



ЦЕНТР  
ГРОМАДСЬКОГО  
ЗДОРОВ'Я

# СТИСЛИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ



**«БАР'ЄРИ ВСТАНОВЛЕННЯ  
ДІАГНОЗУ ТА ЛІКУВАННЯ  
ТУБЕРКУЛЬОЗУ У СЛІДЧИХ  
ІЗОЛЯТОРАХ, УСТАНОВАХ  
ВИКОНАННЯ ПОКАРАНЬ  
ТА СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ  
ТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЛІКАРНЯХ  
ЦОЗ ДКВС УКРАЇНИ»**

Дослідження виконано в рамках реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією «Прискорити темпи зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я»

**Замовник дослідження:**

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

**Виконавець дослідження:**

ГО «Центр підтримки, досліджень та розвитку»

**Матеріали підготували:**

Олександра Дмитрієва, Володимир Степанов, Альона Мажная,  
Євгенія-Галина Лукаш, Катерина Свиридова

Дизайн посібника – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Замовник – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

**ПОСІБНИК РОЗПОВСЮДЖУЄТЬСЯ БЕЗКОШТОВНО**

© ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

# Зміст

<b>Дизайн дослідження</b>	3
Якісний компонент	3
Кількісний компонент	3
Розмір і розподіл вибірок учасників якісного і кількісного компонентів	4
<b>Результати дослідження</b>	5
Чинники, які сприяють виникненню бар'єрів, та бар'єри діагностики та початку своєчасного лікування хворих на ТБ/ХР/МР ТБ серед осіб, узятих під варту, та засуджених	5
Бар'єри щодо ефективного лікування ТБ в СТЛ	6
<b>Висновки</b>	6
<b>Рекомендації</b>	7

Рівень захворюваності на ТБ серед ув'язнених в рази перевищує рівень захворюваності на ТБ серед загального населення. Ймовірна поширеність латентної туберкульозної інфекції та активної форми ТБ в пенітенціарних системах набагато вище, ніж оцінки серед населення в цілому, незалежно від економічного становища та тягаря ТБ серед населення країни. За даними Центру охорони здоров'я Державній кримінально-виконавчій службі України (ЦОЗ ДКВС), у 2019 р. захворюваність на туберкульоз склала 1341 особу на 100 000 населення. Тобто захворюваність на ТБ серед ув'язнених/засуджених у 22,3 рази вище, ніж в загальній популяції у 2019 р.

Мета дослідження полягала у виявленні бар'єрів діагностики та лікування хворих на туберкульоз в УВП, СІЗО і СТЛ, та розробці рекомендацій щодо усунення або зменшення впливу виявлених бар'єрів.

## Дизайн дослідження

Дизайн дослідження об'єднав в собі елементи кабінетного дослідження, якісної та кількісної методології. У дослідженні була використана послідовна експлоративна методика об'єднання якісних і кількісних методів. Мета даної методики полягає в тому, щоб за допомогою якісного компоненту розробити інструментарій і змінні для обґрунтованого використання цих розробок при застосуванні на більш масштабних обсягах вибірки, тобто в кількісному компоненті дослідження.

### Якісний компонент

Для реалізації якісного компоненту дослідження була використана стратегія цілеспрямованої вибірки з максимальною варіативністю. Дана стратегія використовується для отримання значущих відмінностей і загальних патернів, які виникають як результат високої гетерогенності вибірки. Варіативність вибірки якісного компоненту досягалась через залучення до участі у дослідженні медичних та немедичних співробітників установ ДКВС різного типу і географічного розташування та через залучення різних типів інформантів, що варіюються за типом професійної приналежності, соціального і життєвого досвіду: фтизіатрів загальної протитуберкульозної служби, соцпрацівників, колишніх засуджених з досвідом діагностики і лікування ТБ в процесі відбування покарання, моніторів національного превентивного механізму (НПМ). Збір даних був реалізований за допомогою напівструктурованих інтерв'ю і ведення польових нотаток усіма чотирма дослідниками, задіяними у проведенні інтерв'ю. Напівструктуровані інтерв'ю були проведені досвідченими інтерв'юерами в телефонному режимі в зручній для учасників дослідження час, за спеціально розробленими для даного дослідження гайдами для проведення інтерв'ю.

