того, що лікар не погоджується перейти на видачу препарату «на руки». У таких випадках юридичні та правові організації можуть стати виключно на бік пацієнта, не розібравшись у ситуації повноцінно, що спричиняє складнощі у взаємодії.

- **Відсутність регуляції приватних пунктів ЗПТ**

Мережа приватних пунктів ЗПТ є досить розгалуженою, а їх діяльність неконтрольованою. Саме це породжує низку бар'єрів, про які зазначали експерти у ході інтерв'ю. Відсутність моніторингу та контролю за діяльністю приватних пунктів видачі препаратів ЗПТ спричиняє витік препаратів ЗПТ (особливо, таблетованого метадону), що призводить до його зловживання. За свідченнями експертів, діяльність приватних пунктів ЗПТ є суто комерційною: за певну плату пацієнтові видається рецепт без дотримання відповідних вимог постановки на програму. Через відсутність електронного декларування виданих рецептів (системи електронного рецепту), відсутній контроль за кількістю препарату, що була видана пацієнту за певний проміжок часу. Таким чином, пацієнти можуть купувати таку кількість препарату, що перевищує встановлені добові дози. Додатково отриманий препарат може вживатись у рекреаційних цілях або перепродаватись особам, які не мають відповідного рецепту.

Така ситуація значно впливає на репутацію програми ЗПТ у цілому. Комерційна спрямованість діяльності приватних «пунктів ЗПТ» дискредитує саму ідею програми ЗПТ як такої, що має зменшувати шкоду від вживання наркотиків, та призводить до викривлення уявлення про цілі й ефективність програми. Таке сприйняття програми стає на заваді перед рішенням взяти в ній участь особам, які дійсно прагне відчувати позитивний результат.

Нерегульована робота приватних пунктів ЗПТ також має наслідок, що дотичний до бар'єрів реалізації програми в цілому – відсутність єдиної достовірної статистичної інформації щодо кількості осіб, які перебувають на програмі, їх особистої історії, моніторингу ефективності.

Отже, основні чинники, які створюють бар'єри для доступу потенційних пацієнтів перебувають як у комунікаційно-соціальному полі (спілкування з фахівцями, взаємодія суб'єктів, стигматизація), так і у нормативно-правовому (перегляд процедури реєстрації та встановлення дози, регуляція роботи приватних ЗПТ)¹⁷⁴.

6.4 Нові виклики щодо надання профілактичних послуг людям, які вживають наркотичні засоби: тенденції та перспективи

Відповідно до результатів аналізу, ситуація з наркотиками в Києві структурно змінилась за останні 5 років. Постійні зміни в шляхах поширення наркотичних засобів, їх видів і способів вживання впливають на виникнення нових викликів, що постають на шляху ефективної реалізації програм профілактики зловживання та зменшення шкоди від вживання наркотиків. Такі виклики переважно стосуються моделей вживання наркотичних засобів серед населення міста, поширення певних речовин і поведінкових характеристик людей, які вживають наркотики. Узагальнюючи результати, викладені у попередніх розділах, можна визначити виклики вживання та виклики ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, ІПСШ та вірусними гепатитами.

Виклики вживання:

- **Поширення ННР та «солей» зокрема**
Серйозним викликом за останні 5 років стало

поширення нових психоактивних речовин, вплив яких на організм та психіку особи до кінця не вивчено. Особливу небезпеку становлять синтетичні стимулятори з вуличною назвою «солей». До найпоширеніших прикладів цього класу речовин належать мефедрон та альфа-ПВП. Проте споживачі часто не знають, яку саме речовину вони отримують. Респонденти з числа як ін'єкційних споживачів, так і неін'єкційних повідомляли, що мали досвід купівлі «солей» без визначеної назви, у вигляді прозорих або кольорових кристалів. Таким чином, часто поширеною є ситуація, коли концентрація речовини чи її точний склад невідомі споживачу, що створює труднощі у визначенні підходящої дози та методу вживання. Самі синтетичні стимулятори часто можуть бути змішані з невідомими речовинами, що ускладнює передбачення можливого ефекту від вживання речовини. За свідченнями працівників сфери охорони здоров'я, систематичне та пролонговане вживання синтетичних стимуляторів може призводити до психозів, депресивно-маніакальних епізодів, шизофренічних розладів та інших порушень психіки.

