Звіт
за результатами дослідження

Надання медичних та соціальних послуг особам з груп високого ризику захворювання на туберкульоз:

моделі виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні (2011 - 2017 роки)

Київ - 2018

Надання медичних та соціальних послуг особам з груп високого ризику захворювання на туберкульоз: моделі виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні 2011-2017 роки. Звіт за результатами дослідження – К., 2018.

Авторський колектив:
Єлєнєва І.
Купряшкіна-МакГілл С., PhD. канд. філ. наук
Сметаніна О.
Цвілій О.
Юрочко Т., канд. держ. упр.

Рецензенти:
Долинська М., канд. м. наук
Степурко Т., PhD.

Редактор:
Карнаухова О.В.

Даний звіт підготовлено спеціально для управлінців у сфері охорони здоров'я.
Він містить інформацію стосовно успішних практик організації протитуберкульозних заходів на місцях.
Звіт буде корисним усім тим, хто хоче покращити доступ представників уразливих груп до виявлення і лікування туберкульозу.

Продукцію видано 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 видала дану продукцію 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 випливати з нього.

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

ПОДЯКА

Дане дослідження підготовлене командою експертів МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» за фінансової підтримки Альянсу громадського здоров'я в рамках гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією спеціально для управлінців у сфері охорони здоров'я.

Воно містить інформацію стосовно цікавих та інноваційних практик, що застосовуються в Україні для вирішення проблеми туберкульозу серед ключових груп, які зазнають підвищеного ризику інфікування туберкульозу.

Дослідження буде корисним усім тим, хто хоче покращити доступ представників уразливих груп до виявлення і лікування туберкульозу, в тому числі керівникам органів влади, парламентаріям та практикам, які розробляють програми боротьби з туберкульозом на різні рівнях та було підготовлено у відповідь на запит Парламентскьої платформи боротьби з туберкульозом.

Перелік моделей, обраних для аналізу, був визначений в тісній співпраці та за рекомендацією експертів Альянсу громадського здоров'я з метою формування добірки різнопланових успішних практик та сприяння обміну досвідом між усіма зацікавленими сторонами з метою реалізації Стратегії боротьби з туберкульозом в Україні

Дослідницька група висловлює подяку фахівцям, які взяли участь у обговоренні та погодженні інструментів та методології дослідження, написанні та редагуванні аналітичного звіту.

Особлива подяка громадським організаціям та державним закладам, безпосередньо залученим до реалізації описаних моделей, які люб'язно надали інформацію для аналізу, зокрема Харківському районному центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та Харківському обласний протитуберкульозний диспансер № 1; Товариству Червоного Хреста України; Ромському жіночому фонду "Чіріклі"; Благодійному фонду "Час молоді", фтизіатричній службі м Южне; медичним установам м. Кривий Ріг (фтизіатричній службі та закладам первинної медичної допомоги). Вони забезпечили значну підтримку та внесок у розробку структури та змісту даних моделей, допомогли відшукати клієнтів/пацієнтів запропонованих моделей, поділилися своїми спостереженням в ході реалізації моделей та надали звітну документацію й фотоматеріали своїх проектів.

Усі фотографії, наведені у публікації, були люб'язно надані організаціями, які впроваджуали ці ініціативи.

Окрема подяка регіональним координаторам проекту з соціальних та медичних питань за їхню допомогу у відборі представників цільових груп дослідження:

Науково-дослідницька група із задоволенням висловлює подяку всім зацікавленим сторонам, які взяли участь у круглому столі та допомагали у формуванні рекомендацій, викладених в кожній з досліджуваних моделей.

Окрім перерахованих вище організацій, чиї моделі досліджувались, до обговорення на крулому столі долучилися також представники таких організацій: Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», МБФ «Альянс громадського здоров'я», Українська асоціація сімейної медицини, Профспілка працівників охорони здоров'я України, Федерація професійних спілок України, Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер, Школа охорони здоров'я НаУКМА, РАТН, ГО «Інфекційний контроль в Україні», ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організій», НУО «Вертикаль», ВБО "Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ / СНІД", МГО «Міжнародний інститут проблем ВІЛ / СНІДу і туберкульозу".

ЗМІСТ

Список скорочень 2

Преамбула 3

Модель 1. Залучення до заходів з протидії ТБ працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику в малих містах та сільській місцевості України (TB-REACH) 7

Модель 2. Активне виявлення ТБ серед груп ризику
Залучення НУО 23

Модель 3. Покращення доступу до лікування
Співпраця протитуберкульозних закладів із закладами ПМСД 31

Модель 4. Покращення доступу до лікування
Соціальний супровід хворих на ТБ із залученням НУО, зокрема, Товариства Червоного Хреста України 45

Модель 5. Покращення доступу до лікування
Партнерство з приватними закладами 55

Висновки 62

Використані джерела 64

Додаток 1. Методологія дослідження 67

СКОРОЧЕННЯ

АМР США	Агентство з міжнародного розвитку США
АРТ	антиретровірусна терапія
БЦЖ	вакцина проти туберкульозу (скор. від фр. Bacillus Calmette-Guérin, BCG)
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ГФ СТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ДОТ	терапія під безпосереднім наглядом (Directly observed treatment)
ДП МТП	державне підприємство морський торгівельний порт
ДС	денний стаціонар
ДУ	державна установа
ІК	інфекційний контроль
ІФ	інтенсивна фаза (лікування)
КЗ	комунальний заклад
КПТБ №2 ДОР	Криворізький протитуберкульозний диспансер №2 Дніпропетровської обласної ради
ЛЖВ	мережа «Люди, що живуть з ВІЛ»
ЛПЗ	лікувально-профілактичний заклад
МБО	міжнародна благодійна організація
МГ	молекулярно-генетичний
МГО	міжнародна громадська організація
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МР ТБ	мультирезистентний туберкульоз
МСЧ	медична санітарна частина
НУО	неурядова організація
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
ПТД	протитуберкульозний диспансер
ПТП	протитуберкульозні препарати
ПФ	підтримуюча фаза (лікування)
Риф.	рифампіцин
СІН	споживач ін'єкційних наркотиків
СНД	стаціонар на дому
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТБ / ВІЛ	ВІЛ-асоційований туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
ТОВ / АТ	товариство з обмеженою відповідальністю /акціонерне товариство
ТЧХУ	Товариство Червоного Хреста України
УОЗ	управління охорони здоров'я
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт
ЦКРБ	центральная клиническая районная больница
ЦССДМ	центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
РІТН	Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я
TB - REACH	Програма міжнародного СТОП-ТБ партнерства

ПРЕАМБУЛА

Не зважаючи на певний прогрес у боротьбі з туберкульозом в Україні, ця хвороба залишається однією з найгостріших проблем громадського здоров'я, зокрема, це стосується тягаря мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Україна входить у список з 30 країн Європейського регіону з найбільшим тяжким тягарем МРТБ. Поширення стійких до ліків форм туберкульозу є результатом низької ефективності лікування. В Україні у 2016 р. цей показник становив 75% (на рівні Уганди), натомість ефективність лікування хворих із новими випадками туберкульозу за визначенням ВООЗ має бути не нижче 85%. Серед країн пострадянського простору тільки в Російській Федерації результати лікування є гіршими і становлять 71%. За результатами лікування МРТБ Україна посідає передостаннє місце серед країн із високим тягарем захворювання після Перу, утримуючи лідерство із смертності і відриву від лікування. Загалом у світі є лише п'ять країн, де ефективність лікування МРТБ менша за 50% - це Китай, Індія, Перу, Філіппіни і Україна. Високий рівень поширеності створює велике навантаження на систему охорони здоров'я. Лікування таких випадків є складним, тривалим і дороговартісним.

