

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
11 липня 2025 року № 1102

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ
ОПІОЇДІВ

Загальна частина

Діагноз: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів

Коди стану або захворювання відповідно до НК 025:2021 (МКХ-10):

Гостра інтоксикація опіоїдами (F11.0);

Синдром залежності (F11.2);

Стан відміни (F11.3).

Розробники:

КУЗІН Ігор Володимирович	заступник Міністра охорони здоров'я України- головний державний санітарний лікар України, голова робочої групи;
ІВАНЧУК Ірина Олександрівна	кандидат психологічних наук, начальник відділу управління та протидії вірусними гепатитами та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», заступник голови робочої групи з клінічних питань;
ДУМЧЕВ Костянтин Вікторович	головний спеціаліст відділу медичної допомоги та медичної евакуації Міністерства оборони України;
ПТАЩЕНКО Андрій Вікторович	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
ГРИЦЕНКО Валерія Вікторівна	головний фахівець відділу управління та протидії вірусним гепатитам та опіоїдної залежності ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
ЗЛИДЕННИЙ Тарас Володимирович	директор КНП Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально-небезпечних захворювань»;
КАБАНЧИК Мирослава Орестівна	директор КНП Львівської обласної ради «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень»;
КАЛАНДІЯ Гела Тенгізович	лікар-психіатр-нарколог, завідувач амбулаторним відділенням КНП «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»;
КЛИМЧУК Віталій	доктор психологічних наук, віце-президент

Володимирович	Національної психологічної асоціації України, експерт проекту «Психічне здоров'я для України»;
ЛЕБЕГА Олександр Володимирович	спеціаліст з питань охорони здоров'я підрозділу всесвітніх програм з ВІЛ і ТБ Центрів контролю а профілактики захворювань США;
ПНЧУК Ірина Яківна	професор, доктор медичних наук, лікар-психіатр вищої категорії, директор Інституту психіатрії КНУ імені Тараса Шевченка;
РУДИЙ Сергій Анатолійович	національний програмний офіцер Регіонального програмного офісу Управління ООН з наркотиків та злочинності в Східній Європі;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

ГУЛЕНКО Оксана Іванівна	заступник директора - начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»;
ШИЛКІНА Олена Олександрівна	начальник відділу стандартизації медичної та фармацевтичної допомоги управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Рецензенти

ДВОРЯК Сергій Васильович	доктор медичних наук, професор, голова Правління, в. о. директора Українського інституту політики громадського здоров'я
ГОНЧАРОВА Олена Юріївна	завідувач кафедри психіатрії та наркології Харківського національного медичного університету кандидат медичних наук, доцент

Дата складання: 2025 рік

Дата оновлення: 2028 рік

Перелік умовних позначень та скорочень

АРТ	Антиретровірусна терапія
aВНЛ	Асинхронний відео-нагляд за лікуванням
ВГ	Вірусні гепатити
ВГВ	Вірусний гепатит В
ВГС	Вірусний гепатит С
ВДР	Великий депресивний розлад
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ВНЛ	Відео-нагляд за лікуванням
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
ЛЗ	Лікарський засіб
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду ВООЗ
ПАР	Психоактивна речовина
ПТАО	Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (синонім поняття «замісна підтримувальна терапія», що використовується в чинній нормативно-правовій базі)
СВО	Синдром відміни опіоїдів
cВНЛ	Синхронний відео-нагляд за лікуванням
ТБ	Туберкульоз
ASI	Індекс тяжкості залежності
AUDIT	Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю
COWS	Клінічна шкала оцінки симптомів відміни
mhGAP	Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP)
QTc	QT інтервал
Форма № 025/о	Форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 030-1/о	Форма первинної облікової документації № 030-1/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки і поведінки та розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 998/23522

Розділ І. Охорона громадського здоров'я. Основні заходи з організації послуг

1. Положення стандарту медичної допомоги

З точки зору громадського здоров'я метою надання послуг особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів є скорочення вживання психоактивних речовин (далі – ПАР), попередження подальшої передачі інфекцій, що передаються через кров тощо.

Враховуючи, що психічні та поведінкові розлади пов'язані із вживанням опіоїдів є захворюванням, що впливає на всі сфери життя, для досягнення більшої ефективності послуги мають бути інтегрованими та надаватись із залученням різних фахівців (медичні працівники, психологи, соціальні працівники).

2. Обґрунтування

Вживання опіоїдів несе значні ризики для громадського здоров'я. Окрім тяжкого синдрому залежності та безпосередньо підвищення ризику смерті внаслідок передозувань, ін'єкційне вживання опіоїдів пов'язано із підвищеним ризиком інфікування вірусом імунодефіциту людини (далі – ВІЛ), туберкульозом (далі – ТБ), вірусними гепатитами (далі - ВГ) В та С та подальшим їх поширенням серед населення, аваріями на дорогах та іншими травмами, серцево-судинними захворюваннями, проблемами з легенями, насильством та самогубствами.

Застосування орієнтованих на громадське здоров'я заходів для осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів сприятиме зменшенню шкоди та негативних наслідків для осіб, які вживають опіоїди та суспільства.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) особи, у яких було зафіксовано гостру інтоксикацію, пов'язану із вживанням опіоїдів, синдром відміни опіоїдів (далі – СВО), факт ін'єкційного вживання опіоїдів та/або залежність від них, консультуються щодо стратегії зменшення шкоди від вживання ПАР та направляються:

для отримання послуг з профілактики ВІЛ, що надаються згідно з Порядком надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 року № 288, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 7 березня 2024 року за № 332/41677 та для отримання послуг з лікування розладів пов'язаних із вживанням опіоїдів та супутніх захворювань до найближчого закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надає зазначені послуги;

для тестування та консультування на ВІЛ, ВГ В та С відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги;

для профілактики передозувань;

для отримання соціальних послуг, що надаються особам, які опинились у складних життєвих обставинах.

Розділ II. Первинний скринінг психічних та поведінкових розладів пов'язаних із вживанням опіоїдів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Первинний скринінг психічних та поведінкових розладів пов'язаних із вживанням опіоїдів проводиться для дорослих осіб незалежно від факторів ризику вживання опіоїдів для раннього виявлення осіб, які вживають опіоїди виявлення осіб, для ідентифікації осіб, які потребують застосування інструментів раннього втручання, запобігання негативним наслідкам для здоров'я, пов'язаних із зловживанням опіоїдами та/або подальшої діагностики та лікування психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням опіоїдів.

2. Обґрунтування

Скринінг, короткострокові інтервенції та направлення на лікування є науково обґрунтованим підходом для виявлення, скорочення частоти вживання та попередження розвитку розладів психіки та поведінки у результаті вживання опіоїдів.

Скринінг має на меті виявлення осіб, які вживають опіоїди, визначення їх потреби в лікуванні та безпосередньо лікування та/або надання послуг зі зменшення шкоди.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) скринінг на наявність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів проводять із застосуванням інструменту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) «АССИСТ», наведеному у додатку 1 до цього Стандарту. Пацієнту повідомляють, що отримані від нього дані є конфіденційними і потрібні виключно для діагностики, профілактики та лікування;

2) у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, даний скринінг проводиться у плановому порядку всім дорослим, які звертаються за допомогою, не рідше одного разу на рік;

3) у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, підставами для проведення скринінгу є наявність одного або декількох факторів, а саме: наявність ВГ В або С, ВІЛ-інфекції, ТБ, слідів від внутрішньовенних ін'єкцій, анамнестичних даних щодо вживання алкоголю або інших ПАР, будь-які інші психічні та поведінкові розлади;

4) у разі виявлення середнього або високого ступеню ризику для здоров'я внаслідок вживання опіоїдів (від 4 балів за інструментом «АССИСТ» або вживання наркотичних засобів ін'єкційним шляхом протягом останніх 3 місяців) пацієнту:

проводиться короткотривала інтервенція згідно із додатком 2 до цього Стандарту;

при підтвердженні факту ін'єкційного вживання опіоїдів проводиться обговорення ризиків пов'язаних з їх ін'єкційним вживанням;

здійснюється перенаправлення до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу щодо діагностики та лікування психічних та

поведінкових розладів, пов'язаних з вживанням опіоїдів.

Розділ III. Діагностика гострої інтоксикації опіоїдами, синдрому залежності від опіоїдів та стану відміни від опіоїдів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Серед осіб із симптомами та/або ознаками наявності гострої інтоксикації, синдрому залежності від опіоїдів, стану відміни від опіоїдів, діагноз гострої інтоксикації опіоїдами, синдром залежності від опіоїдів, стану відміни від опіоїдів встановлюється шляхом проведення комплексної діагностичної оцінки, що складається з використання діагностичних критеріїв та/або інструментів та клінічної оцінки. Одночасно проводиться ретельний аналіз історії вживання всіх ПАР, включаючи алкоголь, досвід проходження лікування у зв'язку з вживанням ПАР, наявності інших психічних та поведінкових розладів та соматичних захворювань, спричинених вживанням ПАР, оцінку соціального статусу. Після встановлення діагнозу гострої інтоксикації опіоїдами, стану відміни від опіоїдів та стабілізації стану пацієнта направляють та/або проводять діагностику синдрому залежності від опіоїдів.

2. Обґрунтування

Діагностика полягає у визначенні наявності гострої інтоксикації, пов'язаної із вживанням опіоїдів, визначенні наявності синдрому відміни від вживання опіоїдів та підтвердженні синдрому залежності від опіоїдів відповідно до клінічних критеріїв, визначених в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (далі - МКХ-10).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) діагностика гострої інтоксикації опіоїдами передбачає декілька етапів:

попередній діагноз гострої інтоксикації опіоїдами встановлюється при наявності тріади основних клінічних симптомів: порушення свідомості (сонливість, ступор, сопор, кома), пригнічення дихання (зниження частоти нижче 10/хв), звуження зіниць; екстрена медична допомога починається відразу після встановлення попереднього діагнозу;

остаточний діагноз встановлюється після отримання анамнестичних даних щодо нещодавнього вживання опіоїдів в дозі, щоб могла бути пояснена інтоксикація;

диференційна діагностика з порушеннями свідомості іншої етіології (у тому числі інтоксикацією іншими ПАР) з використанням лабораторних та хіміко-токсикологічних методів проводиться у випадку неефективності екстрених лікувальних заходів, наведених у розділі IV цього Стандарту;

2) після лікування стану інтоксикації проводиться скринінг на наявність розладів внаслідок вживання інших ПАР відповідно до додатку 1 до цього Стандарту, діагностика залежності від опіоїдів за критеріями МКХ-10 відповідно до додатку 3 до цього Стандарту, та, у випадку її підтвердження, пропонується лікування залежності від опіоїдів;

3) для діагностики СВО та визначення його тяжкості використовуються критерії, наведені у додатку 4 до цього Стандарту та діагностичний інструмент – клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (далі - COWS), наведена у додатку 6 до цього Стандарту;

4) після лікування СВО проводиться скринінг на наявність залежності від ПАР, та, у випадку її підтвердження, пропонується лікування залежності від опіоїдів;

5) у всіх пацієнтів проводиться комплексна оцінка стану, що включає: поглиблений анамнез захворювання – досвід вживання всіх ПАР, а саме тривалість їх вживання, частоту, дозування, способи вживання та час, коли пацієнт вживав їх останній раз; попередні спроби лікування, які фактори призвели до рецидиву;

оцінку наявності інших психічних та поведінкових розладів, наведену у додатку 8 до цього Стандарту;

виявлення супутніх захворювань, з особливою увагою на захворювання, які можуть виникати у результаті вживання ПАР (флебіти, абсцеси, інші ускладнення від ін'єкцій, бактеріальний ендокардит, тромбофлебіти тощо);

обстеження на інфекції, що передаються через кров (ВІЛ, ВГ В та С), ТБ згідно з відповідними стандартами медичної допомоги;

оцінку соціального статусу та соціальних проблем пов'язаних із вживанням опіоїдів та інші;

оцінку наявності розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю із використанням тесту на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (далі – AUDIT), рекомендованого ВООЗ, наведеного у додатку 5 до цього Стандарту.

Бажані:

6) пацієнтам з гострою інтоксикацією опіоїдами, синдромом залежності від опіоїдів та станом відміни від опіоїдів проводиться обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (далі – ІПСШ).

Розділ IV. Лікування гострої інтоксикації опіоїдами

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування гострої інтоксикації опіоїдами спрямоване на відновлення життєво важливих функцій пацієнта та запобігання його смерті. Для надання ефективного лікування гострої інтоксикації опіоїдами, зокрема, спостереження за пацієнтом визначається тип опіоїду, який призвів до гострої інтоксикації. Одночасно слід звертати увагу на суїцидальний ризик для осіб з гострою інтоксикацією опіоїдами, провівши діагностику оцінки тяжкості суїцидальності із застосування діагностичної шкали.

2. Обґрунтування

Лікування гострої інтоксикації опіоїдами здійснюється за тяжкого ступеня, гостра інтоксикація опіоїдами легкого та середнього ступеня не потребує екстреного специфічного лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) лікування гострої інтоксикації опіоїдами тяжкого ступеня починається негайно в ЗОЗ або медичними працівниками екстреної медичної допомоги відповідно до наведених у додатку 9 до цього Стандарту алгоритмів;
- 2) лікування гострої інтоксикації опіоїдами включає два основні компоненти – введення специфічного антагоністу опіоїдів (налоксон) та підтримку дихання. Інші допоміжні методи лікування передозування включають: забезпечення прохідності дихальних шляхів, і, якщо показано, серцево-легеневу реанімацію;
- 3) строки лікування та спостереження за особою, яка хворіє з гострою інтоксикацією опіоїдами залежать від ПАР, яка призвела до гострої інтоксикації та тяжкості інтоксикації – від двох годин при неускладненому передозуванні опіоїдами до 24 годин у випадку передозування опіоїдами з довшим періодом дії, такими як метадон;
- 4) після стабілізації стану пацієнта, визначається, чи не була гостра інтоксикація опіоїдами суїцидальною спробою за допомогою Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїцидальності (C-SSRS), наведеною у додатку 10 до цього Стандарту, за результатами скринінгу вживаються заходи відповідно до кількості балів за шкалою.

Розділ V. Лікування синдрому залежності від опіоїдів**1. Положення стандарту медичної допомоги**

Синдром залежності внаслідок вживання опіоїдів є складним багатофакторним розладом здоров'я, який вимагає стратегій біопсихосоціального лікування. Лікування синдрому залежності має базуватися на принципах доступності, доказовості, комплексності з урахуванням різних потреб пацієнта, поваги до прав та гідності пацієнта, а також відсутності стигматизуючого чи дискримінаційного ставлення до пацієнта.

Фармакологічне лікування синдрому залежності від опіоїдів із використанням підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (далі – ПТАО) є тривалим ефективним, заснованим на фактичних даних інструментом для зменшення вживання опіоїдів та має застосовуватися одночасно з психосоціальними втручанням.

Лікування має призначатися максимально швидко після звернення пацієнта за медичною допомогою. Перед початком лікування визначаються цілі лікування та складається план лікування із застосуванням принципу спільного прийняття рішень, як частини людино-орієнтованої медичної допомоги.

На початковому етапі лікування (фаза індукції) необхідно дотримуватися принципу поступового титрування дозування з початковими призначенням низьких доз ЛЗ ПТАО, щоденним моніторингом стану пацієнта та поступовим збільшення дозування. Для забезпечення цілей підтримувального лікування (етап стабілізації), зокрема, подолання потягу до вживання опіоїдів, та забезпечення ефективності лікування дозування має бути підібрано індивідуально для пацієнта, а тривалість лікування не має бути обмеженою. Під

час лікування здійснюється постійний моніторинг стану пацієнта, зокрема, дотримання режиму лікування, контроль за побічними реакціями на лікарські засоби (далі – ЛЗ) ПТАО та направлення до інших медичних та/або соціальних служб для лікування супутніх захворювань та вирішення психосоціальних потреб.

Враховуючи рецидивуючий характер захворювання вживання нелегальних ПАР під час лікування не повинно бути підставою для припинення лікування, однак має бути підставою для перегляду тактики та корекції плану лікування.

Пацієнтам можуть бути видані дози для самостійного прийому поза межами ЗОЗ, коли переваги від зменшення частоти відвідувань перевищують ризик вживання не за призначенням, за умови регулярного медичного огляду.

2. Обґрунтування

Доведено, що лікування синдрому залежності від опіоїдів сприяє зниженню частоти вживання нелегальних опіоїдів, покращенню психічного та соматичного здоров'я, поліпшенню соціального функціонування та якості життя особи та її найближчого оточення.

Зважаючи на те, що залежність від опіоїдів є хронічним рецидивуючим захворюванням, лікування є комплексним та довгостроковим, і, у більшості випадків, триває пожиттєво. Повна відмова від нелегального та медичного вживання опіоїдів є можливою, але не головною лікувальною метою для більшості пацієнтів.