### Кількісний компонент

Розробка та реалізація стратегії вибірки була заснована на наступних принципах:

1. Визначення генеральної сукупності: «жінки та чоловіки старші 18 років, засуджені до позбавлення волі, які мали досвід діагностики та лікування ТБ в установах ЦОЗ ДКВС».
2. Загальна вибірка розміром 300 осіб.
3. Достатня кількість респондентів, що відповідають критеріям включення ( $n > 50$ )
4. Логістична здійсненність та урахування контексту пандемії COVID-19 та наявності режимних обмежень для проведення дослідження в установі.

На відміну від засуджених, які знаходяться в УВП та СІЗО, досвід як діагностики, так і лікування ТБ гарантовано мають засуджені, які перебувають в спеціалізованих туберкульозних лікарнях (СТЛ ДКВС) і в той же час вже перебували в УВП та СІЗО, де були виявлені з підозрою на ТБ або діагностовані як хворі на ТБ. З 7 функціонуючих СТЛ були відібрані 5 СТЛ, які відповідають критеріям включення у

вибірку.

Усі дані були зібрані з використанням комп'ютерних самоінтерв'ю (CASI – Computer-Assisted Self Interviewing), що було здійснене у режимі он-лайн за допомогою планшета та інструменту (опитувальника), який було запрограмовано на платформі REDCap. Опитувальник включав найбільш проблемні аспекти доступу до діагностики і лікування ТБ, відповідно до результатів якісного етапу дослідження.

## Розмір і розподіл вибірок учасників якісного і кількісного компонентів

Таблиця 1. Інформанти якісного компоненту дослідження

Типи інформантів	Додаткові критерії	Кількість
Експерти	керівництво ЦОЗ ДКВС	3
	експерти у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ	3
Працівники установ ДКВС	працівники нагляду і безпеки	11
	інспектори з підготовки засуджених до звільнення	10
Медичні працівники ЦОЗ ДКВС	медичні працівники медичних частин ЦОЗ ДКВС	12
	фтизіатри СТЛ ДКВС	12
Медичні працівники	фтизіатри загальної протитуберкульозної служби, які стикаються у своїй роботі з ув'язненими/засудженими	12
Соцпрацівники	соцпрацівники з досвідом надання послуг засудженим на базі місць позбавлення волі та після звільнення	26
Колишні засуджені з діагнозом ТБ	засуджені з діагнозом ТБ після звільнення з МПВ (0-12 місяців)	20
Монітори національного превентивного механізму (НПМ)		6
Всього		115

Таблиця 2. Установи ДКВС, в яких були проведені інтерв'ю

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

Таблиця 3. Розмір та розподіл вибірки кількісного компоненту дослідження

Установа	Вибірка серед засуджених		Вибірка серед персоналу СТЛ ЦОЗ ДКВС	
	Цільова	Реалізована	Цільова	Реалізована
СТЛ при ДУ «Покровська ВК (№17)»	50	50	10	10
СТЛ при ДУ «Дніпропетровська ВК (№89)»	50	50	10	10
СТЛ при ДУ «Софіївська ВК (№55)»	50	48	10	10
СТЛ при ДУ «Снігурівська ВК (№5)»	50	41	10	7
СТЛ при ДУ «Голопристанська ВК (№7)»	50	50	10	10
Всього	250	239	50	47

## Результати дослідження

На кожному з етапів ведення хворого з ТБ при переміщенні між установами і всередині установ ДКВС можуть виникати чинники, які сприяють виникненню груп бар'єрів, що перешкоджають своєчасному діагностуванню, початку лікування, конвоюванню, етапуванню, зміні схеми лікування, призначенню додаткових препаратів, перенаправленню і супроводу хворих засуджених/ув'язнених з ТБ.