Своєчасне виявлення туберкульозу є вирішальним фактором ефективного лікування та попередження його поширення. За даними ВООЗ розрахункова захворюваність в Україні у 2016 р. становила 87 на 100 тис. населення, тоді як за цей же період було виявлено 60,6 на 100 тис. населення (тобто близько 30% хворих на туберкульоз в Україні не були виявленими, зареєстрованими та їм не було забезпечено лікування). Це переважно особи з груп ризику, які мають обмежений доступ до медичних послуг: особи без визначеного місця проживання, мігранти, біженці, переселенці тощо.

Низька ефективність протитуберкульозної програми в Україні є прямим наслідком існуючих недоліків в системі охорони здоров'я. Зокрема, це результат відсутності зв'язків між різними елементами системи охорони здоров'я, недостатньої інфраструктури (діагностичного обладнання, препаратів), а також відсутньої системи психосоціальної підтримки, які призводять до неякісного лікування, перерв у лікуванні, особливо серед вразливих груп пацієнтів.

Для забезпечення ефективного контролю за туберкульозом необхідні міждисциплінарні моделі лікування та догляду, співробітництво між медичними закладами різних рівнів надання медичної допомоги, між державним та приватним секторами, залучення неурядових організацій. Також такий підхід допоможе забезпечити високий рівень мотивації медичного персоналу, соціальних працівників та решти спеціалістів, задіяних у цьому процесі.

В Україні сьогодні відбувається перехід від надання пріоритету лікуванню ТБ у стаціонарних умовах до моделей, в яких буде посилена первинна медична допомога і де хворий зможе отримувати амбулаторне лікування ТБ. Цей перехід потребує часу – змін на законодавчому рівні процесів фінансування, реструктуризації медичних закладів різного рівня тощо. Крім того існує суттєвий опір реформам як збоку адміністрацій закладів охорони здоров'я, які відчувають виклик своїй компетенції, так і з боку деяких громадських спільнот. Останнє зумовлено браком або застарілою інформацією про лікування туберкульозу і шляхи його поширення, а також впливом дезінформації, що відповідає груповим або корпоративним інтересам.

Також важливим фактором, який сприяє виникненню проблем у сфері надання послуг хворим на ТБ, є низька мотивація медичних працівників і відсутність стимуляторів до заохочення розвитку їх навиків.

Для переходу на моделі, що забезпечуватимуть ефективне виявлення та лікування ТБ, необхідно розробити механізми підтримки міждисциплінарних підходів до надання медико-соціальної допомоги, впроваджувати кращі практики, забезпечувати співробітництво між медичними та соціальними закладами різних рівнів, між державним та приватним секторами, залучати неурядові організації. Крім того, запропоновані практики повинні підтримувати високий рівень мотивації медичних, соціальних та інших працівників, задіяних в лікувально-діагностичному процесі.

Слід зазначити, що в Україні створені інституційні передумови для залучення, наприклад, соціальної служби в міждисциплінарний підхід допомоги хворим на ТБ. Адже процес становлення професійної соціальної роботи в Україні триває від початку проголошення її незалежності у 1991 р. Зокрема досягненням інституціоналізації соціальної роботи можна вважати перехід до формування системи надання соціальних послуг особам, які опинилися у складних життєвих обставинах.

Здійснення соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, покладається на спеціальні заклади – центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦССССДМ). Система ЦССССДМ є унікальною. Після зміни підпорядкування ЦССССДМ та їхнього включення до мережі соціальних закладів Міністерства соціальної політики України у 2012 р. було визначено нові види соціальних послуг, які охопили всі вразливі категорії населення (у т. ч. – людей похилого віку та невиліковно хворих).

Нова державна Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції / СНІДу на період до 2020 р., схвалена Кабінетом Міністрів України 22 березня 2017 р., включає розділ «Удосконалення процесу організації та надання медичної допомоги і соціальних послуг», де одним з основних завдань є «посилення взаємодії МОЗ, МВС, Мінсоцполітики, МОН, Мінмолодьспорту і Мін'юсту у сфері протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДу» шляхом:

- проведення аналізу відомчих і міжвідомчих нормативних актів щодо стану забезпечення безперервності надання медичної допомоги, соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію / СНІД, належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ;
- підготовки пропозицій і рекомендацій щодо порядку організації взаємодії різних суб'єктів у наданні медичної допомоги, соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію / СНІД, належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ, з урахуванням процесу децентралізації.

За останні роки в Україні було запроваджено декілька проектів, спрямованих на залучення неурядових організацій до виявлення, діагностики та лікування туберкульозу. Майже всі вони зосереджувалися на роботі з представниками груп ризику і ставили за мету покращення доступу до медичних та соціальних послуг. Для реалізації проектів використовувались кошти різних донорів, таких як Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, АМР США, French 5% initiative тощо. Проте, для здійснення суттєвого впливу на епідемію туберкульозу в Україні необхідною умовою є сталість моделей, упроваджених в рамках проектів, що потребує підтримки, у тому числі і фінансової, з боку державних та місцевих органів влади і суспільства.

Приклади та моделі взаємодії різних державних та недержавних суб'єктів у наданні медичної допомоги, соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на ТБ, були розроблені та пілотувались у ряді проектів за підтримки міжнародних донорів. Ці моделі лягли в основу цього дослідження.

Для того, щоб напрацювання пілотних проектів могли бути втілені в повсякденну практику медичної/медико-соціальної служби на місцевому або державному рівнях, вони мають відповідати таким критеріям:

1. **Ефективності.** Запропонована модель надання допомоги має продемонструвати суттєвий вплив на результати лікування, виявлення, діагностики, задля яких вона й була розроблена.
2. **Орієнтованості на пацієнта.** Упровадження пацієнт-орієнтованих моделей надання медико-соціальної допомоги веде до покращення доступності медичних і психосоціальних послуг для всього населення (включаючи й групи ризику), зменшення стигматизації пацієнтів з ТБ з боку медичної системи та з боку суспільства, покращує прихильність пацієнтів до лікування, підвищує рівень довіри між надавачами медико-соціальних послуг та пацієнтами.
3. **Компліментарності роботи закладів системи охорони здоров'я, соціальної сфери тощо.** Пілотний проект має оптимізувати або доповнювати існуючі практики надання медичної допомоги, органічно вписуватись у систему охорони здоров'я, що реформується, а не кардинально змінювати її.

Стратегія Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією направлена на покращення доступу до медичних послуг ключових груп осіб, які наражаються на підвищений ризик ВІЛ, туберкульозу та малярії. Спираючись на засадничі принципи цієї Стратегії, були вибрані моделі з виявлення та лікування ТБ із залученням різних провайдерів послуг – державних, приватних та неурядових організацій. Під час відбору моделей враховувались критерії доступності медичних послуг для ключового населення, пацієнт-орієнтований підхід та сталість моделі.

МОДЕЛЬ 1

ЗАЛУЧЕННЯ ДО ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ТБ ПРАЦІВНИКІВ ЦЕНТРІВ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ СІМ'Ї, ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

ПОКРАЩЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ В МАЛИХ МІСТАХ ТА СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ УКРАЇНИ (TB-REACH)

Мета і цілі моделі

В Україні виявлення хворих на туберкульоз в основному здійснюється пасивним методом. Через те, що групи ризику не сформовані, виявлення хворих серед осіб із підвищеним ризиком захворювання залишається актуальною проблемою.

З жовтня 2011 р. по вересень 2012 р. МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» впроваджувався проект «Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України» в рамках програми ВООЗ TB-REACH.

