

Вивчення існуючих бар'єрів
для ефективного виявлення та лікування
туберкульозу на амбулаторній фазі
на базі первинної медичної ланки
та способів їх подолання,
прийнятних як для лікарів, так і для пацієнтів

Вивчення існуючих бар'єрів для ефективного виявлення та лікування туберкульозу на амбулаторній фазі на базі первинної медичної ланки та способів їх подолання, прийнятних як для лікарів, так і для пацієнтів. Звіт за результатами дослідження – К., 2018.

Авторський колектив: Цвілій О.

Карнаухова О.

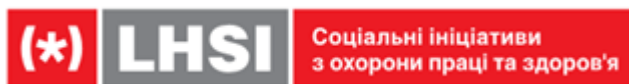
Єленєва І.

Рецензенти:

Долинська М., канд. м. наук

Степурко Т., PhD

Даний звіт підготовлено спеціально для управлінців у сфері охорони здоров'я. Він містить інформацію стосовно організації роботи первинної ланки медицини у сфері туберкульозу. Звіт буде корисним усім тим, хто залучений до реформування системи охорони здоров'я.



Звіт підготовлено за фінансової підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», підтриманого Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Викладені погляди й точки зору є поглядами й точками зору організації, що підготувала даний звіт, і не можуть розглядатися як погляди або точки зору Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією не брав участі у схваленні та затвердженні як безпосередньо опублікованого матеріалу, так і висновків, що можуть впливати з нього.

© МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» Для безкоштовного розповсюдження.

ЗМІСТ

Скорочення	3
Передмова	4
1. Методологія дослідження	8
2. Визначення формату роботи первинної медичної ланки щодо туберкульозу згідно нормативної бази та аналіз існуючого досвіду організації такої роботи	12
2.1. Розуміння епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу серед лікарів первинної медичної ланки	14
2.2. Алгоритм дій працівників закладів первинної медичної допомоги щодо виявлення туберкульозу	16
Виявлення за зверненням пацієнта у заклад ПМСД	16
Знання та сприйняття своїх обов'язків лікарями первинної ланки	23
Практика діагностики ТБ серед груп ризику щодо ТБ на основі інтерв'ю лікарів	24
2.3. Практика лікування ТБ на первинній ланці медицини на основі інтерв'ю лікарів	27
2.4. Якість інфекційного контролю	35
3. Бар'єри, зокрема на первинній ланці, щодо протидії захворюванню на туберкульоз	37
3.1. Бар'єри у виявленні ТБ під час діагностики захворювання	39
3.2. Бар'єри у лікуванні туберкульозу	45
4. Успішні приклади та отримані рекомендації щодо організації протитуберкульозної допомоги на рівні первинної ланки медицини	55
4.1. Приклади позитивного досвіду виявлення та лікування хворих на ТБ	58
4.2. Аналіз запропонованих лікарями та пацієнтами рекомендацій	68
5. Висновки та рекомендації за результатами дослідження	79
Додатки	85
ДОДАТОК А. Використані джерела	85
ДОДАТОК Б. Анкета пацієнта	88
ДОДАТОК В. Анкета сімейного лікаря	91
ДОДАТОК Г. Соц.-демографічні характеристики вибірки пацієнтів	94

СКОРОЧЕННЯ

БК	бацила Коха
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ДОТ	терапія під безпосереднім наглядом
МБТ	мікобактерія туберкульозу
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МР ТБ	мультирезистентний туберкульоз
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТП	протитуберкульозні препарати
РГ	рентгенографічне обстеження
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ФГ	флюорографічне обстеження
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
ЦЛКК	центральна лікувальна комісія
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги

Вже тривалий час в колах спеціалістів, що займаються проблемою туберкульозу в Україні, піднімається тема недостатнього рівня залученості первинної медичної ланки до виявлення туберкульозу та до його лікування на амбулаторній фазі.

З точки зору експертів є цілий комплекс причин, чому ця залученість є низькою – від незацікавленості сімейних лікарів у лікуванні пацієнтів з туберкульозом до незручностей існуючих алгоритмів скринінгу для пацієнтів. У результаті туберкульоз виявляється на пізніх стадіях, що збільшує кількість центрів інфекції, ускладнює і збільшує вартість лікування.

Нині триває робота над змінами до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим ТУБЕРКУЛЬОЗ (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р.). Паралельно команда МОЗ працює над реформуванням і зміцненням первинної ланки медичної допомоги. Верховна Рада України 19 жовтня 2017 р. ухвалила перший із пакету законів, що запускають процес змін у медичній системі – Закон № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів».

З огляду на те, що Україна перебуває на етапі запровадження масштабного реформування системи охорони здоров'я, актуалізується питання чіткішого визначення ролі та місця первинної ланки надання медичної допомоги у профілактиці, виявленні та лікуванні ТБ. Адже одночасно з процесом розподілу території України на госпітальні округи та автономізацією лікарень можуть поглибитись відмінності у підходах до управління закладами та територіями. Це, в свою чергу, може призвести до зниження пріоритетності питань туберкульозу під впливом особистої зацікавленості керівників різних рівнів (наприклад, пріоритетними стануть нозології, які відповідають професійній спеціалізації керівника закладу/округу).

Наразі, в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим з туберкульозу за первинною ланкою закріплено чимало функцій з виявлення та лікування туберкульозу. Однак важливо, щоб це знайшло своє відображення також і в нормативних документах, які безпосередньо визначають порядок роботи первинної медичної ланки та розробляються на момент дослідження в контексті реформування.

Для того, аби питання туберкульозу були виписані у документах, що нині розробляються, зрозумілим та прийнятним для виконавців чином, необхідно зрозуміти, які бар'єри існують нині (на момент дослідження) і що допоможе їх усунути.

Також важливо розробити рекомендації щодо організації роботи первинної ланки у сфері туберкульозу з урахуванням формату її роботи після реформи.

Отже є потреба у вдосконаленні організації надання медичних послуг населенню на первинній ланці таким чином, щоб вона була ефективною у протидії захворюванню на туберкульоз. Тож метою цього дослідження було визначення існуючих перешкод ефективного виявлення та лікування туберкульозу на амбулаторній фазі на рівні первинної медичної допомоги, окреслення шляхів їх усунення, а також розробка рекомендацій стосовно організації роботи первинної ланки щодо туберкульозу.

Дослідницькі завдання

- аналіз існуючої ситуації щодо заходів з виявлення туберкульозу на первинному рівні медичної допомоги;
- аналіз існуючої ситуації щодо заходів з лікування туберкульозу на амбулаторній фазі на первинному рівні медичної допомоги;
- визначення способів підвищення ефективності заходів на первинному рівні медичної допомоги, спрямованих на протидію туберкульозу з урахуванням реформування системи охорони здоров'я в Україні.

1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для реалізації завдань дослідження було важливо поєднати декілька методів: кабінетне дослідження (включало аналіз попередніх досліджень та контент-аналіз документів, вторинний аналіз соціологічних даних), емпіричне дослідження – опитування (анкетування) представників двох цільових груп з подальшою статистичною обробкою отриманих даних, напівструктуровані індивідуальні та групові інтерв'ю, фасилітовану дискусію.

Кабінетне дослідження	а) вивчення нормативної бази щодо регулювання, виявлення та лікування туберкульозу на первинній медичній ланці, а також щодо реформування системи охорони здоров'я; б) аналіз результатів попередніх проектів із залученням первинної медичної ланки до заходів з протидії туберкульозу.
Анкетування	медичних працівників первинної ланки та пацієнтів протитуберкульозних закладів та ДОТ-кабінетів з метою виявлення типових бар'єрів з їхнього боку для скринінгу та лікування туберкульозу.
Напівструктуровані інтерв'ю	з експертами – медичними працівниками з регіонів, які мають досвід позитивних результатів роботи первинної ланки медицини щодо виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної технічної допомоги
Групові інтерв'ю	з медичними працівниками та керівництвом закладів первинної ланки з метою визначення оптимальних шляхів удосконалення надання протитуберкульозної допомоги на первинному рівні (з урахуванням виявлених бар'єрів та кращих практик).

Кабінетне дослідження було здійснено для огляду (а) результатів проектів із залученням первинної медичної ланки до заходів з протидії туберкульозу, (б) досліджень щодо бар'єрів, які виникають, та (в) законодавчої бази щодо регулювання виявлення та лікування туберкульозу на первинній медичній ланці, а також щодо реформування системи охорони здоров'я.

Було зібрано та опрацьовано такі джерела:

- накази МОЗ та Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим ТУБЕРКУЛЬОЗ;
- інформацію про пілотні проекти у сфері амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз в Україні;
- звіти міжнародних організацій;
- рекомендації та посібники.

Повний перелік джерел, які були включені до Кабінетного дослідження представлено в *Додатку А*.

На основі опрацьованих джерел було написано огляд літератури (представлено в Розділах 3, 4 цього Звіту), їх було використано для створення тематичних блоків питань опитувальника цільових груп та глибинних інтерв'ю з експертами.

Результати кабінетного дослідження представлені разом з результатами емпіричної розвідки відповідно до тематичних розділів.

З метою визначення існуючих алгоритмів руху пацієнтів на етапі виявлення туберкульозу та бар'єрів на шляху від первинного звернення до потрапляння до протитуберкульозної служби було розроблено опитувальник – окремий для кожної з двох основних категорій респондентів.

Загалом, було проведене **опитування (анкетування)** двох основних цільових груп: медичних працівників первинної ланки та пацієнтів протитуберкульозних закладів та ДОТ-кабінетів(див. *Додатки Б та В*).

В опитувальниках, розроблених для пацієнтів, окрім основного блоку питань для самозаповнення, містився також розділ для заповнення медичним працівником на основі медичної картки пацієнта.

Анкета включала запитання щодо типу медичного закладу з урахуванням географічної специфіки; діючої системи перенаправлень / графіків роботи закладів / оплати послуг; зручності існуючого алгоритму для пацієнтів та пропозицій щодо його покращення.

Вибірка медичних працівників первинної ланки становила 238 людей (див. *Табл.1.1*). Тип вибірки – цільова, квотна (використовувалися квоти за основними параметрами цільових груп: головні лікарі, сімейні лікарі, терапевти, фельдшери, медсестри ДОТ-кабінетів).

Таблиця 1.1. Розподіл опитаних медичних працівників за типом населеного пункту та регіоном

		розподіл за регіонами					
		Дніпропетровська обл.	Івано-Франківська обл.	Київська обл.	м. Київ	Херсонська обл.	Харківська обл.
ЦПМСД в обласному центрі	8	0	0	8	0	0	0
ЦПМСД в місті	88	15	5	7	37	13	11
ЦПМСД в сільській	31	6	0	7	0	8	10
сільська амбулаторія	50	7	16	12	0	10	5
міська амбулаторія	28	15	5	3	1	1	3
інше	33	1	11	0	0	6	15
Всього	238	44	37	37	38	38	44

Респонденти розподілялися між рівнями населених пунктів (село, місто районний центр, місто обласний центр) та регіонами країни: Дніпропетровська, Івано-Франківська¹, Харківська, Херсонська, Київська області а також м. Київ. Характер вибірки – нерепрезентативна. Каналом рекрутингу респондентів виступила Профспілка працівників охорони здоров'я України.

Вибірка пацієнтів протитуберкульозних закладів та ДОТ-кабінетів становила 247 пацієнтів (див. *Табл. 1.2* та *1.3*). Тип вибірки – цільова, квотна (використовувалися квоти за основними параметрами цільових груп: пацієнти стаціонарів та ДОТ-кабінетів).

Респонденти розподілялися між рівнями населених пунктів (село, місто районний центр, місто обласний центр) та регіонами України: Дніпропетровська, Львівська, Харківська, Херсонська, Київська області та м. Київ (соціально-демографічні характеристики вибірки представлені в *Додатку Л*). Характер вибірки – нерепрезентативна. Каналом рекрутингу респондентів виступила Асоціація сімейних лікарів України, а також респонденти – лікарі з регіонів.

¹Регіони обиралися за принципом представництва основних груп регіонів країни – Північ, Південь, Центр, Схід і Захід. Спочатку як представника Західного регіону було визначено Львівську область. Проте в ході організації анкетування виникли труднощі із забезпеченням достатнього рівня рекрутингу цільової групи. Через це довелось здійснити оперативну заміну регіону дослідження на Івано-Франківську область.

Таблиця 1.2. Розподіл опитаних пацієнтів у регіонах за статтю

регіон	Кількість респондентів		
	Всього	Чоловіки	Жінки
Дніпропетровська обл.	61	40	21
м. Київ	27	14	13
Київська обл.	48	33	15
Львівська обл.	37	23	14
Харківська обл.	37	26	11
Херсонська обл.	37	17	20
Всього	247	153	94

Таблиця 1.3. Розподіл опитаних пацієнтів за типом населеного пункту та регіоном

регіон	всього опитаних	обласний центр	велике місто	невелике місто	сільська місцевість
Дніпропетровська обл.	61	0	39	4	18
м. Київ	27	0	27	0	0
Київська обл.	48	0	1	17	30
Львівська обл.	37	6	10	6	15
Харківська обл.	37	11	0	12	14
Херсонська обл.	37	17	0	7	13
Всього	247	34	77	46	90

Цільовою групою напівструктурованих інтерв'ю з експертами стали медичні працівники регіонів, які мали позитивні результати роботи первинної ланки медицини щодо виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної технічної допомоги (див. Табл.1.4). Всього було проведено 15 інтерв'ю з медичними працівниками та експертами.

Групові інтерв'ю (фокус-групові дискусії) з медичними працівниками та керівництвом закладів первинної ланки медичної допомоги проводилися з метою визначення оптимальних шляхів удосконалення надання протитуберкульозної допомоги на первинному рівні (з урахуванням виявлених бар'єрів та кращих практик).

Таблиця 1.4. Розподіл опитаних експертів за регіоном

Регіон	Всього	Місто проведення	Пояснення
Дніпропетровська обл.	5	м. Кривий Ріг	1 головний лікар протитуберкульозного диспансеру, 1 головний лікар районної поліклініки, 1 медсестра ДОТ-кабінету поліклініки, 1 куратор проекту з тубдиспансеру, 1 регіональний координатор проекту
м. Київ	2	м. Київ	2 представники ПМСД
Київська обл.	2	м. Біла Церква, сел. Старі Петрівці	2 представники ПМСД
Херсонська обл.	2	м. Гола Пристань, м. Херсон	1 головний лікар ЦРЛ, 1 куратор проекту – головний позаштатний фтизіатр області
Одеська обл.	4	м. Одеса, сmt. Вел. Михайлівка, м. Березівка	1 представник обласного протитуберкульозного диспансеру, 1 медсестра ПМСД, 2 головних лікарі ПМСД
Всього	15		

Було проведено 4 групових інтерв'ю: 2 для представників з населених пунктів районного рівня Київської області, 2 – з великого міста (м. Київ). Окремо з головними лікарями та медичними працівниками без управлінських функцій (сімейними лікарями / фельдшерами). Каналом рекрутингу учасників групових інтерв'ю виступила Асоціація сімейних лікарів України.

До методів збору даних також було включено проведення **фасилітованої дискусії** спеціалістів та представників експертного середовища з обговорення виявлених бар'єрів та напрацювання рекомендацій. У фасилітованій дискусії взяли участь понад 20 експертів, які представляли Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», Профспілку працівників охорони здоров'я України, Державну службу України з питань праці; медичні заклади, в яких здійснюється лікування туберкульозу; НУО, що працюють в галузі протидії ВІЛ/СНІДу й туберкульозу. Завданням дискусії було напрацювання рекомендацій на основі представлених результатів польового етапу дослідження.

Таким чином застосування різноманітних дослідницьких стратегій та методів збору інформації дало змогу повніше проаналізувати ситуацію щодо існуючих перешкод ефективного виявлення та лікування туберкульозу на амбулаторній фазі на рівні первинної медичної допомоги та окреслити шляхи їх усунення.

Обмеження дослідження. Це дослідження є якісним, тому вибірки для анкетування не є репрезентативними для екстраполяції на усю територію України. Анкети в даному випадку виступали методом збору думок значної кількості респондентів.

Під час розробки дизайну дослідження планувалось проаналізувати алгоритм протитуберкульозної допомоги на рівні госпітального округу. Однак в подальшому з'ясувалося, що на момент проведення дослідження розподіл на госпітальні округи є формальним, на місцях тривають заходи щодо впровадження відповідного реформування, а значна частина нормативних документів знаходяться в стадії розробки або внесення змін.

2. ВИЗНАЧЕННЯ ФОРМАТУ РОБОТИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ЛАНКИ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЗГІДНО НОРМАТИВНОЇ БАЗИ ТА АНАЛІЗ ІСНУЮЧОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ ТАКОЇ РОБОТИ

Питання організації та здійснення заходів із виявлення та лікування туберкульозу в Україні регулюються двома основними документами:

1. Законом України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» (останні зміни внесені згідно із Законом №901-VIII від 23.12.2015).
2. Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим ТУБЕРКУЛЬОЗ (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р.).

Другий документ (далі в тексті Уніфікований протокол) є більш докладним і детальніше описує всі необхідні дії медперсоналу закладів охорони здоров'я щодо виявлення хворих з підозрою на ТБ, первинної профілактики, діагностики та лікування. В цьому документі зафіксована зона відповідальності закладів первинної медичної допомоги на кожному з етапів.

Так згідно Уніфікованого протоколу *«виявлення хворих з підозрою на ТБ проводиться в лікувальних закладах первинної медичної допомоги (ПМД) і в будь-яких інших медичних закладах персоналом цих установ. Діагноз ТБ підтверджується у спеціалізованому протитуберкульозному закладі».*

Власне виявлення тісно переплітається з комплексними заходами щодо профілактики захворювання і необхідні дії лікаря первинної медичної допомоги полягають в *«активному виявленні ТБ в групах ризику² шляхом призначення скринінгового флюорографічного обстеження 1 раз на рік».* Крім того лікар первинної ланки має виявляти ТБ пасивно *«при зверненні громадян в медичні заклади за будь-якою медичною допомогою при наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ».*

Уніфікованим протоколом визначається, що лікарі первинної медичної допомоги мають серед іншого також *«інформувати населення з питань профілактики,*

²Групи ризику визначені спеціальним Додатком до Уніфікованого клінічного протоколу

виявлення та лікування ТБ; брати участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ під наглядом фтизіатра та лікаря епідеміолога».

Питання організації профілактики більшою мірою висвітлені в Законі «Про протидію захворюванню на туберкульоз». Зокрема там зафіксовано, що *«з метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, та запобігання поширенню цього захворювання здійснюються обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз. Обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз у державних і комунальних закладах охорони здоров'я проводяться безоплатно. Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз встановлюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я».*

Виявлення туберкульозу вимагає від лікарів первинної ланки дотримання таких дій, як *«скерування пацієнтів з підозрою на ТБ (за результатами алгоритму первинної діагностики) до лікаря-фтизіатра; забезпечення транспортування мокротиння до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня (пункт мікроскопії мокротиння)».*

Далі на етапі встановлення діагнозу первинна медична ланка не фігурує: *«діагноз ТБ в осіб з підозрою на нього далі підтверджують (скасовують) в спеціалізованих протитуберкульозних закладах (спеціалізованих структурних підрозділах закладів охорони здоров'я) вторинної/третинної медичної допомоги на підставі лабораторних даних (позитивний результат мікроскопії мазка мокротиння на КСБ, культурального дослідження, молекулярно-генетичних методів), клінічних симптомів та/або рентгенологічних, та/або морфологічних даних (біопсія ураженого органа). Діагностику МР ТБ здійснюють у спеціалізованих протитуберкульозних закладах третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги».*

А на етапі лікування лікарі первинної медичної допомоги підключаються лише у випадку *«проведення ДОТ-лікування під безпосередньою курацією дільничного фтизіатра та виконання його рекомендацій».*

Таким чином в зазначених нормативних документах чітко окреслені функції медперсоналу первинної медичної ланки, переважно на етапі виявлення та профілактики, а також контрольованого лікування ТБ.

2.1. Розуміння епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу серед лікарів первинної медичної ланки

Під час проведення дослідження було опитано 238 лікарів первинної медичної ланки, які загалом вказали на наявність 1107 хворих на ТБ на обслуговуваних ними дільницях. З цих випадків менше половини (а саме – 542), за словами лікарів, були виявлені на первинній ланці. Більш глибокий аналіз відповідей лікарів з Дніпропетровської, Київської, Івано-Франківської, Харківської та Херсонської областей продемонстрував трохи кращі показники виявляємості ТБ на первинній ланці в містах, порівняно з сільською місцевістю в деяких регіонах. Хоча на загал ці дані варіюють в межах 50% і більшою мірою залежать від організації загальної системи роботи і комунікації відповідальних спеціалістів в кожному конкретному регіоні (див. *Табл. 2.1*). Цей показник демонструє, що при нормативно закріпленій відповідальності щодо виявлення ТБ за первинною ланкою, рівень виконання завдання незадовільний – лише близько 50 %.

Таблиця 2.1. Розподіл відповідей лікарів щодо показників загальної кількості випадків ТБ на дільницях та частки виявлень на первинній ланці медичної допомоги*

	Дніпропетр. обл.		Ів.-Франків. обл.		Київська обл.		Херсонська обл.		Харківська обл.		м.Київ	
	всього	на I ланці, %	всього	на I ланці, %	всього	на I ланці, %	всього	на I ланці, %	всього	на I ланці, %	всього	на I ланці, %
ЦПМСД в місті	71	59,1	29	27,6	47	44,7	62	74,2	24	79,2	83	63,9
Міська амбулаторія	122	45,9	9	66,7	11	54,5	21	-	12	75	-	-
ЦПМСД в сільській місцевості	40	30	0	0	70	50	52	26,9	103	20,4	-	-
Сільська амбулаторія	13	53,8	62	53,2	103	44,7	46	73,9	14	64,3	-	-

*Джерело даних: дослідження

Також слід мати на увазі, що сімейні лікарі, говорячи про виявлення ТБ на первинній ланці, враховують усіх пацієнтів серед тих, у кого був запідозрений ТБ і хто

був направлений на будь-який спосіб обстеження (за потреби й на дообстеження в ТБ-службу) і у кого, зрештою, підтвердився діагноз.

Окрім анкетування, питання щодо виявляємості ТБ на первинній ланці порівняно з усіма зафіксованими випадками, ставилось і лікарям з м. Києва, які брали участь у груповому інтерв'ю. Вони у своїх відповідях вказували на дещо меншу частку виявлення ТБ на первинній ланці, порівняно з відповідями, отриманими з анкет – в межах 7:3 або 3:1.