Методом вибору для лікування залежності від опіоїдів є довготривале медикаментозне лікування агоністами опіоїдів (ПТАО). Якщо виникає потреба у припиненні вживання опіоїдів для запобігання тяжким наслідкам абстинентного синдрому, проводиться медикаментозне лікування синдрому відміни. Комбінація медикаментозного лікування з психосоціальними методами є доцільною і допомагає досягненню кращих лікувальних цілей.

Лікування із використанням ПТАО забезпечує важливу підтримку для лікування супутніх захворювань, включаючи ВІЛ, ТБ і ВГ.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) лікування синдрому залежності від опіоїдів здійснюється в ЗОЗ, відповідно до алгоритмів, наведених у додатку 11 до цього Стандарту;
- 2) спільно з пацієнтом розробляється індивідуальний комплексний план лікування відповідно до додатку 12 до цього Стандарту, який базується на тяжкості захворювання, попередньому досвіді лікування, наявності коморбідних та супутніх захворювань, та враховує соціальні потреби пацієнта;
- 3) лікування розпочинається максимально швидко, бажано у перший день звернення пацієнта (при наявності діагнозу). Відсутність обстежень, зазначених у додатку 11 до цього Стандарту, не може бути підставою для відмови від лікування залежності або його відстроченні;
- 4) ПТАО здійснюється із використанням повних (метадону) або часткових агоністів (бупренорфін в тому числі у комбінованій формі з налоксоном), та складається з трьох етапів: індукції, стабілізації та завершення лікування. Методика індукції залежить від ЛЗ, що застосовується, та наведена у

додатку 13 до цього Стандарту. Клінічні особливості, які впливають на лікування із використанням ЛЗ ПТАО, наведено у додатку 14 до цього Стандарту;

5) після фази індукції починається основне підтримувальне лікування (етап стабілізації). Про завершення індукції свідчить те, що пацієнт перестає відчувати прояви СВО і протягом 24 годин після прийому останньої дози метадону чи бупренорфіну знаходиться у комфортному фізичному та психічному стані;

6) дозування для кожного пацієнта визначатися індивідуально відповідно до таких факторів: ефект від прийому ЛЗ, наявність побічних ефектів, вживання інших ПАР, взаємодія з іншими ЛЗ, які впливають на метаболізм ЛЗ ПТАО; корекція дози проводиться за потреби протягом індукції та під час стабілізації;

7) рекомендована середня добова доза метадону під час стабілізації становить від 80 до 120 мг (але може бути вищою чи нижчою). Дозування метадону коригується на 5-10 мг за один раз, але не частіше одного разу на три дні;

8) дози вище 150 мг на день, як правило, пов'язані із незначною додатковою перевагою, але підвищують ризик побічних ефектів; рішення щодо необхідності підвищення дози більше 150 мг приймається індивідуально стосовно кожного пацієнта;

9) рекомендована середня доза бупренорфіну становить 8-16 мг/добу; дозування бупренорфіну корегується на 2-8 мг за один раз;

10) організація видачі ЛЗ ПТАО відбувається шляхом:
щоденного прийому ЛЗ ПТАО під наглядом медичного персоналу на базі ЗОЗ;

щоденного прийому ЛЗ ПТАО під наглядом медичного персоналу із застосуванням телемедичних технологій (телеконсультування / телевідеоконсультування) та / або цифрових технологій (наприклад, відеодзвінки, самостійний запис на відео процесу прийому ЛЗ пацієнтом тощо) відповідно до додатку 15 до цього Стандарту;

щоденного самостійного прийому ЛЗ, виданого у ЗОЗ або отриманого за рецептом в амбулаторних умовах, або по місцю створеного стаціонару вдома;

11) рішення щодо видачі ЛЗ пацієнту для самостійного прийому приймається лікуючим лікарем з урахуванням критеріїв щодо видачі ЛЗ ПТАО для самостійного прийому, визначених пунктом 11 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2020 року № 2630), та на основі балансу між ризиками та забезпеченням самостійності пацієнта; оцінка таких ризиків здійснюється відповідно до додатку 16 до цього Стандарту.

12) з метою попередження та управління потенційними негативними наслідками видачі ЛЗ для самостійного прийому до пацієнта може бути застосований підхід поступового збільшення кількості виданих доз для їх

самостійного прийому з урахуванням оцінки ризиків та переваг такої форми видачі ЛЗ відповідно до додатку 16 до цього Стандарту;

медичні працівники з лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів проводять моніторинг дотримання режиму лікування, оцінку стану пацієнта та прогресу лікування, переглядають план лікування, інформують з питань перебігу лікування тощо під час візиту пацієнта до ЗОЗ та/або із застосуванням цифрових технологій (відео та телефонні дзвінки, зв'язок за допомогою спеціалізованих додатків, платформ тощо) та/або телемедичних технологій (телеконсультування/телевідеоконсультування); якщо пацієнт, який отримує ЛЗ шляхом щоденного прийому ЛЗ під наглядом медичного персоналу, в тому числі із застосуванням телемедичних технологій, або щоденного самостійного прийому ЛЗ, пропускає запланований візит до ЗОЗ, протягом трьох днів від запланованої дати, медичний персонал ЗОЗ або соціальний працівник нагадують про необхідність відвідування та з'ясовують причину пропуску візиту за допомогою телефонного дзвінку або іншим узгодженим з пацієнтом способом;

лікуючим лікарем також здійснюється систематичне та своєчасне виявлення і лікування побічних реакцій та/або небажаних явищ, які виникають внаслідок призначення ЛЗ ПТАО; виявлені побічні реакції та/або небажані явища, а також тактика їх лікування вноситься до форми № 025/о.

Повідомлення про побічні реакції та/або небажані явища на ЛЗ здійснюються лікуючим лікарем в установленому чинним законодавством порядку до автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду та електронних медичних інформаційних систем;

13) перелік основних послуг, при наданні яких застосовуються засоби цифрових технологій, визначено у додатку 15 до цього Стандарту;

14) тестування на вживання ПАР під час лікування ЛЗ ПТАО проводиться відповідно до підпункту 2 пункту 20 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201(у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2020 року № 2630);

15) позитивні результати тестів на виявлення вживання ПАР пацієнтом, окрім тих речовин, які призначені лікуючим лікарем, є підставою для перегляду лікувальної тактики, що включає:

оцінку відповідності дозування, що необхідно для стабілізації стану пацієнта, включаючи аналіз вживання інших ЛЗ, які можуть впливати на метаболізм ЛЗ ПТАО, зменшуючи їх концентрацію (недостатність дози);

оцінку наявності супутніх розладів (включаючи психічні);

проведення додаткових заходів, спрямованих на дотримання режиму лікування і прихильності до нього.

16) виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю із використанням опитувальника AUDIT, є частиною моніторингу прогресу у лікуванні; отримані результати визначають необхідність подальших клінічних втручань, посилення на які наведено у додатку 2 до цього Стандарту;

17) лікування завершується лише за свідомим, добровільним бажанням пацієнта та рекомендоване лише за умови досягнення основних лікувальних цілей, а саме: припинення вживання нелегальних ПАР, нормалізації способу життя, стабілізації стану фізичного та психічного здоров'я, відновлення соціальних функцій; спільно з пацієнтом, який вирішив припинити ПТАО, розробляється план завершення лікування та надається інформація, що лікування може бути поновлено за його бажанням; усім пацієнтам рекомендується брати участь у групах взаємодопомоги (наприклад, програма «Анонімні наркомани», програма «SMART Recovery» тощо), як мінімум, протягом 6 місяців після завершення лікування;

18) недобровільне припинення лікування відбувається лише у випадках, визначених пунктом 21 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2020 року № 2630);

19) пацієнт інформується щодо можливості отримання соціально-психологічних послуг та направляється до місця їх надання;

20) на базі ЗОЗ або через перенаправлення до іншого ЗОЗ, у випадку якщо послуги відсутні у ЗОЗ, пацієнту надаються послуги, пов'язані з супутніми захворюваннями, зокрема: скринінг на ТБ, ВІЛ-інфекцію, ВГ С, ІПСШ; моніторинг та лікування ВІЛ-інфекції; профілактика ВІЛ; амбулаторне лікування ТБ, лікування супутніх психічних розладів;

Бажані:

21) для підвищення ефективності лікування разом із медикаментозним лікуванням надається психосоціальна підтримка, що включає: оцінку психологічних та соціальних потреб, підтримуюче консультування, залучення підтримки з боку близького оточення, направлення до соціальних служб; серед методів використовуються структуровані інтервенції: когнітивна поведінкова терапія (далі – КПТ), мотиваційне інтерв'ю, заохочувальна терапія, сімейна терапія, профілактика рецидиву;

22) забезпечується залучення пацієнтів до психологічного групового втручання низької інтенсивності з метою відпрацювання навичок управління стресом через перебування в несприятливих обставинах, розробленого ВООЗ, наведеного у додатку 7 до цього Стандарту;

23) для пацієнтів, які мають ознаки легкого епізоду депресії, тривожних розладів та дистресу забезпечується проведення індивідуальних втручань низької інтенсивності, використовуючи розроблений ВООЗ інструмент, наведений у додатку 7 до цього Стандарту;

24) у випадку виявлення ознак суїцидальної поведінки та/або самоушкоджень надавачі медичних послуг з лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів застосовують інструменти згідно рекомендацій ВООЗ (алгоритм дій представлений в розділі «Самоушкодження/суїцид» керівництва для ведення психічних, неврологічних розладів та розладів, пов'язаних із

вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах, версія 2.0, розроблене в межах Програми BOOЗ mhGAP, посилання наведено у додатку 7 до цього Стандарту).

25) у разі виявлення депресивних та/або тривожних розладів пацієнтам призначається фармакотерапія відповідно до стандартів медичної допомоги з лікування зазначених розладів; у разі наявності у ЗОЗ фахівців з відповідною професійною підготовкою, додатково призначається КПТ;

26) для пацієнтів, які мають ознаки, що можуть свідчити про подовжений інтервал QTc, а саме: наявність подовженого інтервалу QTc в анамнезі (з будь-яких причин), клінічні прояви подовженого інтервалу QTc або порушень серцевого ритму (непритомність, серцебиття, запаморочення), рекомендованим є проведення електрокардіографії (далі – ЕКГ) перед призначенням метадону; відмова від проходження ЕКГ або відстрочення щодо її проходження не є підставою для відмови чи відстрочення початку лікування;

27) для детальної оцінки потреб пацієнта, оцінки тяжкості залежності та формування плану лікування проводиться визначення індексу тяжкості залежності із використанням опитувальника ASI;

28) для підвищення ефективності заходів з лікування розладів, внаслідок вживання алкоголю (високий ступінь ризику за оцінкою AUDIT) надаються структуровані психологічні інтервенції за методом КПТ (проведення 60-хвилинного сеансу принаймні протягом 12 тижнів) у разі наявності у ЗОЗ фахівців з відповідною професійною підготовкою у методі КПТ;

29) надавач медичних послуг з лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів сприяє встановленню терапевтичних, орієнтованих на пацієнта стосунків, зокрема, заохочує його до участі у спільному прийнятті кращих клінічних рішень відповідно до цінностей та потреб пацієнта, дотримуючись алгоритму спільного прийняття клінічних рішень, наведеного у додатку 17 до цього Стандарту.

Розділ VI. Лікування синдрому відміни опіоїдів (детоксикація)

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування СВО має на меті позбавлення пацієнта від негативних фізіологічних та психологічних симптомів, пов'язаних із зменшенням та/або припиненням вживання опіоїдів. Тактика лікування СВО включає короткострокове призначення метадону або бупренорфіну, або агоністів альфа-2-адреностимулюючої дії (клонідин) у малих дозах під наглядом лікаря; під час лікування синдрому відміни опіоїдів пацієнту пропонується психосоціальна підтримка в комплексі з фармакологічним лікуванням СВО за наявності медичних показань.

2. Обґрунтування

Застосування детоксикації має невисоку ефективність у досягненні довгострокової абстиненції, тому лікування СВО повинно доповнюватись іншими довготривалими методами лікування та підтримки.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) лікування СВО здійснюється в ЗОЗ, відповідно до алгоритмів, наведених у додатку 18 до цього Стандарту;
- 2) ЛЗ першого вибору для проведення детоксикації є метадон або бупренорфін, ЛЗ другого вибору є альфа-2 адренергічні агоністи (клонідін) у низьких дозуваннях; під час детоксикації за необхідності призначається симптоматична терапія;
- 3) лікування проводиться під щоденним наглядом медичного персоналу, який здійснює контроль за прийомом доз ЛЗ;
- 4) лікування СВО здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу розладу та схем, наведених у додатку 19 до цього Стандарту;
- 5) після лікування СВО пацієнту пропонується лікування синдрому залежності від опіоїдів із використанням ЛЗ ПТАО та/або психосоціальна підтримка;
- 6) після завершення детоксикації пацієнтів інформують про порядок дій у випадку передозування опіоїдами, зокрема про можливість використання налоксону та інструкцію для його медичного використання;
- 7) детоксикація не застосовується під час вагітності.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі - КМП) з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів.
2. Кількість пацієнтів з позитивним скринінгом АССИСТ, які отримали коротку інтервенцію, спрямовану на скорочення вживання ПАР.
3. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на вживання алкоголю AUDIT.
4. Кількість пацієнтів, які утримались в програмі ПТАО протягом 12 місяців після початку лікування.
5. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО з рекомендованими дозами ЛЗ ПТАО.
6. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на ТБ.
7. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на ВІЛ.
8. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на ВГ С.
9. Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів, які отримують ПТАО та отримують антиретровірусну терапію (далі – АРТ).
10. Кількість пацієнтів з СВО, яким було проведено детоксикацію.
11. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на депресію.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ КМП з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує наявність КМП для пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів у ЗОЗ, які надають екстрену, первинну та спеціалізовану медичну допомогу за напрямом послуги з первинного скринінгу, діагностики та лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП з психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів, наданий ЗОЗ, що надають медичну допомогу таким пацієнтам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Кількість пацієнтів з позитивним скринінгом АССИСТ, які отримали коротку інтервенцію, спрямовану на скорочення вживання ПАР.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість проведення скринінгу на наявність психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів у ЗОЗ всіх рівнів медичної допомоги.

Надання ПТАО у ЗОЗ, що включає аспекти пов'язані із адекватністю дозування ЛЗ, зручністю розташування та графіку роботи ЗОЗ, відношенням медичного персоналу до пацієнтів, веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Бажаним рівнем індикатора є надання короткої інтервенції всім пацієнтам, в яких було виявлено середній або високий ступінь ризику для здоров'я внаслідок вживання опіоїдів.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ або установа, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора: кількість пацієнтів, які пройшли скринінг на наявність психічних та поведінкових розладів за допомогою інструменту АССИСТ протягом звітного періоду з результатом 4 або більше балів за шкалою «опіоїди».

Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі - форма № 025/о); форма первинної облікової документації № 030-1/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки і поведінки та розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 998/23522 (далі – форма № 030-1/о).

Чисельник індикатора: кількість пацієнтів, які пройшли скринінг на наявність психічних та поведінкових розладів за допомогою інструменту АССИСТ протягом звітного періоду з результатом 4 або більше балів за шкалою «опіоїди» та які отримали коротку інтервенцію, спрямовану на скорочення вживання ПАР.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на вживання алкоголю AUDIT.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, а саме аспекти пов'язані із поліпшенням психічного здоров'я, якості життя, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО за звітний період. Зі знаменника виключаються пацієнти, які проходять амбулаторне або стаціонарне лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю за звітний період.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які пройшли скринінг на вживання алкоголю за допомогою опитувальника AUDIT за звітний період.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Кількість пацієнтів, які утримались в програмі ПТАО протягом 12 місяців після початку лікування.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор комплексно характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, що включає аспекти, пов'язані із дозуванням ЛЗ, зручністю розташування та графіку роботи ЗОЗ, відношенням медичного персоналу до пацієнтів, веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження

інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які почали отримувати ПТАО протягом року, що передує звітному. Зі знаменника виключаються: пацієнти переведені до інших ЗОЗ менш ніж через 12 місяців після початку ПТАО; пацієнти переведені з інших ЗОЗ більше ніж через 12 місяців після початку ПТАО.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які почали отримувати ПТАО протягом року, що передує звітному, та отримували ПТАО у ЗОЗ через 12 місяців після початку лікування. З чисельника виключаються: пацієнти переведені до інших ЗОЗ менш ніж через 12 місяців після початку ПТАО; пацієнти переведені з інших ЗОЗ більше ніж через 12 місяців після початку ПТАО..

