**Стенограмма**

**Рабочей встречи сообщества Людей, употребляющих наркотики, пациентов поддерживающей терапии агонистами опиатов (ПТАО) в Республике Казахстан с национальным координатором по ПТАО, РГП НА ПХВ «РНПЦПЗ» МЗ РК и представителями международных организаций.**

**Дата:** 7 апреля 2021 г.

**Время:** 11.00-13:00

**Место встречи:** площадка zoom (велась запись)

**Ссылка на запись:**

**Участники встречи:** (список участников Приложение1)

**Вопросы повестки:**

1. В ряде регионов пациенты ПТАО обращаются за разъяснениями по поводу индивидуальных дозировок метадона. Просим разъяснить, если пациенту комфортно получать 5 мг метадона, почему врачи наркологи настаивают на повышении дозировки?
2. Возможно ли принятие в программу ПТАО людей, со смешанным употреблением опиоидных наркотиков и НПВ.
3. В какой период планируется открытие новых сайтов ПТАО, согласно Дорожной карте 2018 - 2020? Как может помочь сообщество ЛУН и представители НПО, чтобы сайты ПТАО открылись в Нур-Султане, Алматинской области и т.д. Просим ознакомить с новой Дорожной картой всех заинтересованных: пациентов ПТАО, представителей НПО.
4. Просим рассмотреть вопрос о возможность включения равного консультанта в МДК ПТАО, что для этого необходимо?
5. 20 марта 2021 года состоялась рабочая встреча с представителями НПО Республики Беларусь, которые поделились опытом внедрения препарата – бупренорфин. Сообщество ЛУН готово провести оценка потребности среди людей, употребляющих опиоидные наркотики в большинстве регионов РК. Что планируется службой РНПЦЗ для расширения линейки препаратов ПТАО?
6. В условиях распространения COVID-19 в РК, что планируется для оказания получения непрерывного доступа при госпитализации для пациентов ПТАО в РК?

**По первому вопросу:** в ряде регионов пациенты ПТАО обращаются за разъяснениями по поводу индивидуальных дозировок метадона. Просим разъяснить, если пациенту комфортно получать 5 мг метадона, почему врачи наркологи настаивают на повышении дозировки?

**Высказалась Сексенова** **Жания:**

Оптимальный диапазон метадона для большинства пациентов являются определенные дозы - от 60, 80 и 120млг. В ряде случаев встречается то, что пациенту достаточно быть на более низкой дозе, но во всех источниках обозначается, что до 40 млг. 5 млг — это даже не начальная дозировка согласно протоколу лечения. Когда пациент приходит в опиоидной абстиненции мы начинаем пошагово набор дозы от 20–30 млг), в зависимости от степени абстинентного синдрома.

Изучив всех пациентов, которые принимают сейчас достаточно низкие дозировки, и многие из пациентов ранее при вступлении в программу начинали с 20–30 доходили до 80-90млг. и позже стали интенсивно снижать дозировки от 10-5 млг., с убеждением, что такая дозировка для них комфортна. Но существуют определенные нюансы. Низкая дозировка может быть оправдана если есть повышенный риск развития передозировки, либо это пациенты, которые находятся на этапе завершения терапии. С учетом того, что ранее многие пациенты принимали достаточно высокие дозировки 80–90 млг., я считаю, что это не рационально, что пациенты сейчас принимают 5 млг. – это 1мл. метадона гидрохлорид, но в любом случае нужно разбираться в ситуации.

Существует такое мнение среди пациентов, что «чем выше дозировка, тем сильнее абстиненция» — это не так, многие основываются на опыте ранее вышедших из программы, которые говорили о тяжелой абстиненции и тогда у пациентов присутствует страх.

Когда человек выходит из программы ПТАО тяжелая абстиненция бывает только в том случае (не зависимо от того в каком порядке плановый/экстренный) если пациент снижает дозу и если в этот период он употребляет другие наркотические вещества, то состояние ломки будет проявляться сильнее. Возможно, пациенты недостаточно правильно слышат и видят себя, и если они добавят 5–10 млг, то состояние возможно будет комфортнее.

Низкая доза метадона правильная в случае если Замедленный метаболизм, страдают функции печени, мочевыделительной системы, дыхательная функция, тогда 5–10 млг считаются более оправданной, но если пациент чествует себя хорошо и его не беспокоит активно печень, почки и легкие, то данная дозировка считается не лечебной.

Важно понимать период по выведению метадона, т. к. он достаточно длительный. Считаю, что возможно пациентам нужно пересмотреть дозировки. Никто никого не заставляет повышать дозировки. Задача врачей клиницистов правильно объяснить, что такое заместительная терапия. За 12 лет опыта ПТАО у нас есть специалисты сформированные как клиницисты. Пациентам необходимо пересмотреть свои отношения с врачом, сделать их более доверительными и изучить более достоверно, что из себя представляет метадона гидрохлорид, который сам по себе считается менее безопасным препаратом, поэтому не нужно бояться поднимать дозировку.