- **Полівживання**

Значним викликом зменшення шкоди є одночасне або послідовне вживання більше ніж 1 виду наркотику. Така модель вживання значно збільшує ризик передозування, а також виникнення інших практик ризикованої поведінки, серед яких використання нестерильного інструментарію для приготування суміші та її вживання. Вживання більше ніж 1 виду наркотику також впливає на стан особи і усвідомленість її дій, а отже, може призводити до виникнення ризикованих практик, не пов'язаних з вживанням наркотику безпосередньо, як, наприклад, невикористання презерватива чи групові сексуальні практики.

¹⁷¹ Там само.

¹⁷² Там само. Р. 22, 61.

¹⁷³ Там само. Р. 23.

¹⁷⁴ Варто зазначити, що вже після завершення підготовки цього аналітичного огляду відбулися зміни: наказом Міністерства юстиції від 16.01.2021 р. № 51/35673 затверджено довгоочікувані зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 27.03.2012 р. № 200. Завдяки затвердженню нових змін буде: 1) врегульовано впровадження ЗПТ у місцях позбавлення волі; 2) надано офіційний дозвіл приватним закладам охорони здоров'я впроваджувати ЗПТ із дотриманням вимог законодавства та звітуючись перед МОЗ України; 3) прибрано застарілі положення про кабінет ЗПТ, оскільки таке лікування може надаватись як у окремому відділенні ЗПТ, так і будь-яким лікарем, який пройшов відповідне навчання; 4) скорочено вимоги щодо терміну щоденного відвідування лікувального закладу для окремих категорій пацієнтів для отримання препарату «на руки»; 5) впроваджено більш гнучкий і диференційований підхід до частоти тестувань пацієнтів на вживання інших ПАР тощо.

Виклики ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, ІПСШ та вірусними гепатитами:

- *Тенденція до зниження поширеності використання презерватива із статевими партнерами*

Як було зазначено, відповідно до наявних джерел, основним шляхом передачі ВІЛ в Україні є незахищені гетеросексуальні практики. ЛВНІ становить найбільш чисельну групу серед загального розподілу людей з ВІЛ-позитивним статусом. Лише 36,2% ЛВНІ по Києву використовували презерватив під час свого останнього статевого акту. Під час групових сексуальних практик показник використання презерватива серед ЛВНІ становить 43% (за даними національного дослідження частка ЛВНІ, які повідомили про наявність сексуальних контактів одночасно з кількома партнерами протягом останніх 90 днів (груповий секс), склала 2,9% осіб, які мають статеві стосунки за цей період, дані про поширення групових сексуальних практик серед ЛВНІ по Києву відсутні). Як показало дослідження досвіду сексуальних практик під впливом наркотичних засобів серед ЧСЧ, вживання наркотиків перед чи під час сексу може знизити рівень використання презерватива серед учасників процесу. Таким чином, накладання факторів незахищених сексуальних контактів і вживання наркотиків збільшує ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та іншими захворюваннями, що передаються статевим шляхом.

- *Поширення практик хімсексу*

Експерти зазначали про поширення тенденцій використання наркотиків до чи під час сексуальних практик за останні 5 років. Проте такі практики існували і до цього. Чинником, що вплинув на поширення практик хімсексу, стало розширення пропозиції на наркотики в м. Києві у зв'язку з популяризацією продажу наркотичних засобів через інтернет. Як слідує з дослідження практик хімсексу серед групи ЧСЧ, вживання наркотичних засобів може впливати на рішення використання чи невикористання засобів захисту, наприклад, презерватива. З метою зменшення ризику передачі ВІЛ, вірусних гепатитів та ІПСШ необхідні освітні програми щодо шляхів зменшення шкоди від вживання наркотичних засобів і популяризації використання презерватива під час індивідуальних і групових сексуальних практик під впливом психоактивних речовин.