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

5. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО з рекомендованими дозами ЛЗ ПТАО.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор є одним із основних чинників ефективності ПТАО та визначальним фактором утримання у лікуванні.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО станом на звітну дату. Зі знаменнику виключаються пацієнти, які

знаходяться на етапі індукції (отримують лікування протягом 14 або менше днів) станом на звітну дату.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують метадон у дозі 60 та більше мг на добу, або бупренорфін у дозі 8 та більше мг на добу.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

6. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на туберкульоз.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у закладі, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду. Зі знаменника виключаються пацієнти, які проходять амбулаторне або стаціонарне лікування ТБ впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду та які пройшли скринінг на ТБ впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

7. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на ВІЛ.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітної періоду. Зі знаменника виключаються пацієнти, які мали підтверджений позитивний результат тестування на ВІЛ впродовж звітної періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітної періоду та які пройшли тестування на ВІЛ впродовж звітної періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

8. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на вірусний гепатит С.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду. Зі знаменника виключаються пацієнти, які мали підтверджений діагноз гострого або хронічного ВГ С впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду та які пройшли скринінг на ВГ С впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

9. Кількість ВІЛ-позитивних пацієнтів, які отримують ПТАО та отримують АРТ.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та мають підтверджений діагноз ВІЛ-інфекції впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, які отримують ПТАО та АРТ впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

10. Кількість пацієнтів з СВО, яким було проведено детоксикацію.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у ЗОЗ, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, у яких виявлено СВО впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, у яких виявлено СВО впродовж звітного періоду та які пройшли детоксикацію впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.
Значення індикатора наводиться у відсотках.

11. Кількість пацієнтів, які отримують ПТАО та пройшли скринінг на депресію.

Зв'язок індикатора із настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги, затвердженими МОЗ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор характеризує якість надання ПТАО у закладі, а саме аспекти, пов'язані із веденням супутніх захворювань, якістю психосоціального супроводу, тощо.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Дані надаються ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, розташованим на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду. Зі знаменника виключаються пацієнти, які отримують лікування антидепресантами впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які отримують ПТАО впродовж звітного періоду та які пройшли скринінг на депресію за допомогою опитувальника PHQ-2 або PHQ-9 впродовж звітного періоду.

Джерелом інформації є: форма 025/о, форма № 030-1/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Психічні та поведінкові розлади (синдром залежності) внаслідок вживання опіоїдів (оновлена)», 2025 рік https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 року № 288 «Про затвердження порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 березня 2024 року за № 332/41677.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 квітня 2019 року № 794 «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 01 липня 2019 року за № 698/33669.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 січня 2023 року № 102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 червня 2025 року № 916 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 року № 51 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я від 27 грудня 2022 року № 2348), зареєстрований в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 року за № 126/41471.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695 «Про затвердження Порядку надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 30 вересня 2022 року за № 1155/38491.
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 листопада 2015 року за № 1400/27845.
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій

щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 998/23522

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**



Андрій ГАВРИЛЮК

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

АССИСТ*

Скринінговий профілактичний інструмент (опитувальник) щодо вживання
психоактивних речовин

Інтерв'юер ПІБ (за наявності): _____
Пацієнт ПІБ (за наявності): _____
Дата: _____

Вступ (текст звернення представника ЗОЗ до пацієнта/пацієнтки)

Дякуємо Вам за участь в цьому короткому інтерв'ю, що охоплює вживання
алкоголю, тютюнових виробів та інших наркотичних речовин.

Я збираюся поставити Вам декілька питань, що стосуються Вашого
досвіду вживання цих речовин протягом всього вашого життя, у тому числі і за
останні три місяці.

Ці речовини можуть застосовуватися різними шляхами: куріння, ковтання,
нюхання, вдихання, введення у вигляді ін'єкцій або вживатися в пігулках
(покажіть карту наркотиків). Деякі з цих речовин можуть призначатися лікарем
(наприклад, транквілізатори або знеболюючі).

У цьому інтерв'ю ми не враховуємо ЛЗ, призначені Вашим лікарем. Проте,
якщо Ви вживаєте такі ЛЗ не за призначенням лікаря, або вживаєте їх частіше,
або у вищій дозі, ніж було призначено, - будь ласка, скажіть мені про це.

Оскільки ми цікавитимемося вживанням Вами заборонених до поширення
наркотиків, пам'ятайте про те, що отримана від Вас інформація такого роду
залишиться суто конфіденційною.

Бланк А

Питання № 1

(На подальших візитах звіряйте поточні відповіді пацієнта з відповідями
на 1-е питання під час 1-го візиту. Будь-які відмінності у відповідях мають бути
досліджені)

Протягом Вашого життя чи приймали Ви будь-коли наступні речовини? (без призначення лікаря)	Ні	Так
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн тощо)	0	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3

д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	3

Якщо всі відповіді негативні – спробуйте поставити наступне питання:
"Навіть коли вчилися в школі?"

Якщо на кожен пункт була дана відповідь «Ні» - припиніть інтерв'ю. В разі відповіді «Так» в будь-якому з пунктів, поставте 2-е питання по кожній відміченій речовині.

Питання № 2

За останні три місяці, як часто Ви вживали відмічені Вами речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	2	3	4	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	2	3	4	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	2	3	4	6
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	2	3	4	6
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	2	3	4	6
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	2	3	4	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	2	3	4	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	2	3	4	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	2	3	4	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	2	3	4	6

Якщо в кожному з пунктів 2-го питання відмічено «Ніколи» - продовжуйте з 6-го питання.

Якщо будь-яка з речовин, перерахованих в 2-му питанні, вживалася в попередні три місяці, - продовжуйте відповідати на 3, 4, 5 питання для кожної з відмічених речовин.

Питання № 3

За останні три місяці, як часто Ви відчували надмірно сильний потяг спожити речовину (Перша речовина, друга та інші)?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	3	4	5	6
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	3	4	5	6
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	3	4	5	6
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	3	4	5	6
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	3	4	5	6
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	3	4	5	6
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	3	4	5	6
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	3	4	5	6
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	3	4	5	6
и. Інші речовини – які конкретно:	0	3	4	5	6

Питання № 4

За останні три місяці, як часто вживання Вами речовини призводило до проблем зі здоров'ям, із людьми, які Вас оточують, із законом або фінансами?	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	4	5	6	7

б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	4	5	6	7
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	4	5	6	7
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	4	5	6	7
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	4	5	6	7
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	4	5	6	7
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	4	5	6	7
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	4	5	6	7
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	4	5	6	7
и. Інші речовини – які конкретно:	0	4	5	6	7

Питання № 5

За останні три місяці як часто Вам не вдавалося зробити те, що зазвичай Ви робите, через вживання речовин (Перша речовина, друга та інші)	Ніколи	1 раз або двічі	Раз у місяць	Раз у тиждень	Щодня або майже щодня
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	5	6	7	8
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	5	6	7	8
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	5	6	7	8
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	5	6	7	8
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	5	6	7	8
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	5	6	7	8
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	5	6	7	8
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	5	6	7	8
з. Опіати (героїн, морфін,	0	5	6	7	8

метадон, кодеїн та інші)					
и. Інші речовини – які конкретно:	0	5	6	7	8

Задайте 6 і 7 запитання відносно кожної речовини, відміченої в 1-му запитанні

Питання № 6

Чи висловлював будь-хто з Ваших друзів або родичів побоювання з приводу вживання Вами речовин (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)	0	6	3
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3
е. Інгаланти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Питання № 7

Чи бували у Вас будь-коли невдалі спроби контролювати вживання, знизити дозу або зовсім припинити вживання речовини (Перша речовина, друга та інші)?	Ні, ніколи	Так, за останні три місяці	Так, та не за останні три місяці
а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)	0	6	3
б. Алкогольні напої (вино, горілка, пиво та інші)	0	6	3
в. Канабіс (марихуана, гашиш,	0	6	3

план, анаша та інші)			
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)	0	6	3
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)	0	6	3
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)	0	6	3
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)	0	6	3
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)	0	6	3
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)	0	6	3
и. Інші речовини – які конкретно:	0	6	3

Питання № 8

	Ні, ніколи	Так, за останні 3 місяці	Так, не за останні три місяці
Чи вводили Ви будь-коли собі наркотики ін'єкційно? (БЕЗ ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРЯ)	0	2	1

Примітка: Пацієнтки, які вводили собі наркотики ін'єкційно за останні три місяці, мають бути опитані про частоту і дозування ін'єкцій протягом цього періоду для визначення групи ризику

Частота ін'єкцій	Тип інтервенції
Раз на тиждень або рідше або менш ніж три дні поспіль	Коротка профілактична інтервенція, включаючи роботу з «бланком ін'єкційного ризику»
Частіше ніж раз на тиждень або три і більше днів поспіль	Подальший аналіз міри залежності та інтенсивності лікування з лікарем-наркологом*

Як визначається міра залежності від певної наркотичної речовини?

Для кожної наркотичної речовини (від а. до и.) підсумовуйте бали, отримані по питаннях 2, 3, 4, 5, 6, 7 (перше і восьме питання в даний підрахунок не включаються). Наприклад, набрані бали для канабіса підраховуються таким чином: $B2в + B3в + B4в + B5в + B6в + B7в =$

Примітка: у 5-му питанні бали для тютюнових виробів не підраховувалися, т.ч. підрахунок буде наступним: $B2а + B3а + B4а + B6а + B7а$.

Тип інтервенції визначається ступінню залежності пацієнта від певної

наркотичної речовини

	Кількість набраних балів	Інтервенції не потребує	Потребує короткострокової інтервенції	Потребує інтенсивної терапії
а. Тютюн		0 – 3	4 – 26	27 +
б. Алкоголь		0 – 10	11 – 26	27 +
в. Канабіс		0 – 3	4 – 26	27 +
г. Кокаїн		0 – 3	4 – 26	27 +
д. Амфетаміни		0 – 3	4 – 26	27 +
е. Інгалянти		0 – 3	4 – 26	27 +
є. Заспокійливі		0 – 3	4 – 26	27 +
ж. Галюциногени		0 – 3	4 – 26	27 +
з. Опіати		0 – 3	4 – 26	27 +
і. Інші речовини		0 – 3	4 – 26	27 +

Примітка:

*Подальший аналіз міри залежності і більш інтенсивне лікування можуть бути здійснені лікарем - наркологом.

Б. Бланк відповідей пацієнта**Бланк відповідей – психоактивні речовини**

а. Тютюнові вироби (сигарети, сигари, жувальний тютюн та інші)
б. Алкогольні напої (пиво, вино, горілка та інші)
в. Канабіс (марихуана, гашиш, план, анаша та інші)
г. Кокаїн (кокс, крек та інші)
д. Амфетаміни (екстазі та інші психостимулятори)
е. Інгалянти (клей, бензин, нітросполучення та інші)
є. Заспокійливі або снодійні (сібазон, седуксен, валіум та інші)
ж. Галюциногени (ЛСД, гриби, блекота та інші)
з. Опіати (героїн, морфін, метадон, кодеїн та інші)
и. Інші речовини – які конкретно:

Бланк відповідей (питання 2 – 5)

Ніколи: не вживала /вживав за останні 3 місяці

Один раз або двічі: 1 або 2 рази за останні 3 місяці

Щомісячно: від 1 до 3 разів на місяць

Щотижня: від 1 до 4 разів на тиждень

Щодня або майже щодня: 5 -7 разів на тиждень

Бланк відповідей (питання 6-8)

Ні, ніколи

Так. Але не за останні 3 місяці

Так. Протягом останніх 3 місяців

В. Бланк зворотного зв'язку пацієнта

П.І.Б.: _____ Дата _____

Міра залежності від психоактивної речовини

Психоактивна речовина	Бали	Міра ризику
а. Тютюн	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
б. Алкоголь	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
в. Канабіс	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
г. Кокаїн	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
д. Амфетаміни	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
е. Інгалянти	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
є. Заспокійливі	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
ж. Галюциногени	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
з. Опіати	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока
и. Інші речовини	0 – 3 4 – 26 27 +	низька середня висока

Що означають Ваші бали?

Низькі	–	Ризик для здоров'я (та інших проблем) від вживання Вами психоактивних речовин - незначний
Середні	–	Ви ризикуєте здоров'ям (і появою інших проблем) через вживання Вами психоактивних речовин

Високі	–	Ви - в групі високого ризику і маєте сформовану залежність та безліч серйозних проблем (із здоров'ям, людьми, які Вас оточують, фінансами, законом та ін.) через вживання наркотиків.
--------	---	---

Чи стурбовані Ви через вживання Вами психоактивних речовин?

а. тютюн	Ризик появи у Вас наведених нижче ускладнень	Низький	Середній	Високи й
	Куріння тютюнових виробів пов'язане з:	(позначте)		
Передчасним старінням, зморшкуватою шкірою				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів та астми				
Підвищеним тиском та діабетом				
Інфекційними захворюваннями дихальних шляхів, алергії та астми у дітей курця				
Викиднями, передчасними пологами, низькою вагою новонароджених в тих жінок, які курять під час вагітності				
Хворобою нирок				
Хронічними обструктивними захворюваннями легенів				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин				
Хворобами серця, інсультами, захворюваннями судин				
Онкологічними захворюваннями				
б. алкоголь	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високи й
	Регулярне зловживання алкоголем пов'язане з:	(позначте)		
Похміллям, агресивною і запальною поведінкою, нещасними випадками і травмами				
Зниженням сексуальної потенції, передчасним старінням				
Проблемами із травленням, виразками, запаленням підшлункової залози, високим тиском крові				
Тривогою і депресією, самогубством, порушенням спілкування, фінансовими і професійними проблемами				
Погіршенням пам'яті і здатності вирішувати життєві проблеми				
Захворюваннями мозку новонароджених у жінок, які вживають алкоголь під час вагітності				
Інссультами, поступовим пошкодженням мозку, м'язовими і нервовими розладами				
Хворобами печінки і підшлункової залози				
Онкологічними захворюваннями				

Одна стандартна доза алкоголю приблизно дорівнює 10 г абсолютного

етилового спирту, тобто 1 стандартна доза містить: 330 мл пива, 100 мл вина, 25 мл горілки чи коньяку.

в. канабіс	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання ЛЗ на основі конопель пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями уваги та мотивації				
Тривогою, маревними розладами, панікою, депресією				
Погіршенням запам'ятовування і здатності вирішувати життєві проблеми				
Підвищенням тиску крові				
Астмою, бронхітом				
Психозами у разі схильності до шизофренії				
Хворобами серця і хронічними обструктивними захворюваннями легенів				
Онкологічними захворюваннями				
г. кокаїн	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання кокаїну пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями сну, серцебиттям, головним болем, зниженням ваги				
Відчуттям оніміння кінцівок, липкої шкіри, розчосами та подряпинами				
Нещасними випадками і травмами, фінансовими проблемами				
Порушеннями мислення				
Коливаннями настрою - тривогою, депресією або манією				
Агресивністю і мареннями				
Вираженням потягом до наркотика, хронічним стресом				
Психозами унаслідок вживання високих доз				
Раптовою смертю внаслідок захворювань серця				
д. амфетаміни	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання амфетамінів пов'язане з:	(позначте)		
Порушеннями сну, втратою апетиту і зниженням ваги, зневодненням				
Судомами м'язів обличчя, головним болем, біллю в м'язах				
Коливаннями настрою - тривогою, депресією, збудженням, манією, панікою, параноєю				
Тремтінням в тілі, порушенням ритму серця, задухою				
Нападами люті та агресії				
Психозами унаслідок вживання високих доз				
Постійним пошкодженням мозкових клітин				
Хворобами печінки, мозковими кровотечами, інколи - раптовою смертю				

(екстазі)

е. інгальянти	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання інгальнтів пов'язане з:	(позначте)		
Запамороченнями і галюцинаціями, постійною сонливістю, порушенням орієнтування, погіршенням зору				
Симптомами застуди, синуситами, носовими кровотечами				
Порушеннями травлення, виразками шлунку				
Нещасними випадками та травмами				
Втратою пам'яті, затьмаренням свідомості, депресіями, агресивністю				
Порушеннями координації, сповільненою реакцією, гіпоксією				
Деліріозними розладами свідомості, судомами, комою, пошкодженнями внутрішніх органів (серця, легень, печінки, нирок)				
Смертю від серцевої недостатності				
є. заспокійливі	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання седативних пов'язане з:	(позначте)		
Постійною сонливістю, запамороченнями і затьмареннями свідомості				
Послабленням концентрації уваги і запам'ятовування				
Нудотою, головним болем, нестійкою ходою				
Порушеннями сну				
Тривогою і депресією				
Швидким зростанням толерантності і появою залежності незабаром після початку вживання				
Тяжкою абстиненцією				
Передозуванням і смертю в разі одночасного вживання з алкоголем, опіатами або іншими заспокійливими засобами.				
ж. галюциногени	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання галюциногенів пов'язане з:	(позначте)		
Галюцинаціями (приємними або неприємними) – зоровими, звуковими, тактильними, сенсорними				
Порушеннями сну				
Нудотою і блюванням				
Прискоренням серцебиття і підвищенням тиску крові				
Коливаннями настрою				
Тривогою, панікою, маревними розладами				

Нав'язливими спогадами

Погіршенням перебігу психічних розладів

3. опіати	Ризик появи у Вас нижче наведених ускладнень	Низький	Середній	Високий
	Регулярне вживання опіатів пов'язане з:	(позначте)		

Нудотою і блюванням, свербінням шкіри

Сонливістю

Закрепами, захворюваннями зубів

Погіршенням концентрації уваги і запам'ятовуванням

Зниженням сексуального потягу, імпотенцією

Порушеннями міжособового спілкування

Фінансовими і професійними проблемами, порушень закону

Швидким зростанням толерантності і появою залежності, тяжкою
абстиненцією

Передозуванням і смертю від дихальної недостатності

Г. Бланк ін'єкційного ризику

Інформація для пацієнта

Введення наркотичного засобу в ін'єкціях значно підсилює шкоду, що наносить організму їх вживання. Ця шкода надходить через:

1) наркотичну речовину:

при ін'єкційному шляху прийому наркотику значно зростають шанси виникнення залежності;

якщо Ви вводите амфетаміни або кокаїн - значно зростають шанси розвитку психозу;

якщо Ви вводите героїн або інші седативні - значно зростають шанси передозування;

2) процес ін'єкції:

роблячи ін'єкції, Ви пошкоджуєте свою шкіру і вени, інфікуєте їх;

ін'єкції призводять до формування рубців і шрамів, синців, набряків, абсцесів і виразок;

вени втрачають еластичність і починають спадатися;

ін'єкції наркотика в судини шиї призводять до інсульту;

3) спільне використання засобів для ін'єкцій:

При спільному використанні голки і шприців (а також ложок, фільтрів та ін.) зростає загроза захворювання і поширення таких вірусних інфекцій, як Гепатит В, Гепатит С і ВІЛ.