«На дільниці близько 20 людей хворих на ТБ, але є звільнені з місць позбавлення волі та наркозалежні – ці групи вже з діагнозом поступили до нас, а відсотків 30-40 виявляємо ми тут».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ

Переважна більшість сімейних лікарів/працівників первинної медичної ланки, залучених до дослідження, були обізнані щодо кількості тих, в кого діагностується туберкульоз й вказували на те, що в них *«не так багато випадків ТБ»* за рік на їхніх дільницях:

«На 22 тис. населення – щороку до 4 нових випадків [туберкульозу]»,

«на 12 тис. населення – 5 випадків»,

«на 1,6 тис. населення цього року 2 нових випадки»,

«мед центр, що обслуговує близько 60 тис. населення за рік – до 65-80 нових випадків».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ

Виняток становили буквально по одній дільниці в м. Києві і Київській області, в яких через специфічні соціально-демографічні особливості (на території розташовані реабілітаційні центри для алко- та наркозалежних або міський будинок соціального піклування для безхатченків) рівень захворюваності вищий:

«238 випадків на 18 тис. населення».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область

Також лікарі повідомляли, що переважними ситуаціями, при яких виявлялися випадки захворювання на ТБ були профогляди і самозвернення пацієнтів до лікарів первинної ланки медичної допомоги (близько 75% усіх випадків виявлення у пацієнтів ТБ). При цьому варто зазначити, що профогляди періодично організуються з використанням пересувних флюорографів:

«На прийомах, за зверненнями, при профоглядах, при оформленні на роботу (молоді люди, які давно або взагалі ніколи не обстежувалися, і ось знайшли роботу, для якої потрібна медична довідка)».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ

2.2. Алгоритм дій працівників закладів первинної медичної допомоги щодо виявлення туберкульозу

Виявлення за зверненням пацієнта у заклад ПМСД

Ситуації виявлення ТБ в переважній більшості випадків схожі, проте нам вдалося цікавим дослідити алгоритм дій медперсоналу закладів первинної медичної допомоги у випадках звернень пацієнтів з кашлем, адже окрім того, що він є симптомом низки захворювань (у т. ч. інфекційних), його наявність є сигналом настороженості щодо ТБ.

Більшість опитаних медпрацівників повідомили, що першим об'єктом звернення хворого з кашлем є реєстратура, звідки його направляють до лікаря на огляд:

«Взагалі будь-який пацієнт звертається в реєстратуру (при цьому він не обов'язково вказує на те, що у нього кашель), яка відправляє до сімейного лікаря». групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ

«Якщо первинне звернення – заходить до реєстратури і реєстратура по територіальному принципу розподіляє до сімейного лікаря».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ

«На рівні реєстратури, коли такий пацієнт звертається, реєстратор дивиться і супроводжує хворого на прийом до більш-менш вільного на даний час лікаря, аби було поменше контакту з іншими хворими, його можуть пропустити в черзі».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ

За свідченнями лікарів, в деяких випадках ще на вхідних дверях до медичного закладу розміщене оголошення про обов'язкове надягання маски пацієнтам з кашлем перед входом до приміщення:

«Вивіска при вході із проханням надівати маску, якщо вірусні захворювання чи кашель. У нас такі умови, що ми не можемо розділяти потоки хворих. Якщо чуємо, що людина кашляє, то виходимо в коридор і просимо надіти маску (якщо немає – самі видаємо), просимо сидіти подалі в іншому коридорі. Іноді люди телефонують і ми підбираємо проміжок часу, коли зручно прийти і таким чином розплануємо візити хворих».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, селище Київської області

В окремих медичних закладах первинної ланки, як стверджують сімейні лікарі, є навіть долікарський кабінет, куди направляються хворі, які звернулися в заклад. І звідки, відповідно до присутніх симптомів, їх уже направляють на огляд до лікаря:

«Сидить в загальній черзі, в деяких місцях є долікарський кабінет, проте після нього – знову в загальну чергу».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область

Зі слів опитаних в окремих закладах з такою попередньою метою використовують реєстратуру, працівники якої проінструктовані і звертають увагу на наявність симптому кашлю (це якщо пацієнт встиг закашляти прямо в/біля реєстратури). Відповідно такого хворого направляють в окремий оглядовий кабінет або наполягають на тому, щоб він надів маску. В деяких місцях ці маски є в наявності в самому закладі і їх видають хворому, який кашляє. Але в більшості випадків просто наполягають на тому, щоб купили маску в найближчій аптеці.

В окремих закладах діє електронна черга, завдяки якій вдається уникнути черг і скупчення пацієнтів:

«Справа поставлена так, що дуже чіткий графік прийому/запис (електронна черга) – не можна пропустити буквально жодної хвилини, тому контакти між пацієнтами мінімізовані. Проте якщо безперервний кашель і підняті плечі, то сестра-господарка дає маску такому хворому. Він, фактично ні на кого не кашляє».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ

В долікарському кабінеті хворий, як правило, сам заповнює скринінгову анкету. Надалі вона є для лікаря додатковим джерелом інформації під час огляду і обстеження хворого. Проте лікарі зазначають, що хоча скринінгова анкета є психологічно ефективною для самого пацієнта, їх кількість є обмеженою і немає змоги видавати їх кожному пацієнту. В друкованому вигляді вони є лише в деякого з лікарів, а решта просто знають з протоколів, що вони є і використовують під час опитування хворих окремі елементи:

«Вони впливають ефективно на психологічному рівні, вони дієві для пацієнта, який бачить коли більше трьох «+» і самі просять направлення на рентген».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область.

«Анкетування проводить медсестра вже в кабінеті сімейного лікаря».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область.

«Через брак витратних матеріалів немає можливості забезпечити всіх лікарів скринінговими анкетами, тобто у лікаря на руках завжди є така анкета, а можливості, аби медсестра роздала хворим, які сидять в черзі, для самозаповнення перед прийомом часто немає».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

Далі відбувається власне обстеження хворого, його огляд лікарем, збирається анамнез, ставиться попередній діагноз, який далі часто треба підтверджувати додатковими діагностичними процедурами:

«Сімейним лікарем пацієнт оглядається, виставляється первинний діагноз».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Часто такі хворі мають високу температуру, вже на прийомі можна вислухати щось, що ми можемо прийняти за бронхіт. Якщо з'ясовується, що температура вже давно, профузний піт і взагалі габітус хворого такий... неблагополучний, то можна запідозрити ТБ».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

«Розпитуємо як з'явився кашель, скільки триває, при цьому обов'язково дивимося, коли востаннє робилося рентгенологічне обстеження (при цьому, якщо кашель більше 3 тижнів, то направляємо на рентген не залежно від того, коли робився востаннє), якщо є потреба – направляємо на аналіз мокротиння», «якщо це обструктивне захворювання, або є підозра на пневмонію, то направляється на ФГ і аналіз мокротиння».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, районний центр Київської області

Загалом серед основних можливих діагностичних процедур для обстеження хворих з кашлем при підозрі на ТБ (флюорографічного обстеження, рентгенографічного обстеження та збору мокротиння), найчастіше називалися флюорографічне обстеження і збір мокротиння:

«Направляєм на ФГ і аналіз мокротиння, а потім, якщо це підтверджується, берем аналіз крові і сечі».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Пацієнта було обстежено в стінах амбулаторії і відіслано на рентген, дослідження мокроти».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, селище Київської області.

«Обстежуємо – робимо ФГ дослідження і загальний аналіз крові, якщо є підозра ТБ, то здача мокроти».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

Анкетування лікарів підтвердило пріоритетність методу збору мокротиння при виявленні ТБ в медичних закладах. При обстеженні хворих найчастіше обирається метод збору мокротиння, на другому місці – флюорографічне обстеження.

Лікарі на групових інтерв'ю вказували, що флюорографічне обстеження і збір мокротиння – принципово різні методи з точки зору їх доступності і транспортно-логістичних особливостей, тому збір мокротиння – легший і надійніший метод, особливо у сільській місцевості:

«Флюорографи залишилися на вторинній ланці, а мокрота – більш надійніший метод – не треба нікуди додатково ходити (бо чи дійде той хворий до ФГ ще невідомо) все на місці визначається».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини. Київська область

Хоча деякі опитані лікарі зазначили, що аналіз мокротиння призначати всім пацієнтам із кашлем не можна (комусь щодо цього зробили зауваження при перевірці):

«...є багато інших захворювань із такими симптомами, тому слід спочатку робити ФГ/РГ дослідження».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область.

«Не часто, по показаннях, якщо є підозра на ТБ і виділяється мокротиння; як правило, вже як уточнюючий аналіз після ФГ».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

«Використовуємо паралельно з аналізом мокротиння – нема чого гаяти час, бо слід виставити діагноз і якнайшвидше призначити лікування, адже такі хворі приходять з температурою».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

Дії закладів первинної ланки медицини щодо виявлення ТБ бувають різними. Це залежить від специфіки медичного закладу. Буває що ЦПМСД знаходиться фактично в одному приміщенні з діагностичним центром, який уже є медичним закладом другої ланки, тоді всі направлення на обстеження (в т. ч. на ФГ чи мазок мокротиння) відбуваються просто і легко.

Але буває (і це – в більшості випадків), що ці заклади розділені і на рівні амбулаторії чи ЦПМСД відбувається просто забір мокротиння (або видається направлення на ФГ чи здачу мокротиння). А після цього пацієнт вже їде в заклад вторинної ланки, де він здає мокротиння або проходить фотографію чи рентгенографію:

«Пацієнта було обстежено в стінах амбулаторії і відіслано на рентген та дослідження мокроти (робиться інструктаж, дається направлення на 2-кратний аналіз мокроти) і

«На таке обстеження – до вторинної ланки, в лікарню, а пересувні флюорографи не завжди є».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, Київська область.

Самі пацієнти вказали, що від дня першого звернення до медичного закладу і до моменту постановки діагнозу ТБ у них проходило в середньому 10-12 днів (при цьому мінімальний термін склав 1 день, а максимальний – 180 днів). У сільській місцевості і невеликих містах ці показники дещо нижчі – середній термін становив 7-9 днів (при цьому мінімальний термін склав 1 день, а максимальний – близько 30 днів).

Щодо забору мокротиння, то кількість таких заборів, місце здачі аналізу, місце лабораторії, в якій відбувається мікроскопія зразка, особливості транспортування різняться. Пацієнти відзначали загалом дворазове здавання мокротиння для аналізу на етапі постановки діагнозу.

В одних закладах ЦПМСД забір мокротиння робиться безпосередньо в амбулаторії: *«там на вулиці є майданчики для збору мокротиння. І далі відповідальністю амбулаторії є доставити це мокротиння в діагностичний центр/лабораторію для його подальшого дослідження»*. Є заклади, які обмежуються просто направленням самого пацієнта одразу на рівень діагностичного центру/лабораторії, тобто на другу ланку медичної допомоги. Пацієнтів, як правило, інструктують щодо алгоритму збору мокротиння:

«Збирають на вулиці в присутності медсестри – в перший раз, вдруге – самостійно вдома. Інструктує щодо того, як збирати мокроту – переважно медсестра. Є пам'ятка, як це робити. Медсестри пройшли спеціальний тренінг по ТБ. Мокрота транспортується в міжклінічну лабораторію в спеціальному контейнері, з супровідними документами і з відповідальною особою спецтранспортом».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

«Видаємо контейнери і додому, і на майданчику на вулиці. Медсестра або лікар консультують по питаннях як зробити так, щоб вона відійшла (коли важко добути мокроту), контейнери підписуються – «ранок» чи «вечір». Вечірню – в кульочок і в холодильник, а вже вранішню разом з попередньою вечірньою – в лабораторію».
 групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область.

В нашому дослідженні понад 80% опитаних лікарів повідомили, що в їх медичному закладі облаштовано пункт збору мокротиння. Причому в половині випадків це відкритий майданчик, ще в половині – окреме приміщення. Спостерігається невелика різниця в особливостях облаштування пунктів збору мокротиння залежно від місцевості, в якій знаходиться медичний заклад первинної допомоги. Так в сільських амбулаторіях та центрах медичної допомоги очікувано більше пунктів збору мокротиння на відкритих майданчиках (43%), ніж в окремих приміщеннях (26%), у той час як в містах таких форм облаштування збору мокротиння приблизно порівну.

Хоча лікарі й стверджували про наявність майданчиків для збору мокротиння, опитані пацієнти відзначили, що при встановленні діагнозу здавали мокротиння частіше у протитуберкульозних закладах, ніж у закладах первинної медичної допомоги (поліклініці/амбулаторії/ЦПМСД) (див. Табл. 2.2).

Таблиця 2.2. Розподіл відповідей пацієнтів на запитання щодо місця збору мокротиння

	поліклініка/ амбулаторія/ ЦПМСД	протиТБ заклад	Медзаклад іншого профілю	на дому	інше*	без відповіді
Обласний центр	26	16	1	0	0	0
велике місто	35	61	4	4	1	1
невелике місто	23	37	9	0	0	0
сільська місцевість	54	53	9	1	0	3
всього	138	167	23	5	4	4

**під час бронхоскопії, у медчастині у тюрмі*

Знання та сприйняття своїх обов'язків лікарями первинної ланки

Нормативними документами, які регламентують діяльність лікарів первинної ланки медицини (зокрема Уніфікованим клінічним протоколом), визначається цілий комплекс обов'язків щодо виявлення та профілактики ТБ (крім того, також власне лікування – контрольованого, після абацилювання пацієнта в спеціалізованих протитуберкульозних закладах). З огляду на це, цікавим виглядає розподіл відповідей опитаних під час дослідження лікарів первинної медичної ланки щодо розуміння ними своїх посадових обов'язків щодо ТБ. З переліку функціоналу, який було запропоновано лікарям на вибір, респонденти мали вибрати ті позиції, які на їх власний розсуд входять до обов'язків сімейного лікаря – всі, або деякі з них (див. Табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Ранжування відповідей лікарів на запитання «Що з наведеного, на вашу думку, входить до обов'язків сімейного лікаря?»

№п/п	Обов'язки лікаря, згідно Уніфікованого протоколу	Кількість відповідей	
1.	Інформування населення з питань ТБ	132	
2.	Скерування пацієнтів до лікаря-фтизіатра	128	
3.	Пасивне виявлення ТБ	123	
4.	Активне виявлення ТБ в групах ризику	за станом здоров'я	125
5.		за соціальним статусом	121
6.	Проведення профоглядів дитячого населення на ТБ з туберкулінодіагностикою	115	
7.	Організація проведення профілактичних оглядів та ТБ	114	
8.	Участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ	109	
9.	Проведення вакцинації, ревакцинації БЦЖ	105	
10.	Забезпечення процесу збору мокротиння	90	
11.	Проведення ДОТ-лікування/хіміопрофілактики за призначенням дільничного фтизіатра	64	
12.	Забезпечення транспортування мокротиння до лабораторії	38	
	Усе, наведене вище	96	

Аналіз таблиці показує, що хоча значна частина респондентів погодилася, що весь перелік є функціональними обов'язками лікарів первинної ланки медичної допомоги (як це і зазначено в Уніфікованому протоколі), однак ключовими пунктами функціоналу були обрані позиції інформування населення з питань ТБ, скерування пацієнтів до лікаря-фтизіатра пасивне/активне (в групах ризику) виявлення ТБ, а також організація проведення профоглядів. Набагато менше опитаних лікарів вважають своїми обов'язками дії, пов'язані із забором і транспортуванням мокротиння, а також контрольоване лікування хворих.

Практика діагностики ТБ серед груп ризику щодо ТБ на основі інтерв'ю лікарів

Згідно Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 р³. та плану заходів щодо її реалізації передбачене удосконалення процесу організації та надання медичної допомоги і соціальних послуг шляхом впровадження ефективного механізму планування, закупівлі та надання соціальних послуг з профілактики туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також догляду, соціального супроводу/патронажу сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД або належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ.

Таким чином, частина питань ефективної співпраці медицини і сфери соціальних послуг щодо виявлення ТБ та супроводу хворих вже законодавчо сформульована і алгоритмізована.

Тим не менше, опитані в ході групових інтерв'ю лікарі не згадували про співпрацю з соціальними службами чи неурядовими організаціями у даному напрямку.

З відповідей лікарів на групових інтерв'ю було з'ясовано, що у своїй практиці вони використовують заходи активного виявлення хворих на ТБ. Більше уваги роботі з представниками соціально вразливих категорій населення приділяють лікарі сільської місцевості, оскільки мають кращу доступність до цих груп.

Зокрема там слідкують за можливостями використання пересувного флюорографа або організують підвезення людей на обстеження до пересувного

³Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 березня 2017 р. «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації».

флюорографа (практикується в сільській місцевості Київської області, іноді навіть із залученням місцевої адміністрації, поліцейських тощо).

«Є неформальні (не закріплені письмово) домовленості про співпрацю з соц. службами, дільничним поліцейським, місцевими адміністраціями в селах».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, Київська область.

При більш детальному з'ясуванні груп ризику, з якими працюють лікарі, виявилось, що в першу чергу оглядаються представники медичних груп ризику (т.зв. диспансерні групи – всього 11 нозологій: хронічні хворі, які приймають системні гормони (цукровий діабет), хронічні бронхіти, ХОЗЛи тощо), а також контактні з хворим особи (члени родини / ті, хто проживають разом / часто заходять в помешкання хворого тощо) – це тим більше актуально, бо згідно з відповідями опитаних пацієнтів лише 20% з них проживають самі.

Окремо було зазначено, що представники соціальних груп ризику – алко- та наркозалежні, безхатченки рідше зустрічаються в клініці сімейного лікаря, їх важко чітко виявити і зафіксувати, а ще важче – вести з ними профілактичну роботу.

«ВІЛ/СНІД і соціальні групи ризику – тут майже нереально/дуже важко».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

«Мають бути обстежені особи, що звільнилися з МПВ, проте ми не отримуємо такої інформації і не знаємо хто на дільниці пішов, хто повернувся».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

«Ті, хто 2 і більше роки не проходив ФГ дослідження. З одного боку, якщо раптом на дільниці виявиться ТБ, то відповідатиме лікар, а з іншого, – коли медсестри по сто разів дзвонять і просять прийти на обстеження, а їм відповідають, що не хочуть ходити і опромінюватися».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

Нині новою і особливою групою ризику стали переселенці зі Сходу України, однак за словами лікарів, питання щодо безперешкодної комунікації громадян цієї групи і лікарів первинної ланки медицини не залагоджені достатньою мірою:

«Переселенців спрямовують за медичною допомогою за тією тимчасовою адресою, яку вони вказали в органах соціального забезпечення, а в разі зміни адреси вони мають про це сповістити, але в одних місцях переселенці чітко дотримуються цієї процедури (бо це пов'язано із їх грошовими виплатами), натомість в інших часто такі люди реєструються в одному місці, а фактично проживають в іншому, тому лікувати таких пацієнтів важко».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

Під час групових інтерв'ю з лікарями м. Києва представниками одного з районів міста було озвучено модель роботи з безхатченками, як однією з найхарактерніших соціальних груп ризику, адже на території району розташований міський будинок соціального піклування:

«Безхатченки при оформленні в цю установу зобов'язані пройти ФГ обстеження і огляд спеціалістів, бо не мають права на перебування там, якщо хворіють». Однак часто трапляється так, що «у них частіше за все ТБ виявляється на етапі потрапляння до лікарні (через гіпертонічні кризи та часті обмороження взимку) де перше, що їм роблять – рентген».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

2.3. Практика лікування ТБ на первинній ланці на основі інтерв'ю лікарів

Уніфікованим протоколом в розділі «Лікування» подано чіткий алгоритм дій лікарів первинної ланки медичної допомоги щодо проведення ДОТ-лікування під курацією дільничного фтизіатра. З Табл. 2.3. видно, що менше третини опитаних лікарів вказали цей пункт як один з посадових обов'язків лікаря первинної ланки, розмістивши його на одному з передостанніх місць серед переліку обов'язків сімейного лікаря щодо ТБ. В ході групових інтерв'ю лікарями було відзначено, що перш, ніж потрапити на амбулаторне лікування до закладів первинної ланки медицини, пацієнти, як правило лікуються від 2 до 8 місяців в умовах стаціонару. А випадків, коли хворий одразу ж починав би лікуватися в амбулаторних умовах ніхто з опитаних лікарів не зустрічав:

«Ні, зараз якщо БК «-», то рідко ставиться діагноз, все одно кладуть до стаціонару».
групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська обл.

«У будь-якому випадку після експрес дослідження мокротиння лікарі мають напевне в діагнозі і своїх висновках впевнитися, тому мокрота висіюється і цей посів триває до 2 місяців. Весь цей час хворого тримають в стаціонарі».

групове інтерв'ю з керівниками медичних закладів первинної ланки медицини, м. Київ.

З індивідуальних інтерв'ю фтизіатрів, які розказували про співпрацю з впровадження амбулаторного лікування на первинній ланці, було з'ясовано, що серед лікарів первинної ланки досі зустрічається спротив щодо залучення їх до контрольованого лікування ТБ, не зважаючи на законодавче закріплення цієї діяльності в протоколі.

«Всё меняется с большим скрипом. Мы пишем такие лаконичные заключения, что просим выполнить положение приказа МОЗ №620 в части, которая касается диагностики ТБ и неспецифического лечения, проведения обследования».

т.в.о. зав. диспансерним відділенням Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2.

«Виянилось, що медработники не привержены к вопросам ежедневного ДОТ. Особенно это касалось среднего медперсонала. Проблема на самом деле оказалась многокомпонентной. Главное, что медработники не были привержены к лечению – они не понимали, зачем принимать лекарства каждый день и приходить каждый день».

колишній головний позаштатний фтизіатр Одеської області.

Отже, загалом не скрізь в Україні налагоджена і відпрацьована практика лікування хворих на ТБ на амбулаторній фазі у медичних закладах первинної ланки. Це підтверджується відповідями респондентів на запитання щодо здійснення лікування ТБ в їхніх медичних закладах та особистого досвіду амбулаторного лікування ТБ. Якщо про здійснення у медичному закладі, в якому працюють опитані лікарі, амбулаторного лікування хворих на ТБ повідомили близько 2/3 респондентів, то про особистий досвід амбулаторного лікування ТБ – лише близько третини лікарів (див. Рис. 2.1 та Рис. 2.2).