Основна мета проекту TB-REACH – покращення системи надання послуг у сфері діагностики туберкульозу серед осіб з високим ризиком зараження туберкульозом на місцевому рівні шляхом залучення соціальних працівників місцевих центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Основні завдання моделі – **виявлення нових випадків** ТБ серед категорій населення з обмеженим доступом до послуг системи охорони здоров'я (у тому числі – споживачів ін'єкційних наркотиків; мешканців віддалених сіл та малих міст;осіб, які повернулись з місць позбавлення волі; тих, хто потрапив у складні життєві обставини та звернувся по допомогу до місцевих центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із залученням до діагностики ТБ соціальних працівників місцевих ЦССДМ; **визначення ролі медичних та соціальних працівників** при переадресації та **вироблення рекомендацій** з більш широкого впровадження моделі.

«Суть проекту - активно залучити якомога більше осіб, які можуть бути потенційно хворими, але які самі не дійдуть до фтизіатра в силу своїх соціальних особливостей»

(лікар-фтизіатр, Харківська обл.)

Опис дизайну моделі

Модель TB-REACH полягає у залученні соціальних служб до виявлення ТБ за клінічними ознаками серед певних груп високого ризику щодо захворювання на ТБ. Дизайн Моделі передбачав розробку покрокового алгоритму співпраці з чітким розподілом ролей між соціальними та медичними працівниками.

Модель TB-REACH є прикладом інноваційного підходу та залишається унікальною для України тому, що розроблена та «вбудована» в діючу державну систему соціальної та медичної служб. Це забезпечує сталість моделі і не потребує значних фінансових витрат при реалізації.

Модель концептуально пов'язана із актуальним нині підходом із **перерозподілу обов'язків**. Перерозподіл обов'язків передбачає делегування, коли з огляду на доцільність певні обов'язки передаються іншим кадрам, що є одним із способів вирішення проблеми нестачі медичних кадрів. Цей підхід був започаткований для підвищення рівня охоплення ВІЛ-послугами, однак делегування обов'язків медпрацівників може бути поширене і на сферу немедичних послуг. Саме делегування частини функціональних обов'язків при організації скринінгу на ТБ від медичних до соціальних працівників становить основу моделі TB-REACH.

Для виявлення ТБ у проекті застосовувався метод мікроскопії мазка мокротиння (у осіб із високим ризиком захворювання на ТБ), на відміну від широко застосовуваної раніше рентгенологічної діагностики. Утім разом обидва ці підходи роблять діагностику ТБ більш надійною, доступнішою та економічно ефективнішою. Використання методу мікроскопії мазка мокротиння потребувало певної організації роботи (своєчасного транспортування зразків до лабораторії, дотримання температурного режиму тощо).

Під час втілення моделі у малих містах та сільських районах – 22 учасниках проекту – було створено проектні сайти. На кожному з проектних сайтів були сформовані міждисциплінарні команди (1 менеджер сайту, 2 соціальних працівники районного ЦСССДМ, 1 районний ТБ-фахівець / фтизіатр, 1 медична сестра туб. кабінету, 1 лікар-лаборант центру мікроскопії мокроти, 1 аутріч-працівник (ЦСССДМ / НУО) та 1 контролер складу/документатор). Команда відповідала за реалізацію проектних заходів на рівні району.

В результаті співпраці до проекту були залучені ЦСССДМ міського та районного рівнів. За даними проектного моніторингу на рівні району перенаправлення відбувалось до рівня первинної медичної ланки (ФАП, ЦПМСД і т. п.). Там, де співпраця відбувалась навколо ЦСССДМ в містах, де розташовані тубдиспансери, ЦПМСД не включались до алгоритму взаємодії і перенаправлення відбувалося безпосередньо до туб. диспансерів.

Проектом було напрацьовано два основних алгоритми взаємодії соціальних та медичних працівників у роботі з клієнтами з питань профілактики та виявлення ТБ. Алгоритм №1 – для роботи з будь-якими категоріями клієнтів (див. Рис. 1).

Соціальний працівник контактує із будь-яким клієнтом під час надання соціальних послуг або здійснення соціального супроводу та з'ясовує наступні питання:

Чи мав клієнт контакт з хворим на туберкульоз?

Чи є у клієнта симптоми туберкульозу? Чи входить клієнт до групи підвищеного ризику щодо захворювання на туберкульоз?

Якщо на усі питання відповіді негативні, клієнту надають інформаційний матеріал про туберкульоз

Якщо хоч на одне з питань є відповідь "ТАК", то соціальний працівник мотивує клієнта на проходження обстеження на ТБ:

- інформує клієнта
- туберкульоз, його симптоми, шляхи передачі, ризик захворювання;
- необхідність пройти обстеження на туберкульоз при наявності симптомів;
- ТБ – виліковна та нестрашна хвороба у разі повноцінного лікування;
- надає інформацію про місце здачі аналізу, графік роботи;
- при згоді пройти обстеження надає «талон-направлення»;
- при необхідності супроводжує клієнта до місця здачі аналізу (наприклад, якщо це дитина
- сирота або позбавлена батьківського піклування тощо);
- при необхідності телефонує медичному працівнику та повідомляє про направлення клієнта

Якщо клієнт не доходить до медичного закладу:

- медичний працівник повідомляє соціального працівника, що клієнт не дійшов до медичного закладу або соціальний працівник з'ясовує це, зателефонувавши в медичний заклад;
- соціальний працівник контактує із клієнтом та мотивує його на проходження обстеження;
- якщо неможливо переконати клієнта, залишити йому інформаційний матеріал, нагадати про ризики для свого здоров'я та здоров'я членів сім'ї, відповідальність згідно із Законом України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» (ст. 9, 11, 20)

Клієнт проходить обстеження в медичному закладі:

- при необхідності медичний працівник контактує із соціальним працівником, якщо потрібно мотивувати клієнта до здачі зразків мокротиння повторно;
- клієнту встановлюється діагноз "ТБ" або спростовується

Якщо клієнту встановлено діагноз «ТБ»:

- медичний заклад забезпечує лікування та контактує із соціальним працівником при виникненні питань соціального характеру (в т.ч. якщо клієнт перериває лікування);
- соціальний працівник працює з членами сім'ї хворого (інформує їх про туберкульоз, правила гігієни; контактних осіб разом із медичним фахівцем мотивує до обстеження згідно даного алгоритму; мотивує родичів підтримувати хворого під час лікування)

Якщо діагноз «ТБ» не підтверджено:

- залежно від того, на якій підставі було направлено на обстеження (чи контактував із хворим, або належить до групи ризику), соціальний працівник надає інформацію про фактори ризику щодо захворювання та можливість розповсюдити отриману інформацію серед свого кола спілкування;
- надає інформаційний матеріал із собою та запевняє у допомозі при необхідності

Рисунок 1. Алгоритм взаємодії соціальних та медичних працівників при роботі з клієнтами соціальної служби

Алгоритм №2 – для роботи з особами, які звільнилися з місць позбавлення волі і є клієнтами соціальних служб (див. Рис. 2).