Серйозною проблемою є навмисне під-

сипання наркотичних засобів без відома жертви з метою вчинення сексуального насильства. Для системного та ефективного реагування на цю проблему необхідне детальне вивчення поширення такого феномену на рівні міста, картування місць, де такі випадки трапляються найчастіше, а також визначення, які саме наркотичні засоби використовуються з метою седації жертви.

- *Високий рівень поширеності гепатиту С серед ЛВНІ*

Загальний рівень поширення вірусного гепатиту С серед ЛВНІ по Україні становить 63,9%. Цей показник є вищим серед групи ЛВНІ, які вживають опіодні наркотики, він становить 68% (виключно опіати) проти 37,7% серед споживачів лише стимуляторів. Крім фокусованих інтервенцій для зниження рівня поширення гепатиту С серед осіб, які вживають наркотики ін'єкційно, необхідне глибше дослідження щодо практик ін'єкційного вживання та їх впливу на ризики інфікування вірусними гепатитами залежно від речовини, що вживається.

ВИСНОВКИ АНАЛІЗУ

Ситуація з наркотиками в м. Києві є вкрай динамічною. Постійні зміни в способах поширення наркотиків, моделях їх вживання та ринку пропонуваного речовин пояснюються постійними змінами в динаміці організації та інфраструктурі Києва як столиці України. Трудова міграція як в межах Київської агломерації, так і з більш віддалених міст України вносить постійні зміни в соціально-демографічну ситуацію міста. Київ приваблює вищим рівнем зарплат, розширеними можливостями працевлаштування та порівняним розвитком галузей культури та дозвілля.

Основні зміни, зафіксовані за останні 5 років у сфері вживання та поширення наркотиків, стосуються методів розповсюдження наркотичних засобів, поширення певних класів речовин і моделей їх вживання. За останні 5 років в Києві значно поширився метод дистрибуції наркотиків через онлайн-дошки оголошень і месенджери методом закладок. Цей метод має істотну перевагу: і продавець, і покупець речовини зберігають свою анонімність і не зустрічаються для передачі наркотику. Проте респонденти зазначали, що купівля наркотиків безпосередньо у дилерів не втратила своєї популярності. Беззаперечно визначити основний метод збуту наркотиків у межах дослідження не вдалося: скоріше, метод купівлі наркотику залежить від речовини, що купується. Для визначення рівня поширеності різних способів купівлі наркотиків у місті необхідне масштабне кількісне дослідження серед людей, які вживають наркотики всіма способами (і ін'єкційно, і неін'єкційно).

Наступною важливою тенденцією є поширення нових психоактивних речовин, зокрема синтетичних наркотиків. Ці речовини мають на меті наслідувати дію та ефект «класичних» наркотичних засобів, проте виготовляють такий «замінник» з легальних або легко доступних прекурсорів. Найбільшу небезпеку через свою варіативність і поширеність має клас синтетичних стимуляторів – «солей». Цей клас у Києві представлений двома основними речовинами – альфа-ПВП та мефедрон. Проте визначити дійсний склад купленого споживачем наркотику вкрай важко – їх хімічна формула постійно змінюється з метою пристосування до нових законодавчих обмежень. Це і становить особливу небезпеку та виклик для програм зменшення шкоди від вживання

наркотиків: концентрація та вплив речовини на організм людини достеменно невідомі, що викликає складнощі в розрахунку дози речовини для досягнення бажаного ефекту. Причиною популярності «солей» є їх порівняно низька вартість, легкодоступність, варіативність самих речовин і методів вживання: синтетичні стимулятори можуть вживатись ін'єкційно, інтраназально, перорально та методом куріння.