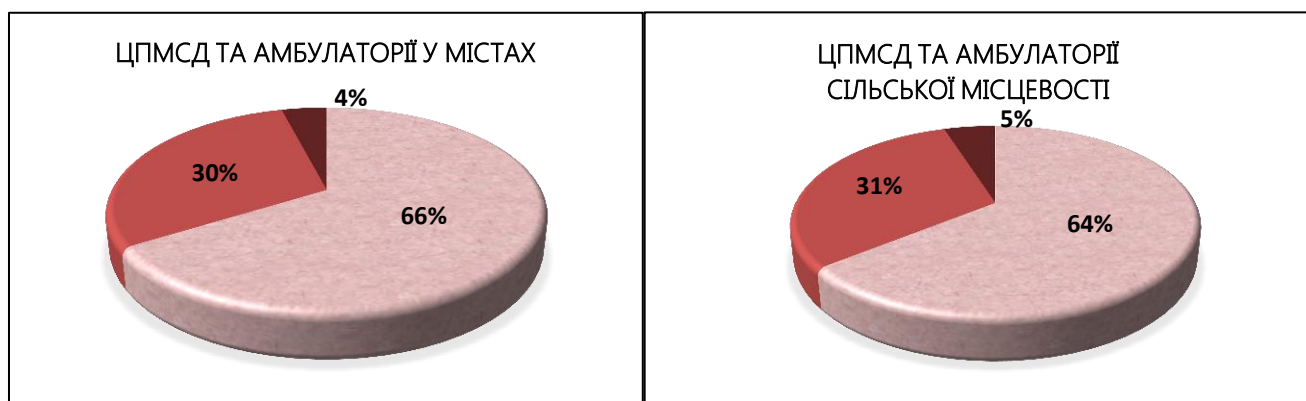


Рисунок 2.1. Розподіл відповідей опитаних лікарів на питання «Чи здійснюється у вашому медичному закладі амбулаторне лікування хворих на ТБ»

З одного боку такий результат може бути наслідком ситуації, коли великий ЦПМСД має в своєму складі кілька розкиданих по території амбулаторій, не в кожній з яких є ДОТ-кабінет:

«В нашому ЦПМСД є 4 амбулаторії, і при центрі є кабінет амбулаторного лікування, дільнична служба направляє туди хворих з усіх 4 амбулаторій, але це не в нашій амбулаторії».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, районний центр, Київська область

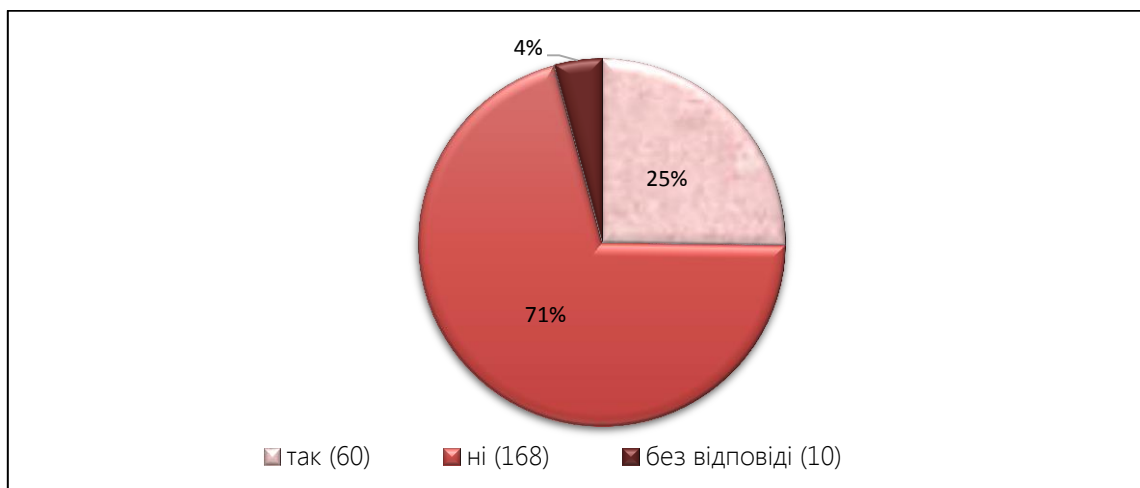


Рисунок 2.2. Розподіл відповідей опитаних лікарів на питання «Чи маєте Ви особисто досвід амбулаторного лікування ТБ?»

З іншого боку, занижка цифра участі сімейних лікарів в контрольованому лікуванні ТБ може бути непрямим підтвердженням повідомлень опитаних фтизіатрів про небажання лікарів первинної ланки медицини виконувати додаткові обов'язки. Хоча є амбулаторії, де навіть за відсутності ДОТ-кабінету надається ДОТ-послуга.

«Неповноцінна амбулаторія, недоукомплектована, немає кому цим займатися, не завжди є пальне на машину, яку дали нам в оренду, але лікуємо».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, селище Київської області.

В разі, якщо в медичному закладі первинної ланки організована робота з контрольованого лікування ТБ, згідно Уніфікованого протоколу сімейний лікар має тісно співпрацювати з дільничним фтизіатром (видача-прийом місячної потреби хворих у медичних препаратах та контроль за їх зберіганням, ведення медичної документації щодо прийому препаратів та виникнення побічних реакцій, спільні дії в разі переривання хворим прийому ліків, щомісячні контрольні огляди для моніторингу і корекції лікування тощо).

Відповідаючи на питання про рівень співпраці з фтизіатричною службою, близько 58% опитаних в регіонах лікарів заявили, що співпраця постійна, ще у 22% – періодична (див. Рис.2.3).

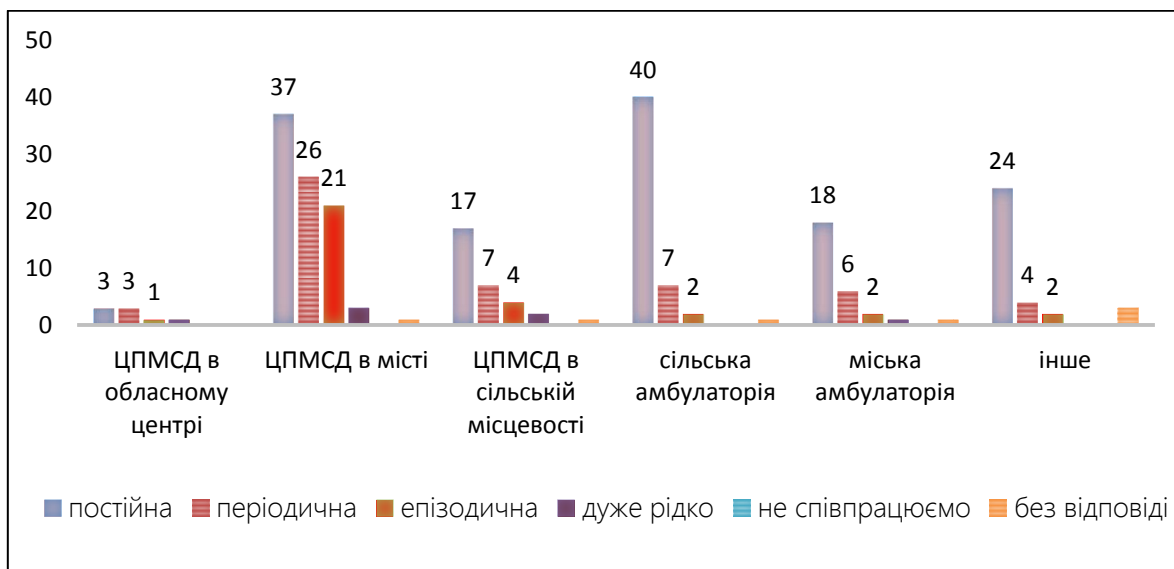


Рисунок 2.3. Розподіл відповідей опитаних лікарів на питання «Яким є рівень співпраці з лікарем-фтизіатром?»

Тобто загалом у понад 2/3 лікарів первинної ланки налагоджений тісний зв'язок з фтизіатрами. Це підтверджується відповідями лікарів під час індивідуальних інтерв'ю:

«Тісний контакт, – кожний сімейний лікар знає свого фтизіатра. Раз на тиждень фтизіатр приймає в нашому медичному центрі. Якщо якісь спірні питання – знаємо і мобільні, і службові телефони і завжди консультиємося. Вони передзвонюють і повідомляють, чи дійшов до них пацієнт, чи потрібно його видзвонити».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Якщо є підозра на ТБ, я завжди на зв'язку з фтизіатром в телефонному режимі, попереджаю про свої підозри і відправляю на консультацію до цього лікаря в його робочі години прийому. Все відбувається в тісній співпраці. Коли хворий виписується на дільницю, то я завжди про це знаю і все під наглядом».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, районний центр, Київська область.

Більше того, співпраця починається на ранніх етапах, адже фтизіатрична служба «підключається» ще до початку лікування на стадії виявлення ТБ і постановки діагнозу:

«Якщо немає динаміки в лікуванні після 10 днів протизапальної терапії або на етапі підозрілого знімку».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, Київська область.

«Згідно протоколу в разі, якщо МБТ «-», ми маємо провести лікування негоспітальної пневмонії, зробити контрольний ФГ знімок і якщо після цього не відбулося змін, то направляємо на консультацію до фтизіатра. Якщо МБТ «+», то тоді екстрено повідомляємо санстанцію та направляємо на консультацію до фтизіатра».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медицини, м. Київ.

Згідно уніфікованого протоколу *«форма надання ДОТ-послуг повинна бути орієнтована на пацієнта»*, а амбулаторне лікування проводиться *«за умови ДОТ у ДОТ – кабінеті, денному стаціонарі, стаціонарі на дому або за допомогою патронажної медичної сестри та/або куратора (медичний працівник, соціальний працівник, волонтер, член родини тощо)»*. Тобто варіантів надання ДОТ-послуг кілька і вони мають бути зручними для пацієнта.

Відповіді пацієнтів підтверджують розмаїтість видів надання ДОТ-послуги, адже серед місць амбулаторного лікування називалися ДОТ-кабінет поліклініки, кабінет сімейного лікаря ЦПМСД /фельдшера, сільський ФАП, лікування вдома, а також в протитуберкульозному закладі.

Опитані лікарі в регіонах також зазначили кілька варіантів надання ДОТ-послуги – переважно ДОТ-кабінети, а також тубдиспансер, ЦРЛ, сільська амбулаторія тощо. Натомість, під час індивідуальних та групових інтерв'ю лікарі первинної ланки медицини називали лише ДОТ-кабінети (за словами кількох респондентів з сільської місцевості Київської області, на їхніх ділянках практикується відвідування хворих на дому патронажними медсестрами).

Уніфікованим протоколом визначається відповідальна особа, у чийй присутності має відбуватися прийом ліків – *«медична сестра лікаря загальної практики/сімейного лікаря/дільничного терапевта, фельдшер ФАПу відмічає прийом хворим на ТБ ПТП у її присутності»*. Опитані в регіонах дослідження лікарі зазначали, що видає ліки пацієнтам медсестра або фельдшер (в сільській місцевості іноді – сімейний лікар). Під

час індивідуальних та групових інтерв'ю лікарів первинної ланки медицини єдиним відповідальним за видачу препаратів хворим називалася медсестра ДОТ кабінету.

Контрольованість лікування передбачає прийом ліків у присутності відповідальної особи. В уніфікованому протоколі зазначається, що контрольоване лікування ПТП (ДОТ-послуги) здійснюється *«... в дозах, що призначені фтизіатром. Препарати приймаються перорально за один прийом або за призначенням фтизіатра»*.

Крім того, протоколом передбачено, що *«умови лікування, роботу спостерігача і періодичність лікування потрібно організувати так, щоб лікування було якомога зручнішим для хворого на ТБ. Хворий на ТБ та призначений йому куратор повинні брати участь у прийнятті рішення з цього питання»*.

Лікарі, відповідаючи на питання про періодичність видачі хворому препаратів для лікування, найчастіше зазначали варіант *«щоденно»* або *«5 разів на тиждень»* (мається на увазі прийом в робочі дні медичних закладів в ДОТ-кабінетах в присутності медсестри), а на вихідні чи святкові дні таким хворим препарати видаються на руки для самостійного прийому вдома:

«Має випити в присутності медсестри щоденно в будні, а на руки – на вихідні».
групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Лікарі з сільської місцевості і під час групових інтерв'ю, і під час індивідуального опитування зазначали, як можливий варіант, отримання пацієнтом ліків на період *«раз на тиждень»*. Лікарі з м. Києва під час індивідуальних інтерв'ю також зазначали варіант *«раз на 10 днів»*:

«Якщо пацієнт прихильний, то до 10 днів, якщо не прихильний до лікування – раз на 2 дні».
індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

У відповідях лікарів з сільської місцевості також кілька разів згадувався варіант *«раз на місяць»*. Крім того безвідносно до типу місцевості кілька разів згадувалися відповіді *«через день»*, та *«2 рази на тиждень»*.

Відповіді самих пацієнтів на запитання щодо частоти зустрічі з медпрацівником для отримання ліків в цілому підтверджують озвучену лікарями періодичність – близько 85% пацієнтів щодня або 5 разів на тиждень зустрічалися з медпрацівником для отримання ліків. Також 78% пацієнтів зазначили, що завжди приймають ліки в присутності медпрацівника, ще 9% роблять це майже завжди (див. Рис .2.4).

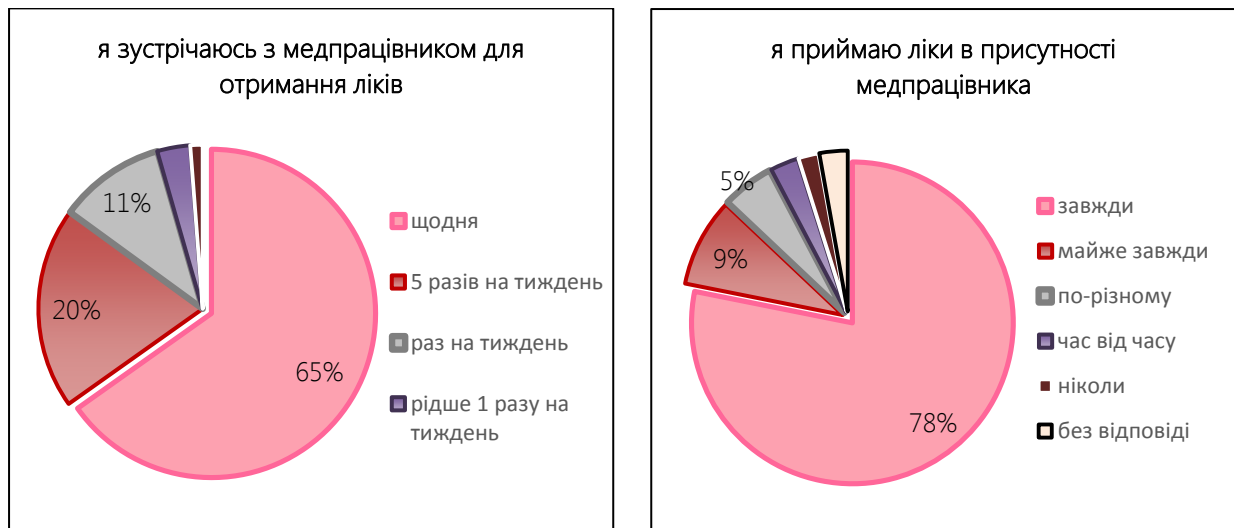


Рисунок 2.4. Розподіл відповідей опитаних пацієнтів щодо частоти зустрічей з медпрацівником для отримання ліків та частоти їх прийому

Середній час, який витрачається на одного хворого під час контрольованого лікування, згідно з відповідями лікарів, становить близько 15 хв.:

«10-15 хв. (залежно, скільки препаратів у списку прийому)».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

«Якщо вперше – то до години, бо медсестрі треба ще поспілкуватися, а далі – до 10-15 хв.».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Самі пацієнти зазначали, що зазвичай у медичному закладі очікування прийому препаратів триває в середньому до 12-15 хв., а випадків, коли не отримували необхідні препарати, майже не траплялося.

Під час контрольованого лікування існує небезпека переривання пацієнтом усталеного темпу прийому ліків, відсутності без попередження, пропуску одного прийому чи декількох прийомів ліків тощо. Задля прояснення алгоритму дій медперсоналу, відповідального за ДОТ-лікування, в уніфікованому протоколі роз'яснюється, що «якщо пацієнт протягом 2–3 днів не з'явився на прийом, медична сестра повинна вжити заходів для розшуку пацієнта, повідомити лікаря ЗП-СЛ/дільничного терапевта, а він, у свою чергу, повідомити про такий випадок дільничного (міського/районного) фтизіатра та/або призначеного хворому куратора».

Лікарі в цілому обізнані з цим алгоритмом і стверджують, що дотримуються його в разі виникнення подібних ситуацій:

«Медсестри мають контакти, тому видзвонюють спершу самі, тоді – телефонують дільничній медсестрі і вже вона і сімейний лікар розшукують (паралельно повідомляють дільничному фтизіатру)».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Завжди є контактний телефон. Дзвонять, з'ясовують що сталося і якщо хворий не прийшов і не може, то є родичі, через яких можна передати ліки».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Активно видзвонюємо, шукаємо, їздимо і з'ясовуємо причину. Надзвичайно важливо, аби жив за адресою, яку вказав, бо бувають накладки».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Медсестра інтенсивно шукає по телефону, якщо не знаходить вона, то передає інформацію на дільницю і шукають дільнична медсестра і сімейний лікар. Є телефони родичів/дітей/батьків».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

2.4. Якість інфекційного контролю

І виявлення, і лікування ТБ вимагає чіткого дотримання інфекційного контролю. Лікарі під час масового опитування в регіонах заявили що в 57% закладів, де вони працюють, постійно забезпечені засобами колективного захисту від ТБ (дотримується режим провітрювання, є УФ опромінював тощо), ще 34% - частково забезпечені. Забезпеченість засобами індивідуального захисту від ТБ (для медперсоналу - респіратори, для пацієнтів - хірургічні маски) повністю або частково становить 75%.

Не зважаючи на такі показники забезпечення інфекційного контролю, однозначної думки щодо небезпеки для лікаря виявлення чи лікування ТБ в середовищі задіяних в опитуванні лікарів не спостерігалось. Під час індивідуальних та групових інтерв'ю майже всі лікарі стверджували, що контрольоване лікування, яке відбувається в амбулаторних умовах з абацильованим пацієнтом, який уже пролікувався в стаціонарі, не може становити небезпеки.

«Це так само небезпечно, як і для решти, хто в транспорті або десь в інших місцях. Хоча лікарі – на першій варті і в зоні ураження, та й хворих найбільше в медичних закладах і можливість зараження вища і для решти пацієнтів, і для лікарів».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

«Виявлення потенційно небезпечніше, ніж лікування. Треба, щоб хворі (а не лікарі) вдягали маски. Це від ТБ, звичайно, не спасає, проте зменшує розповсюдження. В ідеалі біля порогу / біля реєстратури мав би стояти ящик чи коробка з масками і написано, що якщо ви кашляєте, то вдягніть, йдучи до лікаря».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м.Київ.

«Має бути інфекційний контроль: маска на кашляючих пацієнтах, провітрювання, дез. розчинами обробляти ручки і місця фізіологічного контакту, кварцування (є вже сучасні лампи, які можна включати в присутності пацієнта)».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

«Небезпечніше виявлення. Коли лікування - то все безпечно, якщо дотримуватися норм санітарних».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, селище

«Ми захищаємось. Є спеціальні маски. Ми обробляємо ручки дверей, провітрюємо – робимо всі необхідні процедури. Тому ризик – мінімальний і він рівноцінний тому, коли ми їдемо в транспорті. Більш небезпечно – коли хворий з підозрою на туберкульоз проходить необхідні дослідження».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«На етапі амбулаторного долікування пацієнти не є тими, хто може нанести шкоду. Вони більше шкідливі, коли тільки заходять в амбулаторію. До моменту встановлення діагнозу – найнебезпечніший етап».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, районний центр, Київська область.

Проте відповіді лікарів в ході масового опитування продемонстрували значний ступінь настороги щодо безпеки інфікування лікарів на етапі лікування – 36% опитаних вважають небезпечним, коли хворий на ТБ отримує лікування в їх медичному закладі. Майже 60% лікарів оцінили ступінь ризику захворювання на ТБ у своєму підрозділі як середній, 23% – низький, а 17,5% – як високий.

Таким чином ситуація щодо обізнаності лікарів первинної ланки медичної допомоги у нормативній базі, яка визначає формат протитуберкульозних заходів, а головне – існуючий досвід організації такої роботи, неоднозначні. З одного боку, достатнім є розуміння епідеміологічної ситуації щодо туберкульозу, більш-менш відпрацьований алгоритм у випадках звернень пацієнтів із кашлем. Натомість знання та сприйняття обов'язків лікарів первинної ланки, які визначаються Уніфікованим клінічним протоколом (і є більш розширеними і поглибленими, порівняно з функціоналом, який був до цього) не є однорідними і достатніми для організації ефективної протидії туберкульозу за нинішніх умов. Така ситуація спричинена багатьма факторами, як системними, так і індивідуальними. Недофінансування закладів, неукomплектованість кадрами, перевантаженість лікарів (в тому числі паперовою роботою), нерозуміння важливості залучення первинної ланки до протитуберкульозних заходів, недостатнє знання своїх функцій, необізнаність у питаннях інфекційного контролю: сукупність усіх цих та інших факторів спричиняє наявність значної кількості бар'єрів на шляху від кашлю до одужання пацієнта.

3. БАР'ЄРИ, ЗОКРЕМА НА ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ, ЩОДО ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Спектр проблем та бар'єрів, що впливають на виявлення та лікування ТБ неодноразово був представлений в результатах досліджень. В переважній більшості цих досліджень (здебільшого іноземних) з даної проблематики наголос робиться саме на чинниках, що впливають на прихильність до лікування. Зазначається, що низька прихильність до лікування залишається головною перешкодою в глобальній боротьбі проти ТБ⁴.

Такі фактори як хронічний перебіг хвороби, соціокультурний контекст і бідність, взаємодія з лікарями, медсестрами, соціальними працівниками впливають на доступність і прихильність до лікування⁵.