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

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

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

- Неврегульована нормативна база для надання доступу до медичної допомоги у місцях попереднього ув'язнення
- Пріоритет забезпечення нормативів утримання арештованих під вартою ставить під сумнів пріоритетність їх лікування і забезпечення норм інфекційного контролю
- Складності з забезпеченням охорони при виведенні ув'язнених з камер СІЗО до медчастини
- Проблеми із забезпеченням охорони при конвоюванні ув'язнених з бактеріовиділенням з СІЗО до протитуберкульозних закладів МОЗ
- Надмірна бюрократизація процесу перенаправлення/переміщення хворих з ТБ між установами ДКВС/ЦОЗ ДКВС

**Чинник:** Низька пристосованість інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги

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

- Критичний стан інфраструктури установ ДКВС
- Мінімальні можливості для лікування пацієнтів в СІЗО

- Відсутність мотивації медпрацівників проводити додаткові діагностичні обстеження

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

- Група відповідних бар'єрів: відхилення від протоколів діагностики та лікування ТБ
- Практики «відхилення від протоколів» як відповідь на загальні системні проблеми
- Діагностика ТБ шляхом виключення інших діагнозів

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

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

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

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

- Тривалий процес реформування пенітенціарної системи
- Неузгодженість порядку взаємодії між ЦОЗ ДКВС і МОЗ у зв'язку з переходом до другого етапу медреформи
- Обмеження або скасування етапів між установами як результат введення режиму підвищеної готовності
- Використання умов ДІЗО для ізоляції хворого ТБ

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

## **Бар'єри до ефективного лікування ТБ в СТЛ**

- Особливості реалізації контролю переносимості лікування і побічних дій препаратів в контексті виправної установи
- Відсутність доступу засуджених до якісних і різноманітних препаратів для корекції побічних дій в СТЛ
- Недовіра до скарг пацієнтів з боку медичного персоналу
- Недостатній рівень забезпечення активного моніторингу безпеки протитуберкульозних препаратів
- Контроль прийому препаратів заради застосування самого контролю, а не заради підтримки пацієнта в процесі лікування

## **ВИСНОВКИ**

1. Проблема правового та соціального статусу ув'язнених/засуджених є одним з ключових чинників виникнення бар'єрів, пов'язаних з неузгодженістю дій щодо таких хворих, як всередині установ і служб ДКВС, так і в цивільному секторі. Людина, яка скоїла правопорушення, і, в результаті судового рішення, потрапляє в установи ДКВС, є в першу чергу ув'язненим/засудженим.
2. Будь-яке переміщення ув'язненого/засудженого у просторі однієї установи, або між установою ДКВС і закладами МОЗ, або між установою ДКВС і СТЛ, має супроводжуватися охороною. Для того, щоб здійснити таке переміщення необхідні вагомі причини, докладні обґрунтування і складний процес узгодження, так як в цей момент пріоритет статусу ув'язненого/засудженого опиняється під питанням. Відповідно, реалізація права ув'язненого/засудженого на еквівалентні до таких,

що надаються у суспільстві, медичні послуги, видається складним, а пріоритет статусу ув'язненого/засудженого завжди буде впливати на якість і кількість наданих йому медичних послуг на базі установ ДКВС.

3. Проблема непристосованості інфраструктури установ ДКВС для надання медичної допомоги успадковується з пенітенціарної системи СРСР – громадянин, який потрапляє під санкції системи не тільки позбавляється волі, а й обмежується в усіх базових правах. Будинки, в яких перебувають установи ДКВС, в основному, були побудовані за радянських часів або навіть раніше. Як і за радянських часів, ув'язнені/засуджені живуть там в скрутних комунальних умовах, які самі по собі сприяють поширенню інфекційних захворювань.
4. Проблеми, що виникають при підготовці засудженого до переміщення в СТЛ і в процесі етапування також пов'язані з пріоритетом статусу засудженого над статусом хворого. У той же час, така модель організації лікування ТБ – з переміщенням хворого в спеціалізований стаціонар – продовжує логіку відтворення системи охорони здоров'я радянського типу, і не відповідає ключовим принципам здійснення реформи вторинної медицини в загальній системі охорони здоров'я.
5. Відсутність системних і комплексних підходів до вирішення проблеми своєчасного надання медичної допомоги при ТБ в установах ДКВС в умовах «надзвичайної ситуації» призводить до практики ручного управління на місцях.
6. Недовіра медичних працівників до скарг засуджених, хворих на ТБ, має ту ж природу, що і підозрілість охоронців: засуджений в рамках дискурсу тюремних працівників завжди шукає способи полегшити своє покарання, в тому числі посилаючись на хвороби і нездужання. Наразі, те, яким чином реалізується контроль за прийомом препаратів у вигляді контролю заради контролю, лише посилює каральні практики, властиві пенітенціарній системі