Вуличний «метадон» хоч і не належить до класу НПР чи «солей», проте, на думку опитаних експертів, також представляє ряд наркотиків – синтетичних опіодів. За свідченнями респондентів та експертів, за останні 5 років кристалічний (вуличний) «метадон» став основним ін'єкційним опіатним наркотиком, поширеним на території Києва. Ризики його вживання також пов'язані з його синтетичним походженням: концентрація діючої речовини, і власне – склад самої речовини в кристалічному «метадоні» часто невідома споживачу, що викликає складнощі стосовно дозування наркотику. Вживання назви «матадон» до невідомої за складом речовини певним чином сприяє створенню негативної аури навколо медичної програми замісної терапії із застосуванням препарату «метадон», що впроваджується МОЗ – формується уявлення, що нелегальний вуличний препарат має своє походження із фінансованої держави програми.

Поширення вживання медичного метадону відбувається через приватні наркологічні клініки які надають цей препарат для «короткотермінової детоксикації». З них може відбуватись витік медичного метадону в нелегальний обіг. Проте для підсилення психоактивної дії медичного метадону споживачі вдаються до лабораторних маніпуляцій: практикою, про яку найчастіше повідомляли респонденти, є одночасне або послідовне вживання сонатів, бензодіазепінів, димедролу разом з медичним метадонем (послідовно або змішуючи речовини та вживаючи суміш ін'єкційно). Такі практики збільшують ризик поширення інфекційних хвороб, у тому числі ВІЛ та вірусних гепатитів.

Проте варто зазначити, що рівень поінформованості людей, які вживають наркотики ін'єкційно, щодо ризикованих практик вживання зріс за останні 5 років, про це повідомляли як самі ЛВНІ, так і фахівці програм зменшення шкоди

та громадські активісти. Експерти пов'язують таку позитивну динаміку з поширенням та ефективним впровадженням програм зменшення шкоди, зокрема, програм видачі чистого інструментарію, аутріч-діяльності та інформаційних кампаній. Таким чином, рівень передачі ВІЛ через ін'єкційне вживання істотно знизився не лише в Києві, але й по всій Україні.

Проте ЛВНІ досі залишаються найчисельнішою групою серед усіх ВІЛ-позитивних осіб в Україні. Найпоширеніший парентеральний шлях передачі ВІЛ з 2008 р. змінився на інфікування через різностатевий незахищений сексуальний контакт. Варто зазначити, що рівень використання презерватива серед ЛВНІ знизився на 10% у 2017 р. порівняно з 2013 р. Водночас відсоток осіб з числа ЛВНІ, які використовують презерватив, є вищим серед осіб, які мали досвід отримання профілактичних послуг порівняно з тими, які їх ніколи не отримували. Таким чином, програми зменшення шкоди вкотре ілюструють свою ефективність.

Під час дослідження не виявлено чітко визначеної тенденції переходу від ін'єкційного до неін'єкційного вживання. Ін'єкційне вживання має низку переваг для осіб, які його обрали як основний метод адміністрування наркотиків – для нього необхідна менша кількість речовини для досягнення більш потужного ефекту. В той же час була зазначена зацікавленість серед споживачів опіатних наркотиків до програм ЗПТ. Робота в напрямі популяризації переходу на ЗПТ та розширення можливостей доступу до терапії є найбільш системним та ефективним методом для зменшення чисельності ін'єкційних споживачів, а отже, і зниження ризиків та темпів поширення ВІЛ та гепатиту С.