Аби уникнути означених вище ускладнень – краще взагалі ніколи не робити ін'єкцій.

Якщо Ви все ж таки вживаєте наркотики в ін'єкціях:

використовуйте завжди чисте (стерильне) устаткування (наприклад, голки і шприци, ложки, фільтри та ін.);

використовуйте завжди лише нові голки і шприци;

використовуйте лише своє особисте обладнання для приготування наркотику і ін'єкцій, ні з ким його не поділяйте;

місце приготування і введення наркотику має бути завжди чистим;

ретельно мийте свої руки;

обробляйте місце ін'єкції;

кожного разу змінюйте місце ін'єкції;

робіть ін'єкції повільно;

використані голки і шприци кладіть в окремий контейнер і викидайте їх в призначених місцях.

Якщо Ви вживаєте стимулятори (амфетаміни або кокаїн) - наступні кроки

знижать ризик розвитку у вас психозу:

уникайте ін'єкцій і паління наркотику;

уникайте щоденного вживання наркотику.

Якщо Ви вживаєте наркотики-депресанти (наприклад, героїн) - наступні кроки знижать ризик розвитку у вас передозування:

уникайте паралельного вживання інших наркотиків, особливо седативних або алкоголю;

використовуйте невелику кількість наркотик, завжди робіть «пробу» нового наркотику;

намагайтеся, аби поруч завжди хтось знаходився під час ін'єкції;

уникайте ін'єкцій в таких місцях, де Вас буде важко знайти в разі передозування;

завжди тримайте при собі телефонні номери «Швидкої допомоги».

Примтка:

*Усі спеціалісти, залучені до проведення скринінгу мають пройти відповідне навчання для забезпечення ефективності скринінгової програми.

Оцінка результатів тесту АССИСТ

Наводиться результат оцінки ризику АССИСТ та пов'язані з ним рівні ризику ПАР (тютюнові вироби, канабіс, кокаїн, САР, седативні засоби, галюциногени, інгалятори, опіоїди та "інші препарати").

Отримані 0-3 бали свідчать про низький рівень ризику. Втручання, які застосовуються: надання загальних порад щодо здоров'я.

Отримані 4-26 балів свідчать про помірний або середній рівень ризику. Втручання, які застосовуються: короткотривала інтервенція; поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома.

Отримані 27 та більше балів свідчать про високий рівень ризику. Втручання, які застосовуються: проведення короткотривалої інтервенції; поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома; перенаправлення до ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу для проведення діагностики психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин та визначенні потреби в лікуванні;

Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 3 місяців свідчить про помірний/середній та високий рівень ризику. Втручання, які застосовуються: заповнення Бланку ін'єкційного ризику; проведення короткотривалої інтервенції; поширення буклетів та інформаційних матеріалів для самостійного ознайомлення вдома; перенаправлення до ЗОЗ для проведення тестування на вірусні інфекції, що передаються через кров (включно з ВІЛ, гепатитом В та С); перенаправлення до ЗОЗ, які надають спеціалізовану медичну допомогу для проведення діагностики психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин та визначенні потреби в лікуванні.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу II)

Коротка інтервенція, спрямована на скорочення вживання ПАР

1. Коротка інтервенція, спрямована на скорочення вживання ПАР, доступна за посиланням:

https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/The%20ASSIST-linked%20brief%20intervention%20for%20hazardous%20and%20harmful%20substance%20use_UKR.pdf

2. Коротка інтервенція, спрямована на скорочення вживання алкоголю, доступна за посиланням:

[https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/WHO_MSD_MSB_01.6b_Ukr%20\(part%202\)%20%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B5%20%D0%B2%D1%82%D1%80%D1%83%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/WHO_MSD_MSB_01.6b_Ukr%20(part%202)%20%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B5%20%D0%B2%D1%82%D1%80%D1%83%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F.pdf)

Під мотиваційними підходами в цьому документі застосовуються:

мотиваційне інтерв'ю: набір принципів і технік консультування, направлених на допомогу у підвищенні мотивації у зміні поведінці та подоланні амбівалентності. Відсутня чітка тривалість застосування;

терапія мотиваційного підсилення: структурований підхід, який використовує мотиваційні стратегії та призначена для швидкої мобілізації внутрішніх ресурсів на зміни пацієнта.

Тривалість терапії: 90 днів, 4 сесії. Терапія починається у стані тверезості пацієнта та після проходження комплексної оцінки стану пацієнта.

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу III)

**Скринінг симптомів залежності відповідно до МКХ-10
(ICD-10 Checklist)**

Наступні питання стосуються Вашого споживання опіоїдів (героїн, екстракт макової соломки - «ширка», дезоморфін - «крокодил», ЛЗ, що містять кодеїн, морфін, трамадол тощо). Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне і необхідне для Вас лікування.

Питання	Відповідь	
1. Чи було у Вас сильне бажання або виражений потяг ("тяга") до вживання наркотику	Так	Ні
2. Чи вважали Ви, що Вам важко або неможливо контролювати споживання наркотику	Так	Ні
3. Чи виникали у Вас симптоми відміни ("ломки"), якщо Ви припиняли вживати наркотик?	Так	Ні
4. Чи доводилося Вам приймати наркотик, щоб позбутися симптомів відміни ("ломки")?	Так	Ні
5. Чи помічали Ви, що для досягнення того ж ефекту потрібно приймати дози більше, ніж раніше (толерантність)?	Так	Ні
6. Чи відзначаєте Ви, що з часом Ви перестали урізноманітнити характер вживання наркотику?	Так	Ні
7. Чи помітили Ви, що стали все більше і більше нехтувати своїми колишніми інтересами на користь прийому наркотиків?	Так	Ні
8. Відзначали Ви, що споживання наркотиків шкодить Вам психологічно або фізично?	Так	Ні
9. Продовжували Ви приймати наркотики незважаючи на явні шкідливі наслідки, пов'язані з їх прийомом?	Так	Ні
10. Як довго тривають проблеми, пов'язані з наркотиками?		
	а. в роках	
	в. в місяцях	

Пояснення та інтерпретація

Згідно з МКХ-10, залежність від ПАР проявляється наступними шістьма симптомами:

1) сильне бажання або відчуття нав'язливого потягу до прийому речовини; (позитивна відповідь на питання 1);

2) порушена здатність контролювати прийом речовини (початок та закінчення вживання або прийом дози), про що свідчать споживання речовини у більшій кількості або протягом більшого періоду часу, ніж був намір, або постійне бажання чи безуспішні спроби скоротити прийом речовини або контролювати її вживання; (позитивна відповідь на питання 2);

3) фізіологічний стан відміни, що розвивається при прийнятті чи скороченні прийому речовини, про що свідчить синдром відміни, притаманний для цієї речовини, або вживання такої ж (або схожої) речовини з метою полегшення чи попередження синдрому відміни; (позитивна відповідь на питання 3 або 4);

4) ознаки появи толерантності щодо дії речовини, такі як: явне послаблення ефекту при безперервному регулярному прийомі однієї і тієї ж дози речовини або значне підвищення дози, необхідної для досягнення бажаного ефекту, або такої, що викликає інтоксикацію; (позитивна відповідь на питання 5);

5) постійна стурбованість вживанням речовини, що проявляється у тому, що заради вживання речовини нехтуються важливі альтернативні шляхи отримання задоволення та інші інтереси, або в тому, що витрачається надзвичайно велика кількість часу на діяльність, пов'язану з отриманням та прийомом речовини, а також на відновлення після наслідків її вживання; (позитивна відповідь на питання 6 або 7);

6) стійке вживання речовини всупереч ясним доказам шкідливих наслідків, яке проявляється у тому, що особа продовжує вживати речовину навіть, якщо вона інформована щодо природи і ступеня шкоди. (позитивна відповідь на питання 8 або 9).

Діагноз залежності може бути встановлено, якщо три або більше з цих симптомів виникали одночасно протягом останніх 12 місяців.

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Клінічні критерії синдрому відміни опіоїдів

1. Чіткі дані про недавнє припинення прийому або зниження доз опіоїдів після періодичного вживання цієї речовини протягом тривалого часу та/або у високих дозах.
 2. Будь-які три ознаки з числа таких:
 - 1) сильне бажання прийняти опіоїдну речовину;
 - 2) ринорея або чхання;
 - 3) слюзотеча;
 - 4) м'язовий біль або судоми;
 - 5) абдомінальні судоми;
 - 6) нудота або блювота;
 - 7) діарея;
 - 8) розширення зіниць, пілоерекція ("гусяча шкіра") або періодичний озноб;
 - 9) тахікардія та/або гіпертензія;
 - 10) позіхання;
 - 11) неспокійний сон та безсоння.
 3. Симптоми не обумовлені медичним розладом, що не має відношення до вживання опіоїдної речовини, і не можуть бути пояснені іншим психічним або поведінковим розладом.
-

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

Тест AUDIT

1. Як часто ви вживаєте напої, що містять алкоголь?				
Ніколи	Щомісяця або рідше	2-4 рази на місяць	2-3 рази на тиждень	4 і більше разів на тиждень
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Скільки стандартних доз алкоголю, що містять алкоголь, ви випиваєте в звичайний день, коли ви п'єте?				
1 або 2	3 або 4	5 або 6	Від 7 до 9	10 і більше
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Як часто ви випиваєте шість або більше стандартних доз алкоголю за один раз?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Як часто протягом минулого року Ви помічали, що не в змозі зупинитися, якщо почали пити?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Як часто протягом минулого року ви не виконували того, чого зазвичай від вас очікували, через вживання алкоголю?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Як часто протягом останнього року Вам треба було випити вранці, щоб привести себе до ладу "після вчорашнього"?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Як часто ви відчували почуття провини або дорікали себе з приводу вживання алкоголю?				
Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Як часто протягом останнього року Ви не могли пригадати, що трапилось під час останнього вживання алкоголю?				

Ніколи	Менше, ніж щомісяця	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Чи траплялося, що Ви в стані сп'яніння були причиною травмування себе або оточуючих?				
Ні		Так, але більше ніж рік тому		Так, протягом останнього року
(0)		(2)		(4)
10. Чи траплялося, що хтось із членів Вашої родини, хтось із друзів, або Ваш лікар висловлював свою стурбованість з приводу вживання Вами алкоголю або радив Вам менше пити?				
Ні		Так, але більше ніж рік тому		Так, протягом останнього року
(0)		(2)		(4)

У запитаннях 2 і 3 тесту AUDIT передбачається, що стандартна доза дорівнює алкоголю становить 12,5 мл або 10 г чистого спирту.

Рекомендації, щодо проведення тесту AUDIT

1. Особа, яка проводить тестування, повинна бути дружно налаштована.
2. Тестування проводиться лише коли пацієнт перебуває в тверезому стані та не потребує невідкладної медичної допомоги.
3. Перед проведенням тестування зазначається мета тестування та надається наступне пояснення:

«Я поставлю вам декілька запитань про споживання вами алкогольних напоїв протягом минулого року. Оскільки споживання алкоголю може вплинути на багато аспектів вашого здоров'я (і змінювати ефект певних ліків), нам необхідно знати, скільки алкоголю ви зазвичай вживаєте і чи відчували ви раніше проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю. Спробуйте відповісти на всі запитання наскільки можливо чесно і точно».

4. Пацієнту надається інформація, що його результати є конфіденційними.
5. Перед проведенням тестування пацієнту надається інформація, що означає “стандартна доза” алкоголю. При наданні роз'яснень необхідно врахувати когнітивні можливості пацієнта та здатність запам'ятати визначення “стандартної дози” алкоголю.

6. Тест AUDIT може виконуватись у вигляді усного інтерв'ю або анкетування за методикою самозаповнення.

7. Для пацієнтів, які повідомляють, що споживають алкоголь рідко, в невеликих обсягах або не вживають алкоголь взагалі, можливим є скорочення тесту відповідно до наступних правил:

якщо, відповідаючи на перше запитання, пацієнт повідомляє, що протягом минулого року він взагалі не вживав алкоголь, можна відразу перейти до питань

9-10, відповіді на які можуть вказувати на проблеми, пов'язані зі споживанням алкоголю в минулому;

пацієнти, які набрали певні бали, відповідаючи на запитання 9-10, можуть вважатися такими, що належать до групи ризику при поновленні споживання алкоголю, і їм слід рекомендувати уникати споживання алкоголю взагалі.

Якщо пацієнт набрав 0 балів, відповідаючи на запитання 2 і 3, інтерв'юер може перейти до запитань 9 і 10, оскільки споживання алкоголю пацієнтом не перевищувало встановлених меж споживання, які вважаються низько ризиковими.

Оцінка результатів тесту AUDIT

1. Отримані 8 і більше балів свідчать про небезпечне та шкідливе споживання алкоголю та можливу алкогольну залежність. Для всіх чоловіків і жінок старше 65 років граничний показник встановлюється на один бал нижче (7 балів).

2. При оцінці результатів та визначенні подальшої потреби у втручаннях, крім загальної кількості набраних балів оцінюються відповіді на окремі питання:

два і більше балів при відповіді на питання 4, 5, 6 і чотири бали при відповіді на питання 9 і 10, рекомендується наступний більш високий рівень втручання ніж передбачений загальною кількістю набраних балів;

один і більше балів при відповіді на запитання 2 і 3 вказує на шкідливу модель споживання;

один і більше балів при відповіді на запитання 4,5, 6 (особливо якщо пацієнт вказав, що відчуває симптоми щотижня або щодня), можуть свідчити про наявність або початкову стадію алкогольної залежності;

набрані бали за питання 7,8,9,10 свідчать про наявність шкідливих наслідків, викликаних алкоголем.

При оцінці необхідно враховувати останні два питання для визначення існування проблеми в минулому (наприклад, «так, але не минулого року»). В такому випадку з пацієнтом обговорюється необхідність збереження контролю щодо вживання алкоголю.

У випадках, коли сума балів, набраних пацієнтом в ході тестування, не збігається з іншими клінічними даними, а також, якщо пацієнт має алкогольну залежність в анамнезі – проводиться клінічна оцінка.

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 3 пункту 3 розділу III)

Клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS)

У кожному пункті обведіть кружечком число, яке найкраще описує відповідні ознаки та симптоми у пацієнта. Ставте оцінку лише за наявності очевидного зв'язку цієї ознаки або симптому із відміною опіоїдів. Наприклад, якщо частота серцевих скорочень підвищилася тому, що пацієнт безпосередньо перед оцінкою бігав, не потрібно ставити додаткові бали за це.