Считаю, что 5 млг, это больше лечение психической зависимости и если врач отработает с пациентом и пройдется по всем системам и органам, затронет психическую сферу, то, наверное, найдутся показания для повышения дозировки.

***Предложение для пациентов ПТАО:***

1. ***сформировать более доверительные отношения с врачом, изучить тактику ведения пациентов, а также все имеющиеся для них протоколы и выяснить для себя почему он убежден, что 5 млг. это комфортная дозировка для него.***

С апреля 2021г. мы начинаем менторские визиты во все регионы, я передам графики встреч и если у пациентов возникнут вопросы я встречусь с ними и проведу более обширную работу.

**Виктор/пациент ПТАО г. Уральск:**

высказал свое несогласие приведя пример, что в течение 2х лет подбирал комфортную дозировку, дошел до 80 мл., но становилось все хуже и хуже, пока я не сбросил ее до 10 мл и она является самой комфортной. Последние 2 годя мне принудительно добавляют дозировку до15 млг и отсутствуют доверительные отношения с врачом «У меня нет нарушений, мне комфортно на данной дозировке и почему я должен страдать».

**Сексенова Жания:** при заболеваниях с угнетением дыхательной системы метадона гидрохлорид необходимо принимать с осторожностью.

**Беляева Ольга**: поделилась опытом реализации программы ПТАО в Украине, опытом приема бупренорфина и обратила внимание на ключевые моменты в высказываниях Виктора Видикер, о том, что часто пациентов воспринимают не сведущими в вопросах ПТАО, и если недавно пришли в программу, то имеют мало информации. Мы само назначали себе препарат «опиаты» в качестве заместительной терапии, часть обезболивающего, часть терапевтического эффекта и хорошо знаем свой организм, понимаем, как работают опиаты и у всех нас длительный этап зависимости. В других странах, в профессиональном сообществе, доктора говорят, что нет дозировки большой или маленькой, есть дозировка адекватная состоянию человека и его запросу. Это зависит от подхода, на сколько человеку сейчас комфортно на той или иной дозировке (пример: сильный метаболизм требует высокую дозировку)

В Украине препараты производит местный производитель, качество препаратов значительно ниже, чем в других фармкомпаниях и мы сейчас занимаемся тем, чтобы поднять дозировку в закупках препарата для комфорта пациентов.

***Предложение:***

***- индивидуальный подход в подборе дозировок***

***- при необходимости у сообщества есть возможность организовать встречу по дозировкам с международными врачами***

- «Когда я вижу, что в Казахстане люди идут на сайт каждый день на костылях или их несут в кабинет ПТАО на руках то считаю, что если человеку комфортно принимать 5 млг. и ему комфортно, то на сегодняшний день вопрос по дозировкам это не тот приоритетный вопрос заставлять людей повышать или понижать дозировку. Как нам обеспечить задачу так, чтобы препарат был там, где мы находимся, можно ли сделать домашний стационар и что делается в этом направление сейчас.

Это пытки 10 лет ездить в один кабинет каждый день. Невозможно построить терапевтический альянс между доктором и пациентом на таких условиях, при этом ты понимаешь, что в случае болезни или заключения тебе самому придётся решать свои проблемы. Важно что бы мы доверились докторам, а это значит, что мы увидели, что доверяют нашему опыту, экспертизе, желанию настроить свою жизнь качественно и обратная связь не в форме наказания и принуждения, поощряющая и дающая возможность жить больше социальной жизнью.

**Евгений/пациент ПТАО г. Усть-Каменногорск** высказал мнение о том, что при проведении мониторинговых визитов менторы, не встречаясь с пациентами дают рекомендации в отношении небольших дозировок врачам и они принимают эти рекомендации как руководство к действию.

**Сексенова Жания:** обратила внимание на то, что сейчас обсуждение не о принудительном повышение, а об установлении адекватной дозы и что страдает взаимодействие с врачом. менторские визиты теперь будут только от ГФСТМ и РНПЦПЗ и в одну из задач будет входить персональные встречи с пациентами.

***Предложение:***

***забыть все недоразумения и выходить на более правильный подход и уровень реализации программы ПТАО***

**Вопрос, не заявленный в повестке:** выдача препарата метадона гидрохлорид на руки

**Черченко Надежда:**

Отрыв от программы в связи с госпитализацией либо другими вынужденными отъездами – это злободневный вопрос и является системной проблемой в том числе и при отсутствии вариантов лекарственных форм для самих препаратов ПТАО и подход должен быть комплексным. В [стандарте](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021712) оказания помощи, службы охраны психического здоровья прописано ***«…кабинеты ПТАО это структурные единицы организации*** **службы охраны психического здоровья»** соответственно выдача препарата возможна только в этих организациях. Для того что бы провести работу по решению вопроса о выдаче на руки, необходимо расширить линейку лекарственных форм препаратов. Спасибо Ольге Беляевой за то, что поделилась опытом Украины на предыдущей встрече. Сейчас мы получили от Сергея Щетникова информацию о компании «Русан Фарма Лтд» (Индия) производителя разных форм препаратов, бупренорфин, метадон, и в сочетании с налоксоном.