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Рекомендуються подальші кроки для створення єдиного медичного простору для всіх громадян України без винятку.
2. Для пріоритизації дій щодо подолання туберкульозу у в'язницях рекомендується створення і наділення відповідними повноваженнями постійної міжвідомчої робочої групи з представників ЦОЗ ДКВС, ДКВС, ЦГЗ МОЗ, Мінсоцполітики, Національної поліції, Національної гвардії і НУО.
3. Рекомендується докласти зусиль для вдосконалення нормативної бази для регулювання міжвідомчої взаємодії.
4. З огляду на обмежені матеріально-технічні та кадрові можливості медичних частин УВП для проведення повних діагностичних обстежень засуджених, рекомендується розробка Порядку взаємодії медичних частин УВП з медичними закладами МОЗ для надання медичної допомоги засудженим.
5. Рекомендується внесення змін до Закону України «Про попереднє ув'язнення» (Стаття 9. Права осіб, взятих під варту) для пріоритизації права на охорону здоров'я ув'язнених і еквівалентності стандартам МОЗ медичної допомоги, що надається у місцях попереднього ув'язнення.
6. Рекомендується перегляд норм та інфраструктурних можливостей для створення умов ізольованого розміщення.
7. Для зниження впливу наявних негативних факторів на своєчасність початку лікування і ймовірність відриву від нього в процесі етапування засуджених рекомендується здійснювати кроки в наступних напрямках:
  - продовження переговорів з Національною гвардією про можливість здійснення видачі протитуберкульозних препаратів хворим ТБ в процесі етапування;
  - проведення внутрішньовідомчого узгодження для виділення міжрегіональним відділенням ЦОЗ ДКВС спеціалізованих автомобілів для транспортування/етапування хворих на ТБ без участі Національної гвардії;
  - створення відділення для лікування засуджених чоловіків з діагнозом ТБ на базі СТЛ при ДУ «Збаразька виправна колонія» (№ 63) в Тернопільській області для скорочення часу



- етапування засуджених з діагнозом ТБ, які прямують із Західної України;
- удосконалення форми узгодження запитів з боку медичних частин УВП на етапування хворих з ТБ до спеціалізованих медичних установ ЦОЗ ДКВС.
8. В рамках взаємодії ЦОЗ ДКВС і ДКВС, рекомендується розробити і впровадити стандарти забезпечення своєчасного доступу до діагностики та лікування ТБ в «надзвичайних ситуаціях». Рекомендується розробка стратегії здійснення діяльності в режимі кризового управління для безперервності надання спеціалізованих медичних послуг в рамках системи ДКВС.
  9. Рекомендується впровадження системи моніторингу та оцінки якості інфекційного контролю для виконання Наказу МОЗ від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я».
  10. Рекомендується впровадження системи моніторингу психо-емоційного стану медпрацівників ЦОЗ ДКВС для профілактики професійного вигорання. Робота в пенітенціарній системі пов'язана з підвищеними ризиками емоційного вигорання та професійної деформації.
  11. Рекомендується розробка заходів, спрямованих на зниження рівня стигми серед медичного та немедичного персоналу установ ДКВС до ув'язнених/засуджених, хворих на ТБ, і інтервенцій, що сприяють формуванню поведінки, орієнтованої на звернення за допомогою і лікування серед ув'язнених/засуджених.