Дата: _____

Час: _____

Опитувальник тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS)

Частота пульсу в спокійному стані (рахуйте кількість ударів на хвилину): <i>Пульс потрібно міряти після того, як пацієнт протягом хвилини спокійно сидів або лежав</i> 0 – частота пульсу складає 80 ударів або менше 1 – частота пульсу від 81 до 100 2 – частота пульсу від 101 до 120 4 – частота пульсу вище за 120				
Потовиділення: <i>Протягом останніх півгодини, не через температуру у приміщенні або фізичну активність пацієнта</i> 0 – пацієнт не повідомляє про припливи ознобу або жару 1 – суб'єктивне повідомлення про припливи ознобу або жару 2 – почервоніння (приплив крові) або помітне вологість обличчя 3 – крапельки поту на лобі або на обличчі 4 – піт стікає з обличчя				
Неспокійний стан:				

<i>Спостереження під час оцінки температури або діяльності пацієнта</i> 0 – пацієнт може сидіти спокійно 1 – пацієнт повідомляє, що йому важко сидіти спокійно, але він може 3 – часті або недоречні рухи ногами/руками 5 – пацієнт не може сидіти спокійно більше за декілька секунд				
<i>Розмір зіниць:</i> 0 – зіниці звужені або нормальних розмірів для кімнатного освітлення 1 – зіниці, можливо, ширше, ніж зазвичай при кімнатному освітленні 2 – зіниці помірно розширені 5 – зіниці розширені настільки, що можна бачити лише край райдужної оболонки				
<i>Біль у кістках і суглобах: Якщо у пацієнта були такі болі раніше, бали потрібно ставити лише за додаткові болі, що пов'язані з відміною опіоїдів</i> 0 – немає 1 – м'який генералізований дискомфорт 2 – пацієнт повідомляє про сильний генералізований біль у суглобах/м'язах 4 – пацієнт потирає суглобу або м'язи та не може спокійно сидіти через дискомфорт				
<i>Нежить або слюзотеча: Що не викликані симптомами застуди або алергічними реакціями</i> 0 – немає 1 – у пацієнта закладено ніс або незвичайно вологі очі 2 – виділення з носа або слюзотеча 4 – постійне виділення з носа або слюзи течуть по щоках				
<i>Розлади шлунково-кишкового тракту: За останні півгодини</i>				

0 – немає симптомів розладів ЖКТ 1 – спазми у шлунку 2 – нудота або рідкий стілець 3 – блювота або пронос 5 – багаторазові епізоди проносу або блювоти				
Тремор: <i>Спостереження за витягнутими руками</i> 0 – тремтіння немає 1 – тремтіння можна відчутти, але воно непомітне 2 – помітне легке тремтіння 4 – сильне тремтіння або посмикування м'язів				
Позіхання: <i>Спостереження протягом оцінки</i> 0 – позіхання немає 1 – пацієнт позіхає один-два рази протягом спостереження 2 – пацієнт позіхає три або більше разів протягом спостереження 4 – пацієнт позіхає декілька разів на хвилину				
Тривога або дратівливість: 0 – немає 1 – пацієнт повідомляє про наростання дратівливості або страху 2 – пацієнт явно роздратований або знаходиться у стані патологічного страху 4 – пацієнт настільки роздратований або знаходиться у такому стані патологічного страху, що йому важко брати участь в оцінці				
«Гусяча шкіра»: 0 – шкіра гладенька 3 – пілоерекцію шкіри можна відчутти на дотик або на руках піднімається волосся 5 – пілоерекція є дуже помітною				
Загальний бал є сумою балів за всі 11 ознак.				

Тяжкість синдрому відміни опіоїдів

Шкала		Тяжкість синдрому відміни опіоїдів
5-12	—	легкий синдром відміни опіоїдів;
13-24	—	помірний;
25-36	—	помірно тяжкий;
більше за 36 балів	—	тяжкий синдром відміни.

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 22 пункту 3 розділу V)

Психологічні втручання низької інтенсивності, рекомендовані ВООЗ

Ймовірність виникнення коморбідних психічних розладів серед осіб з синдромом залежності від опіоїдів вищий, ніж у загальній популяції. Відсутність лікування коморбідних психічних станів та управління стресом може впливати на клінічний перебіг лікування опіоїдної залежності та знижувати його ефективність.

Посібник для проведення групового тренінгу з управління стресом для дорослих «Самодопомога Плюс», розроблений ВООЗ та доступний за посиланням:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339150>

Матеріали для самостійного опрацювання (аудіозапис та ілюстрований посібник) доступні за посиланням:

<https://iris.who.int/handle/10665/339150>

Посібник з психологічної інтервенції, розробленої ВООЗ для роботи з дорослими в стані дистресу у громадах, що знаходяться під впливом несприятливих обставин «Управління проблемами плюс», доступний за посиланням:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206417/WHO-MSD-MER-16.2-ukr.pdf?ua=1>

Розділ «Самоушкодження/суїцид», керівництва для ведення психічних, неврологічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0., розробленого ВООЗ в межах Програми дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (Mental Health Gap Action Programme, mhGAP), доступне за посиланням:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

Скринінг на наявність інших психічних розладів

У осіб, які вживають опіоїди, поширеними є й інші коморбідні психічні розлади, тому оцінку на наявність депресії, тривожних розладів, розладів особистості та посттравматичних стресових розладів слід здійснювати як на початку лікування, так і регулярно під час лікування.

Скринінг на наявність інших психічних розладів включає:

оцінку поточного ризику та безпеки, включаючи ризик для себе та інших, та можливість піклуватися про себе;

збір інформації щодо встановленого раніше діагнозу психічного розладу, лікування або госпіталізації та результату лікування. Важливим є питання зв'язку проявів психічного розладу та вживання речовин;

оцінку поточних симптомів (з використанням скринінг-інструментів);

історію травми (наприклад, фізичне або сексуальне насильство, переживання природного лиха чи війни, перебування в якості свідка смерті чи трагедії). Питання щодо травми мають бути короткими та загальними і не уточнювати деталі, які можуть спричинити стрес;

історію симптомів психічного розладу серед найближчих родичів, їх лікування чи госпіталізації.

Скринінгові інструменти включають, проте не обмежуються: PHQ-9 (Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я), GAD-7 (Опитувальник генералізованого тривожного розладу), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу PTSD Checklist DSM-5 (PCL-5) і Life Events Checklist DSM-5 (LEC-5) (контрольний перелік життєвих подій та контрольний перелік питань для оцінювання ПТСР), C-SSRS (Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності) та інші.

RHQ-9 - Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – RHQ-9) - шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ПІБ: _____ Дата: _____

№	Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилання (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
	Сума				
	Загальний бал				

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?

Зовсім не ускладнили
Дещо ускладнили
Дуже ускладнили
Надзвичайно ускладнили

Критерії оцінки результатів PHQ-9

Загальний бал	Тяжкість депресії
0 – 4	Депресія відсутня
5 – 9	Легка («субклінічна») депресія
10 –14	Помірної тяжкості депресія
15 –19	Середньої тяжкості депресія
20 – 27	Тяжка депресія

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Ця анкета розроблена для того, щоб допомогти Вашому лікарю зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, що ви вибрали. Не думайте надто довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою.

Т	Д	Питання та варіанти відповіді
		Я відчуваю напруженість, мені не по собі
3		Увесь час
2		Часто
1		Час від часу, іноді
0		Зовсім не відчуваю
		Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття
	0	Це так
	1	Напевно, це так
	2	В дуже малій мірі це так
	3	Це зовсім не так
		Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись
3		Це так, та страх дуже сильний
2		Да, це так, але страх не дуже сильний
1		Іноді, але це мене не турбує
0		Зовсім не відчуваю
		Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне
	0	Це так
	1	Напевно, це так
	2	В дуже малій мірі це так
	3	Це зовсім не так
		Метушливі думки крутяться у мене в голові
3		Постійно
2		Більшу частину часу
1		Час від часу і це не так часто
0		Тільки іноді
		Я відчуваю бадьорість
	3	Зовсім не відчуваю
	2	Дуже рідко
	1	Іноді
	0	Практично весь час
		Я можу легко сісти та розслабитись

0		Це так
1		Напевно, це так
2		Зрідка це так
3		Зовсім не можу
		Мені здається, що я став робити все дуже повільно
	3	Практично весь час
	2	Часто
	1	Іноді
	0	Зовсім ні
		Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння
0		Зовсім не відчуваю
1		Іноді
2		Часто
3		Дуже часто
		Я не слідкую за своєю зовнішністю
	3	Це так
	2	Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
	1	Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги
	0	Я слідкую за собою так, як і раніше
		Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись
3		Це так
2		Напевно, це так
1		В деякій мірі це так
0		Зовсім не відчуваю
		Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення
	0	Точно так, як і звичайно
	1	Так, але не в тій мірі, як раніше
	2	Значно менше, ніж звичайно
	3	Зовсім так не вважаю
		У мене буває раптове відчуття паніки
3		Дуже часто
2		Досить часто
1		Не так і часто
0		Зовсім не буває
		Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми
	0	Часто
	1	Іноді
	2	Зрідка
	3	Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д).

Критеріями оцінки даних за HADS є:

0 – 7 балів – норма;

8 – 10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище балів – клінічно виражена тривога/депресія.

Опитувальник генералізованого тривожного розладу GAD-7

Протягом останніх двох тижнів (або протягом іншого узгодженого проміжку часу) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?

№	Питання	Ніколи	Кілька днів	Більше половини часу	Майже щодня
1.	Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви «на межі»	0	1	2	3
2.	Постійне хвилювання, «переживання», яке ви не в змозі зупинити або контролювати	0	1	2	3
3.	Надмірні переживання за різні справи	0	1	2	3
4.	Тяжко розслабитись	0	1	2	3
5.	Ви настільки неспокійні, що навіть тяжко сидіти на одному місці	0	1	2	3
6.	Підвищена дратівливість	0	1	2	3
7.	Страх, ніби має статись щось жахливе	0	1	2	3

Критерії оцінки результатів GAD-7

Загальний бал	Рівень тривоги
0 – 4	Мінімальний
5 – 9	Помірний
10 – 14	Середній
15 – 21	Високий

Контрольний перелік життєвих подій LEC-5

Нижче наведено події, що іноді трапляються в нашому житті, завдаючи нам тяжких переживань та стресу. Для кожної такої події позначте одну чи дві клітинки в тому ж рядку праворуч, щоб підтвердити, що: а) це сталося особисто з вами; б) ви були свідком того, що це сталося з кимось іншим; в) ви дізналися, що це сталося з вашим близьким родичом чи другом; г) ви стикалися з цим на роботі (наприклад, як санітар, поліцейський, військовик чи працівник інших підрозділів першої допомоги); д) ви не певні, чи це вас стосується; е) це не стосується вас. Відповідаючи на запитання переліку, не забувайте розглядати події протягом вашого життя (дитинства, юності, дорослого періоду).

Частина 1

	Сталося зі мною	Був (-ла) свідком	Дізнався (-лася) про це	На роботі	Не певен (-на)	Не стосуєтьс я мене
Стихійне лихо (повінь, ураган, торнадо, землетрус тощо)						
Пожежа чи вибух						
Пригода на транспорті (включаючи ДТП, аварію корабля, потяга, літака)						
Серйозна аварія на роботі, вдома чи під час відпочинку						
Дія отруйної речовини (небезпечні хімікати, випромінювання тощо)						
Фізичне насильство (наприклад, на Вас напали, завдали удару рукою, якимось предметом, ногою, лягнули, побили)						
Збройний напад (наприклад, у Вас						

стріляли, поранили ножем тощо, погрожували ножом, пістолетом, вибухівкою)					
Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь- якого виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди)					
Інший небажаний чи неприємний сексуальний досвід					
Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовослужбовець або цивільна особа)					
Полон (наприклад, як наслідок викрадення або захоплення, як заручник чи військовополонений)					
Хвороба чи травма з погрозою для життя					
Тяжкі страждання					
Раптова насильницька смерть (наприклад, убивство або самогубство)					
Раптова смерть від нещасного випадку					
Серйозні ушкодження чи травма або смерть, заподіяні вами комусь іншому					

Будь-яка інша подія
чи досвід, що
спричинили для Вас
тяжкий стрес

Частина 2:

Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР, PCL-5

1. Якщо ви позначили ту чи іншу клітинку в рядку 17 частини 1, коротко опишіть подію, яку ви мали на увазі: _____

2. Якщо ви пережили більше, ніж одну подію з-поміж наведених у частині 1, подумайте, котру з них ви вважаєте для себе найгіршою, що для цілей цього опитувальника означає ту, яка досі турбує вас найбільше. Якщо ви пережили тільки одну подію з-поміж наведених у частині 1, вважайте її найгіршою. Просимо відповісти на такі запитання про найгіршу подію (позначте всі варіанти, які стосуються події):

3. Коротко опишіть цю найгіршу подію (що сталося, хто був учасником тощо) _____

4. Як давно це сталося _____
(просимо дати приблизну оцінку, якщо ви не впевнені точно).

5. В якій формі ви пережили цю подію?

Сталос я зі мною	Був (- ла) свідко м	Дізнавс я (-лася) про це	На робот і	Не певе н (- на)	Не стосуєтьс я мене

6. Чи була загроза життю?

так, моєму	так, життю іншої особи	ні

7. Чи був хтось серйозно травмований або загинув?

так, я був(-ла) серйозно травмований(-а)	так, інша особа була серйозно травмована або загинула	ні

8. Чи було при цьому сексуальне насильство?

так	ні

9. Якщо в події була смерть близького родича або друга, чи було це наслідком якогось нещасного випадку, насильства чи природних причин?

нещасного випадку / насильства	природних причин	не підходить (в події не було смерті близького родича або друга)

10. Загалом скільки разів Ви переживали подібну подію, що була таким або майже таким великим стресом для вас, як і найгірша подія?

тільки одного разу	більше ніж раз (просимо дати конкретну цифру або оцінку загальної кількості таких випадків)

Частина 3

Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на суттєвий стрес. Пам'ятаючи про подію, яку ви визначили як найгіршу для себе, прочитайте, будь ласка, кожний рядок і позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала вас протягом останнього місяця.

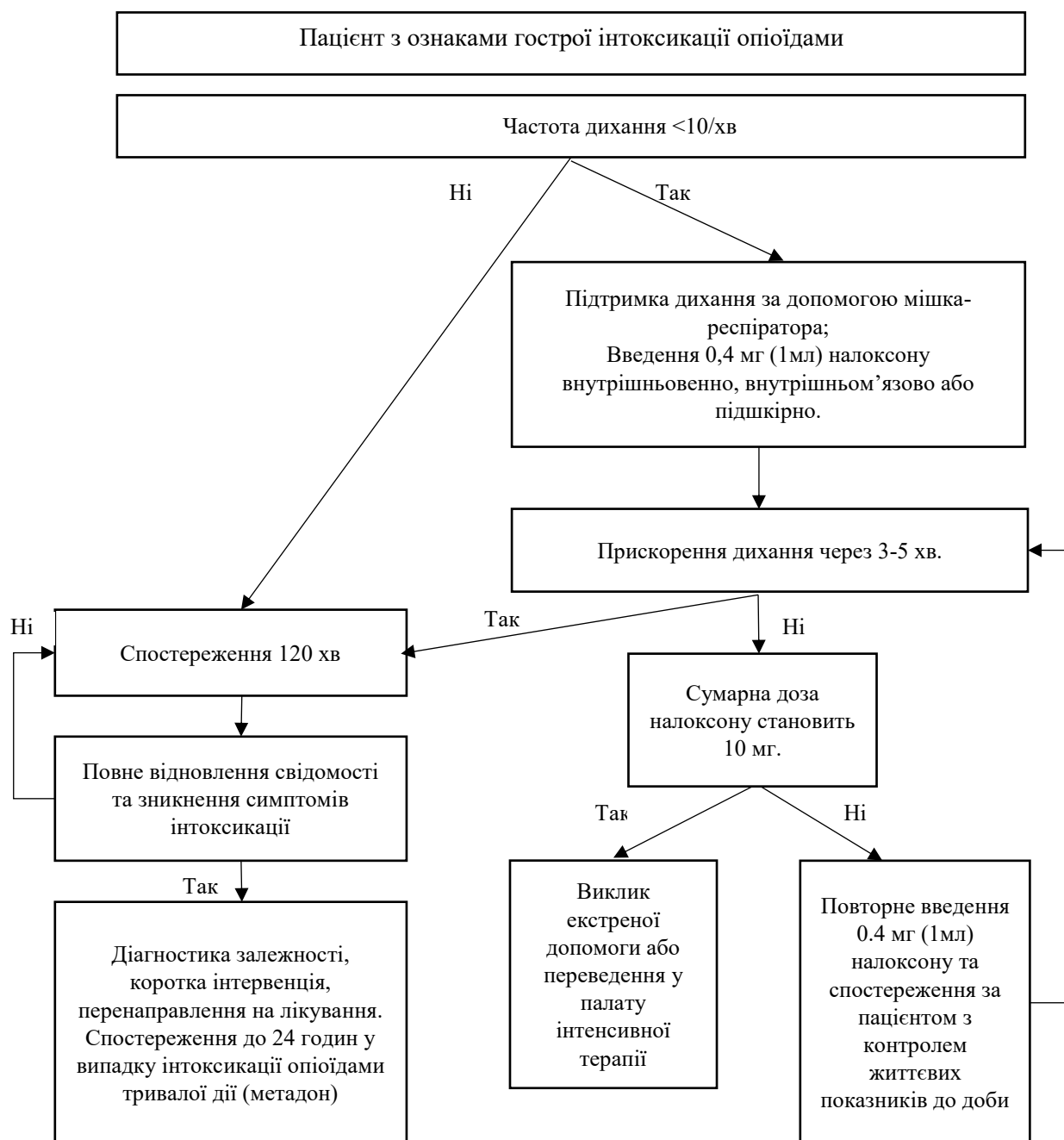
За останній місяць, наскільки вас турбували такі речі:	Ніскільки	Трохи	Помірно	Сильно	Дуже сильно
Спогади про стресову подію повторюються, тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
Сни про стресову подію тривожать, і є небажані?	0	1	2	3	4
Раптом ви відчули або почали діяти так, ніби стресова подія відбувається з вами знову	0	1	2	3	4