Згідно з класифікацією ВООЗ п'ять основних груп чинників впливають на прихильність до лікування⁶, зокрема це:

- економічні та структурні чинники (населення з груп ризику та соціально-економічна вразливість, брак ефективних систем соціальної підтримки, складні життєві обставини тощо);
- чинники, пов'язані з пацієнтом (соціальний статус хворого, етнічність, стать і вік пацієнта, обізнаність про захворювання, віра в ефективність лікування; психологічний стан (стрес, депресія);
- складність режиму лікування (істотна кількість ліків, токсичність медичних препаратів, побічні ефекти від лікування);
- взаємини між медичним працівником і пацієнтом (задоволеність пацієнта якістю взаємин із надавачем послуг через навички комунікації, що ґрунтуються на емпатії медичного працівника (емоційна підтримка, здатність до співчуття);
- організація надання послуг у системі охорони здоров'я (надання клінічних послуг, професійний рівень спеціалістів, зв'язок між медичними послугами та системами підтримки пацієнта, зручність роботи та розташування медичного закладу).

⁴World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

⁵Hill PC, Stevens W, Hill S. et al. Risk factors for defaulting from tuberculosis treatment: a prospective cohort study of 301 cases in the Gambia. In the Journal Tuberculosis and Lung Dis. 2005;9:1349-1354.

⁶Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів / Л.А.Мельник, О.В.Нечосіна, Ю.В.Пилипас, М.Г. Долинська – ФОП Бурнос С.О., 2017, - 112 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/metod_chnny_pos_bnik_soc_opsiholog_chna_p_dtrimka_31_03_2017_nov_final_preview_2_.pdf

У свою чергу бар'єри для розвитку прихильності до лікування поділяються на дві ключові підгрупи:

- бар'єри, пов'язані з системою охорони здоров'я, лікувальним процесом, а також бар'єри, пов'язані з оточенням, в якому живе людина,
- бар'єри, пов'язані з особистісними і поведінковими характеристиками пацієнтів.

Доступ до медичної допомоги залежить від складної взаємодії усіх цих факторів. З одного боку, – відповідність послуг потребам користувачів (наявність, доступність, доцільність і прийнятність), а з іншого, – активне звертання по медичну допомогу пацієнтів, що залежить від соціокультурних, поведінкових, фінансових та організаційних чинників⁷. Досвід країн, де успішно долаються бар'єри другої групи і спостерігається зниження показників захворюваності, свідчить, що за умови грамотно організованого амбулаторного лікування ні кількість лікарів, ні наявність фахівця з туберкульозу суттєво не впливають на результати лікування⁸.

Вітчизняні дослідження попередніх років свідчать, що бар'єри на рівні пацієнта не відрізняються від світових, і здебільшого пов'язані із нестачею знань про місцезнаходження установи/пункту/центру для обстеження на ТБ та про перебіг хвороби, відсутністю коштів для обстеження (не зважаючи на те, що нині для пацієнта законодавчо закріплена безоплатність діагностики та лікування ТБ як соціально небезпечної хвороби), ставленням та прихильністю до лікування (стигма, постійна потреба у знаннях і психологічній підтримці), алко- наркозалежністю, побічними ефектами лікування, транспортними труднощами, затратами часу й інших ресурсів.

Щодо останніх, то така комплексна транспортно-логістична проблема розглядається в деяких дослідженнях не в групі бар'єрів на рівні пацієнта, а як бар'єр, пов'язаний з системою охорони здоров'я⁹.

Адже географічна і логістична важкодоступність є основною причиною затримки початку лікування туберкульозу. Найбільш важкою є ситуація у віддалених

⁷Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan J et al. 2002. What does access to health care' mean? Journal of Health Services Research and Policy 7: 186–8.

⁸Performance of decentralised facilities in tuberculosis case notification and treatment success in Armenia K. Davtyan, R. Zachariah, H. Davtyan, A. Ramsay, O. Denisiuk, M. Manzi, M. Khogali, R. Vanden Bergh, A. Hayrapetyan, M. Dara PHA 2014; 4(3): S13–S16

⁹Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славуцький Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016, – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf

від районних центрів сел, хоча у таких селах, зазвичай, є фельдшерські пункти, але все одно, як мінімум для проходження аналізів, пацієнт повинен бути відправлений до міста, а кількість візитів може бути від кількох до десятка.

Наше дослідження підтверджує правдивість тези про транспортно-логістичну проблему, як помилково організований внаслідок реформування алгоритм, що ускладнює маршрут пацієнта. Адже на етапі діагностування суттєвим бар'єром є **складність маршруту пацієнта** і важкість встановлення між лікарем та пацієнтом контакту достатньо тривалого, аби вкластися у весь термін постановки та підтвердження діагнозу (під час якого має бути здійснений не один візит до лікаря, діагностичної лабораторії тощо).

3.1. Бар'єри у виявленні ТБ під час діагностики захворювання

У попередніх розділах з відповідей пацієнтів з'ясувалося, що від дня першого звернення до медичного закладу і до моменту постановки діагнозу ТБ проходило в середньому 10-12 днів (у сільській місцевості і невеликих містах ці показники дещо нижчі – 7-9 днів). Крім того, як мінімум двічі, в цей час робиться аналіз мокротиння, місце здачі якого, а також місце лабораторії, в якій відбувається мікроскопія зразка, нерідко бувають суттєво віддаленими одне від одного, а також від місця проживання хворого. Це створює додаткове напруження і незручності пацієнту і не сприяє не лише його налаштованості на подальше лікування, а й ставить під сумнів суб'єктивну доцільність проведення діагностики.

Уже на цьому етапі (діагностики) пацієнти можуть в кращому випадку припинити здавати аналізи, ходити/їздити до лікаря/лабораторії, а в гіршому – залишити місце свого мешкання, втекти, переїхати в інше місце. Плутанина, повторне проходження циклу хворим, повторне його перенаправлення між рівнями медичної допомоги призводять до втрати часу і ресурсів пацієнта, його дискомфорту та розчарування, а також репутаційних та ресурсних втрат медичного закладу. Проблема зникнення пацієнтів на етапі діагностики ТБ неодноразово звучала під час групових та індивідуальних інтерв'ю з лікарями.

Є навіть цілі райони в містах або в сільській місцевості, де спостерігається велика плінність населення, частина якого є соціально неблагополучними контингентами і потенційними хворими на ТБ.

«Зараз часто є проблема із пересуванням пацієнтів – вони мігрують, переїжджають без попередження, губляться їх контакти і зв'язок з ними».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

Часто особливо соціально дезадаптовані та з низькою мотивацією губляться вже на цих попередніх етапах не доходючи навіть до початку лікування. Питання проходження флюорографічного /рентгенографічного обстеження в установах інших ланок медичної допомоги є, на думку респондентів, суттєвою незручністю і для пацієнтів, і для самих лікарів.

«Чи легко зробити флюорограму? Вона має бути безкоштовною для всіх, а не так, як зараз – якщо незареєстрований, то підіть туди, а ще оформіться там, а візьміть паспорт і направлення і карточку, а це все територіально – в різних місцях і т.д. і т.п. (особливо це для переселенців, приїжджих, соціально неблагополучних категорій – це все додаткові бар'єри). Пересувні ФГ не завжди є, тому треба посилати на таке обстеження до вторинної ланки, в лікарню. Але не всі доходять, іноді лікарям приходилося плівку за свої гроші купувати».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Графіки роботи рентген кабінетів не співпадають з графіками працюючих людей і вони не працюють на вихідних (а в будні – 40-50 чоловік черга)».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Коли пересувний флюорограф стояв 3 дні, то три дні були черги, але люди знали, що точно зроблять і не треба ще кудись додатково ходити, брати талончики і т.п. До того ж там одразу сидів фтизіатр, тут же дивився і казав результат, можна було на флешку скинути».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«У нас в районі відсутній рентгенолог, а у інших – лаборанта нема. Багато недоукомплектацій, немає вузьких спеціалістів, тому треба звертатися кудись ще».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

Окремою проблемою, яка розділила опитаних лікарів, стало використання в діагностиці ТБ скринінгових анкет, доцільність і ефективність їх застосування. Адже часто від лікарів під час інтерв'ю можна було почути про брак витратних матеріалів для друку достатньої їх кількості для самозаповнення пацієнтами (тому лікар просто проводить усне опитування хворого). Однак, як виявилось, проблема полягала не лише в цьому.

«Лікар загальної практики нині перетворився на якусь сміттєву яму, куди згорнули все підряд – і психіатричну допомогу, і онкологію/паліативку, і ТБ, і ВІЛ/СНІД, і замісну терапію і решту всього. За нормативами за 1,5 год. треба приймати 6 пацієнтів, а насправді – 36-40! Про які скринінгові анкети може йти мова? Я її в очі не зможу побачити, бо часу фізично немає!»

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Якщо б аналіз цих анкет кимсь робився, робились якісь висновки, узагальнення, тоді це було б ефективно, бо хворий в будь-якому випадку потрапить до лікаря на прийом, лікар опитає за питаннями цієї анкети, занесе відомості в амбулаторну картку, то навіщо це дублювати, переводити папір?»

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Часто хворому треба ще додатково роз'яснити питання анкети, щось уточнювати, а медсестри може не бути, лікар гає час, тому заповнення пацієнтом – то не кращий варіант».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Ні, це потрібна річ, бо за результатами заповнення анкети, вивівши якийсь середній бал, лікар матиме картину, випрацьовуватиме певну тактику лікування, а також це юридичний документ на випадок якихось питань у майбутньому».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Питання використання скринінгових анкет є частиною більшої і складнішої проблеми, яка, на думку багатьох лікарів, є одним з суттєвих бар'єрів у роботі лікаря. Значна частина паперової роботи не лише відбирає час на спілкування з хворим, детальнішу діагностику і формування прихильності до лікування, але й знижує загальну мотивацію лікарів додатково занурюватись в проблематику ТБ. Подальше лікування тягне за собою нові паперові форми.

Особливо важкою ситуація може бути в сільських регіонах, коли відчутний дефіцит медперсоналу.

«Заскладні направлення, маршрут пацієнта (пів А4 листка, ксеримо за свої гроші)».
інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Форма звітності по таблицях ТБ-1 / обстеження груп ризику – у нас немає даних, які у нас просять (скільки у нас бомжів)».
інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

«Якщо є фтизіатр, то не багато документації, а якщо немає, та ще й немає медсестри... (форми, карти, направлення – до 5 форм на одного хворого, а є ще й інші пацієнти) Проблема в медсестрах, яких не вистачає. Лікарів, яких не вистачає і навантаження велике і на обстеження хворого за цими паперами вже часу не вистачає».
інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

«Сейчас надо принять 5 человек в час – то есть 12 минут на больного. А если это вновь выявленный случай и надо установить с пациентом связь и настроить его на лечение, то этих 12 минут не хватает, а ведь много бумаг на заполнение, куча формальностей».
лікар-методист, фтизіатр, в.о. позаштатного спеціаліста з фтизіатрії, м. Кривий Ріг.

Переважна більшість лікарів з нашого дослідження обізнані з основними нормативними документами, на основі яких здійснюється виявлення і лікування ТБ (Закон України «Про боротьбу з ТБ» / Локальний протокол, розроблений на основі Уніфікованого протоколу/ маршрут пацієнта). Більше того, вони є керівництвом в їх діяльності, попри існуючу кількість паперової роботи.

«...ми їх зараз всі і виконуємо – це наша робота».
групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

У питанні визначення реальності виконання функціональних обов'язків, прописаних в нормативних документах щодо ТБ думки опитаних лікарів розділилися. На припущення щодо необхідності скорочення функціоналу лунав контраргумент, що

«... локальні протоколи виписуються виходячи виключно з можливостей первинної ланки, тобто «під себе» і того, чого немає, чи не зможуть виконати, просто не виписують в локальному протоколі».

інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

Одні вважають, що сімейному лікарю під силу справитися з існуючою кількістю паперів, інші стверджують, що треба спрощувати форми обліку. Проте під час інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги Київської області прозвучало, що *«... документи не можна скоротити, там немає уніфікованої форми, так багато різних форм, які йдуть в різні місця».*

«Це реально, у нас прописаний локальний протокол по ЦПМСД і там все покроково і для медсестри, і для лікаря. Все завжди актуально і коригується (якщо забір мокротиння здійснює медсестра така-то, а вона вже не робить цього, то це переуточнюється і записуються зміни). Зараз іде це реформування і ми не можемо знати, як далі все буде. Нині є дільнична служба і на дільниці є прописано стільки-то людей, відповідно є така ж дільниця і в фтизіатричній службі і ми взаємодіємо. Якщо ж цей дільничний принцип буде зруйновано, то зв'язок втратиться і чи ми зможемо мати базу хворих (бо хворі іноді не повідомляють про свою хворобу)?»

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, м. Київ.

«Це потрібно виконувати. Але для мене в тих умовах, в яких я перебуваю і з тією кількістю роботи це важко. Базу ми виконуємо – не втрачаємо пацієнтів з кашлем, контролюємо групи ризику. Там так багато про просвітницьку роботу, стільки всього, що можливо процентів на 30 виконується. Треба, можливо, більше працювати на виявлення».

індивідуальне інтерв'ю з лікарем загальної практики сімейної медицини, селище Київської область.

Схоже, що значна частина лікарів **неповною мірою** усвідомлюють, що **активне виявлення** і лікування **ТБ** – це також їх функціональне завдання, прописане нормативно. У дослідженні 2016 р. щодо ролі системи охорони здоров'я в затримках із лікуванням **ТБ**¹⁰ питання моделей виявлення хвороби розглядалися не менш прискіпливо, ніж, власне, лікування.

Колізії щодо результативності та ефективності скринінгу з використанням методу флюорографії один раз на рік знайшли своє відображення у виявленні **ТБ** серед специфічної нової групи ризику – учасників АТО (з початком АТО збільшилась кількість виявлених випадків **ТБ** серед чоловіків, що призивались до збройних сил¹¹). Адже людина з групи ризику навіть із нормальними результатами флюорографії може захворіти впродовж року після обстеження, тому необхідно звертати увагу на можливі симптоми захворювання і вчасно призначати аналіз мокротиння навіть тим особам, які нещодавно пройшли обстеження. Не зважаючи на задекларованість в Уніфікованому протоколі обов'язковості скринінгового опитування стосовно симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз, і призначення аналізу мокротиння особам з кашлем, нормативні рекомендації на практиці виконуються мінімально або не виконуються взагалі.

«Исследование мокроты для них – ужас и кошмар, и страх. Хотя мы у них проводим семинарские занятия по раннему выявлению (как правильно собрать мокроту), особого желания со стороны первички собирать мокроту нету».

в.о. зав. диспансерним відділенням Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2.

Ще одним суттєвим бар'єром є **незацікавленість керівників місцевих органів влади** у інтенсифікації виявлення **ТБ** через подальше збільшення показників захворюваності на **ТБ** в регіоні. Така колізія спричинена тим, що згідно з Постановою Кабінету Міністрів серед переліку п'яти основних показників доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я щорічної оцінки соціально-економічного розвитку (загалом усіх показників моніторингу 64) враховується кількість осіб з уперше в житті

¹⁰Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славущий Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016. – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf

¹¹«Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення туберкульозу у м Києві». Звіт за результатами дослідження в рамках проекту «Тобі слід знати про **ТБ**» МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» за підтримки Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» – К.: 2016. – 51 с. – Режим доступу: http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/2016/lhsi_survey_report.pdf

встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100 тис. осіб населення¹². Тобто стабільно позитивна динаміка фіксації таких нових випадків, яка насправді є результатом копіткої і прицільної роботи фахівців щодо формування групи ризику і виявлення справжніх масштабів поширення ТБ в області, суттєво погіршує рейтинг області, це є предметом розгляду виїзних комісій та застосування каральних адміністративних заходів по відношенню до ініціативних медичних керівників (насамперед, фтизіатрів).

3.1. Бар'єри у лікуванні туберкульозу

Зі слів пацієнтів грошові витрати на транспорт під час добирання до місця отримання препаратів коливаються від 3 грн. (разовий квиток для проїзду в громадському транспорті в містах) до 80 грн. (вартість бензину для машини для проїзду в сільській місцевості). Часові витрати для цих же цілей становлять від 5-7 хв. до 2-х і більше годин (в середньому – 30-40 хв.).

Профіль опитаних в ході дослідження пацієнтів показує загальну частку безробітних серед усіх на рівні 55% (у сільській місцевості – 60%), пенсіонерів – близько 12%, працюючих – лише 25,5% (*Додаток Д*). Якщо перерахувати озвучені витрати на 5-6 разове на тиждень відвідування медичного закладу для прийому препаратів впродовж місяців, то навіть за умови безкоштовності ліків самі лише транспортні витрати є чималими і лікування здаватиметься дорогим.

Пацієнти у своїх відповідях відзначали, що найбільш доречними для них формами організації лікування ТБ є відвідування щодня лікувального закладу (45%) та доставка ліків додому (42%). При цьому для 77% опитаних «зручно» і «дуже зручно» отримувати лікування таким чином, як це відбувається зараз – переважно для тих, хто отримують лікування у ДОТ-кабінеті поліклініки (25% серед усіх опитаних пацієнтів, що отримують лікування), а також тих, хто приймає ліки вдома (16%).

Ще серед третини пацієнтів нашого дослідження, які отримують лікування в протитуберкульозних закладах, оцінка зручності виявилася нижчою – «зручно» у 51,7% випадків і «не дуже зручно» – ще у 26,4%. Близько 18% опитаних пацієнтів отримували лікування у сімейного лікаря ЦПМСД, при цьому 44% з них оцінювали це як «зручно», 28% – «дуже зручно», а 25% – «не дуже зручно».

¹²Постанова Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 2015 р. № 856 «Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики»

Лікарі, обираючи за 5-бальною шкалою основні труднощі в роботі з хворими на ТБ пацієнтами на перше місце поставили зловживання пацієнтами алкоголю і наркотичних речовин – 3,7 бали (знаходить своє підтвердження теза про переважання серед пацієнтів представників соціальних груп ризику – алко- та наркозалежних, що, вочевидь, потребує додаткових ресурсів щодо організації лікування, формування прихильності до лікування тощо).

Небезпека зараження посідає друге місце з 3,2 балами. Це є зайвим підтвердженням описаної вище ситуації щодо поширення в лікарському середовищі побоювань небезпечності лікування ТБ на амбулаторній стадії (навіть не зважаючи на проголошуване дотримання інфекційного контролю та попереднє лікування пацієнтів в стаціонарі). Така думка була частково підтримана експертами під час фасилітованої дискусії за результатами дослідження¹³.

Тяжкі супутні патології – третій вибір із 3,0 балами. Ця деталь потребує додаткового фокусу уваги, адже не завжди у хворих є можливість придбати препарати для лікування супутніх хвороб попри безкоштовність ліків від ТБ.

Останні місця серед труднощів у роботі з хворими на ТБ, на думку лікарів, із 2,9 балами посідають важкість спілкування з пацієнтами (можливі причини – психічні особливості через зловживання, низька прихильність до лікування тощо) та складності в досягненні щоденного прийому препаратів (більшою мірою через низьку прихильність, про що свідчать уточнюючі відповіді *«велика кількість ліків», «відсутність нагляду за хворим у вихідні щодо прийому ліків»,* а також організаційні проблеми – *«велика відстань до амбулаторії та ПТД»*).

Ці окреслені труднощі знаходять підтвердження у відповідях лікарів щодо бар'єрів у проходженні курсу лікування ТБ хворими (див. *Табл. 3.1*).

Цікаво, що і лікарі, і пацієнти обрали ті ж самі основні бар'єри, щоправда розташували їх в різному порядку. Для пацієнтів, більшість з яких є незаможними і часто безробітними, найбільшою перешкодою є чинник економічного характеру (брак грошей на транспорт/підтримуючі препарати/якісне харчування).

¹³З одного боку, нормативними актами вже всі ці питання врегульовані і передбачені, крім того за допомоги і фінансування Глобально Фонду по можливості в усіх регіонах необхідне обладнання і матеріали були закуплені. Однак часто відповідальність адміністрації медичних закладів і медперсоналу низька або недостатня. Головні лікарі не в змозі (або не хочуть) скласти запиту на фінансування необхідних засобів і матеріалів інфекційного контролю, хоча звітують про повну забезпеченість необхідним.

Таблиця 3.1. Ранжування за вибором трьох основних відповідей лікарів та пацієнтів на запитання «Як Ви вважаєте, які існують бар'єри щодо проходження курсу лікування людьми, які хворі на туберкульоз?»

	Лікарі	Пацієнти
Перший вибір	небажання самих хворих проходити лікування	брак грошей на транспорт/підтримуючі препарати/якісне харчування
Другий вибір	наявність у хворого алко- чи нарко залежності	небажання самих хворих проходити лікування
Третій вибір	брак грошей на транспорт/підтримуючі препарати/якісне харчування	наявність у хворого алко- чи нарко залежності
Четвертий вибір	Зневіра в лікуванні	
П'ятий вибір	Незручне розташування медичного закладу / довго добиратися	

Натомість лікарі, не відкидаючи цього твердження, вважають ключовими бар'єрами наявність залежностей/зловживань у хворих та небажання самих хворих проходити лікування.

«Вони неприхильні до лікування, або коли багато ліків треба приймати, наступає полегшення стану і пацієнт сам починає потихеньку собі відміняти (зажме пігулку за щокою абощо)».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Варто зауважити, що корінь небажання проходити лікування часто виростає з важких матеріальних обставин хворих.

Цікавим є вибір наступних – четвертого та п'ятого – за значимістю бар'єрів, які одноставно були обрані і лікарями, і пацієнтами. Зневіра у лікування (вочевидь потребує уваги питання психологічної підтримки і консультування медпрацівників для кращого оволодіння ними методик підвищення прихильності хворих до лікування, крім того – додаткові послуги психолога для самих хворих), а також незручне розташування медичного закладу/довго добиратися (задекларована пацієнтоорієнтованість лікування потребує пошуку альтернативних існуючим варіантів отримання лікування, більш зручних і менш витратних).

З розповідей лікарів первинної ланки медицини під час індивідуальних та групових інтерв'ю підтвердилося розуміння лікарями надзвичайної значимості матеріального чинника як вирішального мотиватора в прихильності хворих до лікування. Адже не лише витрати грошей і часу на прийом ліків, але й покращене збалансоване харчування як суттєвий чинник одужання є для багатьох пацієнтів важкодоступним через скрутний матеріальний стан.

«Нічого не можемо їм запропонувати. Однак треба пропонувати харчові пайки, бо харчування – то для них найголовніше, адже переважно вони непрацюючі, матеріально низько забезпечені (або незабезпечені). Хоча це мали б робити соціальні служби, а не ДОТ кабінети.