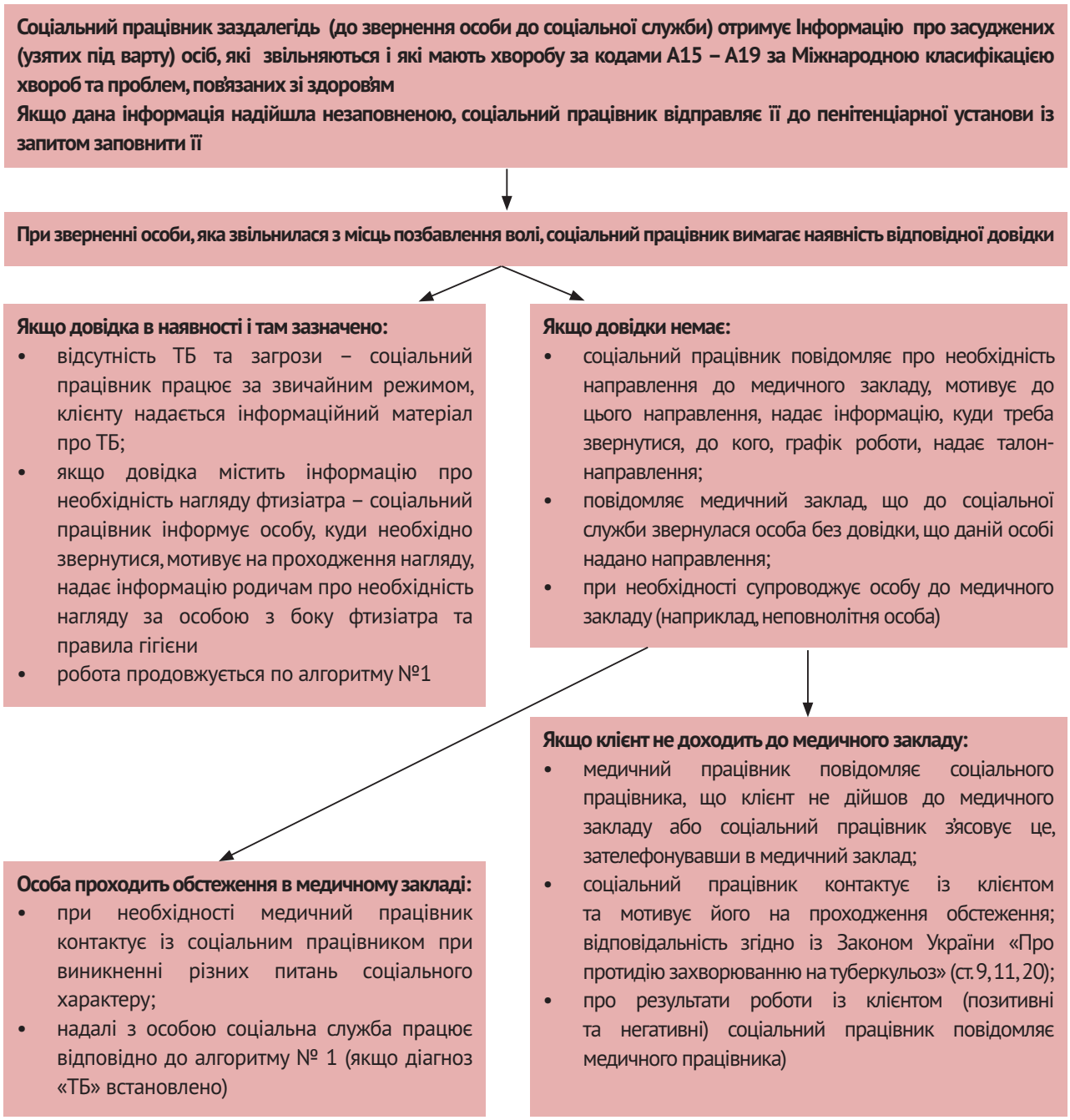


Рисунок 2. Алгоритм взаємодії соціальних та медичних працівників при роботі з клієнтами соціальної служби, зокрема особами, які звільнились з місць позбавлення волі.

Для роботи на польових маршрутах також було розроблено Алгоритм № 3 (див. Рис. 3).

Алгоритм № 3 має обмеження – проектом було визначено, що його використання можливе лише за чіткої та налагодженої співпраці між соціальним центром і закладом охорони здоров'я.

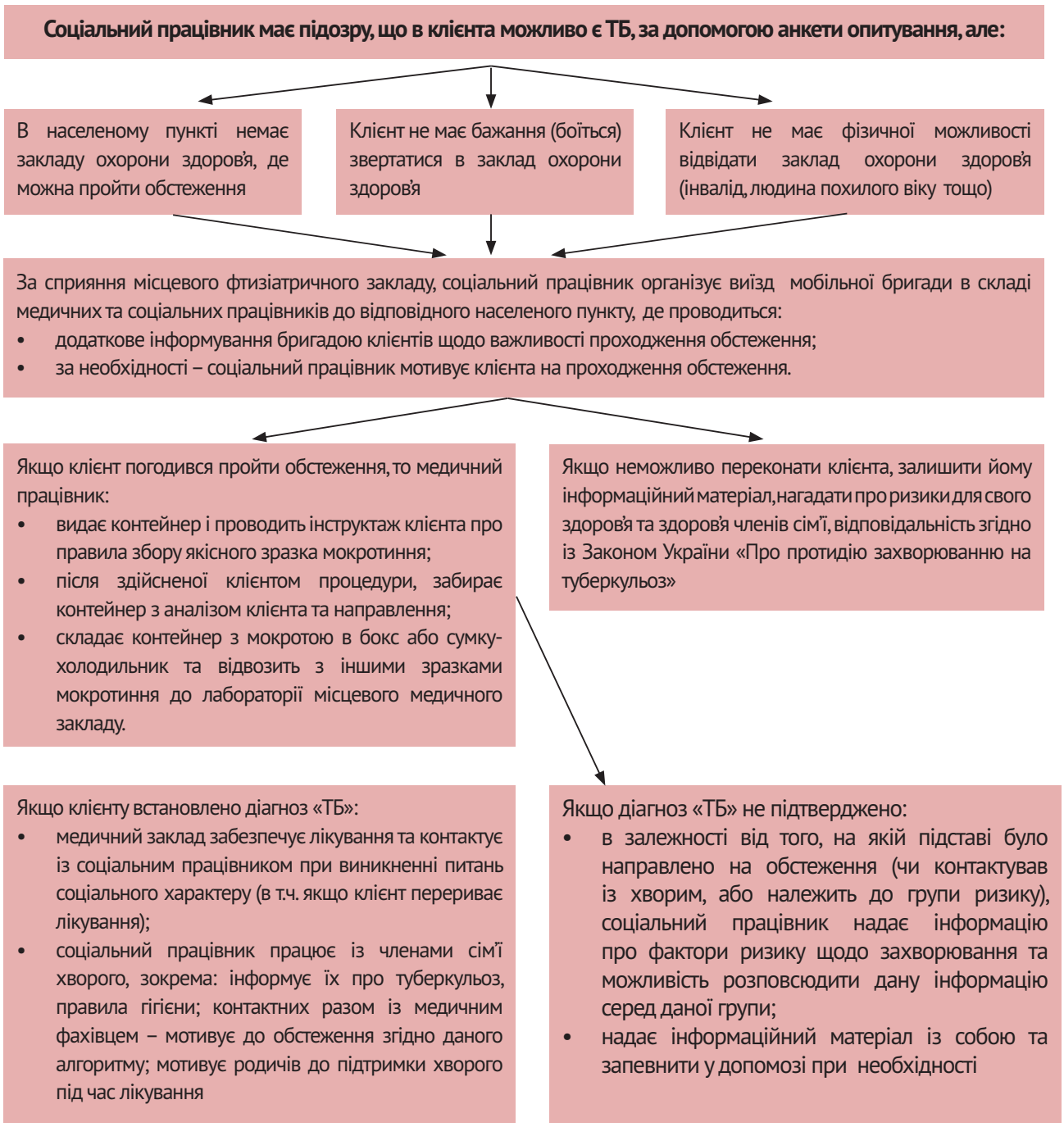


Рисунок 3. Алгоритм взаємодії соціальних та медичних працівників при роботі з клієнтами соціальної служби під час виїзних польових маршрутів

В рамках описаних алгоритмів, відпрацьовано два варіанти надання послуг соціальним працівником:

Варіант А. Надання послуг соціальним працівником спільно з медичним працівником.

Соціальний працівник:

- візуально проводить скринінг потенційних клієнтів;
- інформує клієнта про можливість здачі мокротиння на місці/вдома;
- мотивує клієнта на проходження обстеження;
- видає клієнту талон переадресації;
- вносить запис у журнал реєстрації про надання клієнту інформаційно-мотиваційних послуг щодо ТБ фахівцями ЦСССДМ;
- отримує дозвіл на отримання інформації про результат обстеження (на талоні переадресації);
- інформує клієнта про наступні кроки після проходження ним обстеження (необхідність лікування).