(ніби ви «знову там» і переживаєте все наяву)?					
Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало вам про стресову подію?	0	1	2	3	4
У вас була сильно виражена фізична реакція, коли щось нагадувало вам стресову подію (наприклад, сильне серцебиття, було тяжко дихати, ви спітніли)?	0	1	2	3	4
Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?	0	1	2	3	4
Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію (наприклад, людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)?	0	1	2	3	4
Вам було тяжко пригадати важливі епізоди стресової події?	0	1	2	3	4
Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або до світу загалом (наприклад, ви думали: «Я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, всюди небезпека»)?	0	1	2	3	4
Ви звинувачували себе чи когось іншого за те, що сталася стресова подія або за те, що сталося після неї?	0	1	2	3	4
У вас були різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сором?	0	1	2	3	4
Ви втратили інтерес до тих занять, що раніше	0	1	2	3	4

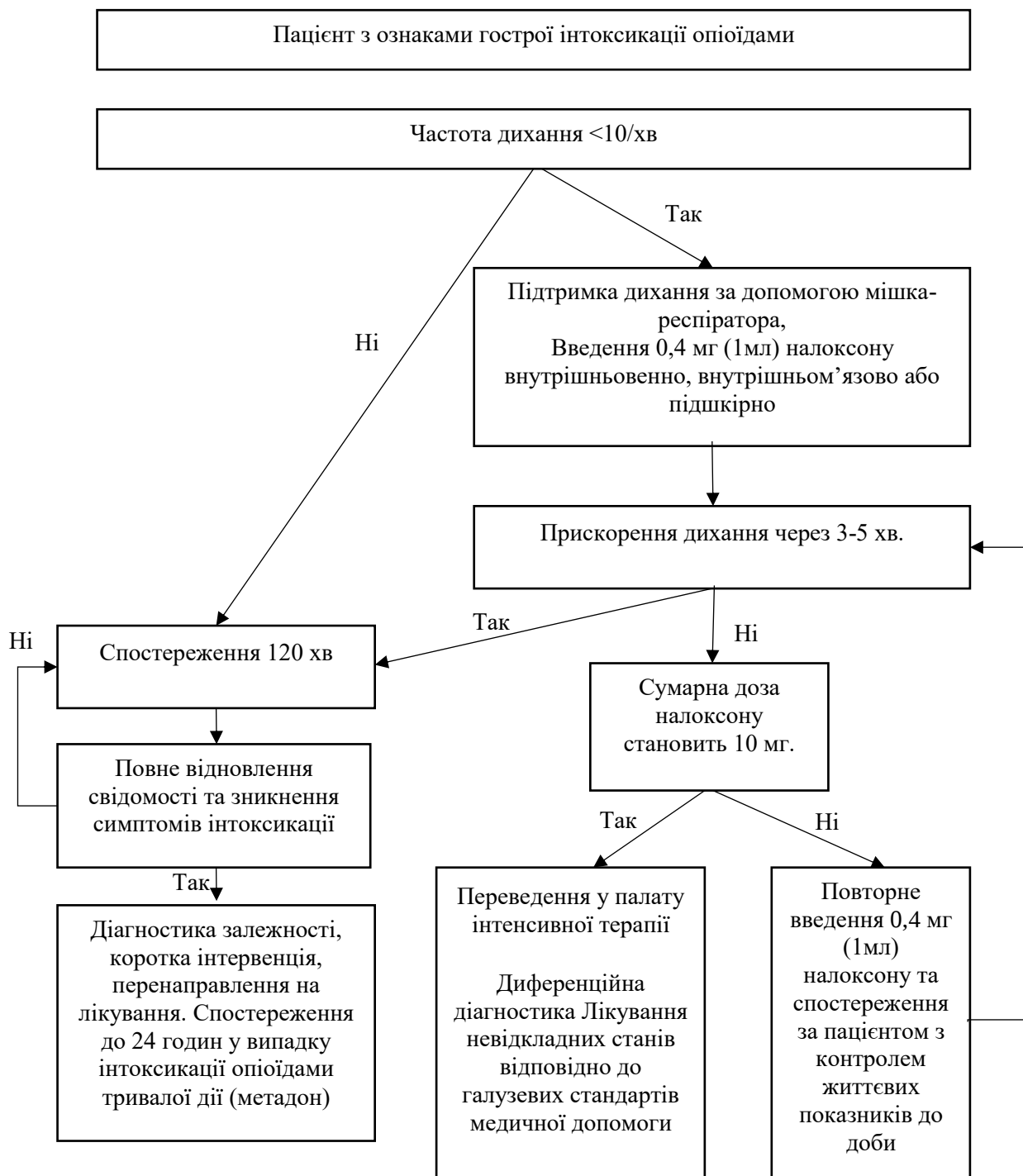
приносили вам задоволення?					
Ви відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми?	0	1	2	3	4
Вам було тяжко отримувати позитивні емоції (наприклад, радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)?	0	1	2	3	4
Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії?	0	1	2	3	4
Ви свідомо йшли на великий ризик чи робили речі, які могли заподіяти вам шкоду?	0	1	2	3	4
У вас був стан «надмірної настороженості», пильності, обережності?	0	1	2	3	4
Ви нервово реагували, легко лякалися?	0	1	2	3	4
Вам було тяжко зосередитися?	0	1	2	3	4
Вам було тяжко заснути або залишатися у стані сну?	0	1	2	3	4

Додаток 9
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 1 пункту 3 розділу IV)

**Алгоритм дій у випадку гострої інтоксикації опіоїдами у ЗОЗ, що надають
первинну медичну допомогу**



Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із гострою інтоксикацією опіоїдами у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу



Додаток 10
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу IV)

Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїцидальності (C-SSRS)

Задайте питання які виділені жирним шрифтом та підкресленням.	Протягом місяця	
	Так	Ні
Задайте питання 1 та 2		
Чи було у вас бажання померти, або бажання заснути та не прокинутись?		
Чи були у вас думки про те, щоб вбити себе?		
Якщо ТАК на 2, задайте питання 3, 4, 5, та 6. Якщо НІ на 2, перейдіть до питання 6.		
Чи думали ви як само це можна зробити? напр. «Я думав що можна прийняти велику дозу ліків, але я ніколи не мав чіткого плану де, коли або як це само зробити... я б ніколи не зміг цього зробити»		
Чи були у вас такі думки та наміри їх виконати? на відміну від «Я мав такі думки, але точно не збирався ніяк діяти в цьому напрямку»		
Чи починали ви щось робити для виконання цих намірів? Чи плануєте ви виконати цей план?		
Чи ви вже робили щось або почали робити щось чи готуватись до того, щоб закінчити своє життя? наприклад: дістав таблетки, дістав зброю, віддав цінні речі, написав заповіт, вийняв таблетки але не ковтнув, тримав у руках зброю але передумав, чи хтось її забрав, ходив на дах але не пригнув; або дійсно прийняв таблетки, спробував вистрілити в себе, порізати, повіситись, тощо Якщо ТАК, спитайте: Чи було це у останні 3 місяці?	Все життя	
	Останні 3 місяці	

Алгоритм дій за результатами скринінгу (відповідь «так»):

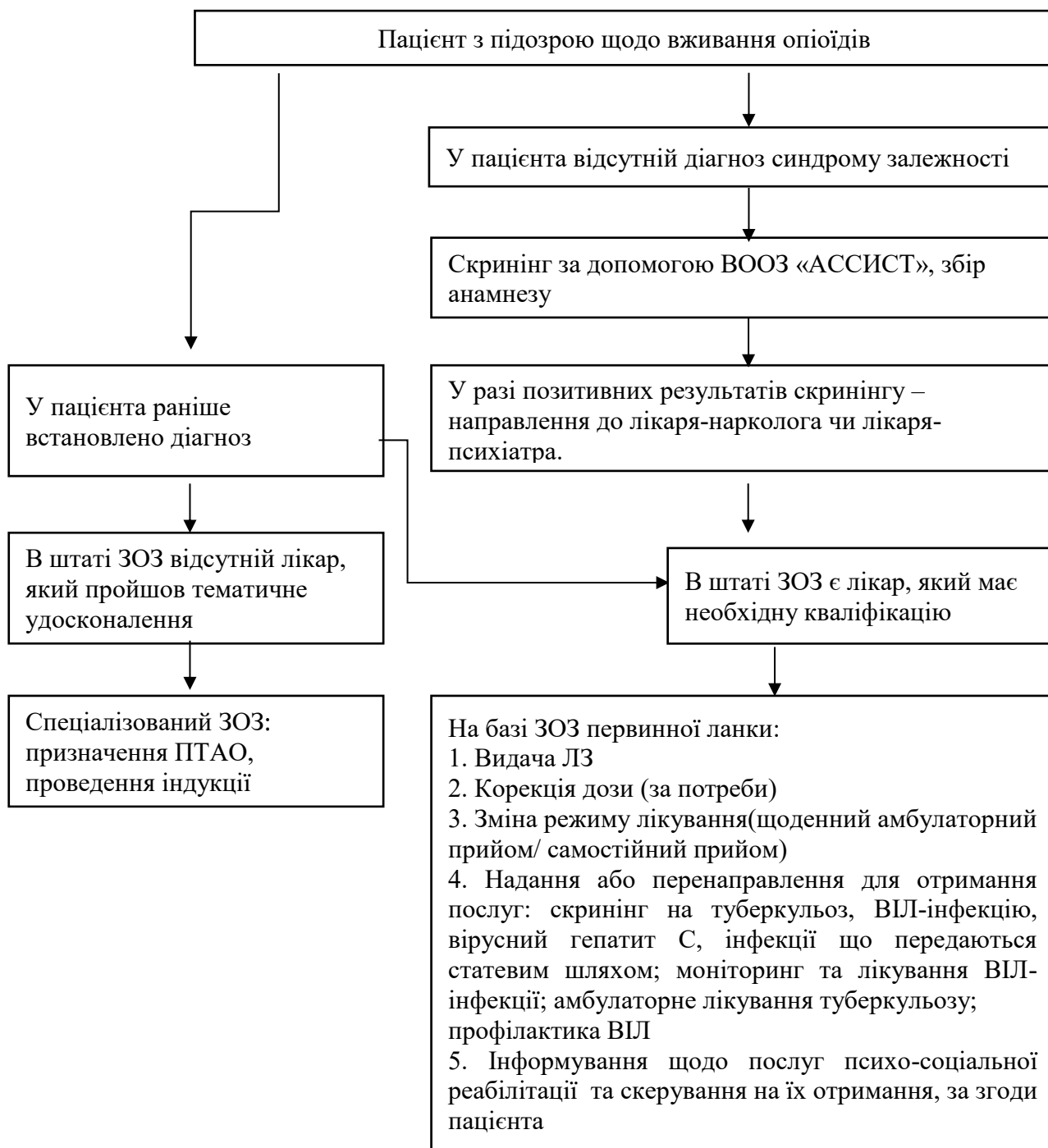
Питання 1, 2 – надання психологічної допомоги або направлення для її отримання.

Питання 3,6 – надання психологічної допомоги або направлення для її отримання. Забезпечення безпеки пацієнта.

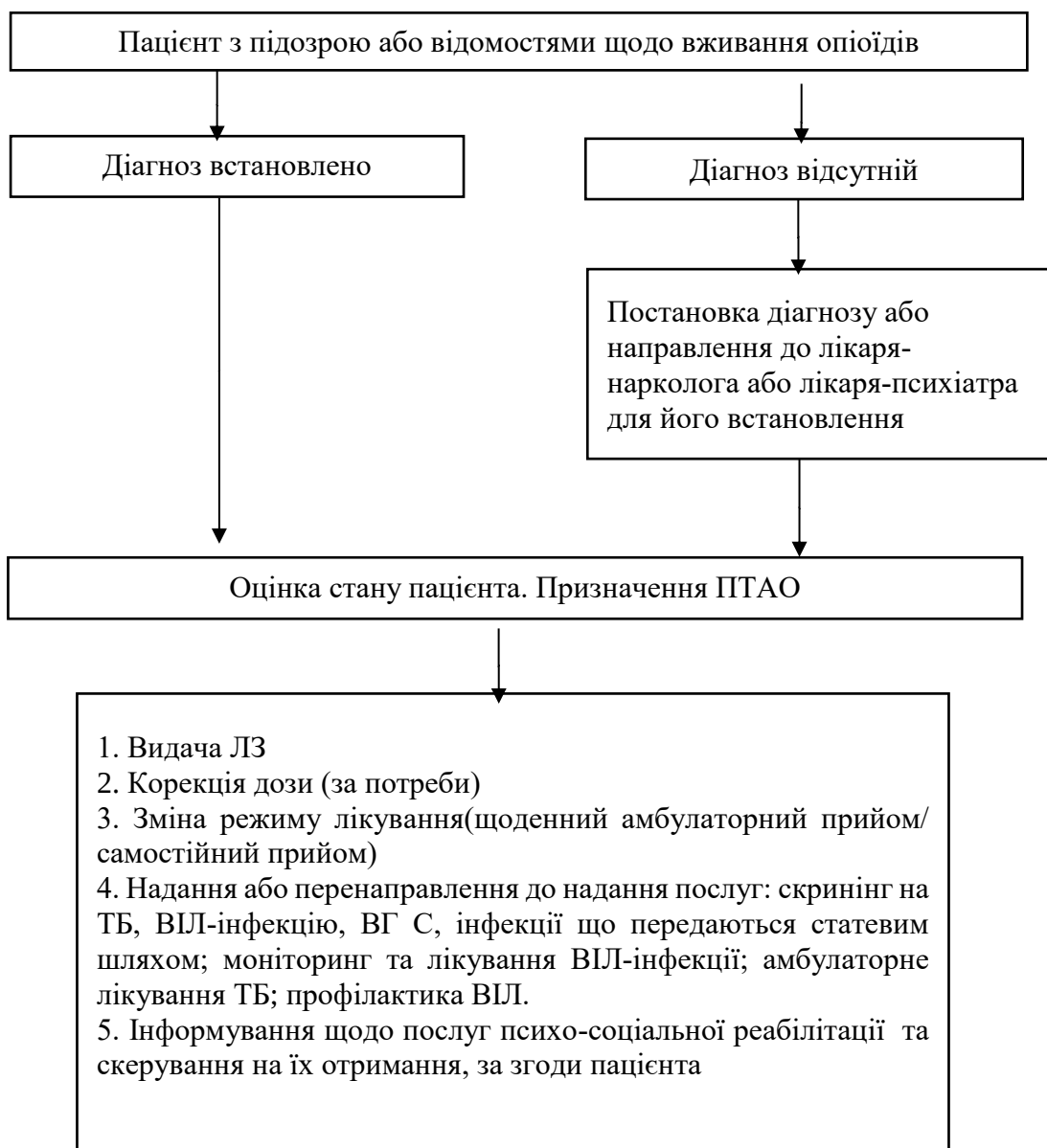
Питання 4,5 та 6 (за останні 3 місяці) – надання психіатричної допомоги або перенаправлення для її отримання. Забезпечення безпеки пацієнта.

Додаток 11
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 1 пункту 3 розділу V)

**Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із синдромом залежності
від опіоїдів у ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу**



Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із синдромом залежності у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу



Додаток 12
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 2 пункту 3 розділу V)

Складання плану лікування синдрому залежності від опіоїдів

План лікування включає:

- 1) цілі лікування та показники оцінки прогресу (скорочення вживання наркотиків, поліпшення фізичного здоров'я, зменшення шкоди, пов'язаної із вживанням, скорочення кримінальної поведінки, працевлаштування, вирішення питань догляду за дітьми тощо);
- 2) опис поточних проблем, які стоять перед пацієнтом;
- 3) опис конкретних запланованих інтервенцій для вирішення існуючих проблем.

План лікування передбачає направлення до інших медичних працівників або ЗОЗ, якщо лікар не може самостійно реалізувати обраний вид лікування, зокрема з метою:

- 1) обстеження на ВІЛ, ВГ В та С, ТБ, ПСШ;
- 2) моніторинг та лікування ВІЛ-інфекції;
- 3) амбулаторне лікування ТБ;
- 4) ведення пацієнта з обтяженою залежністю, психіатричною коморбідністю.

На початковому етапі лікування (до 1 року) лікувальний план переглядається 1 раз на 3 місяці, після одного року перебування пацієнта в програмі – за індивідуально визначеною потребою, але не рідше 1 разу на 6 місяців.

Частота оглядів лікарем залежить від стану пацієнта та етапу лікування. Частота визначається залежно від потреби пацієнта для кожного випадку індивідуально але не є меншою, ніж вказано нижче.