На вул. Регенаторній була соціальна столова(для безхатченків), куди стікалися звідусіль люди і так попоїсти, і з собою взяти. Там раз на день можна було нормально похарчуватися. Це було дуже здорово. Але потім почали будувати житловий комплекс, її знесли і не відомо чи є щось подібне в місті зараз.

Подібна столова є в Києві в Дарницькому районі при Ольгінській церкві».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Крім потреби в покращеному харчуванні, на думку лікарів важливі також підтримуюча терапія, психологічна допомога.

«Можливо – вітамінотерапія, Підтримуючі ліки для диспансерної групи проїзні (актуально для великого міста). Психологічна допомога для хоча б елементарного спілкування (бо є просто навіть одинокі люди, яким ні до кого заговорити), висловити свої заперечення і зауваження щодо прийому препаратів тощо».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Варто зазначити, що аналогічні дослідження попередніх років також акцентували увагу на домінуванні серед бар'єрів на рівні надавачів послуг перестороги медичного персоналу щодо амбулаторного лікування, відсутність стимулів, негнучкість системи фінансування закладів охорони здоров'я, застарілі уявлення про інфекційний контроль медичних працівників, надмірну кількість паперової роботи¹⁴.

¹⁴Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві. Звіт операційного дослідження по проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Ющенко А., Барська Ю., Кутузова Д., Бриндас І., Гузь О., Заремба С., Тишкевич А., Долинська М. – Київ. – 2016, - 93 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/stbcu_gra4_report_final.pdf

Обговорення з лікарями труднощів в лікуванні хворих на ТБ виявило **актуальність організації комплексної міжгалузевої співпраці**. Адже відсутність належного медико-соціального супроводу є однією з нагальних проблем серед пацієнтів, вирішення якої вони очікують з боку системи охорони здоров'я¹⁵. З огляду на те, що в результаті реформування медицини нині на лікарів первинної ланки покладено багато обов'язків, а навантаження на одного лікаря (особливо у великих містах) понаднормове, то навіть елементарне вислуховування потреб і побажань пацієнта (психологічних, матеріально-побутових тощо), під час лікування є неможливим. Крім того немає можливості/доступної інформації щодо того, хто окрім лікаря міг би надати посильну допомогу хворому.

«В Києві зараз добре поставлена робота соціальних служб з самотніми громадянами. За таким же принципом можна співпрацювати і по контингенту хворих на ТБ (за рекомендацією лікаря)».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Лікарі висловлюються за дотримання балансу в такій позалікувальній підтримці/допомозі хворим, адже це доречно для тих груп пацієнтів, які прихильні до лікування, розуміють його важливість і самі бажають одужати. Натомість сенсу втручатися в проблеми тих, хто сам часто не бажає вирішувати свої проблеми зі здоров'ям, вони не бачать.

«Ми, як лікарі, маємо робити і те, й інше! А самі люди що? Має бути більше відповідального ставлення до свого здоров'я! Ми не маємо бути няньками і виконувати те, що не входить у наші обов'язки».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Негативним моментом в організації лікування є **недотримання принципу контрольованості** – коли протитуберкульозні препарати видаються пацієнтам на руки на період від двох днів і більше (вище вже зазначалися варіанти *«раз на тиждень»*, *«раз на 10 днів»*). Навіть неприхильним, на думку лікаря, пацієнтам препарати даються на 2 дні, тобто реально може споживатися третина необхідних доз ліків. Самі пацієнти (за результатами анкетування) в 15 % випадків зустрічаються з медпрацівником для отримання ліків рідше, ніж 5 разів на тиждень, близько 10% хворих приймають ліки в присутності медпрацівника *«час від часу»*, *«по-різному»* або *«ніколи»*.

¹⁵«Аналіз прогалин у лікуванні туберкульозу». Фінальний звіт операційного дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. А. Мирошниченко, Е. Аджієва, А. Аухадієва та ін. – К.: 2016. – 49 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/gr_03_final_report_new_format_2016_12_27.pdf

За умови неясності мотивів і джерел впевненості лікаря в прихильності пацієнта до лікування, такі практики видачі препаратів пацієнтам на руки є згубними і некорисними і їх поширеність має бути зведена до мінімуму.

Суттєвим бар'єром у лікуванні з боку медперсоналу є **невмотивованість лікарів і медсестер первинної ланки займатись ТБ без доплат**, адже для них це додаткове навантаження. Причому іноді навіть при існуючих офіційно доплатах за роботу в ДОТ кабінеті, ця винагорода не розглядається як значуща чи справедлива. Гарною ілюстрацією такого є протилежні висловлювання двох медпрацівників однієї з медичних установ м. Кривий Ріг. Завідуюча амбулаторією запевняла, що за рахунок амбулаторії здійснюються додаткові доплати медсестрі ДОТ кабінету у розмірі 20% окладу, нараховуються понаднормативні відгули. Натомість сама медсестра ДОТ кабінету в інтерв'ю скаржилася на падіння престижу та статусу медсестри, яка має таку зону відповідальності (*«... купа перевірок, контролю, дуже все напружено і відповідально, а додатково ніхто нічого не оплачує»*).

«При такому навантаженні треба принаймні збільшити оплату праці».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Тим не менше, лунала, на нашу думку, справедливе висловлювання: питання фінансування, матеріального забезпечення і організації роботи – справа сумління і ефективності роботи адміністрації медичних закладів.

«Хоча фінансування, ніби, однакове для всіх, проте в когось повна забезпеченість масками/шпателями і т.п., а в когось – ні. Це залежить від того, хто як формулює свої потреби і замовляє при плануванні фінансово-матеріального забезпечення мед. закладу свої потреби/статті витрат».

групове інтерв'ю з головами закладів первинної ланки медичної допомоги, м. Київ.

Не зважаючи на розуміння лікарями первинної ланки медичної допомоги комплексної проблеми організації виявлення і можливостей амбулаторного лікування ТБ, частина з них хотіла б уникнути такого навантаження серед своїх функціональних обов'язків – і через небажання ризикувати здоров'ям своїм та інших пацієнтів, і через нерозуміння та брак знань, і через перевантаженість.

Красномовною є репліка, висловлена на одному з групових інтерв'ю, яка ілюструє можливо не висловлювані вголос, а приховані думки частини лікарів первинної ланки з приводу виявлення і лікування ТБ:

«Звичайно, було би простіше, аби від нас це забрали, адже без цього ж ми прекрасно раніше жили. Однак це вже нереально, тому будемо працювати».

групове інтерв'ю з лікарями первинної ланки медичної допомоги, Київська область.

Відповіді щодо переліку обов'язків сімейного лікаря (див Табл. 2.2) підтверджують незнання або небажання опитаних включати активне виявлення ТБ та його лікування на амбулаторній фазі в свій рутинний функціонал. Це є причиною виникнення бар'єрів, адже коли людина свідомо за щось відповідає, вона намагається налагодити процеси максимально ефективно.

Так в індивідуальному інтерв'ю з сімейним лікарем селищної амбулаторії в Київській області прозвучали суперечливі судження щодо існуючого стану справ з виявленням ТБ та бажаним за уявно ідеальних умов. З одного боку, краще, аби був окремий підрозділ в амбулаторії, який цим займається: *«... зараз неповноцінна амбулаторія, недоукомплектована, немає кому цим займатися, а має все ж таки бути сервіс для людини – приміщення, медперсонал»*. При цьому частота направлення на здачу мокроти в цій амбулаторії становить 1-2 рази на місяць, а виявляються випадки 1 раз на рік: *«за 2 роки було 2 особи, соціально неблагополучні люди, ТБ був виявлений, проте вони зникли»*.

Постає закономірне питання чи потрібна ціла окрема служба і персонал при такому мізерному навантаженні? Чи можливо потрібна корекція організації активного виявлення ТБ і прицільніша робота з соціальними групами ризику і облаштування мало затратної ДОТ-послуги, виходячи з умов амбулаторії?

Усі ці питання підтвердилися відповідями фтизіатрів – кураторів успішних регіональних моделей організації контрольованого амбулаторного лікування, а саме:

«Мы пытались привлечь первичное звено, сделать их нашими союзниками в плане организации лечения и контроля ТБ, но по тем данным когортного анализа, которые мы получали, мы не видели результатов, на которые рассчитывали. Выяснилось, что медработники не привержены к вопросам ежедневного ДОТ, поэтому пациентам на руки выдавались препараты на несколько дней (а пациенты с МР ТБ их принимать не будут из-за тяжести побочных реакций). Проблема на самом деле оказалась многокомпонентной. Главное, что медработники не были привержены к лечению – они не понимали, зачем принимать лекарства каждый день и приходить каждый день. И именно на эти две составляющие – побочные реакции их диагностика и помощь, а также приверженность к лечению медперсонала, мы делали основной упор в последующем обучении».

колишній головний позаштатний фтизіатр Одеської області.

Таким чином, аналіз бар'єрів щодо протидії захворюванню на туберкульоз підтверджує висновки попередніх численних досліджень про комплексний характер перешкод в глобальній боротьбі проти туберкульозу.

Однак не лише індивідуальні бар'єри щодо діагностики та лікування є головними. Нині в Україні за умов реформування системи охорони здоров'я, переорієнтації її на ринкові механізми надання медичних послуг, надзвичайно актуальним є питання досягнення консенсусу в лікарському середовищі – чітке розуміння представниками різних ланок своїх функціональних обов'язків, налагодження співпраці між ними, доступна й зрозуміла комунікація всередині медичної системи та з акторами поза нею, механізми підвищення професійного рівня спеціалістів та удосконалення систем підтримки пацієнта тощо.

Тож, головні **системні бар'єри**, які призводять до невиконання нормативних документів медичними працівниками наступні:

- Велика кількість пацієнтів на одного сімейного лікаря (насамперед, у містах).
- Логістичні труднощі, пов'язані із перенаправленням пацієнта на дообстеження або транспортуванням матеріалу (мокротиння).
- Завелика кількість «паперової» роботи.
- Критична обмеженість ресурсів (немає скринінгових анкет для пацієнтів, масок для кашляючих, не замінюються вчасно бактерицидні лампи і т.д.).
- Невизначеність обов'язків медперсоналу первинної ланки у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я.
- Відсутність регулярного навчання сімейних лікарів з питань ТБ.
- Відсутність системи мотивації працівників первинної ланки щодо результатів своєї роботи стосовно ТБ.
- Норми законодавства, які спричиняють недовиявлення ТБ.

Разом з тим, значна кількість **бар'єрів** носить **індивідуальний** характер:

- Низька зацікавленість медичних працівників у кінцевому результаті роботи щодо ТБ.
- Небажання брати на себе відповідальність за це захворювання; переконання, що ним має займатись лише спеціалізована служба.
- Недостатня обізнаність щодо власних функціональних обов'язків, переоцінка свого навантаження, пов'язаного з туберкульозом.
- Недооцінка важливості дослідження мокротиння, як методу обстеження на ТБ у зв'язку із застарілими уявленнями про можливості лабораторних досліджень.
- Неготовність забезпечувати принцип максимального наближення послуги до пацієнта, як результат: неправильне формування маршруту пацієнта (для збору мокротиння хворий направляється до ПМСД або навіть КДЦ, замість збору матеріалу за місцем звернення).
- Переоцінка важливості проведення флюорографічного дослідження та нерозуміння принципів та співвідношення радіологічного і лабораторного виявлення захворювання.
- Хибне уявлення про сутність щоденного контрольованого лікування, що призводить до видачі препаратів пацієнтам на руки.
- Упереджене ставлення до пацієнтів.
- Неправильне уявлення про шляхи передачі туберкульозу і вимоги інфекційного контролю.
- Звинувачення партнерів, як з боку фтизіатричної служби, так і з боку первинної ланки.

Важливо, що зазначені висновки майже повністю повторюють окремі результати і цитати з досліджень, які проводилися у 2014-2016 рр. в інших регіонах і мали інший дизайн¹⁶. Це, з одного боку, підсилює репрезентативність дослідження і вказує на достовірність висновків, а з другого – є ілюстрацію сталого спротиву реформуванню протитуберкульозних послуг у суспільстві, попри той факт, що офіційне визнання ДОТ-стратегії відбулося ще у 2006 р.¹⁷

¹⁶Аналіз прогалин у лікуванні туберкульозу. Фінальний звіт операційного дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. А. Мирошниченко, Е. Аджієва, А. Аухадієва та ін. – К.: 2016. – 49 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/gr_03_final_report_new_format_2016_12_27.pdf

Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення туберкульозу у м Києві. Звіт за результатами дослідження в рамках проекту «Тобі слід знати про ТБ» МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» за підтримки Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульоз в Україні» – К.: 2016. – 51 с. – Режим доступу: http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/2016/lhsi_survey_report.pdf

Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві. Звіт операційного дослідження по проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Ющенко А., Барська Ю., Кутузова Д., Бриндас І., Гузь О., Заремба С., Тишкевич А., Долинська М. – Київ. – 2016, - 93 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/stbcu_gra4_report_final.pdf

Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ- асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі м. Кривий Ріг. Звіт за результатами дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. Хейло О., Табунщик В., Роман Н., Долинська М., Гультай В., Севенко Д., Македон П. – К.: 2016. – 116 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/final_pilot_report_jan_12.pdf

Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славуцький Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016, – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf

Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ ІV рівня акредитації та лікарів / Л.А.Мельник, О.В. Нечосіна, Ю.В. Пилипас, М.Г. Долинська – ФОП Бурнос С.О., 2017, - 112 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/metod_chnny_pos_bnik_soc_opsiholog_chna_p_dtrimka_31_03_2017_nov_final_preview_2_.pdf

¹⁷Наказ МОЗ України «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТ-стратегії в Україні» № 318 від 24.05.2006 р. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9097>

4. УСПІШНІ ПРИКЛАДИ ТА ОТРИМАНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ

Сучасний міжнародний досвід боротьби з епідемією ТБ розглядає найбільш ефективним кроком створення сталої системи доступу хворих до медичного обслуговування на амбулаторному етапі.

Істотною перевагою амбулаторної моделі є максимальне наближення медичної допомоги до місця проживання хворого. Адже вона надається на базі медичних закладів первинної ланки. В результаті цього значною мірою мінімізуються несприятливі соціальні і матеріальні збитки від ТБ для вразливих верств населення. Деякі країни пострадянського простору вже почали успішно впроваджувати стратегію ДОТ-терапії, застосовуючи різні моделі амбулаторного лікування ТБ.

У **Киргизстані** схвалена і вже впроваджується амбулаторна модель лікування туберкульозу, адже досі існуюче стаціонарне лікування туберкульозу коштує втричі дорожче за амбулаторне¹⁸.

Досягнення успіху амбулаторного лікування у **Вірменії** більшою мірою було пов'язано з наявністю у лікувальному закладі можливостей для проведення мікроскопії мокротиння, що створило умови для ранньої діагностики ТБ та швидкого початку лікування.

Прихильники ДОТ-терапії стверджують, що ретельний моніторинг має соціальний ефект і діє як тиск з боку осіб, одного з пацієнтом кола (що в подальшому призводить до зміни поведінки, спрямованої на поліпшення прихильності до лікування)¹⁹. З іншого боку, опоненти розглядають ДОТ-терапію як примусову модель, в якій пацієнт є пасивним одержувачем терапії (що послаблює здобутки, досягнуті в залученні пацієнтів в управління власним здоров'ям)²⁰. Проте, не зважаючи на важливість такої дискусії, нині для України актуальним видається саме формування і поширення, вкорінення таких передових практик, усталення маршрутів пацієнтів і зростання прихильності до лікування.

¹⁸ Rechel B, Ahmedov M, Akkazieva B, Katsaga A, Khodjamurodov G, McKee M. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health Policy Plan* 2012; 27: 281–287.

¹⁹ Macq JC, Theobald S, Dick J, Dembele M. An exploration of the concept of directly observed treatment for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2003; 7 (2) : 103–9.

²⁰ Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Atley M. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet* 1998; 352 (9137) : 1340–3.

В Естонії ще в 1998 р. було розпочато роботу з систематичної пріоритизації амбулаторної медичної допомоги у сфері туберкульозу. Вартість амбулаторного лікування одного хворого на ТБ для державного бюджету становила 10 €/день (аналогічна вартість стаціонарного лікування сягала 90 €/день²¹. Естонська модель має такі особливості, детальне вивчення яких і аналіз на предмет запозичення найбільш прийнятних варіантів, були б надзвичайно корисними для організації вітчизняної протитуберкульозної допомоги:

- ✓ пульмонологи і лікарі первинної медико-санітарної допомоги проходять глибоку підготовку в області амбулаторного проведення терапії під безпосереднім наглядом (ДОТ-терапія);
- ✓ число ліжок, призначених для хворих на ТБ, було скорочено; якщо хворі перебувають на лікуванні в лікарнях понад 60 днів, розмір компенсації, одержуваної лікарнею за додаткові дні перебування хворого, зменшується на 50%;
- ✓ лікування ТБ є безкоштовним для всіх хворих, включаючи тих, хто не забезпечений полісом медичного страхування;
- ✓ хворим, які відвідують заклади первинної медико-санітарної допомоги для проходження ДОТ, компенсуються транспортні витрати, видаються продуктові набори і стимулюючі ваучери;
- ✓ пацієнти, які не бажають або не здатні відвідувати клініки ПМСД для отримання ДОТ, можуть отримувати її вдома під наглядом спеціально навченої людини або медичної сестри;
- ✓ спеціально призначений районний фтизіатр відповідає за якість програми ДОТ в кожному районі.

В Україні також реалізовувалось чимало ініціатив, спрямованих на підвищення ефективності лікування. Для цього здійснювались різноманітні заходи, як на етапі виявлення, так і на етапі лікування ТБ.

²¹ Tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. WHO/HTM/TB/2013.11. Geneva, Switzerland: WHO, 2013

Так в рамках реалізації проектних заходів з покращення діагностики ТБ серед груп високого ризику в малих містах та сільській місцевості України в рамках дослідження LHSI по програмі TB-REACH²² у 2012 р. було зафіксовано більше 12 тисяч людей із симптомами, що можуть свідчити про ТБ та виявлено 831 (7%) нових випадків ТБ. Серед колишніх ув'язнених виявлення досягло 18%, а серед СІН – 11%. Серед пацієнтів, у яких за результатом скринінгу був виявлений ТБ, 98% розпочали лікування в туберкульозних диспансерах або у 22 місцевих клініках ДОТ, оснащених відповідно до національних законодавчих стандартів.

Було з'ясовано, що у малих містах та сільській місцевості України міжгалузева співпраця щодо виявлення ТБ поширена краще, ніж у великих містах і демонструє позитивні приклади. Так транспортно-логістичні бар'єри долаються за допомогою формування мобільних бригад (медпрацівник, соцпрацівник) для проведення обстеження за місцем локалізації або проживання (в рамках діяльності мобільного консультативного пункту або подвірних обходів медичних працівників).

²²Методичні рекомендації щодо взаємодії соціальних та медичних служб у контексті впровадження протитуберкульозних заходів у громаді для клієнтів центрів соціальних служб, які належать до груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз: за результатами проекту «Покращання діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику в малих містах та сільській місцевості України» / Авт.-упоряд. І. Дубініна, В. Легков, Н. Лук'янова та ін. / МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я». – К.: ТОВ «ПІ-Пресс», 2012. – 40 с.

4.1. Приклади позитивного досвіду виявлення та лікування хворих на ТБ

Приклад 1

Показовим щодо організації протитуберкульозних заходів, враховуючи поширеність міграційної поведінки місцевого населення, є досвід налагодження роботи з активного виявлення хворих на ТБ, про який повідомила головний лікар ЦПМСД Великомихайлівського р-ну Одеської області (тут і далі в Прикладі 1 – її особисті цитати).

Насамперед, вона звертала увагу на обізнаність медперсоналу щодо представників місцевих соціальних груп ризику: *«ведь по сёлам фельдшеры и медсёстры хорошо знают кто есть кто, кто не посещал давно врача / не делал ФГ и прочее, а они у нас в основном – асоциальные, деградировавшие, безработные».*

Окрім власне графіку обходу таких пацієнтів, який складається заздалегідь, під час візитів медпрацівники проводять огляди, профілактичні бесіди, роз'яснювальну роботу: *«Мы составляем график осмотра/обхода таких пациентов и раз в две недели, пока хорошая погода и можно нормально добираться собираем их, осматриваем их/ведём профилактические беседы».*

Причому зі слів медпрацівників, вони поводять себе виключно коректно і доброзичливо задля налагодження контакту з пацієнтом і формування його прихильності до подальшого лікування: *«Никаких карательных мер или угроз, - только нормальное человеческое отношение, убеждение, разъяснение чем это чревато для такого пациента лично, для его семьи и детей, окружающих. Так они охотнее и чаще идут на обследования, у них нету агрессии к медицине».*

Такий підхід дає надалі гарні результати, адже в разі виявлення ТБ пацієнта не лишають сам на сам з питаннями здачі аналізів і візитів до вузьких спеціалістів: *«Пациенты сами никуда не ездят – ни в автобусах, ни в маршрутках, им это категорически запрещается, есть специальный транспорт, там между водителем и фельдшером и пациентом установлена перегородка и контакт с возможностью заражения исключается. Такого больного транспортируют в больницу».*

При подальшому амбулаторному лікуванні якнайжорсткіше дотримуються його контрольованості: *«Препараты выдаются только в кабинете, но если пациент не может прийти, то медсестра обязательно выяснит что и как и принесёт на дом сама. На руки не даём – это точно. Если едут в соседнее село, то предупреждаем медсестру там и она выдаёт из своих запасов (потом происходит взаиморасчёт). Других ситуаций у нас не было».*

При цьому досягаються вражаючі результати – навіть попри високий ризик міграцій населення в прикордонних територіях випадків переривання лікування не було: *«Разыскиваем и даём лечение, но так чтоб пропадал надолго – такого у нас ещё не было. У нас все приучены и всё оговорено».*

Медперсонал в межах своєї компетенції та з залученням місцевих адміністрацій, проявляє турботу і піклування щодо хворих, які є малозабезпеченими і дезадаптованими людьми: *«Они все слабого или пониженного питания. Поэтому мы, по мере возможностей, помогаем им и организовываем бесплатное симптоматическое лечение. Договариваемся с местными сельскими советами, чтобы изыскивали средства и помогали с питанием (выделяли средства на питание), помогаем оформить документы-хлопотання в местные советы для выделения материальной помощи».*

За словами лікаря, за умов дотримання усіх норм і правил інфекційного контролю, а також організації роботи з активного виявлення хворих (зокрема соціальних груп ризику) особливих проблем немає, а лікування є абсолютно безпечним, в чому переконує їхній вже більш ніж 5-річний досвід.