Наша задача сейчас: найти производителя, поставщика, который будет готов провести регистрацию новых препаратов, провести процедуру по закупу и ввозу препарата на территорию Республики. Когда у нас будет на руках таблетированный препарат мы можем инициировать вопрос о внесение изменений в НПА по выдачи препарата на руке. Наша задача изучить вопрос и начать действовать в этом направление.

**Вопрос/Ибрагимова Оксана:**

1. На какой квартал запланирована эта работа?

Для информации участникам встречи: бупренорфин так же производит кампания «Molteni». В Белорусии и Молдове закуп бупренорфина и метадона произведен от одной кампании.

**Черченко Надежда**

Данный вопрос постоянно в работе, и я не могу сейчас сказать о точных и временных рамках в его решении.

**Беляева Ольга/вопрос**

1. Почему жидкая форма метадона является барьером к тому, чтобы обеспечить домашний стационар или больницу?

На сейчас подписывается документ по выдачи лечения на руки в Беларуси, обеспечен домашний стационар и доставка в больницу. Во всех странах есть жидкий и таблетированный метадон.

1. Есть ли НПА, который регламентирует форму выдачи на руки (таблетированный можно/жидкий нельзя)?

**Черченко Надежда**

Исходя из лекарственной формы, таблетированные формы выдачи намного проще.

**Беляева Ольга**

Вопрос расширения линейки лекарств не должен являться причиной ожидания не менять НПА. В Беларуси ввели бупренорфин, стали принимать в программу людей, но это не дало серьезного толчка в решении вопроса по выдаче на руки. Если необходимо менять НПА, подскажите какой и мы так же наймем экспертов, сделаем аналитическую записку и вместе подумаем, и подадим на изменения НПА. В любом случае для метадона и бупренорфина будет один подход по выдачи/вывозу на руки.

**Черченко Надежда**

Данный вариант мы примем к рассмотрению и будем проводить работу по изменению НПА и расширению линейки лекарств параллельно.

**Вопрос/Рудоквас Наталья**

1.Когда вы будете рассматривать документы?

2. Как сообщество может подключится к этой работе?

**Черченко Надежда**

Мы уже приступили к работе, есть специалист по мониторингу и информационному обеспечению, которая занимается именно нормативно правовыми документами. Внесение, изменения и рассмотрение определенных поправок, которые мы собираемся вносить, мы это все сейчас проводим и будем продолжать. У нас нет временных ограничений, наша работа идет в параллельных направлениях.

**Вопрос/Рудоквас Наталья:**

1. Каким образом мы можем присоединиться и отслеживать этот процесс, чтобы по факту мы не получили документ, который нужно дополнять и исправлять. Что бы не получилось так как в ситуации с «Дорожной картой». Вы сказали нам, что документ готовится, а в итоге она лежит на рассмотрении в Министерстве Здравоохранения. Хочется сделать качественный документ, чтобы не носить людей на руках и исключить летальные случаи.

**Черченко Надежда:**

Участие стороны сообщества конечно приветствуется.

По «Дорожной карте» я дальше дам комментарии. Когда мы будем сводить все поправки, которые собираемся вносить давайте обсуждать их вместе. Мы можем провести такую же как сейчас отдельную встречу по нормативно правовым документам.

**Решение:**

**На 25 мая запанирована встреча по обсуждению изменений нормативно правовых документов**

**По этому вопросу будет сформирована общая рабочая группа. Сообщество сможет найти ресурсы для привлечения юриста на национальном или международном уровне для изучения интересующих нас документов**

***Предложение/ Беляева Ольга:***

***Пригласить нашу команду в Беларусь, там, где уже готов нормативный документ, который сейчас находится на третьем согласовании и посмотреть наработанные модели и подумать, как их применить в Казахстане.***

**Вопрос/чат Щетников Сергей:**

1. Какие нормативно правовые документы вы собираетесь рассматривать?

**Черненко Надежда:**

Основные, которые нас волнуют в данном вопросе:

- стандарт оказания помощи населению службы охраны психического здоровья

- НПА, регламентирующие транспортировку наркотических препаратов

- ознакомиться и пересмотреть приказы МВД

**Вопрос/ Беляева** **Ольга:**

1. Какая сейчас ситуация в Казахстане с паллиативной помощью и обезболивающими препаратами для людей, которые страдают от боли, так как это схожие нормативные документы.

**Черненко Надежда:**

Я некомпетентна в этой сфере. На счет выдачи наркотических препаратов этим людям этим вопросам на местах занимаются специалисты.