Етапи лікування синдрому залежності від опіоїдів

Етап лікування	Метадон	Бупренорфін	Цілі оглядів
Індукція	1 тиждень лікування – кожен день, з 2 тижня і до завершення індукції – 2-3 рази на тиждень	Перші 3-4 дні кожен день	Подолання СВО, підбір дози, налагодження терапевтичної взаємодії
Після завершення індукції;	1 раз на тиждень		Комплексна оцінка стану пацієнта

Початковий етап лікування (до 1 місяця); В подальшому для нестабільних пацієнтів (порушення правил лікування)		(протягом першого місяця лікування), формування лікувального плану (протягом першого місяця лікування), сприяння у вирішенні супутніх проблем
Підтримувальний етап (починаючи з 2 місяця лікування)	1 раз на місяць	Оцінка стану пацієнта та перегляд лікувального плану (раз на пів року), сприяння у вирішенні супутніх проблем
Завершення лікування	1 раз на тиждень	Подолання СВО, сприяння у завершенні лікування, перегляд лікувального плану з метою вирішення проблем, які призводять до нестабільності

Додаток 13
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу V)

Правила індукції під час ПТАО

На етапі індукції метадон та бупренорфін, в тому числі у комбінації з бупренорфіну з налоксоном, видаються лише під наглядом медичного працівника.

Схема індукції метадоном:

- 1) в перший день призначається від 20 до 40 мг метадоноу. Більш низькі дози (20 мг і менше) призначаються для пацієнтів з низьким ступенем залежності (за результатами АССІСТ) від опіоїдів (або для тих, ступінь залежності яких невідомий), а також тим, хто практикує ризиковане одночасне вживання багатьох речовин, у тому числі алкоголю чи бензодіазепінів, або має інші гострі розлади здоров'я. Високі дози (від 30 до 40 мг) призначаються якщо є ознаки високої толерантності;
- 2) якщо у пацієнтів через 4-6 годин після прийому метадоноу спостерігається тяжкий СВО, видається додаткова доза ЛЗ (10 мг, але не раніше ніж через 3,5-4 години після першого прийому);
- 3) підвищення дози на 2-й та 3-й день не рекомендовано;
- 4) починаючи з 4-го дня продовжується підвищення дози залежно від проявів СВО на 5 чи на 10 мг в день, але не більше ніж на 20 мг протягом тижня;
- 5) в подальшому доза поступово підвищується до того моменту, поки пацієнт не припинить (або значно не зменшить) заборонене вживання опіоїдів, а потяг до наркотиків та прояви СВО буде пом'якшено.

Схема індукції бупренорфіном:

- 1) перша доза бупренорфіну видається пацієнту тоді, коли у нього спостерігається СВО у легкій чи помірній формі (5-24 бали за шкалою COWS). Для визначення ступеня СВО використовується клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS). Для пацієнтів із СВО у легкій формі, коли наявні суб'єктивні скарги, але немає симптомів, які б оцінювалися у 8 пунктів і вище за шкалою COWS, початкова доза становить 4 мг із можливістю призначення додаткової дози 4 мг через 1-2 години (розподіл дози знижує ризик викликаного СВО);
- 2) малі дози (наприклад, 2 або 4 мг в перший день) підходять для пацієнтів з низьким ступенем залежності від опіоїдів (або для тих, ступінь залежності яких невідомий), а також тим, хто практикує одночасне вживання декількох ПАР, у т.ч. алкоголю чи бензодіазепінів, або має інші гострі розлади здоров'я;
- 3) для пацієнтів із СВО у помірній або тяжкій формі призначається перша доза бупренорфіну 8 мг;

4) у наступні дні добову дозу бупренорфіну можна поступово підвищувати на 2, 4 або 8 мг, але при цьому у другий день вона не має перевищувати 16 мг, а у третій день – 24 мг;

Схема індукції бупренорфіном у комбінації з налоксоном:

1) початкова доза бупренорфіну у комбінації з налоксоном видається пацієнту у стані помірно або тяжко вираженого СВО ($COWS \geq 13$) у дозуванні від 2 мг/0,5 мг до 4 мг/1 мг із можливістю призначення додаткової дози від 2 мг/0,5 мг до 4 мг/1 мг через 3 години (розподіл дози знижує ризик викликаного СВО), але не більше 8 мг у перший день. Для визначення ступеня СВО використовується клінічна шкала тяжкості синдрому відміни опіоїдів (COWS);

2) титрування дози відбувається поступово шляхом її підвищення на 2 мг/0,5 мг-4 мг/1 мг протягом наступних двох днів до досягнення оптимальної підтримуючої дози. При цьому у другий день вона не має перевищувати 16 мг/4 мг, а у третій день – 24 мг/6 мг;

Рішення про дозу бупренорфіну, в тому числі комбінованого ЛЗ, приймається на основі результатів огляду пацієнта та із врахуванням побічних ефектів – проявів СВО (які свідчать, що доза бупренорфіну є недостатньою), ознак інтоксикації (які свідчать, що доза бупренорфіну є зовеликою, або має місце вживання інших ПАР), відчуття потягу до наркотичних засобів та їх вживання, які спостерігаються у пацієнта;

Перед початком прийому бупренорфіну, в тому числі бупренорфіну/налоксону, припиняється вживання опіоїдів, призначених медичним працівником, щоб запобігти викликаному СВО.

Додаток 14
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу V)

**Клінічні особливості, які впливають на лікування із використанням
ЛЗ ПТАО**

Стратегії лікування окремих категорій пацієнтів / клінічних станів

№	Категорія пацієнтів / клінічний стан	Стратегія щодо лікування
1.	Пацієнти з ознаками гострого або компенсованого захворювання печінки (жовтяниця, енцефалопатія, набряки)	Проводиться визначення функцій печінки. Рішення щодо призначення ПТАО приймається спільно з лікарем-інфекціоністом/лікарем-гепатологом. Бупренорфін у комбінації з налоксоном не призначається через ризик синдрому відміни.
2.	Астма та емфізема	Не є протипоказаннями для ПТАО. В більшості випадків не потребує зміни дози. Проводиться аналіз інших факторів, які потенційно впливають на пригнічення дихання.

3.	Вагітні жінки	Призначається ПТАО. Детоксикація не проводиться у першому (через ризик викидня) та третьому (через ризик дистресу плоду та передчасних пологів) триместрі. Детоксикація чи зменшення дози проводиться лише в другому триместрі за нормальної вагітності, уникаючи СВО, з пильним моніторингом за перебігом вагітності та поступовим зниженням дози (для метадону на 5 мг кожного тижня, бупренорфіну – на 2 мг.). Перевага надається метадону. Не застосовується бупренорфін у комбінації з налоксоном. Якщо у другому та третьому триместрі виникає потреба то підвищується доза метадону через прискорений метаболізм, прийом ЛЗ розділяється на два прийоми з інтервалом 12 годин. Після пологів адекватність дози знов переглядається.
4.	Жінки, які годують груддю	Жінки, які стабільні на прийомі ЛЗ ПТАО заохочуються до грудного вигодовування та продовження ПТАО. Жінки, які щоденно вживають значну кількість алкоголю, заохочуються на відмову від грудного вигодовування, при епізодичному вживанні алкоголю (10 грам чистого алкоголю) – утримуватись від грудного вигодовування протягом 2 годин, при вживанні більшої кількості алкоголю протягом 4-8 годин. Жінки, які регулярно вживають кокаїн, амфетамін/метамфетамін, заохочуються до відмови від грудного вигодовування. Не застосовується бупренорфін у комбінації з налоксоном.
5.	Пацієнти з ВІЛ	Звертається увага на взаємодію ЛЗ через можливість виникнення потреби у підвищенні дози. При зверненні активного споживача опіоїдів за лікуванням – першочергово призначається ПТАО, потім АРТ.
6.	Пацієнти з ВГС	Пропонується обстеження на ВГ В, призначається ПТАО. Доза замісного ЛЗ не змінюється, окрім випадків коли у функціонуванні печінки спостерігаються серйозні зміни. Якщо не виявлено антитіл ВГВ, рекомендовано щеплення від ВГВ.

7.	Пацієнти з подовженим інтервалом QT за результатами ЕКГ	Якщо у пацієнтів із граничними показником інтервалу QTc (до 500 мс) не спостерігається клінічних проявів (епізодів втрати свідомості, запаморочення, серцебиття або приступів): обговорюється вплив подовженого інтервалу QTc на лікування із врахуванням відповідного індивідуального та сімейного анамнезу; терапія метадоном продовжується, але частіше проводиться моніторинг заходи спрямовані на відмові/скорочення від вживання інших ПАР (про які відомо або є припущення, що вони пов'язані із подовженням інтервалу QTc); якщо інтервал QTc залишається подовженим розглядається варіант направлення пацієнта до лікаря-нарколога або лікаря-кардіолога, зменшення дози метадону або переведення пацієнта на бупренорфін. Пацієнтів, які мають значно подовжений інтервал QTc (більше 500 мс) або клінічні прояви подовженого інтервалу QTc: направляють на консультацію до лікаря-нарколога та лікаря-кардіолога; вживають заходи спрямовані на мінімізацію ризику (зменшення дози метадону, переведення пацієнта на альтернативну опіоїдну терапію (на бупренорфін) або припинення терапії метадоном.
8.	Больовий синдром	Підвищують дози ЛЗ ПТАО (до 10-15% для больового синдрому не тяжкої форми та до 30% для больового синдрому тяжкої форми або гострого), прийом дози розподіляють на декілька прийомів.
9.	Пацієнти похилого віку	Призначаються менші дози опіоїдів та повільніше титрування метадону.
10.	Полізалежність (з опіоїдною залежністю) та/або одночасне вживання інших ПАР	Призначаються ЛЗ ПТАО. Для пацієнтів які вживають інші седативні наркотики (алкоголь), бензодіазепіни, антидепресанти, ЛЗ ПТАО з обережністю призначають у дозах, що перевищують терапевтичні. При супутній залежності від алкоголю розглядається можливість призначення одночасної терапії дисульфірамом. Вихід з високих доз бензодіазепінів має бути поступовим.

11.	Пацієнти з психічною коморбідністю	Супутні інші психічні розлади не є завадою для ПТАО. Лікування супутніх інших психічних розладів повинно бути інтегрованим або тісно скоординованим із лікуванням залежності. Психотропні медикаменти слід призначати лише після стабілізації стану пацієнта на ПТАО (в середньому від 3 до 7 днів для бупренорфіну, від 3 тижнів до місяця для метадону), крім випадків, коли незалежний психічний розлад є очевидним з попередніх медичних записів чи клінічного обстеження або коли наявні значні порушення функціонування, пов'язані із симптомами супутнього розладу. Залежно від тяжкості та гостроти симптомів можуть використовуватись нефармакологічні підходи самостійно або разом з медикаментозним лікуванням. Якщо психосоціальні підходи є неефективними чи недоступними слід підбирати медикаменти з найнижчим потенціалом залежності. У пацієнтів з гострим психозом слід ретельно зважувати ризики та переваги призначення метадону та бупренорфіну.
-----	------------------------------------	---

Додаток 15
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 10 пункту 3 розділу V)

Застосування цифрових технологій під час надання послуг з лікування синдрому залежності від опіоїдів

1. Критерії прийому ЛЗ із застосуванням цифрових технологій (відео-нагляд)

Типи відео-нагляду за прийомом доз ЛЗ із застосування цифрових технологій

В режимі реального часу (синхронний відео-нагляд за лікуванням (далі - сВНЛ)) – прийом пацієнтом ЛЗ в режимі реального часу за допомогою цифрових технологій (камера телефона, комп'ютера, встановлений застосунок, спеціалізована платформа тощо), що вимагає одночасної присутності пацієнта та медичного фахівця (лікаря/медичної сестри), де медичний працівник спостерігає за процесом через відеокамеру або встановлений застосунок. Для проведення сВНЛ необхідно підключення до мережі Інтернет.

Для реалізації сВНЛ використовуються засоби дистанційного зв'язку (загальнодоступні та/або спеціалізовані застосунки, які мають функцію відеозв'язку та запису відео, та можуть бути встановлені на різних платформах).

В режимі відкладеного часу (асинхронний відео-нагляд за лікуванням (далі - аВНЛ)) – фіксація пацієнтом прийому ЛЗ за допомогою технічних засобів (камера телефону, комп'ютера, тощо) та передача медичних даних лікарю або медичному працівнику у визначений час для оцінки в автономному режимі.

Медичний працівник переглядає відео після його отримання та фіксує факт прийому ЛЗ.

Використання аВНЛ дозволено виключно у випадку неможливості встановити зв'язок із пацієнтом через непереборні обставини (відключення електроенергії, відсутність мережі Інтернет через відключення електроенергії та відсутність альтернативних джерел живлення тощо).

Для проведення аВНЛ необхідно підключення до мережі Інтернет.

Проведення аВНЛ має здійснюватися виключно у разі можливості забезпечення збереження медичної таємниці та конфіденційності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта.

Про кожен випадок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини лікар або інший медичний працівник робить медичний запис про медичний огляд, прийом ЛЗ, надання консультації або лікування пацієнта відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 року № 411.

Критерії застосування режиму відео-нагляду за прийомом доз:

- 1) відповідність пацієнта критеріям про видачу ЛЗ пацієнтам за рецептом або безпосередньо з місця надання ЗПТ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах, визначеного пунктом 11 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 5 червня 2012 року за № 889/21201 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 листопада 2020 року № 2630);
- 2) наявність помірного/низького ступеню ризику для видачі ЛЗ для самостійного прийому;
- 3) наявність у власному користуванні засобів телекомунікацій та доступу до мережі Інтернет.

Процедура підготовки пацієнта до видачі ЛЗ із використанням цифрових технологій (відео-нагляду)

Лікар або інший медичний працівник інформує пацієнта про можливість отримання лікування за допомогою відео-нагляду. У разі надання пацієнтом усної згоди на проведення відео-нагляду за прийомом доз ЛЗ, лікар або інший медичний фахівець здійснює такі заходи:

- 1) перевіряє наявність у пацієнта засобу телекомунікації (смартфона або планшета), який відповідає необхідним вимогам для здійснення відео-нагляду за лікуванням (далі – ВНЛ) (можливість під'єднання до мобільного інтернету або бездротової мережі);
- 2) надає детальну інформацію щодо методу ВНЛ, його правил, переваг та недоліків, переконується у розумінні кожного пункту, відповідає на всі питання пацієнта;
- 3) надає допомогу у встановленні необхідного застосунку, або, у разі наявності, перевіряє його робочий стан;
- 4) надає контактний телефон медичного персоналу/ЗОЗ з якого буде здійснюватися дзвінок;
- 5) пояснює процедури здійснення відео та надсилання відео у разі відсутності зв'язку з фахівцем, пояснює критерії якості відео, та умови зарахування;
- 6) надає роз'яснення щодо можливих причин повернення пацієнта до режиму прийому ЛЗ під наглядом медичного персоналу безпосередньо в ЗОЗ;
- 7) обговорює дії пацієнта при виникненні небажаних явищ або побічних реакцій під час лікування, надає необхідні контакти для можливості отримання медичну консультацію;
- 8) обговорює питання щодо дотримання конфіденційності, в тому числі при проведенні ВНЛ, зберіганні відеофайлів на пристрої тощо, допомагає встановити пароль на пристрої пацієнта;

- 9) узгоджує графік відео-нагляду за прийомом ЛЗ з пацієнту.

Критерії припинення видачі ЛЗ із використанням цифрових технологій (відео-нагляду)

Відмова пацієнта від подальшого лікування (прийому ЛЗ ЗПТ) із використанням відео-нагляду.

Відсутність можливості технічного забезпечення проведення відео-нагляду, яку неможливо усунути протягом трьох днів.

Порушення правил участі в лікуванні за допомогою відео-нагляду: відсутність спостереження за прийомом доз медичним персоналом 2 або більше разів на тиждень протягом 1 місяця у разі відсутності поважних причин.

Пропуск сеансів відеозв'язку без поважних причин може бути причиною додаткової оцінки лікарем стану пацієнта та прийняття рішення щодо повернення пацієнта на лікування під наглядом безпосередньо в ЗОЗ.

Виникнення ускладнень із перебігом лікування, що вимагає контролю за станом пацієнта з боку медичного персоналу межах ЗОЗ.

Контроль за прийомом доз ЛЗ за допомогою відео-нагляду може застосовуватися епізодично до пацієнтів, які вже отримують ЛЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах або в межах створеного стаціонару вдома з метою моніторингу прихильності пацієнта до лікування та стану пацієнта.

При цьому лікар заздалегідь інформує пацієнта про можливість здійснення такого контролю та надає інформацію стосовно алгоритму підготовки до відео - нагляду.

Сеанс відео-нагляду проводиться за попереднім узгодженням з пацієнтом періоду часу, коли медичний працівник встановить зв'язок із пацієнтом.