Описана вище успішна практика щодо ефективної організації активного виявлення та додержання контрольованості амбулаторного лікування ТБ стала можливою здебільшого через особливості сільського способу життя (всі всіх знають, легко встановлювати контакти і отримувати інформацію про переміщення, життєві обставини тощо) і є показовою саме для сільських регіонів. Натомість підтримання такого ж високого рівня ефективної роботи в містах має інші організаційні особливості і потребує інакших підходів.

Приклад 2

Про успіхи з активного виявлення груп ризику та формування єдиної інформаційної бази про ці категорії населення задля подальшої профілактичної роботи було повідомлено заступником головного лікаря з диспансерної роботи Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру (тут і далі в Прикладі 2 – її особисті цитати).

На відміну від сіл, де, як уже зазначалося, всі всіх знають, у містах ситуація інша і сподіватися на повну інформацію про групи ризику (особливо соціальні) лише від дільничних сімейних лікарів не доводиться. Крім того представники соціальних груп ризику не часто потрапляють в поле зору системи охорони здоров'я.

Тому було прийнято рішення про співпрацю із найрізноманітнішими державними службами і установами, до яких можуть звертатися потенційні представники груп ризику: *«У нас ще з 2007 р. всі групи ризику сформовані, вся область переглянута. Ми всі складалі списки, потім це все переносилося в Excel-табличку по всій області – групи ризику. І коли ми це зробили і почали прицільно обстежувати ці групи ризику, показники захворюваності збільшилися і почали зростати суттєво надалі, то нас постійно за це сварили.* (через врахування показників захворюваності на ТБ в ході рейтингування областей, та відповідне, зниження рейтингу області – див. Розділ 3. «Бар'єри...»). *Однак така охоплюваність стала можливою завдяки угодам з Центрами зайнятості, управлінням праці і соціального захисту населення, з міліцією, з установами що контролюють достроково звільнених з МПВ, пенсійним фондом.*

Вони направляли на профілактичні огляди всіх, хто потрапляв в їх поле зору. Адже 75 % хворих на ТБ в області – непрацююче працездатне населення! А де ми мали їх шукати і як обстежувати?»

Також проводилися тренінги з державними службовцями різних установ та представниками Церкви: *«Ми проводили тренінги із соціальними працівниками, коли їх ще не скоротили, з міліцією, зі священниками, які теж можуть на своєму рівні підштовхнути людей».*

В подальшому на основі зібраної таким чином інформації було сформовано єдину електронну базу, яка використовується в рутинній профілактичній роботі первинної ланки медичної допомоги: *«Була проведена колосальна робота щодо складання електронної бази пацієнтів (на рівні фельдшерів, по окремих дільницях, а потім збиралася далі на вищій рівні – до районів і області). Первинна ланка робить профілактичні обстеження і складає плани профілактичних оглядів по групах ризику (з 2005 р. ці плани поіменні по кожній людині, є всі списки в електронному варіанті – медичні, соціальні, обов'язкові контингенти, ті, які працюють в шкідливих умовах; окремо виділені ВПО/звільнені з МПВ/безхатченки».*

Отже, практика тісної співпраці фтизіатричної служби з первинною ланкою медицини з організації масштабного пошуку і виявлення представників груп ризику, формування і електронної фіксації цих груп значно полегшує подальші профілактичні заходи і стає потужним організуючим стимулом для первинної ланки медицини в їхній зоні відповідальності щодо боротьби з ТБ.

Досвід впровадження доплат за виявлений ТБ лікарям первинної ланки медичної допомоги в м. Одеса засвідчив покращення роботи сімейних лікарів / лікарів первинної ланки завдяки скороченню відбору хворих на обстеження (нині хворі направляються на вищі рівні медичної допомоги більш ретельно і обґрунтовано). Раніше переважна більшість хворих направлялася з туб. кабінетів районних лікарень, а нині ця кількість скоротилась в 10 раз. Проте все ще відчувається проблема доставки великої кількості неякісного матеріалу в лабораторії. Це потребує проведення постійного навчання.

У 2016 р. у м. Києві був реалізований проект²³, одним із фокусів уваги якого були моделі амбулаторного лікування та аналіз бар'єрів для впровадження такого лікування хворих на ТБ в столиці. Не зважаючи на існуючі проблеми, зокрема недостатній рівень забезпечення контрольованості амбулаторного лікування, приклад м. Києва продемонстрував, що амбулаторне лікування є ефективнішим, за стаціонарне. При цьому найвищі результати успішного лікування зафіксовано на первинній ланці загальної мережі закладів охорони здоров'я – серед людей, які завершили своє лікування ТБ у ПМСД, частка успішних випадків була у 1,4 рази вищою за середню, а частка смертей була у 6,1 разів нижчою за середню.

Також позитивні результати від ефективного **впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ-асоційований туберкульоз**, були досягнуті в м. Кривий Ріг, про що свідчать результати дослідження 2016 р²⁴. Висновки цього дослідження демонструють, що широке впровадження лікування ТБ в амбулаторних умовах цілком можливе в існуючих умовах, навіть за обмежених людських та фінансових ресурсів. Ефективність лікування та прихильність хворих до лікування під час переходу на амбулаторні моделі допомоги зберігається на тому ж рівні, як і при широкому використанні стаціонарного лікування, а прихильність хворих на ТБ/ВІЛ до АРТ в умовах амбулаторного лікування значно підвищилася завдяки збільшенню уваги до інформаційно-освітньої роботи.

Приклад 3

У м. Кривий Ріг продовжується пошук та впровадження найбільш ефективних моделей лікування ТБ та підвищення рівня їх пацієнтоорієнтованості. В місті, на відміну від столиці, акцент у наданні ДОТ-послуг робився насамперед на розгалужену мережу різних закладів первинного рівня надання медичної допомоги задля наближення до пацієнта: *«При всіх амбулаторіях є ДОТ кабінети или представляються ДОТ услуги»* (головний лікар Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2).

²³Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві. Звіт операційного дослідження по проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Ющенко А., Барська Ю., Кутузова Д., Бриндас І., Гузь О., Заремба С., Тишкевич А., Долинська М. – Київ. – 2016. – 93 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/stbcu_gra4_report_final.pdf

²⁴ «Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ-асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі м. Кривий Ріг». Звіт за результатами дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. Хейло О., Табунщик В., Роман Н., Долинська М., Гультай В., Себенко Д., Македон П. – К.: 2016. – 116 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/final_pilot_report_jan_12.pdf

«Еще с 2006 г. в городе при каждой горбольнице были созданы ДОТ-кабинеты. Потом ДОТ-кабинеты были созданы при ЦПМСД, но так как актуально приближение медицинской помощи поближе к пациентам, то ДОТ-кабинеты открыли при амбулаториях ЦПМСД. Итого сейчас 7 ЦПМСД в городе, 19 ДОТ-кабинетов при амбулаториях и 19 пунктов контролируемого лечения. В 2017 г. созданы кабинеты интегрированной помощи, где оказывается помощь не только больным ТБ, но и с двойной/тройной проблемой (ВИЧ/СПИД и наркозависимость)» (лікар-методист, фтизіатр, в.о. позаштатного спеціаліста з фтизіатрії м. Кривий Ріг).

Однак, на початку реалізації проекту необхідно було подолати жорсткий супротив первинної ланки медицини, яка не бажала брати значний сегмент роботи і відповідальності (це небажання зберігається подекуди часто і нині, судячи з інтерв'ю з сімейними лікарями в рамках нашого дослідження), а також пацієнтів, які не звикли до контрольованого амбулаторного лікування:

«Основная проблема – убедить первичку, что это надо. Труднее всего было побороть их предубеждения» (головний лікар Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2).

«Трудно было переломить сознание пациента, что принимать лекарства надо приходит каждый день, ведь раньше выдавали раз на 10 дней и пьёшь или не пьёшь их никто не проверял. Кто не хочет каждый день – даём соцработника. Постепенно всё изменилось в лучшую сторону» (лікар-методист, фтизіатр, в.о. позаштатного спеціаліста з фтизіатрії м. Кривий Ріг).

Зрештою наполеглива робота фтизіатрів, місцевої влади та кураторів проекту з представниками медичних закладів первинної ланки міста дала суттєвий позитивний ефект в лікуванні ТБ:

«Предусмотрено было, чтобы как можно теснее и удобнее для пациента происходило лечение от ТБ. Если пациент не бациллярный, если территориально близко к месту его проживания есть ДОТ-кабинет, то он приходит туда каждый день и получает медикаменты. Никакого самостоятельного приёма, а медсестра ДОТ-кабинета чётко контролирует прием медикаментов. Результаты лечения, если пациент принимает лечение регулярно – замечательные» (т.в.о. зав. диспансерним відділенням Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2).

«С первичкой у нас налажена работа такого типа: мы планируем профосмотр на следующий год, поэтому передаём базу данных о контактных пациентах, их количеству. Мы выявили ТБ и сообщаем первичке, чтобы обследовали контактных. Это такая каждодневная рутинная работа. Кроме того, мы сейчас расширяем работу на другие районы города – растёт количество пунктов, меньше сопротивление. Происходит интеграция в первичку. Работа становится проще и эффективнее» (лікар-методист, фтизіатр, в.о. позаштатного спеціаліста з фтизіатрії м. Кривий Ріг).

Застосування передових практик амбулаторного лікування ТБ, чітка організація процесу та зрозуміла комунікація між всіма учасниками призводять до очевидно успішних результатів не лише в м. Кривий Ріг, але й в інших регіонах:

«Увеличилась регистрация побочных реакций, все убедились в том, что пациенты действительно под контролем принимают лечение ежедневно. Были случаи отрыва пациентов. Но, в то же время, медперсонал начал «гоняться» за пациентами – ведь каждый пациент приносит дополнительное финансирование. Если раньше процент отрывов был 15-20%, то сейчас из 32 пациентов потеряли только 2. Про остальных врач знал все подробности – кто куда и как надолго отлучается (территории приграничные, потому подключали даже пограничников и лечение прерывалось только по причине того, что пациент пересёк границу и нет возможности туда до него добраться), а раньше – «потерялся, ну то потерялся». То есть очень снизился показатель отрыва от лечения».

колишній головний позаштатний фтизіатр Одеської області

«Зменшилася кількість відривів від лікування (якщо у 2008 р таких випадків було 14%, то у 2016 р. – 2,8%). Ефективність лікування була раніше 52-54%, а в останні роки – до 76%. По мультирезистентному ТБ у 2014 р. Миколаївська і Херсонська області були в лідерах – 54-56%, решта регіонів – набагато нижче».

заступник головного лікаря з диспансерної роботи Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру

Колосальну роль в усталенні таких практик, їх прийнятті медперсоналом закладів первинного рівня медичної допомоги та подальшим застосуванням і підвищенням прихильності пацієнтів до ДОТ-лікування, відіграло навчання. Організовані свого часу, на початку реалізації стратегії амбулаторного лікування ТБ, і продовжені донині з

дотриманням нагальної періодичності, тренінги, кураторські візити, менторська підтримка, консультації тощо, дали змогу подолати упередженість і небажання займатися додатковою роботою, страх зараження, продемонстрували невисоку ресурсну затратність сучасних підходів до виявлення та лікування ТБ за умови дотримання ключових вимог організації роботи та співпраці з фтизіатричною службою.

«Вначале все боялись ТБ. Стигма и всё, что с этим связано. Но потом врачи и на тренингах побывали, и посмотрели, осознали, поняли, что абациллярный больной на приёме не так страшен, как бациллярный в транспорте. Отношение изменилось. Четкость работы по выявлению даёт сбои, усложнился маршрут пациента. Но мы делаем кураторские визиты (2 раза в год), проводим тренинги – обучаем коллег из первичного звена раннему выявлению».

лікар-методист, фтизіатр, в. о. позаштатного спеціаліста з фтизіатрії м. Кривий Ріг

«Спочатку стали вчити лікарів, інфекціоністів, з тим, аби вони потім поширювали ці знання серед своїх колег і медпрацівників нижчих ланок (фельдшерів, медсестер). Проте ця схема не запрацювала ефективно. Тому було прийняте рішення організувати тренінги безпосередньо для тих, хто в своїй щоденній роботі стикається з ТБ – фельдшерами, працівниками ФАПів, сільських амбулаторій. За кілька днів інтенсивного навчання зацікавленість росла, багато інформації виявилось надзвичайно корисною, адже говорилося про конкретні схеми, механізми роботи, алгоритми тощо. Страхи і упередження навчання знімає – однозначно».

заступник головного лікаря з диспансерної роботи Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру

«Заинтересовали всех учёбой и тренингами по инфекционному контролю, по фарм.менеджменту, психологические тренинги по поведенческим реакциям, по побочным реакциям лекарств, психолог СПИД Центра – по ВИЧ ассоциированности – в общей сложности до 7 тренингов с медработниками, администрацией медучреждений. Выезжали на места, читали тренинги «равный - равному». Через время приезжали и смотрели на организацию работы, консультировали, подсказывали. Должна быть коллективная работа!»

головний лікар Криворізького протитуберкульозного диспансеру №2

«Також велике значення мали тренінги, які проводилися з головними лікарями. Адже самі вони можуть організувати пункти збору мокротиння, ДОТ-кабінети і налагодити всю роботу по виявленню і лікуванню ТБ.

До 2014 р. боялися лікувати мультирезистентний ТБ, але навчили патронажних медсестер Червоного Хреста, фельдшерів, а ми потім передали всю базу (презентації, тренінги тощо) районним фтизіатрам, які з фельдшерами далі самі проводили навчання».

заступник головного лікаря з диспансерної роботи Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру

«Была проведена масса тренингов, выездных менторских визитов, обучения, разборов ошибок, типичных клинических случаев и т.п. Как «Отче наш» все научены по районам всем аспектам сбора мокроты, работаем с ответственными за сбор. Причём не кустовые тренинги, потому что плохое транспортное сообщение, а выезжали в каждый район непосредственно.

Был тренинг для организаторов и мы подняли уровень знаний главврачей и семейных врачей ЦПМСД по вопросам анализа и интерпретации данных противотуберкулёзной программы. Для того чтобы они могли, взяв у районного фтизиатра определённые показатели, суметь сделать правильные выводы на своей территории, включить те или иные административные механизмы чтобы улучшить эпидситуацию».

колишній головний позаштатний фтизіатр Одеської області.

Ефект від таких тренінгів відчули самі медпрацівники закладів первинної ланки медичної допомоги, про що повідомляли під час інтерв'ю в рамках нашого дослідження:

«Чем больше мы будем уметь и знать – тем нам в дальнейшем будет проще и легче. Тренинги и обучение – это очень здорово и интересно, и очень мотивирует».

головний лікар ЦПМСД, Одеська область

«Это общение медработников, обмен опытом. Я была на таких ТБ курсах в Днепре и мне очень понравилось».

зав. амбулаторією ЦПМСД, м. Кривий Ріг

Опитані під час групових інтерв'ю лікарі первинної ланки медицини одногосно висловилися за тренінги (оптимальні за тривалістю – 3-денні) як найбільш зручну форму навчання. На другому місці за зручністю для лікарів курси тематичного удосконалення. Третьюму – навчання на робочому місці / візити з обміну досвідом.

Проте варто зауважити, що оптимістичні твердження адміністраторів мед. закладів дисонують з думками, які пересічні медичні працівники висловлювали у індивідуальних та групових інтерв'ю – у відповідях не відчувається ані належний рівень розуміння проблеми, ані готовність брати на себе відповідальність за виявлення і лікування туберкульозу, ані бажання навчатися.

Загалом, практично усі дослідження та оцінки свідчать про нагальну потребу поширювати практику амбулаторного лікування хворих на ТБ та зменшувати час перебування хворих у стаціонарі. При цьому важливо забезпечувати взаємодію протитуберкульозних закладів, закладів первинної медико-санітарної допомоги та НУО під час усього амбулаторного лікування з дотриманням пацієнт-орієнтованого підходу.

Окрім навчання та змін у підходах до організації протитуберкульозних заходів на первинній ланці, неабияку роль відіграло матеріальне підкріплення впровадження протитуберкульозних заходів (доплати медичним працівникам за надання ДОТ-послуг пацієнтам тощо). Аналіз результату такої роботи свідчить, що необхідною складовою високої ефективності лікування на амбулаторному етапі є фінансування закладів первинної медико-санітарної допомоги за принципом змішаного методу оплати: на основі капітаційної ставки з поправкою на ризики та оплату за пролікований випадок (з урахуванням вимог Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України)²⁵. Наше дослідження також демонструє більшу зацікавленість спеціалістів первинної ланки щодо своєї залученості до протитуберкульозних заходів за наявності матеріальних стимулів.

²⁵«Програмна та економічна ефективність різних видів надання протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз за результатами усіх звітів та оцінок, що проводились/проводяться в Україні». Звіт ГО «Інфекційний контроль в Україні» у партнерстві з Національним університетом «Києво-Могилянська Академія» та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» в рамках гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. – К.: 2017. – 54 с.

4.2. Аналіз запропонованих лікарями та пацієнтами рекомендацій

Аналіз масиву даних, отриманих в результаті опитування та анкетування пацієнтів, надавачів медичної допомоги, управлінців та експертів, засвідчив існування дистанції між цими сторонами одного процесу.

З одного боку, пацієнти попри відчутний патерналізм і бажання одужати з мінімальними зі свого боку зусиллями, свідчать про далеку від задекларованої Уніфікованим протоколом пацієнтоорієнтованість і ефективність організації виявлення/діагностики ТБ. Ключовими перешкодами, озвученими з їхнього боку під час анкетування в регіонах України, були брак інформації про ТБ з доступних джерел, незручна для пацієнтів організація виявлення/діагностики та власне лікування ТБ (у т.ч. транспортно-логістичні питання), а також позамедичні (соціальні) проблеми, вирішення яких потребує залучення представників соц. служб та НГО.

Натомість в медичному середовищі серед представників медичної спільноти різних рівнів спостерігається існування різних (часто – діаметрально протилежних) поглядів щодо меж їхньої зони відповідальності у питаннях виявлення і лікування ТБ, організації цих процесів, сучасних підходів до виявлення і лікування туберкульозу, питань інфекційного контролю, комунікації з колегами та пацієнтами, бачення подальших кроків щодо боротьби з ТБ у зв'язку з реформуванням охорони здоров'я тощо.

Нами виділено **ШІСТЬ КЛЮЧОВИХ НАПРЯМКІВ ДОКЛАДАННЯ ЗУСИЛЬ** для покращення організації протитуберкульозної допомоги та формування сучасної системи надання медичних послуг з профілактики, виявлення/діагностування та лікування туберкульозу на первинній ланці:

1. Організація алгоритмів роботи медперсоналу різних рівнів щодо профілактики, виявлення/діагностування та лікування ТБ.
2. Соціально-економічна підтримка пацієнтів.
3. Навчання медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я.
4. Матеріальне заохочення лікарів і середнього медперсоналу.
5. Безпека, організація праці та соціального захисту лікаря.
6. Нормативне та методичне забезпечення.

Кожна складова зі згаданих проблемних питань, а також рекомендації щодо розв'язання наявних проблем та кращої організації протитуберкульозної допомоги, розглядатимуться нижче в цьому розділі більш докладно.

Профілактика ТБ

Неналежне ставлення частини пацієнтів до свого здоров'я, нехтування пацієнтами дотримання регулярності профілактичних оглядів викликає відчутну напруженість, незадоволеність, а часто й обурення лікарів. Вони пропонують впливати на таку поведінку, наприклад, через внесення до контракту пацієнта з сімейним лікарем обов'язку проходження флюорографічного обстеження. При цьому серед пропозицій лікарів нерідко лунали вимоги зобов'язати працедавців проводити профілактичні огляди співробітників або тих претендентів, які влаштовуються на роботу (тобто повернутися до масового флюорографічного обстеження, про неефективність якого уже тривалий час іде мова в усіх колах експертів з питань ТБ).

Притримуючись озвучених поглядів, респонденти-надавачі медичної допомоги залишають поза увагою питання повноважень, в межах яких будуть такі профогляди проводитися. Адже державне фінансування потребувало б поновлення всіх нормативно-правових актів про диспансеризацію. Натомість покладання подібних обов'язків на роботодавця законодавчо можливе тільки за наявності шкідливих або важких умов праці. В іншому випадку примусовий скринінг на ВІЛ, гепатити, ТБ є стигматизацією і дискримінацією. Крім того, більшість нових випадків ТБ реєструється в середовищі безробітних, які в будь-якому випадку залишаються за межами профоглядів.

В ході інтерв'ю лікарі, які описували успішні практики, відмічали ефективність активного виявлення туберкульозу серед груп ризику, зокрема, з використанням скринінгової анкети. Вони пропонували поширювати практику міжсекторальної взаємодії з метою максимального охоплення таким анкетуванням груп ризику щодо ТБ за соціальною ознакою.

І пацієнти, і опитані лікарі засвідчили нагальну потребу в інтенсифікації інформаційної роботи щодо профілактики/виявлення і лікування ТБ; диверсифікації каналів інформації, донесення ключових повідомлень до якомога більшої кількості населення, особливо – соціальних груп ризику (які є чисельною когортою потенційних хворих) по досяжних для них каналах: в метро, на вокзалах тощо. Причому у відповідях респонденти зауважували, що слід не лякати, а наводити реальну картину, повідомляти про саме захворювання його форми і перебіг, шляхи передачі, виліковність, ступінь небезпеки. Акцентувалося, що санітарно-освітня робота і достатня поінформованість сприятимуть зменшенню стигми, страхів та побоювань і медичних працівників (особливо – первинної ланки), і населення в цілому.

Діагностування ТБ

Алгоритми роботи щодо виявлення/діагностування ТБ є ретельно сформульованими й реальними для виконання, проте незначна кількість випадків ТБ у практиці лікарів первинної ланки та недосконала організація роботи знижують настороженість медпрацівників щодо ТБ.