***Предложение/Беляева Ольга:***

***Мы также можем изучить сферу паллиативной помощи и возможно эти НПА помогут быстрее адаптировать наш подход.***

**Комментарий/Щетников Сергей**

Мы изучили НПА по паллиативной помощи, в ней прописано «строго настрого запретить людям имеющим наркотическую зависимость выдачу на руки»

**По второму вопросу:** возможно ли принятие в программу ПТАО людей, со смешанным употреблением опиоидных наркотиков и НПВ

**Сексенова Жания:**

Если пациент состоит на наркологическом учете с диагнозом «сочетанное употребление», то врач должен выявить ведущий синдром зависимости и если превалирует опиоидная зависимость, то нет проблем для включения этого пациента в программу ПТАО.

**Комментарий/Рудоквас Наталья:**

В ходе менторских визитов прошу проговорить об этом с врачами-наркологами, потому что, если врач узнает, что человек употребял/ет синтетические наркотики ему отказывают в участие в программе.

**Сексенова Жания:**

Я изучаю диагнозы пациентов на сайтах и там не мало людей с диагнозом «F-19» и я удивлена, что возникает этот вопрос, обязательно об этом проговорю.

**Решение:**

**Информировать сообщество о том, что если у человека, практикующего смешанное употребление наркотических веществ, превалирует опиоидная зависимость, то он так же подлежит участию в программе ПТАО*.***

**Вопрос/Рудоквас Наталья:**

1. Если возможность у службы наркологии назначать антидепрессанты людям со смешенным употреблением на программе ПТАО если есть срывы? Не вариант выгонять человека из программы за смешанное употребление.

**Сексенова Жания:**

Такая практика существует, но антидепрессанты и другие психотропные препараты назначаются с метадоном с осторожностью и здесь должен быть четкий индивидуальный подход и психокоррекция. ПТАО считается моно-терапия, но при разных состояниях пациента это надо изучать, а дозировка антидепрессантов и метадона в таком случае должна постоянно корректироваться. Мы будем пробовать такой вариант поддержки.

**Вопрос/ Чат/ Манкиева Валентина**

1. В Карагандинской области пациентам со смешанным употреблением (соли-ацетилированный мак) отказывают в участие в программе ПТАО.

**Сексенова Жания:**

Мы с Валентиной еще раз проработаем этот вопрос

**Вопрос/ Щетников Сергей:**

1. Можно вопрос по принятию людей в программу с сочетанной зависимостью включить в плановое обучение мультидисциплинарных команд на сайтах?

**Черченко Надежда:**

У нас будет 3-х дневный обучающий семинар. Все наболевшие вопросы будут рассмотрены в обязательном порядке (дозировки, мягкий выход, сочетанное назначения ПТАО и других лекарственных препаратов) и данный вопрос мы сможем включить в программу этого обучающего модуля.

**Беляева Ольга:**

поделилась опытом о том, что в 2010 г. при открытии метадоновой программы в г. Днепр их организация под управлением сообщества получила ресурсы на открытие кабинета заместительной терапии. Посоветовавшись с докторами, организация наняла врача – нарколога, психиатра, медицинскую сестру, медицинского психолога с инструментами, которые позволили сформировать понимание по суб- группам из участников программы определив их ментальное, физическом, психическое, когнитивное состояние и какие прогнозы могут быть, используя инструмент «индекс тяжести зависимости». Так же имелись ресурсы для закупа антидепрессантов. Психиатр проанализировал каждого пациента, дал рекомендации на социальное сопровождение и сделал назначение, что очень помогло пациентам.

**Вопрос:**

1. Каким инструментом оценки пользуется врач что бы принять решение о том, что доминирующая зависимость — это опиоидная зависимость?
2. Что делать если человек будет продолжать употреблять стимуляторы?

***Предложение:***

1. ***Мы могли бы использовать эти инструменты до входа человека в программу, чтобы он сам понимал процесс оценки его состояния.***

**Сексенова Жания:**

На первичном осмотре согласно МКБ -10 устанавливается ведущий синдром зависимости, после пациент передается на врачебно - консультативную комиссию о принятие его в программу. Инструментов достаточно и врач сам по себе как специалист владеет специальными познаниями для установки этого диагноза. Так же мы пользуемся шкалой абстинентного опиоидного состояния, где определяем состояние ломки и абстиненции, но больше это сбор анамнеза, катамнеза, выписки из истории болезни и все, что нам пригодиться для установления этого диагноза.

По поводу сочетанного употребления вы должны донести до пациентов о том, что не нужно боятся обращаться к врачам, которые с легкостью установят превалирующий, ведущий синдром. Надо правильно понимать, что такое ведущий синдром: если больше всего идет влечение к опиоидам и он замещает в случае их отсутствия другой синтетикой, то это однозначно наш пациент с опиоидной зависимостью.