Медичний працівник:

- видає контейнер і проводить інструктаж клієнта про правила збору якісного зразка мокротиння;
- після процедури забирає контейнер з аналізом та направлення клієнта;
- складає контейнер з мокротинням в бокс або сумку-холодильник та відвозить з іншими зразками до лабораторії місцевого медичного закладу.

Варіант Б. Надання послуг соціальним працівником за відсутності медпрацівника.

Соціальний працівник:

- візуально проводить скринінг потенційних клієнтів;
- інформує клієнта про можливість здачі мокротиння в населеному пункті проживання;
- інформує про необхідність звернення для проходження обстеження в місцевий заклад охорони здоров'я (заклади ПМСД);
- мотивує клієнта до обстеження;
- видає клієнту талон перенаправлення;
- вносить запис у журнал реєстрації надання клієнту інформаційно-мотиваційних послуг про ТБ фахівцями ЦСССДМ;
- отримує дозвіл на отримання інформації про результат обстеження (на талоні переадресації);
- інформує клієнта про наступні кроки після проходження обстеження (необхідність лікування).

Інноваційність моделі: «кущовий» метод збору мокротиння

Особливістю реалізації моделі TB-REACH на місцях стала **методика збору мокротиння так званим «кущовим» методом**. Така методика застосовувалась переважно в Харківській області, де для більш якісного охоплення були створені центри збору мокротиння «кущовим» методом по всіх районах, задіяних у проекті. Необхідність застосування цього методу була спричинена географічними особливостями області.

З огляду на досить великі відстані в межах області, на які треба було транспортувати зразки, а також з огляду на факт, що мокротиння може зберігатися 3-4 дні в умовах холодильника і лікар-лаборант за зміну може якісно проаналізувати близько 20 мазків, проектна команда вирішила, що досягнення планових показників можливе через формування в районах проекту «кущів». Кожен район був розбитий на сектори, і в центрі кожного сектора було виділено населений пункт, куди звозилися зразки зібраного мокротиння з найближчих сіл. Таким чином вдалося значно збільшити кількість проведених обстежень, які за інших умов неможливо було би провести через віддаленість лабораторій (див. Рис. 4).

Послуги, що надавалися

- Скринінг-анкетування (самовиявлення наявних симптомів ТБ).
- Збір мокротиння.
- Направлення до ЛПЗ 1-го та 2-го (неспеціалізованого) рівнів.

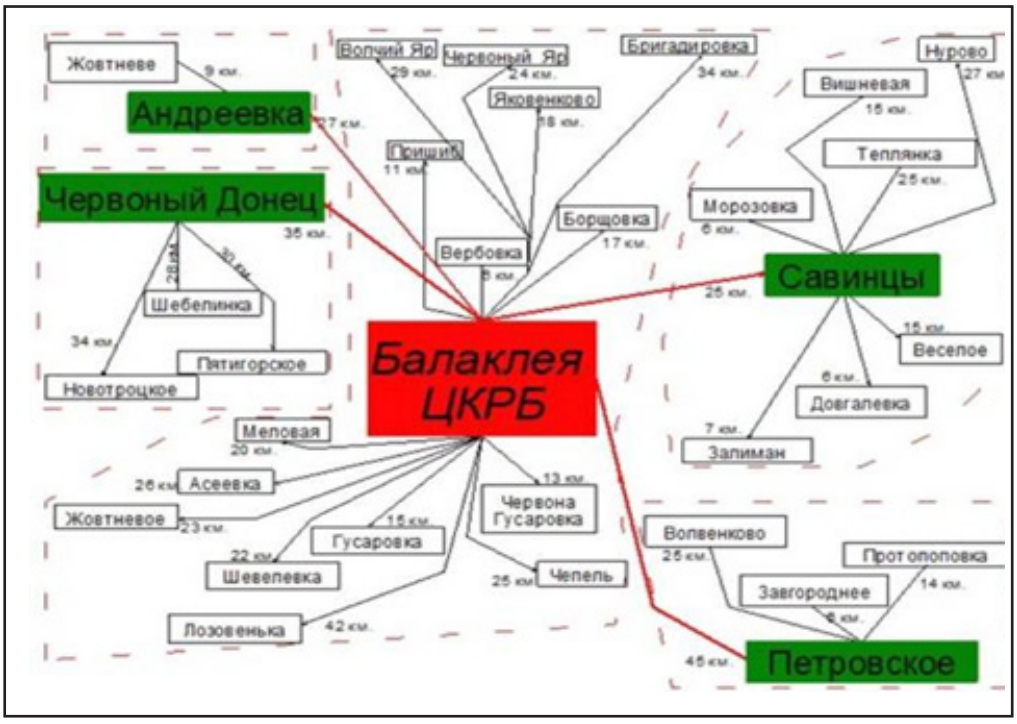


Рисунок 4. Схема застосування «кущового» методу на прикладі Харківської області

Географія проекту:

- 6 малих міст та 16 сільських районів у 4-х областях України.
- Харківська область: Балаклійський, Дергачівський, Лозівський, Нововодолазький, Первомайський, Харківський, Чугуївський райони.
- Івано-Франківська область: Галицький, Калуський, Косівський, Тисменицький райони.
- Луганська область: міста Сєвєродонецьк, Стаханів, Брянка, Лисичанськ, Свердловськ, Попаснянський район.
- Львівська область: місто Червоноград, Городоцький, Дрогобицький, Пустомитівський та Сокальський райони.

Цільові групи:

- Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН).
- Жителі сіл з обмеженим доступом до протитуберкульозних служб.
- Особи, звільнені з місць позбавлення волі.
- Інші клієнти центрів соціальних служб з обмеженим доступом до медичних закладів та послуг.

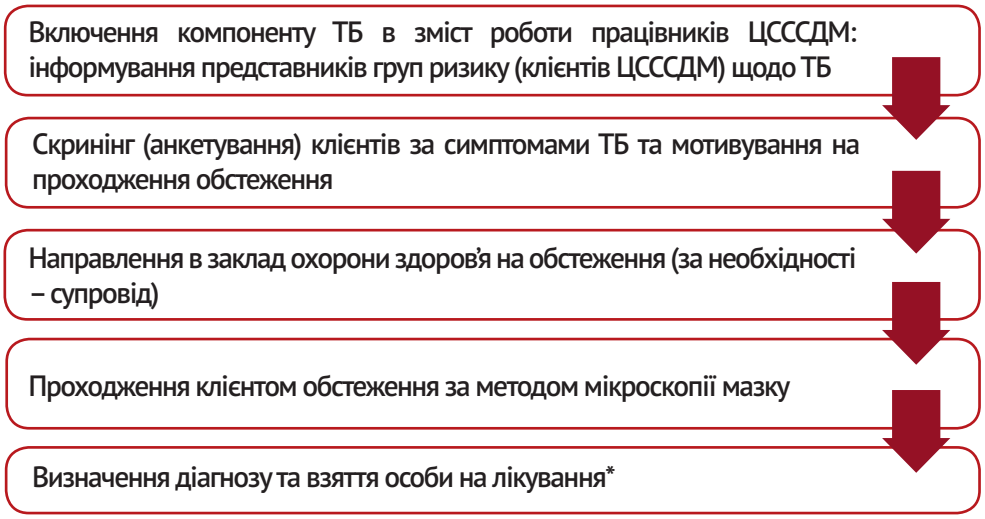
«Угоди про співпрацю з медичними закладами до сих пір підписуються щорічно або пролонгуються. Цей успіх, якого ми досягли, він продовжується зараз».

(керівник соціальної служби, Харківська обл.)