Респонденти зазначають на різній доступності і швидкості здачі одного з найбільш діагностично поширених тестів – аналізу мокротиння, адже, за словами фельдшерів сільських ФАПів та амбулаторій, не завжди спрацьовує механізм доставки мокротиння до лабораторії через перебої з транспортом, бензином, транспортну важкодоступність тощо. Окрім цього, надзвичайно важливим є вирішення проблеми незадовільного матеріального забезпечення медичних закладів для розширення можливостей здачі мокротиння на рівні будь-яких медичних закладів первинної ланки, в т. ч. амбулаторій чи ФАПів (тобто облаштування майданчиків для збору мокротиння). Серед пропозицій називалося формування графіків об'їзду сільської місцевості транспортом від районної лікарні (в подальшому центральної лікарні госпітального округу) для доставки зібраного на місцях мокротиння.

Було зауважено необхідність покращення лабораторної діагностики, впровадженні нових сучасних методів діагностики на первинній ланці, їх пришвидшенні, зростанні точності і достовірності результатів.

Окрім дослідження мікроскопії мокротиння серед методів обстеження на ТБ застосовуються рентгенографія та флюорографія. Проте, як виявилось, застосування цих діагностичних методів нерідко є бар'єром для пацієнта. Внаслідок розділення первинної та вторинної ланок медичної допомоги, ці види діагностики залишилися на другому рівні – часто у територіально відірваних від місця проживання пацієнта місцях, є логістично важкодоступними і ресурсомісткими. Було запропоновано забезпечити безоплатне для пацієнта обстеження (в т. ч. дообстеження) незалежно від місця реєстрації, а також використання пересувних флюорографів.

На етапі, що передує здачі аналізів і проходженню діагностичних обстежень лікарі схвально відгукувались про метод скринінгового анкетування, яке за умови грамотної організації і прицільного використання, може допомогти лікарю буквально з перших етапів знайомства з пацієнтом проявити настороженість щодо ТБ і, таким чином, припустити потенційну приналежність пацієнта до групи ризику. В ході інтерв'ю неодноразово висловлювались пропозиції широкого використання скринінгових анкет і готовність це робити за умови їх наявності в медичному закладі.

Лікування ТБ

Комплекс питань, пов'язаних з алгоритмами роботи медперсоналу щодо лікування ТБ, має передбачати насамперед забезпечення розгалуженості мережі надання ДОТ-послуги у будь-яких медичних закладах первинної ланки (у т. ч. амбулаторіях чи ФАПах). Це особливо актуально для сільської місцевості та територій із транспортно-логістичними складнощами. Приклади організації лікування хворих на ТБ через покращення доступності пацієнта до місця отримання ДОТ-послуги є – лікування проводиться і у ФАПах, і в районних лікарнях при туб. кабінетах, і при поліклінічних закладах в ДОТ-кабінетах. Там, де є хворі на ТБ і є будь-який медичний заклад, може бути організована медична допомога/лікування.

Вирішення питання доступності отримання ДОТ-послуги має сприяти налагодженню організації максимально пацієнтоорієнтованого сервісу та забезпечити пацієнту можливість обирати / змінювати місце отримання ДОТ-послуги (щоб мати можливість отримувати лікування поблизу роботи).

Для тих пацієнтів, пересування яких ускладнене (часто – через часові затрати та коштовний проїзд до віддаленого від помешкання місця отримання ДОТ-лікування) або неможливе, доцільним є забезпечення стаціонару на дому, організація візитів патронажних сестер, а раз на місяць і лікаря.

За спостереженнями деяких фахівців фтизіатричної служби з регіонів успішної організації контрольованого амбулаторного лікування, близько 30% пацієнтів з самого початку мають високу прихильність до лікування. Тому класичне ДОТ-лікування, яке є недешевим видом контрольованого лікування, для таких пацієнтів, можна замінити впровадженням програм дистанційного контрольованого лікування (відео-ДОТ), адже у пацієнта має бути право вибору.

У зв'язку з тим, що ТБ належить до соціально небезпечних захворювань і нерідко пацієнти з ТБ мають супутні проблеми із здоров'ям (ТБ/ВІЛ, ТБ/гепатити, ТБ/нарко- та алкозалежність, діабет а також більш складні (потрійні) сполучення) нині особливо актуалізується співпраця з медичними спеціалістами суміжних сфер та координація спільної роботи по боротьбі із соціально небезпечними хворобами.

Нерідко під час контрольованого амбулаторного лікування навіть прихильні до лікування пацієнти стикаються з психологічними труднощами і потребують фахової допомоги. Тому необхідним є психолого-соціальний супровід хворих на ТБ (із залученням психологів, спеціалістів соціальних служб та неурядових організацій тощо), в тому числі в момент переводу зі стаціонару на амбулаторну форму лікування. Високі показники прихильності хворих на ТБ до ДОТ-лікування в регіонах з успішними

практиками стали можливими завдяки постійній співпраці з психологами, відстеженню медичними працівниками первинної ланки змін у настроях і прихильності до лікування пацієнтів та організації їм психологічного консультування. Крім того, корисною виявилася співпраця психолога не лише з пацієнтами на ДОТ-лікуванні, але й з медперсоналом первинної ланки. Власне, пацієнти діляться з психологом своїми зауваженнями і коментарями щодо процесу лікування, а психолог в рамках тренінгів з медичної деонтології розбирає з медичними працівниками специфіку роботи з відповідною категорією пацієнтів і дає фахові поради.

Перспективним є напрям розширення спектру медичних послуг, відокремлення медичної допомоги від психо-соціальної. Мова йде про те, що медпрацівник не має займатися проблемами побуту пацієнта, а повинен якісно надавати медичні послуги. Для цього варто змінити підхід до реєстрації випадків, коли вже під час складання плану лікування оцінюється прихильність до лікування, і вирішується питання про потребу в психологічній або соціальній допомозі. При подальшому пересуванні по ланцюжку рівнів надання медичної допомоги під час лікування ТБ, пацієнт супроводжується соціальним працівником, який складає індивідуальний план роботи з пацієнтом, оцінює його потреби та забезпечує отримання необхідних йому послуг (продуктові картки, мобільний зв'язок, юридичні послуги, психологічну допомогу тощо).

Про потреби пацієнтів у забезпеченні інформаційними матеріалами щодо особливостей перебігу хвороби та важливості дотримання схеми лікування повідомляли і медичні працівники, і самі пацієнти. На амбулаторну фазу лікування пацієнти приходять часто не усвідомлюючи в повній мірі серйозність захворювання, не володіючи достатньою інформацією про перебіг ТБ, принципи лікування, повну виліковність, гарантії безкоштовного лікування. Тому є потреба інформувати хворих одразу на початкових етапах (після постановки діагнозу), аби формувати прихильність до подальшого тривалого долікування на амбулаторній фазі.

Соціально-економічна підтримка пацієнтів

Пропозиції щодо цього виду підтримки включали компенсацію коштів, витрачених на проїзд для отримання консультації фтизіатра / отримання ДОТ-лікування (пацієнти протитуберкульозних закладів здебільшого є представниками нужденних категорій населення і транспортні витрати, на які немає коштів, спричиняють переривання лікування або й повний відрив від нього, а можливість повернення грошей за проїзд сприяє сумліннішому – без пропусків – щоденному відвідуванню медичних закладів);забезпечення додатковим харчуванням (пайками, продуктовими картками/наборами, гарячим харчуванням для соціально-уразливих груп).

Крім того, лікарями відзначалось, що бувають випадки, коли на стаціонарне лікування ТБ потрапляють люди із супутніми захворюваннями, малозабезпечені тощо. Вони потребують додаткової допомоги і підтримки не лише з боку системи охорони здоров'я. На початкових етапах, коли ще не оформлена група інвалідності, а родини таких пацієнтів залишаються без допомоги годувальника, без грошей, без підтримки; в стаціонарі може не бути всіх медикаментів для лікування супутніх хвороб пацієнта, має бути організована співпраця з соціальними службами для допомоги родинам, які потрапили у скрутні умови.

Навчання медичних працівників первинної ланки охорони здоров'я

Навчання є досить трудомістким процесом, проте надзвичайно важливе для ефективної організації всього корпусу заходів щодо профілактики, виявлення/діагностики та лікування ТБ.

Насамперед слід зауважити про існування суттєвого опору представників первинної ланки охорони здоров'я інкорпорації функціональних обов'язків щодо виявлення, а особливо – лікування ТБ, у сферу їх відповідальності. Хоча упродовж тривалого часу велика кількість спеціалістів навчена, регулярно проводяться тренінги та навчання по техніці ведення хворих на ТБ / особливостям лікування і протікання хвороби, проте це невеликий відсоток загальної кількості медичних працівників. Тому досі, не зважаючи на понад трирічне існування Наказу МОЗ №620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі», де вписані докладно і покроково усі обов'язки медичних працівників (у т.ч. первинної ланки), чимало лікарів і середнього

медичного персоналу досі психологічно мало до цього готові, звикли, що є фтизіатрична служба, яка цим займається.

Ще досі у відповідях лікарів лунають вимоги відокремити хворих на ТБ від первинної ланки, лікувати їх в окремих закладах (вторинної і третинної ланок), а не разом зі здоровими (!); або лише виявляти підозру на ТБ, а дообстеження та лікування проводити у спеціалізованих закладах для зменшення епідемії (!). Вочевидь, попри заяви про побоювання за здоров'я пацієнтів, з відповідей випливає брак і застарілість знань частини лікарів та небажання їх поновлювати.

Така кричуща ситуація потребує системного і тривалого, на регулярній основі, навчання медичних працівників первинної ланки щодо організації протитуберкульозних заходів:

- у формі тренінгів (саме ця форма була обрана лікарями, як пріоритетна), дистанційних курсів, навчальних експрес-курсів тощо для окремих груп слухачів, залежно від їх інформаційних потреб / запитів і у такому вигляді, який вони сприймають і розуміють;
- організаційно доцільно формувати для кожного регіону по 2 команди тренерів (фтизіатр та сімейний лікар), а також застосовувати модель «рівний-рівному»;
- змістовно навчання має включати не лише ключові питання профілактики, виявлення/діагностики та лікування ТБ, але й психологічні техніки та прийоми формування прихильності пацієнтів до лікування, для керівників медичних закладів – основи когортного аналізу та інтерпретації даних протитуберкульозної програми (для коректних висновків щодо результативності поточної роботи, оцінки потреб застосування адміністративних механізмів покращення епідситуації тощо);
- ресурсно має бути налагоджена співпраця з медичними ВНЗ щодо формування уніфікованого стандарту подачі інформації про ТБ, а також спільна робота щодо проведення навчання для медичних працівників первинної ланки.

Під час дослідження було зафіксовано поширеність серед частини лікарів первинної ланки медичної допомоги оціночних суджень, елементів стигматизації, категоричності у питаннях примусовості та зобов'язання отримувати лікування пацієнтами тощо. Натомість позитивний досвід передових практик організації амбулаторно-контрольованого лікування свідчить на користь пацієнтоорієнтованого дружнього сервісу – без примусу і залякувань.

Загалом, лікарі наступним чином проранжували форми навчання з точки зору максимальної зручності для себе:

- 1. тренінги,*
- 2. курси тематичного удосконалення,*
- 3. навчання на робочому місці / візити з обміну досвідом,*
- 4. онлайн-навчання / передатестаційні курси,*
- 5. самонавчання.*

Важливо з точки зору лікарів також надавати на регулярній основі методичний супровід з боку фтизіатричної служби, з виїздом на місця та безпосередніми зустрічами з медичними працівниками первинної ланки. Це забезпечить підтримку знань і навичок медперсоналу первинної ланки, допоможе покращити таргетований підхід до активного виявлення туберкульозу, організувати якісний збір мокротиння на первинній ланці та якісне контрольоване лікування, що в свою чергу допоможе ефективній боротьбі з ТБ в країні.

Матеріальне заохочення лікарів і середнього медперсоналу

Це є тим питанням (й умовою), яке часто ставиться лікарями на перше місце при обговоренні очікуваних результатів реформи та залученості медичних працівників первинної ланки медицини до протидії ТБ. Однак, як справедливо було відзначено під час експертної дискусії в рамках проведеного дослідження, – економічні стимули є необхідними, проте це не означає, що в разі задоволення усіх матеріальних потреб медичних працівників робота з виявлення і діагностики ТБ автоматично покращиться. Мова ведеться про визначення механізмів стимулювання і місць, які потребують уваги та економічних втручань перш за все.

Небагато опитаних лікарів мають чітку позицію щодо розподілу медичних послуг, між базовим та додатковим пакетами, що передбачається проектом медичної реформи. Наразі передбачається, що до переліку послуг, включених у формування капітаційної ставки, увійде лише послуга, спрямована на виявлення ТБ – скринінгове опитування стосовно симптомів, які можуть свідчити про ТБ. Тобто лікар отримуватиме винагороду не за профогляд, а за формування групи ризику.

Зрештою, переважна більшість опитаних під час дослідження лікарів відзначили, що зростанню зацікавленості у питаннях протидії ТБ можуть сприяти три ключові стимули: можливості мати преференції щодо тривалості відпустки чи робочого дня,

матеріальні стимули (премії, доплати), а також впевненість у соціальному захисті у випадку захворювання на ТБ під час виконання професійних обов'язків.

У випадках, коли медпрацівників фінансово стимулювали – запроваджували премії лікарю чи фельдшеру, який направив на здачу мокротиння і лаборанту, який виявив ТБ – показники ТБ зростали. І лікар більш прицільно і прискіпливо спрямовує на аналіз мокротиння групи за показами, і лаборант більш уважно розглядає аналіз.

Ще одним з варіантів медичного стимулювання може бути запровадження виплат за вилікуваний випадок ТБ для медсестер, які надають ДОТ-послугу. Стимулювання кінцевого результату, а не процесу, буде мотивувати медсестер більше розмовляти з пацієнтами, вмовляти їх та встановлювати тісніший і довірливіший контакт, формуватиме прихильність до лікування. Має бути персональна відповідальність медичного працівника, його зацікавленість.

В експертному середовищі в ході дослідження лунали пропозиції дотримання принципу відповідності наявності аналізів моніторингу лікування. Однак, на нашу думку, варто розширити цей показник і внести в індикатори роботи сімейних лікарів при заключенні з ними контракту з Національною службою здоров'я показник «відсутність на дільниці осіб з пропущеними випадками ТБ/ випадків пізнього виявлення ТБ».

Безпека праці та організація соціального захисту лікаря

На думку більшості опитаних респондентів необхідно прискіпливо контролювати забезпечення дотримання інфекційного контролю в закладах первинної медико-санітарної допомоги (забезпечення наявності масок для хворих з симптомами кашлю, дез. засобів, ємностей для збору мокроти, а також роботи бактерицидних ламп, і т.д.

З огляду на те, що туберкульоз не визначений у якості професійного захворювання для працівників первинної медичної ланки, при тому, що існує зараження ТБ при його виявленні і лікуванні, набуває великого значення забезпечення соціального захисту медичних працівників первинної ланки у випадку захворювання на ТБ.

Нормативне забезпечення

На момент проведення дослідження, як уже вказувалось, більша частина нормативної бази щодо діяльності первинної ланки медицини перебуває на стадії розробки. При підготовці цих нормативних актів лікарі та експерти пропонували задля дотримання принципу «гроші – за пацієнтом» та уникнення організаційно-економічних колізій включення представників первинної ланки (сімейних лікарів та економістів) до складу робочих груп, що працюють над розробкою змін до Уніфікованого протоколу та інших регламентуючих документів.

Самі лікарі первинної ланки наголошували на значущості максимального спрощення регламентуючих документів. Оптимальним є подати їх у форматі схем та алгоритмів обсягом до 1 сторінки, натомість текстова інформація йтиме як додаткове роз'яснення, до якого можна звернутися у разі потреби.

У зв'язку з дублюванням паперової документації електронними формами, зростає кількість паперової роботи, що потребує скорочення обсягів звітної документації (це очікується за результатами впровадження електронної медичної картки). Нині ж лікарі стикаються з проблемою, коли забагато документів, які не можна скоротити, бо немає уніфікованої форми, або є багато різних форм, які йдуть в різні місця і кожен треба уважно і ретельно заповнити (а за відсутності кабінетної медсестри лікарю треба за норматив часу і пацієнта вислухати, і папери заповнити).

В ході інтерв'ю щодо успішних практик лікар-фтизіатр, яка організувала активне виявлення на території Херсонської області звертала увагу на необхідність внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 2015 р. № 856 «Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики» з метою зняття ризику незацікавленості керівників місцевих органів влади у інтенсифікації виявлення ТБ через подальше збільшення показників захворюваності на ТБ в регіоні і пониження рейтингу даного регіону.

Варто зауважити, що позитивні та успішні приклади налагодження роботи по виявленню та лікуванню ТБ – оптимальні та максимально прийнятної для обох учасників процесу – пацієнтів та медперсоналу – за спостереженнями дослідників пов'язані більшою мірою з потужнішим лідерством та кращими управлінськими практиками, аніж наявністю масштабнішого фінансування. Хоча механізм фінансування, як і розмір фінансування відіграють значну роль.

Проаналізувавши дані, дослідницька група дійшла висновку, що ключовими чинниками ефективного менеджменту є міжсекторальний та командний підхід: максимально можливе залучення всіх причетних та спроможних надати допомогу стейкхолдерів (і медичних, і немедичних), чітка координація роботи всіх учасників на всіх етапах, відкрита та конструктивна співпраця та постійна комунікація (з відслідкуванням зворотного зв'язку), навчання медичних (а в разі потреби – і немедичних) працівників різних рівнів задля досягнення і підтримання максимально високої настороженості щодо ТБ та організації його ефективного виявлення та лікування.

Аналіз успішних прикладів боротьби з ТБ в регіонах продемонстрував, що переважна більшість озвучених пацієнтами зауважень і скарг вирішується, при цьому досягається задекларована пацієнтоорієнтованість в діагностиці і лікуванні. Крім того, чіткіше і повніше формується база груп ризику, медперсонал первинної ланки медичної допомоги набуває потрібних знань і навичок, стає досвідченішим.

Рекомендації, отримані дослідницькою командою, виявились різноплановими та стосувались багатьох аспектів медицини. Зрозумілим стає неможливість вирішити усі проблемні питання в одній окремо взятій галузі медицини. Тому шансом на покращення ситуації може стати медична реформа, яка наразі впроваджується. Головне, щоб питання ТБ не залишились поза увагою реформаторської групи. Насамперед, з метою врахування наявної ситуації та розробки оптимальних шляхів залучення первинної ланки медицини до протидії ТБ окреслені рекомендації у підсумковому розділі.

5. ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз виявлених за результатами дослідження перешкод ефективному виявленню та лікуванню туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги згідно загально визнаної схеми «Від кашлю до одужання: шлях ідеальної поведінки в контролі за ТБ» представлений у таблиці:

Етап	Системні бар'єри	Індивідуальні бар'єри
Визнати наявність захворювання та необхідність звертання за медичною допомогою та звернутись до спеціалізованого ЗОЗ для діагностики ТБ	Недостатні заходи щодо активного виявлення ТБ, насамперед, серед груп ризику	Низька мотивація пацієнтів щодо контролю за станом свого здоров'я
	Відсутність співпраці з соціальними службами та громадськими організаціями з метою забезпечення доступу до представників уразливих груп	Низька настороженість сімейних лікарів щодо ТБ
	Відсутність інформаційних кампаній, спрямованих на загальне населення та інформаційних матеріалів (друкованої продукції, зокрема, скрінгових анкет) на рівні первинної ланки	Низька мотивація медичних працівників первинної ланки щодо виявлення нових випадків ТБ
	Перевантаженість лікарів «паперовою» роботою, що перешкоджає повноцінному консультуванню пацієнта, зокрема, з питань ТБ	
	Наявність норм законодавства, які роблять місцеву владу незацікавленою у виявленні ТБ	

Етап	Системні бар'єри	Індивідуальні бар'єри
Пройти повну діагностику на ТБ	Логістичні труднощі із транспортуванням мокротиння	Неготовність пацієнтів витратити час та кошти на тривалий процес діагностики
	Складнощі у перенаправленні пацієнта на дообстеження (у разі низької мотивації пацієнт може загубитися між медичними закладами різних рівнів)	Недооцінка лікарями важливості дослідження мокротиння, як методу обстеження на ТБ
	Невизначеність обов'язків первинної медичної ланки у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я	Переоцінка лікарями важливості проведення флюорографічного дослідження та нерозуміння принципів та співвідношення радіологічного і лабораторного виявлення захворювання
Розпочати лікування ТБ, пройти його повністю та завершити	Недостатня співпраця сімейних лікарів та фтизіатрів	Недостатня мотивація та обізнаність пацієнтів щодо специфіки хвороби та лікування
	Відсутність інформаційної продукції для хворих на ТБ	Помилкове уявлення медичних працівників щодо ролі щоденного контролю за прийомом ліків для успішності лікування ТБ
	Відсутність соціальної та психологічної підтримки хворих	Низька мотивація медичних працівників первинної ланки щодо успішного лікування хворих на ТБ
	Незручне місце розташування чи графік роботи пункту надання ДОТ-послуги	Небажання сімейних лікарів брати на себе відповідальність за ТБ, переконання, що ним має займатись лише спеціалізована служба
		Відсутність можливості у найбільш уразливих категорій пацієнтів проживати в досяжності до медичного закладу, де надається ДОТ-послуга

- Недостатнє знання функціональних обов'язків щодо ТБ спеціалістами первинної ланки
- Недостатнє охоплення спеціалістів ПМСД навчанням з питань ТБ та подальшою методичною підтримкою
- Завелика кількість «паперової» роботи у лікарів
- Переоцінка можливого навантаження, пов'язаного з туберкульозом та небажання долучатися до вирішення цієї проблеми

На усіх етапах

- Упереджене ставлення до пацієнтів
- Невизначеність обов'язків сімейного лікаря у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я
- Відсутність системи мотивації працівників первинної ланки щодо результатів своєї роботи стосовно ТБ
- Помилки в уявленнях про шляхи передачі туберкульозу та інфекційний контроль
- Незахищеність медичних працівників первинної ланки у випадку захворювання на ТБ

Задля подолання окреслених бар'єрів на основі проведеного аналізу та рекомендацій, отриманих від пацієнтів, лікарів та експертів **пропонуються наступні заходи** щодо організації роботи первинної медичної ланки у сфері протидії ТБ:

Щодо профілактики

- ✓ Внесення до контракту пацієнта з сімейним лікарем пунктів щодо відповідальності за своє здоров'я, зокрема, щодо наявності симптомів ТБ.
- ✓ Проведення інформаційної кампанії, спрямованої на інформування щодо симптомів ТБ та зниження стигми щодо ТБ.
- ✓ Налагодження співпраці з соціальними службами та неурядовими організаціями щодо проведення ними серед отримувачів їхніх послуг скринінгового анкетування на симптоми ТБ та перенаправлення до медичних закладів.