**По третьему вопросу:** в какой период планируется открытие новых сайтов ПТАО, согласно Дорожной карте 2018 - 2020? Как может помочь сообщество ЛУН и представители НПО, чтобы сайты ПТАО открылись в Нур-Султане, Алматинской области и т.д. Просим ознакомить с новой Дорожной картой всех заинтересованных: пациентов ПТАО, представителей НПО.

**Черченко Надежда:**

По дорожной карте 2019-2020г.было запанировано открытие 6 дополнительных кабинетов ПТАО, но в связи с пандемией covid-19 в Казахстане многие центры психического здоровья были перепрофилированы в карантинные или провизорные стационары, поэтому данный вопрос был приостановлен. Эти здания находились в резерве. По примеру Алматы на базе психиатрического и наркологического центра и так же продолжается работа существующего кабинета и в 2021г. мы продолжаем работу по открытию ранее запланированных сайтов. В 2020г открылись сайты в г.г. Рудном и Лисаковске на базе не ПЦПЗ (Первичные Центры Психического Здоровья). Данный вопрос у нас на контроле, и мы обязательно доведем его до логичного завершения, проведем все необходимые организационные моменты и будем открывать в новых городах, там, где есть потребность.

Проект по «Дорожной Карте» ПТАО был подготовлен в конце 2020/начале 2021г. информационно – аналитическим центром, не нашим коллективом, а структурным подразделением РНПЦ. В данной «дорожной карте» приоритетными вопросами были внесение изменений в НПА. Взаимодействие с другими государственными учреждениями, НПО, международными организациями предусмотрено в рамках взаимных соглашений, совместных планов, меморандумов. Что бы не расписывать это в дорожной карте, а сделать большую, хорошую рабочую карту (план, направление) мы можем это сделать не в рамках наших соглашений между организациями.

**Вопрос /Ибрагимова Оксана:**

1. Можно ознакомить нас с новой «Дорожной картой» ПТАО, которая еще не зарегистрировалась?

**Черченко Надежда:**

Сейчас документ на финальных этапах, в понедельник коллеги сообщили мне, что комментариев по «карте» не возникало, они отправили документ на проверку казаховедам и юридический отдел. До этого карта согласовывалась со структурными подразделениями Министерства Здравоохранения, которые будут участвовать во внесение изменений НПА. Когда будет готов итоговый вариант мы вам обязательно его пришлем.

**Вопрос/Ибрагимова Оксана:**

1. Как быть с уже подготовленным кабинетом ПТАО в г. Нур-Султан и почему он не открывается?

**Черченко Надежда:**

Давайте отработаем этот вопрос отдельно, прицельно.

**Вопрос/ Манкиева Валентина:**

1. Существует ли возможность открытия новых сайтов в гг. Балхаш и Джезказган? В этих городах до сих пор сохраняется употребление опиоидных наркотиков, что не раз показал мониторинг ГФСТМ
2. В Карагандинской области г. Шахтинск и отдалённый район г. Караганды Пришахтинск. Сейчас в Карагандинской обл. проходит исследование по «Индексу стигмы ЛЖВ» и порядка 10 человек имеют потребность участие в программе. Одна девушка ездит г. Шахтинска в г. Караганду, и он не предусмотрен как город для участия в программе

***Предложение/Щетников Сергей*:**

*Создание рабочей группы по увеличению охвата пациентами. В сравнении с другими странами в Казахстане очень низкий охват 0,1 % вовлеченных из количества нуждающихся. В «Дорожной карте» было прописано увеличение до 40%., но оно так и не увеличилось. Такая ситуация возможно саботирована в определенных областях и количество участников в программе 2-3 чел., а где-то программа хорошо работает. Почему это происходит непонятно.*

*Для нашей совместной работы и взаимодействия предлагаю создать рабочую группу с участием международных организаций, УПНООН, наркологов действующих сайтов, пациентов ПТАО, представителей сообщества СКК.*

**Вопрос / Черченко Надежда:**

1. Какое ваше видение если у нас будет рабочая группа?

Мое видение, что на местах низкий комплаенс взаимодействия между пациентами и врачами.

1. Каким образом мы сможем повлиять на улучшение данного комплаенса?

Весь март мы отрабатывали вопросы с врачами, Жания Хамитовна проводила регулярные рабочие встречи.

Существует ли среди пациентов ПТАО встречи по поводу того, что данный вид терапии благоприятен, помогает социально адаптироваться для них и как созданием рабочей группы мы можем повлиять на это.

**Беляева Ольга:**

Создание рабочей группы, которая системно занимается с участниками программы и лидерами сообщества улучшением доступа и качества программы ПТАО это как раз начало доверительных отношение между теми, кто предоставляет и получает услуги. К сожалению, в каждой из наших стран сложилась сложная практика отношений пациентов и наркологии и чаще всего это была служба, которая наказывала, когда наркологу, как и полицейскому нельзя говорить правду и больше получалось проблем чем пользы до начала ПТАО.