При збереженні ін'єкційного вживання перспективним напрямком зменшення шкоди може бути запровадження кімнат безпечного вживання – доведеного ефективного метод зв'язку людей, які вживають наркотики, та надавачів профілактичних і лікувальних послуг. Незважаючи на те, що концепт кімнат безпечно го вживання не передбачає мотивування клієнтів до переходу на неін'єкційні форми вживання, інтервенції такого типу дозволяють збільшити видимість маргіналізованих груп серед ЛВНІ та покращити доступ до фахівців медичної й соціальної сфери. Програми кімнат безпечного вживання виконують функцію зв'язуючої ланки між програмами зменшення шкоди та замісної підтримувальної терапії, а також інших спеціалізованих медичних

фахівців для лікування коморбідних станів людей, які вживають наркотики ін'єкційно.

Серед неін'єкційного вживання відзначається тенденція до поширення так званого «хім-сексу», респонденти повідомляли про низку ризикованих практик, пов'язаних з вживанням ПАР-стимуляторів під час сексуальних практик. Серед них найважливішим є зниження контролю над ситуацією, що може призводити до невикористання презерватива, що є найбільш ризикованим під час групових практик хімсексу.

Аналіз наявних послуг для людей, які вживають наркотики ін'єкційно та неін'єкційно, показав достатній потенціал системи соціально-медичної допомоги м. Києва. Найбільший фінансовий і кадровий потенціал зосереджений у неурядових організаціях. Проте опитані експерти вказують на наявність і доступність шляхів покращення взаємодії між державними та недержавними сервісними організаціями для побудови системної відповіді на епідемію ВІЛ на рівні Києва. Як ЛВНІ, так і ЛВНН мають свої актуальні потреби, що з'явилися за останні 5 років у зв'язку із змінами в наркосцені міста. Можливі шляхи задоволення цих потреб виражені в рекомендаціях до цього звіту.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Щодо заходів у межах програм профілактики та зменшення шкоди:

1. Розробити та впровадити (за участі спільнот) заходи в напрямі популяризації переходу на ЗПТ та розширення можливостей доступу до терапії є найбільш системним та ефективним методом для зменшення чисельності ін'єкційних споживачів, а отже, і зниження темпів поширення ВІЛ та гепатиту С.

2. Розробити інформаційні кампанії щодо зменшення ризику при сексуальних практиках під впливом наркотичних засобів і передбачити в межах кампанії поширення засобів індивідуального захисту та інформаційних матеріалів у місцях скупчення молоді: барах, нічних клубах, закладах вищої освіти тощо.

3. Розробити кампанії щодо надання інформації про зменшення шкоди від вживання неін'єкційних наркотиків і ризиків вживання синтетичних психоактивних речовин.

4. Розширити цільові групи програм зменшення шкоди та включити до них тих, хто вживає неін'єкційні наркотики, і молодь зокрема (розглянути можливість створення окремих проєктів для людей, які вживають наркотики неін'єкційно).

5. Імплементувати практику використання/поширення колометричних тестів для визначення складу наркотичного засобу до програм зменшення шкоди.

6. Реалізувати пілотний проєкт з розробки та впровадження кімнат безпечного вживання з професійною командою в складі медичного працівника, фахівця ЗПТ, соціального працівника та психолога/психотерапевта.

7. Запровадити та реалізувати програми видачі наборів препарату «Налоксон» та навчання щодо його правильного використання.

8. Розробити та запровадити інтервенції щодо промоції звертання споживачів наркотиків до закладів охорони здоров'я м. Києва для отримання послуг з охорони психічного здоров'я.

9. Розробити програми підвищення кваліфікації працівників правоохоронних органів, медичних і соціальних працівників з питань попередження дискримінації та стигматизації осіб, які вживають наркотичні засоби, та адвокатувати їх впровадження на рівні міських цільових програм м. Києва.

Щодо проведення досліджень у сфері вживання наркотиків:

1. Реалізувати дослідження щодо поширення та моделей вживання наркотичних засобів серед загального дорослого населення м. Києва.

2. Реалізувати дослідження силами спільноти ЛВНІ щодо напрацювання практичних механізмів залучення до програм ЗПТ, а також здійснити оцінку потреб щодо необхідної кількості пунктів ЗПТ в Києві.