Система переадресації

Переадресацію здійснюють у тих випадках, коли послуга за запитом клієнта не може бути надана суб'єктом надання послуги. Якісна *переадресація* включає контакт з установою / закладом / організацією, до якої здійснюють перенаправлення, домовленість про прийом конкретного клієнта, транспортування або супровід клієнта до установи (за потреби), а також перевірку факту і результату надання послуги (див. Рис. 5).

Проект передбачав перенаправлення клієнтів, які за результатами скринінг-анкетування вірогідно мали симптоми ТБ, на діагностику до медичних закладів. Проектні заходи були покликані сприяти налагодженню співпраці між соціальними та медичними службами, організації консультування та мотивування важкодоступних категорій населення на проходження тестування на наявність мікобактерій туберкульозу у мокротинні.



* У разі потреби для контакту з клієнтом і його мотивування до лікування залучається соціальний працівник

Рисунок 5. Схема переадресації в моделі 1

Для реалізації ефективного перенаправлення клієнтів, було визначено:

- мережу медичних установ у селі, місті, районі, області, а також контакти осіб, до яких необхідно буде звертатися з питань обстеження та лікування;
- форми талонів направлення на обстеження, розроблені спільно з відповідними медичними працівниками, для видачі клієнту ЦСССДМ задля відстеження його подальших дій;
- форми спілкування між собою при виникненні різних питань (у т.ч. термінових);
- питання, пов'язані з конфіденційністю інформації про клієнтів, форми їх направлення та спілкування між собою у ході їх обстеження та лікування.

Створення партнерств

Проект TB-REACH реалізовував проектну діяльність шляхом укладення угод про співпрацю на місцевому рівні між усіма сторонами, задіяними в проектній діяльності. У чотирьох областях, охоплених проектною діяльністю, були створені мультисекторальні команди у складі представників та надавачів послуг та інших залучених осіб з планування послуг. Формування команд відбувалося за допомогою інструменту картування послуг та підписання міжвідомчих угод для забезпечення правового підґрунтя діяльності та зв'язку проекту з центрами соціальних послуг, пунктами обміну шприців, туб. диспансерами, центрами СНІД, наркодиспансерами, мережею первинної медико-санітарної допомоги та місцевими відділами охорони здоров'я. Цими угодами визначалися механізми взаємодії між медичними закладами та службами ЦСССДМ при переадресації пацієнтів для отримання ними потрібних послуг, описані ролі та індивідуальні завдання для кожної із задіяних служб.

Мультисекторальні команди також відповідали за формування прихильності та мотивацію людей проходити ТБ-діагностику та надання необхідної підтримки особам, які знаходились на ДОТ

«Головне - мотивація людей. Люди, поки не отримають щось, не будуть зацікавлені – таке життя. Люди їдуть обстежуватись не тому, що їм потрібно висвітитися на всю Україну, а тому що їм гроші дадуть. Якщо немає мотивації, вони не відкриють двері. Ви не отримаєте доступу»

(керівник соціальної служби, Харківська обл.)

Необхідні ресурси

Організаційні (накази, та інше). Проектом розроблено формат спільних наказів між обласними ЦССДМ і обласними управліннями охорони здоров'я, що регламентують механізм надання послуг з діагностики ТБ та переадресації для проходження лікування важкодоступними групами населення. Виконання цих наказів потребує бюджетного фінансування з місцевих бюджетів.

Технічні. Окрім обладнання сайтів ДОТ, кожен район проекту отримав комп'ютери. Під час виконання проекту вони використовувались для збору та передачі інформації про виконану роботу. Це обладнання стало в нагоді для подальшої діяльності в сфері виявлення ТБ та активно використовується досі.

Фінансові (оплата фтизіатру, медичній сестрі та соцпрацівнику за випадок проходження діагностики клієнтом тощо). Фінансування за цими напрямами було лише у період реалізації проекту, інших джерел фінансування не було. Учасники проекту наголошували на користі видачі клієнтам заохочувальних наборів чи мотиваційних виплат як важливого фактору виявлення ТБ серед важкодоступних груп населення.

Людські (потреба у додатковому наборі соцпрацівників). Для збереження ефективності моделі виявлення нових випадків ТБ за участю соціальних працівників, слід збільшити їхню кількість у штатному розкладі ЦССДМ та передбачити належне фінансування на національному та місцевому рівнях. Як альтернативу можна розглянути наймання додаткових соцпрацівників поза штатом за рахунок нових донорських проектів та програм (у т. ч. від Глобального Фонду).

Фактори впливу на впровадження моделі

Впровадження моделі TB-REACH виявило ряд чинників впливу на стійкість моделі та можливості її поширення.

1. Особливості виявлення ТБ в осіб, що належать до групи високого епідемічного ризику щодо ТБ. Якщо при активному виявленні ТБ лікар обстежує певні групи осіб, то при пасивному пацієнт звертається до лікаря зі скаргами, з симптомами ТБ сам. Проблемою недостатнього виявлення є тенденція активного обстеження регулярно одних й тих самих груп населення, яких також легше залучити до проходження обстеження. Це здебільшого працюючі офіційно особи, студенти тощо. Натомість представники груп ризику щодо ТБ менш організовані та доступні, вони часто звертаються до лікаря, коли хвороба вже має запущені форми. Актуальним є підвищення рівня доступу до медичних послуг людей, не зайнятих в офіційному секторі економіки, тих, хто не мають повної або офіційної зайнятості.
2. Відсутність досвіду роботи з виявлення ТБ у переважної кількості соціальних працівників та певні побоювання щодо безпеки участі у проведенні збору мокротиння.

Основні обмеження для обстеження на ТБ, які впливають на впровадження описаної моделі.

Зараз, коли активне залучення людей з можливими симптомами туберкульозу до обстеження стало рутиною, фахівці мають змогу відокремити головні бар'єри системного і поведінкового характеру, що обмежують звернення за медичною допомогою.

За даними опитувань ключового персоналу проекту та його цільових груп ризику виявлені такі обмеження для обстеження на ТБ:

На національному рівні

- Недостатнє фінансування медичних установ.
- Брак інформаційних компаній щодо симптомів ТБ, лікування та діагностики.
- Наявність стигми та дискримінації до людей із груп ризику.
- Відсутність належної взаємодії між центральними органами виконавчої влади, закладами охорони здоров'я та соціального захисту.

На регіональному рівні

- Недостатня залученість громадянського суспілства до проблеми ТБ.
- Відсутність сучасного медичного обладнання для обстеження на ТБ.
- Брак фінансування медичних закладів.
- Відсутність програм замісної терапії в протитуберкульозних диспансерах.

На місцевому рівні

- Брак коштів у людей для проходження повного циклу обстеження.
- Брак медичного обладнання, витратних матеріалів для обстеження та лікування.
- Відсутність установ, де можна пройти обстеження в сільській місцевості та багатьох населених пунктах.
- Відсутність мотивації у населення для проходження обстеження.
- Недостатнє укомплектування кваліфікованими спеціалістами медичних установ та брак волонтерів і аутріч-працівників, які можуть інформувати населення про необхідність обстеження (проводити скринінг).
- Недостатня увага органів місцевого самоврядування до проблеми ТБ.
- Брак фінансування для додаткового обстеження після виявлення ТБ.
- Недостатня активність дільничних терапевтів.

На рівні проектної діяльності

- Відсутність узгоджених програм залучення громадянського суспільства.
- Недостатня кількість мотиваційних пакетів.
- Відсутність спеціальних навичок та методів роботи з близьким оточенням хворого, стигма та страх недотримання конфіденційності.
- Проблеми транспортного обслуговування, особливо у сільській місцевості.
- Відсутність доказової бази щодо профілактики і виявлення ТБ серед груп ризику.
- Закритість та неякісне лікування в установах виконання покарань.