Данная рабочая группа с возможностью при СКК будет являться моделью доверительных отношений, что врачи на местах видят, как вы хотите услышать нашу обратную связь, понимаете и цените наш опыт и включаете его в НПА, что мы все вместе думаем как это работает на практике и просчитываем все риски заранее. Поэтому мы просим показать нам документ, потому что сразу увидим, как это будет в практике и оценим риски, а вы сможете сделать запланированное снижение рисков — это часть доверительных отношений и это может помочь открыть такие рабочие группы, где их нет.

**Щетников Сергей:**

На сейчас в нескольких городах созданы и работают Советы Представителей Сообщества ПТАО, но не во всех городах это получается сделать возможно из-за недоверия к врачам.

**Ибрагимова Оксана:**

Мы можем рассмотреть этот вопрос сделав при СКК такую рабочую группу и вовлечь все НПО в городах, особенно где планируется открытие новых сайтов. В рамках ГФСТМ так же будет много обучения и нужна работа с НПО, чтобы они помогали, регулярно отчитывались по проделанной работе, собирали кейсы что бы усилить взаимодействие с наркологами. Думаю, нам также поможет УПН ОНН. Постоянная оценка проблем и рисков.

**Щетников Сергей:**

Думаю, что НПО там будут лишними т.к. есть прямые получатели услуг- пациенты ПТАО.

**Ибрагимова Оксана:**

Не у всех пациентов есть возможность подключиться к зум. Нет помещения, где собраться. И если НПО согласны, то на их базе можно поводить обучение.

**Беляева Ольга:**

Когда мы пропишем цели и задачи рабочей группы тогда будет понятно кто на постоянной основе, а кто может быть приглашён на тематические встречи. Рабочая группа — это больше те, кто хотят изменить ситуацию в тех условиях которых мы находимся.

**Черченко Надежда:**

То, что сейчас было озвучено я полностью поддерживаю, создание такого коллектива позволит преодолеть те назревшие барьеры, которые существуют между сообществом, мы объединимся у нас будет совместное направление по нашей работе.

**Болыспаева Гульнур:**

Касательно рабочей группы – ранее Наталья Рудоквас составляла техническое задание. Действительно такая потребность существует и просьба не создавать механизмы, которые существуют 1-2 дня и исчезают, а координировать с уже существующими механизмами (СКК и данная платформа). Если эта платформа будет при СКК, то это должен быть действующий механизм с точным определением целей и задач.

В отношении «Дорожной карты» прошу вас Надежда Черченко не только предоставить новый вариант документа, потому что хотелось бы не только ознакомиться с этим документом, но и внести какой-то вклад. Пример создания предыдущей «Дорожной карты» был успешным в плане, что мы все могли участвовать в его разработке, доработке, осуждении. Хотелось, чтобы эта «Дорожная карта» была создана по такому же примеру, и мы все смогли участвовать в его доработке и внести свой вклад.

**Черченко Надежда:**

Данная «Дорожная карта» на сейчас создана и сформирована. В приоритете это были стратегические моменты по внесению изменений по переходу от донорского финансирования на республиканское и предусмотрено взаимодействие с НПО и международными организациями только в рамках соглашений и меморандумов. В связи с этим внесение изменений в эту «Дорожную карту» невозможно, и она будет представлена только в готовом варианте.

**Ибрагимова Оксана:**

Значит уже сейчас мы можем думать о заключение меморандума с РНПЦ ПЗ и прописать направления, активности и взаимодействие по сотрудничеству. Это станет первым этапом по созданию рабочей группы и определит точки соприкосновения.

**Вопрос/чат Манкиева Валентина:**

1. Если возможность увеличить время работы сайтов ПТАО? Во многих регионах люди не успевают на работу, прохождение анализов и т.п.
2. Прописано ли это в нормативных документах?

**Черченко Надежда:**

Так как ЦПЗ это автономные организации и не являются в прямом подчинении у РЦПЗ, то вопрос о графике работы сайтов необходимо решать с руководством на местах.

**По четвертому вопросу:** просим рассмотреть вопрос о возможность включения равного консультанта в МДК ПТАО, что для этого необходимо?

Кабинеты ПТАО являются структурными подразделениями ЦПЗ и штатное расписание регламентируется внутренними документами ЦПЗ. Понятие мультидисциплинарной команды сейчас достаточно объёмно: структуру кабинета входит врач, психолог, социальный работник, медицинская сестра и они вместе работают и врачами- инфекционистами, туберкулезной службой, психологами и психотерапевтами реабилитационных центров. На счет вхождение в данную структуру, заключение трудовых договоров с организацией нужно решать на местах. Каждая организация должна решать это самостоятельно. Сейчас штатные нормативы не имеют четкой регламентации т.к. все государственные предприятия на праве хозяйственного ведения и свои штаты регламентированы внутренними приказами.