3. Використати результати дослідження «Chemsex Study 2020», реалізованого МБФ «Альянс громадського здоров'я» для розробки програм з мінімізації ризиків сексуальних контактів під впливом наркотичних засобів на рівні м. Києва.

4. Ініціювати та реалізувати дослідження хімічного складу речовини, що поширюється під назвою «кристалічний метадон»\«вуличний метадон» для виявлення його дії та формування відповідних інформаційних повідомлень та профілактичних інтервенцій, особливо – специфічної профілактики передозувань.

Щодо нормативно-правових актів:

1. Адвокатувати зміни до наказу МОЗ «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» від 01.08.2000 р. № 188 щодо збільшення розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які можуть знаходитися у незаконному обігу відповідно до європейської практики.

2. Адвокатувати внесення змін до Кримінального кодексу України в частині кваліфікації незаконного зберігання, виробництва, виготовлення, перевезення наркотичних засобів та психотропних речовин без мети збуту (ст. 309) не як кримінального діяння, а як адміністративного правопорушення та посилення кримінальної відповідальності організаторам наркобізнесу та розповсюдjuвачам наркотиків.

3. Передбачити імплементарність Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2030 року до Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та

вірусним гепатитам на період до 2030 року на рівні міських цільових програм.

4. Адвокатувати розробку критеріїв оцінки ефективності наркополітики на основі надання профілактичних і соціально-медичних послуг особам, які вживають наркотики.

5. Передбачити в Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2030 року завдання з розробки стандартів лікування та реабілітації осіб, які вживають наркотичні засоби, передбачивши отримання всього комплексу послуг лікування супутніх захворювань.

6. Адвокатувати внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду» від 17.12.2008 р. № 1103 щодо людей, які перебувають на ЗПТ.

EXECUTIVE SUMMARY

Given research is aimed to provide a comprehensive description of the drug situation in Kyiv, Ukraine. The goal of the research is to equip the reader with relevant information about recent changes in the drug scene among Kyiv citizens, nearly emerged risk factors of HIV and HepC infection connected to the drug use practices and prevention and treatment services that exist to answer to the current epidemiological situation in the city. The research team used methods of secondary data analysis, as well as semi-structured interviews with actual drug users in addition to experts such as public activists, doctors, law enforcement agents, harm reduction specialists, and other consultants specialized in topics connected to HIV prevention among drug users.

The drug situation in Kyiv was recognized as highly dynamic both by experts and people, who use drugs themselves. Dynamic changes regarding drug use in the city occur in all the possible forms: regarding the substances that are mostly used by the citizens, ways of its distribution and administration, as well as risk behaviors that appear during or in the result of drug use. The most spread substance for injections was presented by methadone – a synthetic opioid substance used, among others, in the OMT process. However, the street version of methadone is different from its pharmacological form and mostly comes in crystal form with high potency. This makes it hard to pick up the desired dose for the user and avoid unwanted intoxication and, in extreme cases, overdose. The non-injecting drug scene is presented by cannabis, amphetamines, so-called “club-drugs” and various psychedelics. The use range of these substances is impossible to examine due to the lack of researches on the non-injecting drug scene among the general population in Kyiv.

Both experts and people, who use drugs, mentioned the increased spread of synthetic drugs in the city in the last 3 years. These synthetic substances are presented mostly by stimulants class, often called “bath salts” or simply “salts”. These synthetic stimulants pose a serious threat to harm reduction and overdose prevention services due to their unknown structure and little-known long-term consequences of use. Experts in harm reduction and narcology state that these substances are highly potent that cause a high risk of

extreme intoxication with such aftereffects as psychosis, states of mania, paranoia, and others. These substances could be smoked, snorted, or injected. In case of injection use, “bath salts” pose even higher risks of HIV infection: the duration of the main effect of the substance is shorter than it is in the case of opioids, which means that person usually does more injection of the substance to reach the desired effect for a longer time. However, the sample of the given research does not allow to make a clear statement of exact risk behaviors among synthetic stimulant users and more focused examinations are needed.