Основні бар'єри проходження обстеження на ТБ (для представників груп ризику) (див. Рис. 6).

Для СІН:

- відсутність бажання проходити обстеження;
- відсутність коштів на обстеження;
- не вважають необхідним проходити обстеження.

Для колишніх засуджених:

- не вважають необхідним проходити обстеження;
- відсутність бажання проходити обстеження;
- відсутність коштів на обстеження.

Для сільського населення:

- відсутність установи/пункту/центру, де можна пройти обстеження;
- страх розголосу результатів обстеження;
- не вважають необхідним проходити обстеження.

«Важливо залучати до обстеження людей «не організованих». Дуже багато офіційно не працюючих. Попадають до нас люди, які по 5-10 років не обстежувались, із запущеними формами ТБ, яких дуже важко лікувати. І вартість такого лікування дуже висока. Якби ми могли максимально обслідувати тих, хто із року в рік не охоплені дослідженнями, тоді процес виявлення був би кращим, і ми значно скоріше змогли би подолати цю проблему»

(лікар-фтизіатр)

«Спочатку було важко соціальних працівників, які дуже віддалені від медицини взагалі та від ТБ зокрема – від одного слова ТБ у них виникали різні реакції– переконати в тому, що ми не робимо нічого поганого. У нас пройшли тренінги щоб розповісти про заходи безпеки під час проведення обстежень»

(лікар-фтизіатр, Харківська обл.)

Для клієнтів ЦССДМ:

- відсутність установи/пункту/центру, де можна пройти обстеження;
- страх розголосу результатів обстеження;
- не вважають необхідним проходити обстеження.

Ілюстрація діяльності

Під час реалізації проектних заходів було зафіксовано більше 12 тис. осіб з симптомами, що можуть свідчити про туберкульоз. Виявлено 831 новий випадок ТБ. Серед колишніх ув'язнених виявлення сягнуло 18%, а серед СІН – 11% (див. Табл. 1). Серед пацієнтів, у яких за результатом скринінгу був виявлений ТБ, 98% розпочали лікування у протитуберкульозних диспансерах або у 22 місцевих клініках ДОТ (обладнаних проектом відповідно до національних стандартів законодавства). Керівні принципи та практика, розроблені під час проекту, поширювались в усіх закладах охорони здоров'я та соціальних службах 27 адміністративних одиниць України, а також між відповідними міністерствами та іншими зацікавленими сторонами Уряду та громадянського суспільства на національному рівні.

Вперше в Україні були розроблені методичні рекомендації та проведена підготовка соціальних працівників з питань обізнаності щодо ТБ, його симптомів, обстеження та лікування, правил гігієни та безпеки праці для повсякденного надання послуг клієнтам із контагіозною формою ТБ. Надавався інструктаж на робочому місці щодо застосування засобів індивідуального захисту соціального працівника. Співробітники ЦССДМ заохочували клієнтів з підозрою на ТБ проходити тестування у медичних закладах, а також співпрацювали з іншими закладами системи охорони здоров'я щодо організації послуг з догляду за наданням допомоги безпосередньо.

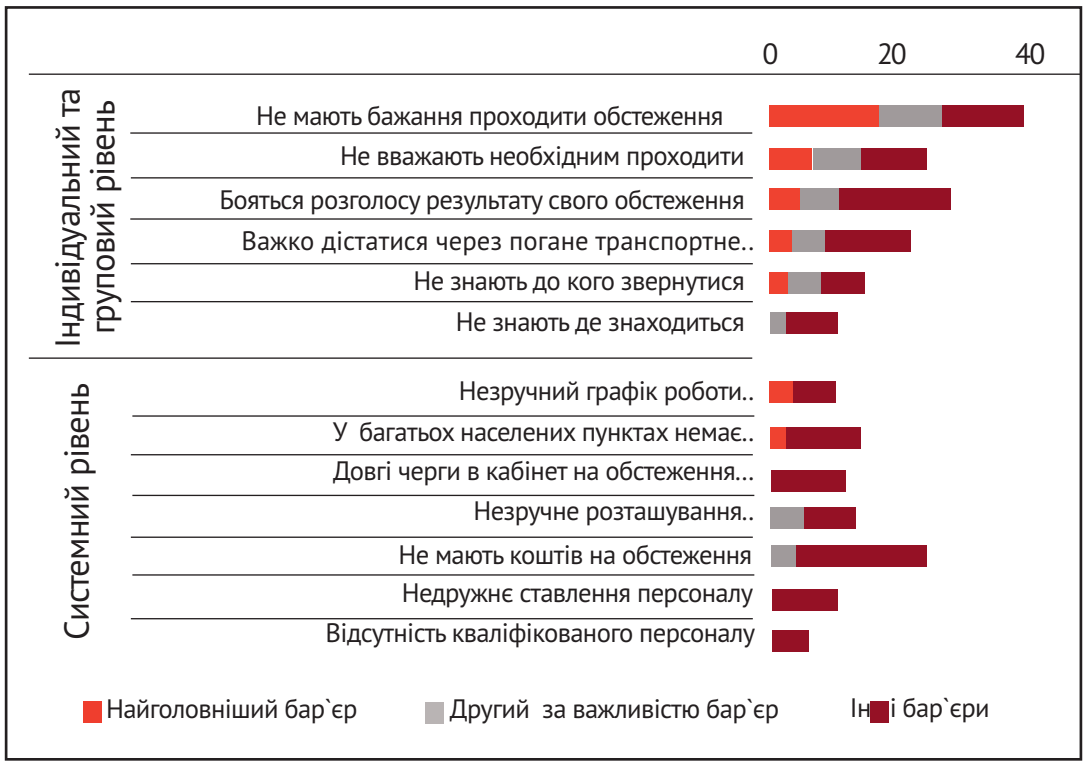


Рисунок 6. Питома вага бар'єрів для проходження обстеження за оцінками опитаних фахівців

Таблиця 1. Кількісні результати проекту моделі 1 (грудень 2011 – вересень 2012 рр.)

Група ризику	Поінформовано про ТБ	Направлено	Обстежено		МБТ+		Всі форми		Взято на лікування
			осіб	%	осіб	%	осіб	%	
Звільнені з місць позбавлення волі	2672	883	551	62	62	11	100	18	96
СІН	3439	721	419	58	25	6	47	11	46
Клієнти ЦССДМ	256314	6149	4993	81	225	5	409	8	400
Сільське населення	229800	6856	6119	89	149	2	275	4	270
Всього	***492225***	***14609***	***12082***	***83***	***461***	***4***	***831***	***7***	***812***

Результати впровадження (стійкість та доступність описаної моделі послуг для груп ризику)

Модель TB-REACH, запроваджена ще у 2012 р., працює й досі. Зокрема, колишні проектні виконавці в Харківській області повідомляють, що всі обладнані центри із збору мокротиння продовжують роботу.

Проте у зв'язку із відсутністю суттєвих джерел фінансування участі соціальних працівників до виявлення осіб, що наражаються на ризик туберкульозу, направлення наразі проводиться лише силами медичних працівників.

Безперечною ознакою сталості є підвищення рівня обізнаності про туберкульоз і шляхи його передачі у середовищі соціальних працівників, зменшення стигматизації і нераціонального страху перед хворобою.

Проте, з огляду на нестабільність кадрового складу соціальних служб, фахівці вказували на важливість періодичного повторювання навчальних заходів.

Для збереження стійкості у наданні послуг з діагностики ТБ на місцевому рівні учасники пропонують такі заходи:

- Розробити плани дій на місцевому рівні для боротьби з ТБ.
- Презентувати пілотну модель співпраці соцслужб та медичних працівників та розроблену методологію на засіданні Національної координаційної ради з питань туберкульозу та ВІЛ-інфекції.
- Організувати Національну конференцію для поширення результатів проекту та передових практик діагностики ТБ.