2. Перелік рекомендованих медичних послуг, які надаються за допомогою цифрових технологій надавачами медичних послуг з лікування розладів внаслідок вживання опіоїдів:

- 1) планова консультація для підтвердження тактики лікування та перегляду плану лікування;
- 2) проведення оцінки стану пацієнта із використанням скринінгових інструментів: скринінг на ТБ за допомогою анкети, скринінг на поширені психічні розлади за допомогою інструментів PHQ-9 та GAD-7, опитування на предмет прихованих суїцидальних думок, скринінг рівня вживання алкоголю AUDIT;
- 3) моніторинг виникнення побічних реакцій, розгляд скарг на побічні реакції та/або неефективність ЛЗ, призначення симптоматичного лікування. Інформування пацієнта щодо фіксації повідомлень щодо побічних реакцій та/або неефективності в установленому порядку до автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду;

- 4) моніторинг стану пацієнта на етапі стабілізації дозування;
 - 5) надання консультацій з метою симптоматичного лікування соматичних та хронічних станів, психічних коморбідних станів;
 - 6) підтримка пацієнта на етапі виходу з програми ЗПТ;
 - 7) проведення коротких консультацій за результатами проведення скринінгу AUDIT;
 - 8) консультація з питань взаємодії ЛЗ, підтримка при переведенні пацієнта з одного ЛЗ та інший.
-

**Оцінка пацієнта для прийняття рішення щодо видачі ЛЗ ПТАО для
самостійного прийому**

1. При прийнятті рішення щодо видачі ЛЗ для самостійного прийому, лікар обстежує пацієнта та оцінює фактори ризику несприятливих наслідків отримання ЛЗ для самостійного прийому (що може включати зниження прихильності, зловживання, переривання лікування, уповільнення ресоціалізації тощо).

2. При оцінці пацієнта лікар має враховувати наступні клінічні і соціальні фактори:

- 1) тривалість лікування ПТАО (під час індукції ризик несприятливих наслідків вище);
- 2) дотримання режиму лікування (відсутність пропусків, виконання призначень лікаря);
- 3) зловживання алкоголем;
- 4) вживання нелегальних ПАР (опіоїди, стимулятори) або ЛЗ без призначення лікарем (снодійні, бензодіазепіни тощо);
- 5) вживання ЛЗ ПТАО не за призначенням, у тому числі перевищення призначеного дозування або введення ін'єкційним шляхом;
- 6) нецільове використання ЛЗ (продаж, передача іншим особам);
- 7) наявність супутніх психічних розладів, зокрема психотичних, або наявність когнітивних порушень;
- 8) ресоціалізація пацієнта та сімейний стан.

3. Окрім цього, перед наданням дозволу на видачу ЛЗ на руки лікар з'ясовує, чи доглядає/спільно проживає пацієнт за дітьми (особливо за дітьми молодше п'яти років) та чи має умови для безпечного зберігання ЛЗ вдома.

4. Рішення про видачу ЛЗ для самостійного прийому повинно враховувати особливості та рівень безпеки призначеного ЛЗ ПТАО, сукупний ризик несприятливих наслідків за результатами оцінки, та потенційні переваги які може надати самостійний прийом ЛЗ пацієнту.

5. Оцінка ризику повинна проводитись перед початком видачі ЛЗ для самостійного прийому, та під час самостійного прийому з метою моніторингу стану пацієнта та зміни режиму лікування за потреби.

6. Кожна оцінка та прийняті рішення мають бути задокументовані у медичній документації.

Алгоритм спільного прийняття клінічних рішень

Спільне прийняття рішень базується на принципах співпраці та взаємодії пацієнта та лікаря в процесі прийняття медичного рішення, що підходить пацієнту та базується на принципах доказової медицини, доступності та цінностях пацієнта. Процес спільного прийняття рішення доцільний у разі необхідності вирішення складної медичної проблеми, наявності більше ніж одного варіанту медичних/немедичних втручань та відсутні очевидної переваги з точки зору результатів для здоров'я або зважаючи на особисті уподобання/стиль життя пацієнта у разі вибору кожного з наявних методів лікування/втручань.

Заохочуючи пацієнта брати участь у спільному процесі прийняття найкращого клінічного рішення (методи профілактики, діагностики, лікування, догляду, управління своїм станом тощо) лікар надає необхідну інформацію про переваги, ризики, витрати наявних варіантів та можливостей вирішення (або відмови від вирішення) медичної проблеми пацієнта.

У процесі спільного прийняття рішення медичний працівник не радить обирати один варіант замість іншого, а допомагає пацієнту прийняти обґрунтоване рішення з огляду на його цінності та розуміння окремих характеристик (ризик, шкоди, користі, наслідків для здоров'я тощо).

Завдання системи прийняття рішень полягає у наданні якісної достовірної інформації пацієнту та його підтримка в процесі обмірковування власних можливостей у вирішенні медичної проблеми.

Основою ефективного процесу спільного прийняття рішень є орієнтація на пацієнта та повага до його автономії, шляхом встановлення довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом та/або довіреною особою пацієнта, підтримка учасників процесу на всіх етапах прийняття рішення, та надання якісної інформації.

Застосування моделі спільного прийняття рішень не скасовує надання рутинних консультацій пацієнту та інформування щодо наявних варіантів вирішення медичної проблеми.

Основні компетенції, які мають демонструвати медичні працівники під час побудови консультації за принципом спільного прийняття рішення:

- 1) визначити та обговорити проблему у зрозумілому для пацієнта форматі;
- 2) впевнитися, що інформація, яка надається, зрозуміла пацієнту та враховує його цінності;
- 3) визначити цінності пацієнта, можливості до самоуправління при

вирішенні медичної проблеми, наявні ресурси та сильні сторони;

4) надати інформації щодо можливих варіантів вирішення медичної проблеми;

5) поінформувати щодо переваг та ризиків кожного з наявних варіантів вирішення медичної проблеми викладені точно та сформульовані із врахуванням цінностей пацієнта;

6) демонструвати активне слухання та надання підтримки на кожному етапі спільного прийняття рішення;

7) застосовувати структуроване консультування.

Інструменти прийняття рішень містять актуальну доказову інформацію для пацієнта про варіанти вирішення медичної проблеми, їх переваги та недоліки, а також інформацію для надавача медичних послуг щодо цінностей пацієнта.

Формат допоміжних інструментів: короткі або детальні підготовлені тексти, діаграми, буклети, веб-сайти, відео матеріали, посібники, складені відповідно до наявних міжнародних стандартів допомоги пацієнту у прийнятті рішень.

Етапи спільного прийняття рішення.

1. Передача та обмін інформацією.
2. Необхідно визначити клінічну проблему.
3. Поінформувати пацієнта про наявні варіанти вирішення медичної проблеми, надаючи виключно доказову інформацію.

4. Необхідно надати та обговорити інформацію, яка безпосередньо впливає на прийняття рішення – ризики, переваги та наслідки кожного з варіантів вирішення медичної проблеми. Обговорювати зазначені елементи варіантів важливо з точки зору цінностей та уподобань пацієнта щодо параметрів, пов'язаних зі здоров'ям, одужанням тощо, а також його пріоритетів та кінцевих цілей. З цією метою пропонується застосовувати розроблені інструменти прийняття рішення у зручному для пацієнта форматі.

Інформація про варіанти втручання для вирішення медичної проблеми необхідно має подаватися у форматі, який буде спонукати пацієнта обговорювати свої очікування та потреби.

Важливо впевнитись, що пацієнт та/або довірена особа пацієнта розуміють надану інформацію, зокрема, ступінь її/їх залученості до спільного прийняття рішення.

Пацієнту та/або представникам пацієнта необхідно надавати всебічну підтримку та допомогу у вивченні запропонованих варіантів протягом всього періоду прийняття рішення, виділяти певний час для обмірковування інформації.

Важливо використовувати заздалегідь узгоджені терміни/графік зустрічей для обговорення рішення на кожному з етапів, ставити чіткі часові проміжки процесу прийняття рішення.

Вибір клінічного рішення

В результаті дискусії має бути прийняте спільне рішення щодо вирішення медичної проблеми, визначений подальший план дій та терміни реалізації обраного варіанту. Необхідно впевнитись, що пацієнт та/або довірена особа пацієнта розуміють та приймають обраний варіант вирішення медичної проблеми, а рішення може бути переглянуто у визначені терміни.

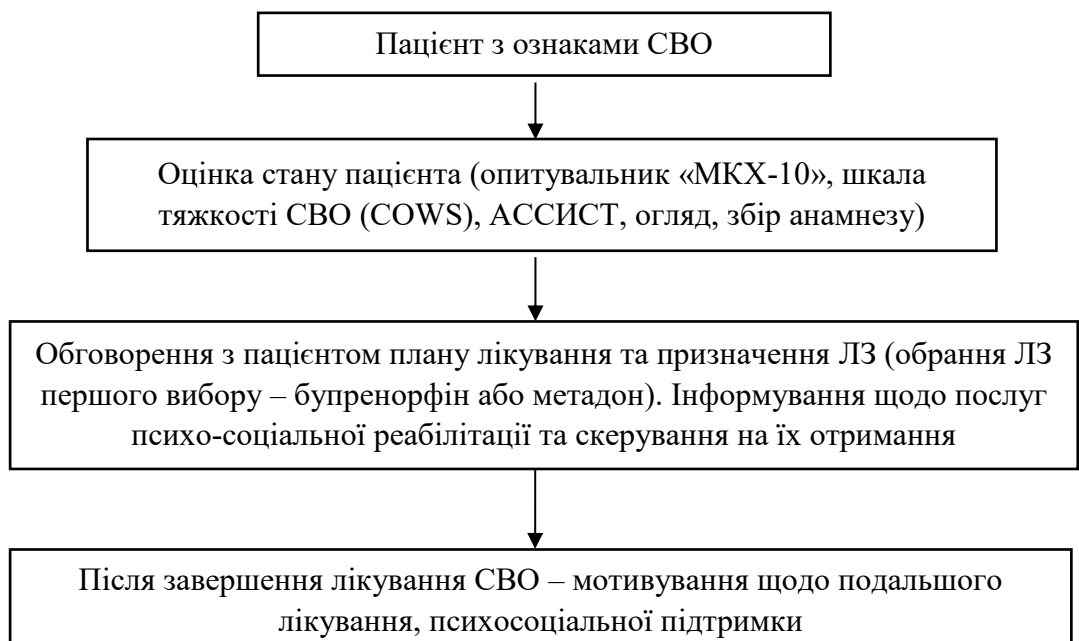
Прийняте спільне рішення може бути зафіксоване в медичній документації пацієнта.

Додаток 18
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 1 пункту 3 розділу VI)

**Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із СВО у ЗОЗ, що
надають первинну медичну допомогу**



**Алгоритм надання медичної допомоги пацієнтам із СВО у ЗОЗ, що
надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану)
медичну допомогу**



Додаток 19
до Стандарту медичної допомоги
«Психічні та поведінкові розлади
внаслідок вживання опіоїдів»
(підпункт 4 пункту 3 розділу VI)

Схеми використання ЛЗ для лікування СВО

ЛЗ першого вибору є метадон та бупренорфін.

Використання бупренорфіну.

Перша дозу бупренорфіну видається при ознаках помірного СВО.

Пацієнти з діабетом, дихальною недостатністю, непрохідністю сечівника отримуючи ЛЗ перебувають під пильним моніторингом.

Симптоми СВО які повністю не усуваються за допомогою бупренорфіну, метадону та клонідину усуваються за допомогою додаткового симптоматичного лікування.

Рекомендована доза бупренорфіну при СВО

	Рекомендована доза
День 1	Призначається 4-6 мг бупренорфіну в якості першої дози. Проводиться обстеження пацієнта через 3-4 години після першої дози. Якщо пацієнт не відчуває збільшення тяжкості СВО, але стан зберігається, призначається ще 2-4 мг бупренорфіну
День 2	8 мг
День 3	10 мг
День 4	8 мг
День 5	4 мг

Використання метадону.

При призначенні метадону пацієнти з дихальною недостатністю; гострою алкогольною залежністю; черепно-мозковими травмами; порушеннями функцій печінки; що лікуються інгібіторами моноаміноксидази; виразковим колітом або хворобою Крона перебувають під пильним моніторингом.

Рекомендована доза метадону при СВО

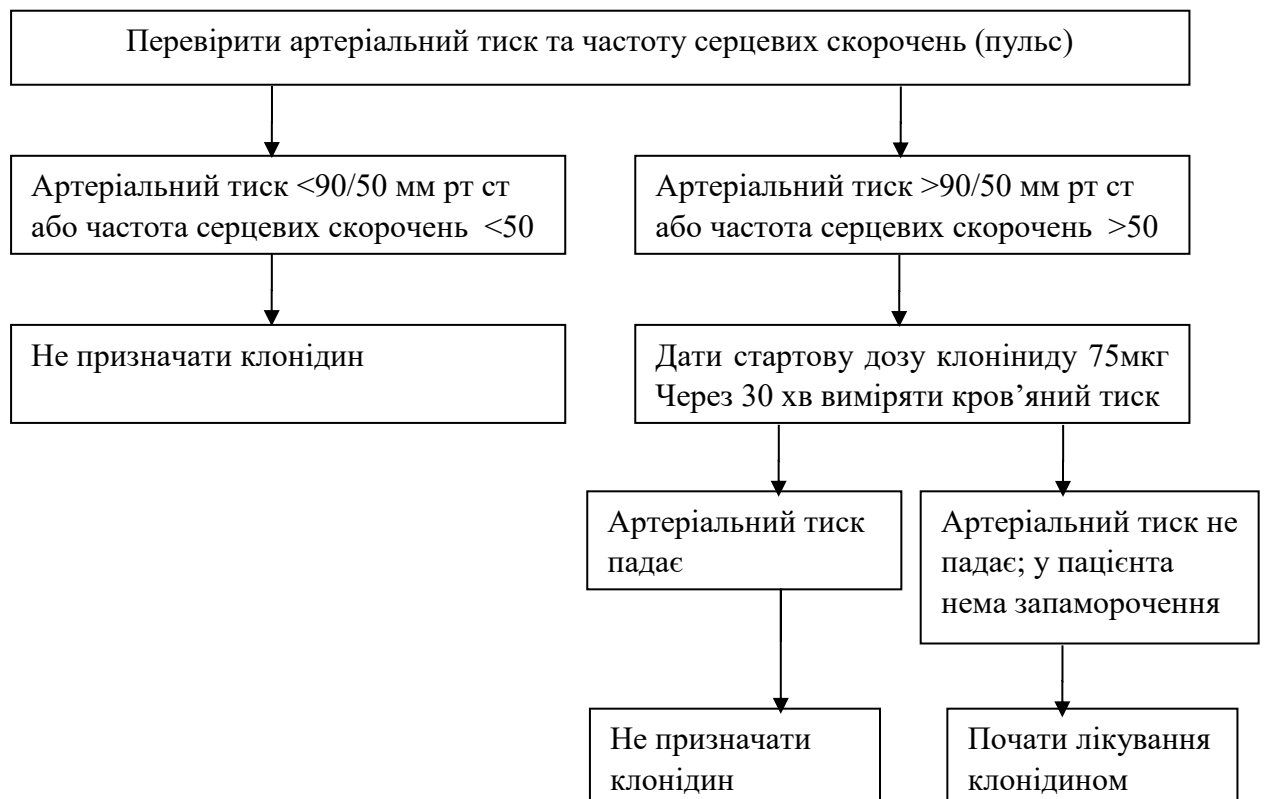
	Рекомендована доза
День 1-4	30 мг (розділена на 2 прийоми по 15 мг)
День 5-8	35 мг

День 9	30 мг
День 10	25 мг
День 11	20 мг
День 12	15 мг
День 13	10 мг
День 14	5 мг

При подоланні СВО поступове зменшення доз перорального морфіну з уповільненим вивільненням може використовуватися таким саме чином і може мати таку ж саме ефективність, як і поступове зменшення доз метадону.

Використання клонідину.

Алгоритм призначення клонідину при СВО середнього чи сильного ступеня



Дози клонідину при СВО середнього чи сильного ступеня

	Ранок	День	Вечір
День 1	150 мкг	150 мкг	150 мкг
День 2	150-300 мкг	150-300 мкг	150-300 мкг
День 3	150-300 мкг	150-300 мкг	150-300 мкг
День 4	75 мкг	75 мкг	75 мкг
День 5	75 мкг	-	75 мкг

Порівняння ефективності ЛЗ для лікування СВО

Ситуація/ЛЗ	Клонідин	Метадон	Бупренорфін
Утримання в лікуванні	нижче (більшість пацієнтів залишають лікування на початку, що зумовлено ранньою появою СВО, побічними ефектами)	вище (порівняно з клонідином)	вище (порівняно з клонідином та метадоном)
Тяжкість СВО	однакова при використанні клонідину та метадону		інтенсивність значно менше порівняно з клонідином; в полегшенні симптомів еквівалентна метадоноу; більш швидка детоксикація; найбільш ефективний для полегшення СВО та бензодіазепінів
Перебіг СВО	симптоми з'являються рано	симптоми не з'являються до моменту зниження дозування нижче 10 мг на добу	усуває симптоми відміни без істотної седації
Побічні ефекти	однакова тяжкість при використанні клонідину та метадону		у порівнянні з клонідином, бупренорфін

		асоціюється з меншою кількістю побічних ефектів і меншою кількістю передчасних відмов від лікування через побічні ефекти
Додаткові переваги	відсутні при використанні клонідину та метадоноу	лікування може бути розпочато після введення бупренорфіну з меншою затримкою і меншими проявами синдрому відміни, ніж після лікування метадоном