**Вопрос/Рудоквас Наталья:**

1. Вы можете дать рекомендации о включении равного консультанта по ПТАО как РЦПЗ?

**Черченко Надежда:**

Давайте так же отработаем этот вопрос о возможности включения равного консультанта.

**Ибрагимова Оксана:**

Сообщество готово вовлечься в эту работу по примеру Центра СПИД- аутрич работники, равные консультанты и т.п

**Вопрос /Манкиева Валентина:**

1. Хотела бы вернуться к вопросу о продлении времени на сайтах. Прошу у вас содействия в оказании решения данного вопроса, чтобы при написании того же запроса/письма на имя руководителя от пациентов мы могли заручаться вашей поддержкой?

**Беляева Ольга:**

Поделилась опытом выдачи ПТАО в Украине: выдача на руки для самостоятельного приема. В одном кабинете 556 человек получают лекарство и 2 врача. у каждого расписано свое время и день получения.

**Рудоквас Наталья:**

Делая упор на социализацию, система выставляет людям рамки.

**Манкиева Валентина:**

Сегодня мы не рассмотрели такой важный вопрос как ОСМС для пациентов ПТАО. Этот вопрос можно оставить на обсуждение следующей встречи и надо подготовится к нему заранее рассмотрев варианты всевозможной помощи (вопрос оплаты т.к. не все могут по стоянию здоровья устроиться на работу)

**Сексенова Жания:**

Я знаю, что Карагандинский сайт ПТАО вы считаете одним из самых проблемных. В рамках мониторинговых визитов я буду возможно в Карагандинской области в мае 2021г. и там мы сможем встретиться и уделить внимание вопросу по поводу графика выдачи метадона.

В завершение хочу сказать, что двери наших центров открыты, направляйте всех желающих, метадона гидрохлорида достаточно, все врачи настроены на принятие людей в программу. Мы понимаем, что с учетом оценочного показателя действующих наркопотребителей и принимающих заместительную терапию идет полное несоответствие. Просим вас оказать содействие в том, чтобы ребята которые желают получать и имеют показания не боялись и шли на терапию.

В отношении наркологического учета пациенты должны определить приоритет, что для них важнее сейчас: их здоровье или учет. На данный момент наркологический учет минимальный вместо 5 лет - 1 год. После выхода с программы ПТАО если пациент регулярно наблюдается и подтверждает свою годичную ремиссию, то он снимается с наркологического учета.

***Предложение/Щетников Сергей:***

***Хотел бы вернуться к опыту внедрения бупренорфина. Мы изучили опыт Белоруссии, он более близок к Казахстану с учетом политического строя. Хотелось бы инициировать от сообщества закуп заместительной терапии: сейчас мы закупаем метадон производства «Molteni». следующий закуп планируется во второй половине 2021г. Можем ли мы собрать потребности, обратиться к основному получателю гранта ГФСТМ что бы он дал техническое задание по выявлению потребностей для РЦПЗ и мы подготовили его совместно и включили в новый закуп. По информации лекарство закуплено на 500 человек с увеличением буфера до 700 пациентов, т.е. 10 % мы сможем использовать на закуп бупренорфина. Может воспользуемся этой возможностью и закупим бупренорфин?***

**Черченко Надежда:**

Если донором в утвержденном грантовом соглашении подписано на 500 пациентов, то это не подлежит изменению. Даже если мы сейчас инициируем вопрос о закупе бупренорфина вместо части метадона, то это возможно только по согласованию с основным донором ГФСТМ.

***Предложение/Ибрагимова Оксана:***

***Мы хотели бы собрать оценку потребностей (заявления/опрос) по всем городам, где есть сайты ПТАО и НПО и представить вам как обоснование, что люди есть и можно заняться этим вопросом в пилотном режиме. Если члены СКК подтвердят и увидят, что люди готовы войти в программу, думаю, что с основным получателем мы сможем решить этот вопрос если у нас будут все обоснования о готовности людей.***

***Предложение/Щетников Сергей:***

***В преддверии следующей встречи СКК мы можем поднять вопрос, чтобы в техническом задании для службы наркологии основной получатель дал задание.***

**Демеуова Рысалды:**

Давайте отработаем этот вопрос в рабочем порядке, думаю никто не будет против. Если данный протокол будет выносить такое решение, и РЦПЗ не отказывается, то не нужно торопиться выносить его быстро на высокий уровень.