The provision of prevention and treatment services regarding drug use was evaluated as effective and satisfactory. At the same time, several experts pointed out harm reduction practices that have been successfully implemented in other countries and showed their effectiveness in HIV prevention and increasing the quality of life for people, who use drugs. Such practices include drug consumption rooms, Naloxone programs, Colorimetric Presumptive Illicit Drug Detection, and others. These interventions have proved their effectiveness in preventing lethal overdose cases, extreme intoxication situations, decrease risks of HIV and HepC transmissions. These services have not been widely implemented in Ukraine and in Kyiv specifically, however, they present possibilities for further development of prevention services system on the city scale.

ДОДАТКИ:

Додаток 1. Відомості про респондентів дослідження

У межах польового етапу збору даних проведено низку напівструктурованих інтерв'ю з експертами в сфері профілактики наркозалежності та наркополітики в межах м. Києва. Експертами виступили:

	Ім'я та прізвище експерта	Посада	Організація	Формат інтерв'ю
1	Антон Басенко	Менеджер проєктів	МБФ «Альянс громадського здоров'я»	Онлайн-інтерв'ю
2	Павло Скала	Громадський активіст, правозахисник	МБФ «Альянс громадського здоров'я»	Телефонна консультація
3	Артем Осипян	Психолог, правозахисник	Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю	Онлайн-інтерв'ю
4	Олег Димарецький	Директор	БФ «ВОЛНа»	Онлайн-інтерв'ю
5	В'ячеслав Кушаков	Засновник МБФ «Альянс громадського здоров'я», старший радник з програмної діяльності	МБФ «Альянс громадського здоров'я»	Інтерв'ю віч-на-віч
6	Анна Мартинюк	Менеджер з проєктів	ВБО «Конвіктус»	Онлайн-інтерв'ю
7	Олена	Фахівець програм зменшення шкоди	МБФ «Альянс громадського здоров'я»	Онлайн-інтерв'ю
8	В'ячеслав Леонідович Сафонов	Заступник начальника	Департамент боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України	Інтерв'ю віч-на-віч
9	Артем		Управління протидії наркозлочинності ГУНП у м. Києві	Інтерв'ю віч-на-віч
10	Гела Тенгізович Каландія	Завідувач відділення по ЗПТ	Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціо-терапія»	Онлайн-інтерв'ю
11	Алла Володимирівна Йовенко	Лікар-нарколог	Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Онлайн-інтерв'ю
12	Святослав Шеремет	Консультант, член Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу	ГО «АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ»	Онлайн-інтерв'ю
13	Андрій Чернишов	Керівник напрямку адвокації та зовнішніх зв'язків, член Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу	ГО «АЛЪЯНС.ГЛОБАЛ»	Онлайн-інтерв'ю

Крім того, проведено 8 інтерв'ю з представниками групи людей, які вживають наркотики. Наведено соціально-демографічну ситуацію опитаних учасників:

Код учасника	Стать	Вік (років)	Досвід вживання (років)	Речовина, що вживалась	Район проживання
1	Чоловік	25	7	Психodelіки, клубні наркотики	Дніпровський
2	Чоловік	39	20	Метадон (ЗПТ)	Святошинський
3	Чоловік	24	5	Амфетамін (неін'єкційно), психodelіки	Дніпровський
4	Жінка	23	5+	«Солі», клубні наркотики	Шевченківський
5	Жінка	37	20	Метадон у таблетках, лірика	Дніпровський
6	Чоловік	44		Метадон (ін'єкційно)	Дніпровський
7	Чоловік	24	8	Метадон (ін'єкційно), амфетамін (неін'єкційно)	Оболонь
8	Чоловік	39	понад 20	Метадон (ЗПТ), амфетамін (неін'єкційно)	Дарниця