Щодо виявлення

- ✓ Забезпечення можливостей здавати мокротиння на рівні будь-яких медичних закладів первинної ланки: облаштування майданчиків для збору мокротиння, забезпечення зручних графіків їх роботи, транспортування мокротиння, наприклад, передбачити у сільській місцевості графіки об'їзду транспортом від районної лікарні (в подальшому центральної лікарні госпітального округу) для доставки зібраного на місцях мокротиння.
- ✓ Встановлення GeneXpert-MTB/RIF на первинній ланці та забезпечення доставки мокротиння для їх роботи.
- ✓ Забезпечення можливості обстеження та дообстеження на ТБ (незалежно від методу діагностики) безоплатно в закладах другого рівня медичної допомоги не залежно від місця реєстрації (передбачити подальше відшкодування цим закладам за

Щодо лікування

- ✓ Забезпечення надання ДОТ-послуги на рівні будь-яких медичних закладів первинної ланки, в тому числі, амбулаторій чи фельдшерських пунктів.
- ✓ Забезпечення пацієнту можливості обирати та, у разі потреби, змінювати місце отримання ДОТ-послуги (щоб мати можливість отримувати лікування поблизу роботи).
- ✓ Забезпечення стаціонару на дому для пацієнтів, які не мають можливості приходити до медичного закладу для отримання ДОТ-послуги.
- ✓ Впровадження програми дистанційного контрольованого лікування.
- ✓ Залучення спеціалістів соціальних служб та неурядових організацій для надання психологічного та соціального супроводу хворих на ТБ, починаючи з моменту його переведення зі стаціонару на амбулаторну форму лікування.
- ✓ Забезпечення пацієнтів інформаційними матеріалами щодо особливостей перебігу хвороби та важливості дотримання схеми лікування.

- Компенсація коштів, витрачених на проїзд для отримання консультації фтизіатра.
 - Забезпечення додаткового харчування (пайки, продуктові картки, гаряче харчування для соціально-уразливих груп).
- Соціальна підтримка пацієнтів
- Організація підтримки з боку соціальних служб родин, де годувальник захворів на ТБ.
 - Забезпечення «соціальними» ліжками уразливих категорій населення на період долікування.
- Навчання
- Забезпечення регулярного навчання медичних працівників первинної ланки щодо організації протитуберкульозних заходів: формування для кожної області по 2 команди тренерів (фтизіатр плюс сімейний лікар) та проведення тренінгів на місцях кущовим методом.
 - Регулярна методична допомога з боку фтизіатричної служби, бажано з виїздом на місця та безпосередніми зустрічами з медичними працівниками первинної ланки.
- Матеріальне заохочення лікарів
- Впровадження додаткових виплат за вилікуваний випадок ТБ для медсестер, які надають ДОТ-послугу.
 - При заключенні контракту з Національною службою здоров'я з сімейними лікарями внесення в індикатори їхньої роботи відсутності осіб з пропущеними/ за давніми випадками ТБ.
- Безпека праці та соціальний захист лікаря
- Забезпечення дотримання інфекційного контролю в закладах первинної медико-санітарної допомоги (забезпечення наявності масок для хворих з симптомами кашлю, роботи бактерицидних ламп і т.д.) шляхом стимулювання сімейних лікарів через контракти, які вони заключатимуть з Національною службою здоров'я.
 - Забезпечення соціального захисту медичних працівників первинної ланки у випадку захворювання на ТБ.

Нормативне забезпечення

- Внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 2015 р. № 856 «Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики». Нині серед переліку п'яти основних показників доступності та якості послуг у сфері охорони здоров'я щорічної оцінки соціально-економічного розвитку як негативний показник враховується кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 100 тис. осіб населення. Натомість, пропонується замінити цей показник на % випадків ТБ, виявлених на первинній ланці медицини. Даний показник має піднімати область в загальному рейтингу.
- Забезпечення участі сімейних лікарів у розробці змін до Уніфікованого клінічного протоколу щодо туберкульозу та інших регламентуючих документів.
- Максимальне спрощення регламентуючих документів (оптимально – подати їх у форматі схем та алгоритмів на 1 сторінку, де текст іде як додаткове роз'яснення, до якого можна звернутися у разі потреби).
- Скорочення обсягів звітної документації (зокрема, шляхом впровадження електронної медичної картки).

Загалом, має бути налагоджена співпраця і комунікація усіх залучених до протидії ТБ ланок медичної допомоги з побудовою дружнього сервісу, як щодо пацієнта, так і щодо первинної ланки. Резолютивний стиль і спускання розпоряджень мають бути замінені зручними алгоритмами, координацією та ефективним менеджментом.

Враховання зазначених рекомендацій і впорядкування роботи первинної ланки у системі надання медичних послуг нового типу і на нових засадах сприятиме не лише відчутному прогресу у протидії поширенню епідемії туберкульозу, але й очікуваному покращенню якості життя пацієнтів.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» (останні зміни внесені згідно із Законом № 901-VIII від 23.12.2015)
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим ТУБЕРКУЛЬОЗ (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р.)
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 жовтня 2015 р. № 856 «Про затвердження Порядку та Методики проведення моніторингу та оцінки результативності реалізації державної регіональної політики»
4. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 березня 2017 р. «Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації»
5. Аналіз прогалин у лікуванні туберкульозу. Фінальний звіт операційного дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. А. Мирошниченко, Е. Аджієва, А. Аухадієва та ін. – К.: 2016. – 49 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/gr_03_final_report_new_format_2016_12_27.pdf
6. Визначення рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення туберкульозу у м Києві. Звіт за результатами дослідження в рамках проекту «Тобі слід знати про ТБ» МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» за підтримки Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» – К.: 2016. – 51 с. – Режим доступу: http://www.lhsi.org.ua/images/uploads/2016/lhsi_survey_report.pdf
7. Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві. Звіт операційного дослідження по проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Ющенко А., Барська Ю., Кутузова Д., Бриндас І., Гузь О., Заремба С., Тишкевич А., Долинська М. – Київ. – 2016, - 93 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/stbcu_gra4_report_final.pdf
8. Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ-асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі м. Кривий Ріг. Звіт за результатами дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. Хейло О., Табунщик В., Роман Н., Долинська М., Гультай В., Севенко Д., Македон П. – К.: 2016. – 116 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/final_pilot_report_jan_12.pdf

9. Методичні рекомендації щодо взаємодії соціальних та медичних служб у контексті впровадження протитуберкульозних заходів у громаді для клієнтів центрів соціальних служб, які належать до груп підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз: за результатами проекту «Покращання діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику в малих містах та сільській місцевості України» / Авт.-упоряд. І. Дубініна, В. Легков, Н. Лук'янова та ін. / МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я». – К.: ТОВ «ТІ-Пресс», 2012. – 40 с.
10. Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Києво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славуцький Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016, – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf
11. Соціо-психологічна підтримка хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування. Навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів ВНМЗ IV рівня акредитації та лікарів / Л.А.Мельник, О.В.Нечосіна, Ю.В.Пилипас, М.Г. Долинська – ФОП Бурнос С.О., 2017, – 112 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/metod_chniy_pos_bnik_soc_opsiholog_chna_p_dtrimka_3_1_03_2017_nov_final_preview_2_.pdf
12. «Програмна та економічна ефективність різних видів надання протитуберкульозної допомоги хворим на туберкульоз за результатами усіх звітів та оцінок, що проводились/проводяться в Україні». Звіт ГО «Інфекційний контроль в Україні» у партнерстві з Національним університетом «Києво-Могилянська Академія» та ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» в рамках гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. – К.: 2017. – 54 с.
13. Hill PC, Stevens W, Hill S. et al. Risk factors for defaulting from tuberculosis treatment: a prospective cohort study of 301 cases in the Gambia. In the Journal Tuberculosis and Lung Dis. 2005;9:1349-1354.
14. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan J et al. 2002. What does access to healthcare mean? Journal of Health Services Research and Policy 7: 186–8.
15. Macq JC, Theobald S, Dick J, Dembele M. An exploration of the concept of directly observed treatment for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2003; 7 (2) : 103–9.
16. Performance of decentralised facilities in tuberculosis case notification and treatment success in Armenia K. Davtyan, R. Zachariah, H. Davtyan, A. Ramsay, O. Denisiuk, M. Manzi, M. Khogali, R. VandenBergh, A. Hayrapetyan, M. Dara PHA 2014; 4(3): S13–S16.
17. Rechel B, Ahmedov M, Akkazieva B, Katsaga A, Khodjamurodov G, McKee M. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. Health Policy Plan 2012; 27: 281–287.

18. Tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. WHO/HTM/TB/2013.11. Geneva, Switzerland: WHO, 2013.
19. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
20. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Atley M. Randomised controlled trial of self supervised and directly observed treatment of tuberculosis. Lancet 1998; 352 (9137) : 1340–3.
21. Essential Medicines and Health Products Information Portal. World Health Organization resource.
22. Наказ МОЗ України «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТ-стратегії в Україні» № 318 від 24.05.2006 р. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=9097>.

ДОДАТОК Б. ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ: АНКЕТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ

Анкета пацієнта

Доброго дня. Дане анкетування проводиться з метою визначення бар'єрів доступу до обстеження та лікування всіх форм туберкульозу. Просимо Вас заповнити цю анкету. Ваші відповіді ніколи не стануть відомі іншим особам. Анкетування анонімне. Ви можете не відповідати на те чи інше запитання. Ми будемо дуже вдячні Вам за співпрацю.

1. Скільки вам повних років? ____

2. Ваша стать: 1. Чоловіча 2. Жіноча

3. Ви проживаєте 1. в сільській місцевості 2. у невеликому місті 3. у великому місті 4. в обласному центрі

4. Ваша освіта:

- Початкова, неповна середня
- Середня повна
- Середня спеціальна (технікум, училище, коледж)
- Перша ступінь вищої освіти (бакалавр)
- Повна вища освіта (спеціаліст, магістр, аспірантура, вчений ступінь)

5. Професійна зайнятість (потрібне підкресліть): Працюю Безробітний Пенсіонер
Студент Перебуваю у відпустці по догляду за дитиною

6. Який склад вашої сім'ї? (потрібне підкресліть) 1. Живу один (одна) 2. Живу з батьками 3. Живу з дітьми 4. Живу з чоловіком/дружиною 5. Живу з чоловіком/дружиною і дітьми 6. Інше

7. Члени моєї родини знають, що я хворію на туберкульоз 1. Так 2. Ні

8. У вас виявили туберкульоз 1. Під час профогляду 2. В результаті вашого звернення до сімейного лікаря 3. В результаті вашого звернення до лікаря-фтизіатра 4. Під час лікування іншої хвороби 5. Ваш варіант _____

9. Ваше обстеження з моменту звернення до медичного закладу до постановки діагнозу «туберкульоз» зайняло _____ днів

10. Під час діагностування вам (виберіть підходяща для вас варіанти) довелось відвідувати медичні заклади _____ разів мокротиння здавали _____ разів

11. Збір мокротиння відбувався в 1. Поліклініці/амбулаторії/ЦПМСД
2. Протитуберкульозному закладі 3. Медичному закладі іншого профілю
4. На дому 5. Ваш варіант (опишіть) _____

12. Я отримую лікування у *1. протитуберкульозному закладі* *2. ДОТ-кабінеті поліклініки*
3. у сімейного лікаря ЦПМСД *4. ліки мені доставляють додому* *5. інше*
 (вказіть де) _____

13. Я зустрічаюсь з медичним працівником для отримання ліків *1. щодня* *2. 5 разів на тиждень*
3. раз на тиждень *4. рідше 1-го разу на тиждень*

14. Я приймаю ліки у присутності медичного працівника *1. Завжди* *2. Майже завжди*
3. По-різному *4. Час від часу* *5. Ніколи*

15. Для отримання ліків мені необхідно витратити на транспорт _____ грн., дорога в обидві сторони займає _____ хвилин

16. Мені зручно отримувати лікування таким чином, як це відбувається зараз (потрібне підкресліть)
1 дуже зручно *2 зручно* *3 не дуже зручно* *4 дуже не зручно*

17. Оберіть найбільш доречну для Вас форму організації лікування туберкульозу

1. У стаціонарі *2. Перебуваючи вдома, щодня відвідувати лікувальний заклад*
3. Доставка ліків додому

18. Скільки часу, зазвичай, займає очікування у медичному закладі, щоб отримати препарати? _____ хв.

19. Чи були випадки, коли ви не отримували необхідні вам препарати *так* *ні*

20. Стосунки з медичним персоналом, задіяним у лікуванні туберкульозу.

Нижче наведено ряд тверджень, які описують стосунки з медичним працівником, який щодня видає вам ліки. Беручи до уваги ваш досвід лікування туберкульозу, будь ласка, оцініть, настільки ви погоджуєтесь або не погоджуєтесь із кожним із тверджень за шкалою від 1 до 5, де 1 = «повністю не погоджуюсь», 5 = «повністю погоджуюсь».

	повністю не погоджуюсь				повністю погоджуюсь
Мені комфортно спілкуватися з медпрацівником	1	2	3	4	5
Медпрацівник завжди приділяє достатньо часу у спілкуванні зі мною	1	2	3	4	5
Якщо в мене виникають запитання щодо лікування, медпрацівник надає мені достатньо інформації	1	2	3	4	5
Медичний працівник дотримується конфіденційності даних про мою хворобу	1	2	3	4	5

21. Як Ви вважаєте, які існують бар'єри щодо проходження курсу лікування людьми, які хворі на туберкульоз? Ви можете обрати не більше трьох варіантів відповіді

Брак грошей (на транспорт/підтримуючі препарати/якісне харчування...)	
Відсутність медичних закладів у населеному пункті, де можна пройти лікування	
Брак або відсутність кваліфікованого медичного персоналу	
Погані відносини із медичним персоналом	
Небажання самих хворих проходити лікування	
Брак інформації про місця або методи лікування туберкульозу	
Незручне розташування медичного закладу (довго діставатися)	
Наявність у хворого алкогольної чи наркотичної залежності	
Невіра у лікування	
Інше, що саме _____	

22. Що б ви запропонували покращити у лікуванні чи діагностиці туберкульозу

Дякуємо вам за співпрацю!

Розділ заповнюється **медичним працівником** на основі медичної картки пацієнта

Дата звернення за мед. допомогою (ТБ)	Дата госпіталізації (якщо була)	Дата реєстрації (ЦЛКК1)	Дата початку лікування (випадок ТБ)

ДОДАТОК В. ІНСТРУМЕНТ ДОСЛІДЖЕННЯ: ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ

Анкета сімейного лікаря

Доброго дня. Дане анкетування проводиться з метою визначення місця первинної ланки медицини у заходах з протидії туберкульозу. Просимо Вас заповнити цю анкету. Ваші відповіді ніколи не стануть відомі іншим особам. Анкетування анонімне. Ви можете не відповідати на те чи інше запитання. Ми будемо дуже вдячні Вам за співпрацю.

1. Медичний заклад, в якому ви працюєте – це ЦПМСД в обласному центрі ЦПМСД в місті
ЦПМСД в сільській місцевості сільська амбулаторія міська
амбулаторія інше (впишіть необхідне) _____

2. Що з наведеного, на Вашу думку, входить до обов'язків сімейного лікаря

• Проведення профілактичних оглядів дитячого населення на туберкульоз з туберкулінодіагностикою	
• Проведення вакцинації, ревакцинації БЦЖ	
• Організація проведення профілактичних оглядів на туберкульоз	
• Активне виявлення ТБ в групах ризику	
	- за станом здоров'я
	- за соціальним статусом
• Пасивне виявлення ТБ – при зверненні громадян в медичні заклади за будь-якою медичною допомогою при наявності відповідних симптомів	
• Скерування пацієнтів з підозрою на ТБ за результатами первинної діагностики до лікаря-фтизіатра	
• Забезпечення процесу збору мокротиння	
• Забезпечення транспортування мокротиння до лабораторії	
• Проведення ДОТ-лікування/хіміопрофілактики за призначенням дільничного фтизіатра	
• Інформування населення з питань ТБ	
• Участь у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ	
• Усе, наведене вище	

3. Яка кількість хворих на туберкульоз є на Вашій дільниці? _____

4. Скільки з них було виявлено на первинній ланці медицини? _____

5. Який основний спосіб обстеження хворих з кашлем при підозрі на ТБ у Вашому медичному закладі?

флюорографія рентгенографія збір мокротиння скринінгове анкетування

6. Який рівень співпраці у Вас з лікарем-фтизіатром?
 постійна періодична епізодична дуже рідко не співпрацюємо
7. Чи Здійснюється у Вашому медичному закладі амбулаторне лікування хворих на ТБ?
 так ні

8. Чи маєте Ви особисто досвід амбулаторного лікування ТБ:

так (укажіть, будь ласка, кількість пролікованих хворих) ні

9. Якщо так, то де хворий отримує протитуберкульозні препарати? _____
 Хто йому їх видає? _____
 Як часто хворий приходиться за препаратами? _____

10. Які, на Вашу думку, основні труднощі у роботі з хворими на ТБ?

	повністю не погоджуюсь				повністю погоджуюсь
Складно досягти щоденного прийому препаратів	1	2	3	4	5
Є небезпека зараження	1	2	3	4	5
Важко спілкуватися із хворими	1	2	3	4	5
Тяжка супутня патологія	1	2	3	4	5
Зловживання хворими алкоголем, психоактивними речовинами	1	2	3	4	5
Інше (вказіть) _____	1	2	3	4	5

11. Яка ситуація, на Вашу думку, більш небезпечна для лікаря:

- хворий з підозрою на ТБ проходить обстеження у Вашому закладі ____
- хворий на ТБ отримує у Вас лікування _____
- Ваш варіант _____

12. Як Ви вважаєте, які існують бар'єри щодо проходження курсу лікування людьми, які хворі на туберкульоз? *Ви можете обрати не більше трьох варіантів відповіді*

Брак грошей (на транспорт/підтримуючі препарати/якісне харчування...)	
Відсутність медичних закладів у населеному пункті, де можна пройти лікування	
Брак або відсутність кваліфікованого медичного персоналу	
Погані відносини із медичним персоналом	
Небажання самих хворих проходити лікування	
Брак інформації про місця або методи лікування туберкульозу	
Незручне розташування медичного закладу (довго діставатися)	
Наявність у хворого алкогольної чи наркотичної залежності	
Невіра у лікування	
Інше, що саме _____	

13. Враховуючи медичну реформу, у якому пакеті медичних послуг первинної ланки має бути туберкульоз?
у базовому _____ у додатковому _____

14. Що може сприяти зростанню зацікавленості сімейних лікарів у питаннях протидії туберкульозу (активне виявлення і лікування на амбулаторній фазі)?

	повністю не погоджуюсь				повністю погоджуюсь
Можливість отримати нові знання, навички, досвід.	1	2	3	4	5
Забезпечення належного рівня інфекційного контролю	1	2	3	4	5
Адміністративні важелі (накази/розпорядження по медичному закладу)	1	2	3	4	5
Необхідність звітувати за індикаторами щодо виявлення та лікування ТБ	1	2	3	4	5
Впевненість у соціальному захисті у випадку захворювання на ТБ під час виконання професійних обов'язків	1	2	3	4	5
Обов'язкове державне страхування на випадок захворювання на ТБ	1	2	3	4	5
Матеріальні стимули (премії, доплати)	1	2	3	4	5
Можливості мати преференції щодо тривалості відпустки чи робочого дня	1	2	3	4	5
Інше (вказіть) _____	1	2	3	4	5

15. Як Ви оцінюєте ступінь ризику захворювання на туберкульоз у Вашому підрозділі:
Високий Середній Низький

16. Чи наявні у Вашому закладі (підрозділі) засоби колективного захисту від туберкульозу (режим провітрювання, УФ опромінювачі):

Так, постійно Частково Відсутні Не знаю

17. Чи облаштований у Вашому закладі пункт збору мокротиння:

Так, на відкритому майданчику Так, в окремому приміщенні Ні

18. Чи забезпечені Ви засобами індивідуального захисту від туберкульозу: для медичного персоналу - респіратори для пацієнтів - хірургічні маски? Так Частково

Несвоєчасно Не знаю Не забезпечені

19. Що, на Вашу думку, варто змінити в Уніфікованому клінічному протоколі з туберкульозу стосовно функцій первинної ланки медицини? _____

Дякуємо вам за співпрацю!

ДОДАТОК Г. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИБІРКИ ПАЦІЄНТІВ

		всього	Дніпропетровська обл.	м. Київ	Київська обл.	Львівська обл.	Харківська обл.	Херсонська обл.
кількість респондентів		247	61	27	48	37	37	37
стать	ч	153	40	14	33	23	26	17
	ж	94	21	13	15	14	11	20
вік	min вік	18	25	19	18	18	18	18
	max вік	87	66	78	87	81	79	67
	середній вік	40	42,5	42,4	41	38,6	42,4	39
місце проживання	обласний центр	34	0	0	0	6	11	17
	велике місто	77	39	27	1	10	0	0
	невелике місто	46	4	0	17	6	12	7
	сільська місцевість	90	18	0	30	15	14	13
освіта	початкова, неповна середня	33	3	1	12	1	11	5
	середня повна	68	17	9	16	5	12	9
	середня спеціальна (технікум, училище, коледж)	101	33	5	14	19	10	20
	1 ступінь вища освіта (бакалавр)	9	0	1	1	4	2	1
	повна вища освіта (спеціаліст, магістр, аспірантура, наукова ступінь)	33	7	11	5	8	1	1
професійна діяльність	безробітний	137	44	12	21	16	24	20
	працюю	63	10	9	17	12	6	9
	відпустка по догляду за дитиною	8	1	1	2	2	0	2
	пенсіонер	30	5	4	7	6	5	3
	студент	6	0	1	1	1	2	1
	без відповіді	3	1	0	0	0	0	2
сімейний стан	живу один (одна)	50	16	6	8	6	10	4
	живу з батьками	55	17	5	13	8	7	5
	живу з дітьми	16	6	1	3	1	1	4
	живу з чоловіком (дружиною)	108	18	15	20	17	16	22
	живу з чоловіком (дружиною) та дітьми	55	10	8	11	11	4	11
	інше	18	4	0	4	5	3	2