**Черченко Надежда:**

Вопрос получения разрешительных документов для организации закупа и ввоза, поиск поставщика и официального дистрибьютера кто будет этим заниматься. Одно дело если мы просто озвучиваем, что мы покупаем бупренорфин и другое дело физическая реализация этого вопроса. Для того что бы сейчас организовать ввоз и закуп новой партии метадона, которая запланирована на вторую половину 2021г. мы проводим очень большую работу. Проделать такую работу с новым препаратом — это не дело ближайших наших планов. даже если сейчас мы поднимем вопрос о закупе бупренорфина, и донор допустит это максимально, то это будет следующий год. На сегодняшней день выносить на обсуждение и сразу ставить эту цель рано. В 2021г. закуп будет только на метадон.

**Вопрос/Беляева Ольга:**

1. Можем мы узнать у СКК или тех людей кто принимает решения на основании каких документов возможно принятие решения о том, что надо закупать бупренорфин? Что бы мы не делали ту работу, которую потом никто не возьмёт в руки и скажут, что это не доказательства. Какие действия необходимо сделать чтобы этот вопрос встал в повестку дня в закупку для ГФСТМ и дальше идти в работу?

***Предложение/******Демеуова Рысалды:***

***Надежда Черненко Ибрагимова Оксана, Давледгалиева Татьяна, Болыспаева Гульнур, UNAIDS давайте организуем одну встречу и поймем для себя, что мы из этой встречи извлекли, и поймем что хотят люди.***

**Вопрос/Габриэла Ионашку:**

В протоколе ЦПЗ по лечению ПТАО зарегистрирован бупренорфин?

**Черченко Надежда:**

В действующем протоколе зарегистрирован только метадон и регистрацию препарата бупренорфин нужно делать чтобы организовать ввоз и закуп.

**Вопрос/ Демеуова Рысалды:**

В текущей заявке это прописано?

**Черченко Надежда:**

Насчет бупренорфина прописано: проведение аналитического обзора по бупренорфину для составления обоснования для последующей работы.

**Демеуова Рысалды:**

Сообществу нужно представить грамотный свод- анализ

***Предложение/Белева Ольга:***

***Это задача для рабочей группы, можно вставить это в план работы.***

**Вопрос/Габриэла Ионашку:**

Сколько времени ГФСТМ будет закупать метадон?

**Черченко Надежда:**

Закуп метадона за счет ГФСТМ предназначен на 2021-2022г.

**Демеуова Рысалды:**

Значит у нас есть 2 года чтобы обосновать, зарегистрировать и интегрировать бупренорфин, чтобы это было доступно для людей.

**Габриэла Ионашку:**

В прошлой заявке ГФСТМ бупренорфин не был заявлен в качестве препарата. Закупка препаратов, оборудования и все остальное в бюджете должно выглядеть довольно детально, потому что это влияет на ту цену, которая определяется для препарата. Чем объёмы больше, тем цена ниже. Если наш небольшой объём метадона мы разобьём на бупренорфин, который не зарегистрирован, то закуп метадона может быть под угрозой.

**Щетников Сергей:**

Мы не разбиваем закуп, мы разбиваем пересмотренный буфер (10%), который мы сможем пилотировать.

**Габриэла Ионашку:**

Поставщик работает на 700 доз, которые он думает, что продаст Казахстану. Проблема во внутренних правилах и документации. Чтобы провести наркотическое вещество через регистрацию в список основных лекарственных средств не хватит и двух лет.

**Черченко Надежда:**

Сейчас в Казахстане метадон производства «Молтени» прошел перерегистрацию и получил регистрационное удостоверение.

**Вопрос/Виктор-пациент ПТОА г. Уральск:**

Во многих странах существует практика, что если пациент стоит устойчиво на одной дозе 6мес или 1 год и у него нет нарушений, то при экспертизе это не считается наркотическим опьянением. Как у нас в Казахстане смотрят на эти вещи?

**Сексенова Жания:**

Только после того, как вы сниметесь с наркологического учета, в этом случае с вас будут сняты все ограничения, а это через год тщательного воздержания.

**Вопрос/ Рудоквас Наталья (от участника ПТАО г. Усть-Каменогорск)**

1. У меня нет ВИЧ- инфекции и каждые полгода я сдаю анализы, в отсутствие вен и приходится набирать кровь из паховой вены — это не безопасно. Можно ли сдавать кровь методом экспресс- теста.

**Сексенова Жания:**

Я уточню этот вопрос, свяжусь и отвечу вам.

**Вопрос/Беляева Ольга:**

1. Можем мы взять за правило, что на следящую встречу в приоритет поднятые руки от участников программы?

**Демеуова Рысалды:**

Хорошо.

**Результаты встречи:**

Для решения вопроса о транспортировке лекарства ПТАО в больницы, домашний стационар и МЛС (места лишения свободы) создать рабочую группу. Организаторы - члены Форума ЛУН Казахстан, сотрудники РНПЦПЗ. Задачи рабочей группы и задания для членов рабочей группы предложено согласовать на следующей встрече 25 мая 2021г.

Протокол - стенограмму подготовила Секретарь Казахстанского форума людей, употребляющих наркотики

Манкиева Валентина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17.04.2021г.