«Наразі всі обладнані центри по збору мокротиння продовжують працювати. Діагностика продовжується, співпраця з соціальними службами зараз переформатувалась, зараз вони нам допомагають більше на амбулаторному етапі лікування ТБ».

(лікар-фтизіатр, координатор проекту в Харківській обл.)

«Був страх заразитися ТБ у соцпрацівників Нерозуміння. Тоді це було. Зараз ми більш активно працюємо також і в сфері ВІЛ-профілактики, і це минає».

(регіональний керівник соціальної служби)

Висновки та рекомендації

Наразі в Україні продовжує діяти Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», що визначає стандарти надання послуг з профілактики, скринінгу та лікування ТБ. Водночас законодавчі зміни у системі надання медичних послуг, як наслідок реформування системи охорони здоров'я, що триває, залишають багато питань у сфері подолання ТБ та виконання Україною своїх міжнародних зобов'язань в рамках Партнерства СТОП-ТБ.

Триває оптимізація протитуберкульозної служби, скорочується число спеціалізованих закладів, що можуть надавати лікування, а це змінює умови та вартість переадресації уже виявлених пацієнтів. Не завжди зрозуміло, якими будуть маршрути та механізми фінансування діагностики і лікування туберкульозу, що є особливо важливим для пацієнтів з мультирезистентним ТБ, які потребують тривалого лікування. Це також потрібно враховувати під час планування витрат при виявленні нових випадків хвороби (у т. ч. – за рахунок впровадження амбулаторних моделей, які пілотувались в проекті TB-REACH).

Впровадження нових методів діагностики, таких як дослідження GeneXpert-MTB/RIF, на рівні первинної ланки медичної допомоги, заплановане оновленим протоколом з туберкульозу, ставить нові вимоги до відбору пацієнтів для обстеження. Оскільки даний метод є дороговартісним, його ефективне використання можливе тільки за умови прицільного відбору пацієнтів для скринінгу і забезпечення постійного рівномірного завантаження обладнання (потоку досліджень). Тому збереження і розвиток впровадженого механізму направлення на прикладі моделі TB-REACH набуває все більшого значення.

Окрім загальнонаціональних чинників, використання даних моделей діагностики ТБ має певні обмеження на місцевому рівні. Впровадження моделі TB-REACH виявило певні труднощі та обмеження щодо стійкості моделі та можливого її поширення на всі регіони країни.

По-перше, хоча у ряді регіонів партнерства між медичними та соціальними службами існують підписані партнерські угоди, фінансування цих форм роботи передбачене виключно місцевими бюджетами. Позитивним є затвердження на законодавчому рівні нової структури і штату ЦСССДМ (наказ Мінсоцполітики № 709). Передбачено, що при підборі необхідної кількості фахівців є змога забезпечити своєчасну, комплексну та якісну соціальну допомогу й підтримку людям, що опинилися у складних життєвих обставинах. Нова структура розроблена у відповідності до Стратегії розвиту соціальних служб в Україні та нових Державних стандартів надання соціальних послуг.

По-друге, особливістю моделі було виявлення ТБ у осіб за межами загальноприйнятих груп ризику, включення їх до когорти клієнтів центрів соціальних послуг, адже будь-яка людина, яка опинилася у складних життєвих обставинах, фактично наражається на підвищений ризик туберкульозу.

Як свідчить практика проекту, існує проблема збільшення кількості досліджень, адже активно і регулярно обстежуються на ТБ одні і ті самі групи населення – працюючі, студенти, офіціально зайняті (ці когорти, на думку проектних спеціалістів, становлять меншу епідемічну загрозу). Одночасно представники груп ризику щодо ТБ, менш організовані та доступні, звертаються до лікаря вже з запущеною формою хвороби і становлять більшу епідемічну загрозу, потребують значних коштів на лікування і обстежуються недостатньо. Активізація виявлення ТБ серед груп ризику, мало охоплених медичними послугами, зможе значно вплинути на перебіг епідемії, запобігти пізньому виявленню та здешевить вартість майбутнього лікування.

Організація міжвідомчої взаємодії щодо активнішого виявлення ТБ розглядається в схваленій Урядом України «Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції / СНІДу на період до 2020 р.» як пріоритетний напрям боротьби з епідеміями. Це передбачає проведення аналізу відомчих і міжвідомчих нормативних актів та підготовку пропозицій і рекомендацій щодо порядку організації взаємодії різних суб'єктів у наданні медичної допомоги, соціальних та інших послуг щодо ТБ та інших соціальних хвороб.

Необхідно також поновити навчальні посібники з питань туберкульозу для соціальних працівників, тренінгові матеріали з питань інфекційного контролю, спрямованого скринінгу та соціально-психологічної підтримки під час лікування туберкульозу.

Тож, дослідження моделей міжвідомчої та міждисциплінарної співпраці по виявленню ТБ будуть продовжені, адже їхні результати становлять необхідне доказове підґрунтя для реформування послуг з виявлення та лікування туберкульозу в Україні.

МОДЕЛЬ 2

АКТИВНЕ ВИЯВЛЕННЯ ТБ СЕРЕД ГРУП РИЗИКУ
ЗАЛУЧЕННЯ НУО

Профілактика – сфера діяльності, де найбільший ефект мають методи комунікації. Одним з таких методів є соціальна підтримка за принципом «рівний-рівному» (підтримка на рівних). Відбувається це тоді, коли люди діляться знаннями та своїм пережитим досвідом, допомагають та співчувають один одному. Підтримка відповідно до моделі «рівний-рівному» може застосовуватися для опису взаємопідтримки між друзями, колегами, членами організацій самодопомоги, вихідцями з однієї спільноти. Люди, які збираються, щоб підтримати один одного, припускають, що всі вони рівноправні. Підтримка здійснюється безкоштовно та взаємовигідно.

Консультування за принципом «рівний-рівному» передбачає залучення до надання послуги у якості консультанта особи, вік, особливості стану здоров'я, сексуальна орієнтація, віросповідання, соціально-економічне становище якої такі самі, як в отримувача соціальної послуги (або особи із досвідом подолання таких самих складних життєвих обставин).

На основі цього принципу працюють неурядові організації, які впроваджують програми профілактики туберкульозу, ВІЛ та інших соціально значущих захворювань. Такий підхід дозволяє знайти зрозумілі та дієві для людини слова мотивації щодо обстеження на ТБ. Представники неурядових організацій, які працюють з уразливими до ТБ групами населення є, свого роду, посередниками між ними та медичними закладами, адже часто клієнти НУО через свої поведінкові або культурні особливості не готові самостійно звертатися до лікаря. Вони потребують додаткової мотивації, а подекуди – й супроводу під час обстеження та лікування.

Прикладом такої роботи є робота ромських соціально-медичних посередників Міжнародної благодійної організації «Ромський жіночий фонд «Чіріклі».

«Ми проводили співбесіди з людьми з метою виявлення симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз, організовували виїзди пересувного флюорографа до поселень ромського населення, у разі потреби проводився супровід клієнта до медичного закладу. Перед тим, як відправляти клієнтів на обстеження, були здійснені перемовини з лікарями. Лікарі не відмовляли і сприяли у реалізації проекту».

(соціальний працівник / посередник МБО «Ромський жіночий фонд «Чіріклі»)

Потреба в роботі ромських посередників визначена наступним факторами:

- Уявлення ромів про хворобу (багато ромів вважають, що з туберкульозом можна довго жити). Багато ромських сімей не хочуть зізнатися навіть самі собі і прийняти той факт, що туберкульоз це хвороба, яку необхідно лікувати.
- Недовіра ромів до традиційної медицини та відсутність коштів і постійної роботи. Жінки не можуть залишати дітей на тривалий час.

«Є потреба в технічній допомозі. Нам потрібна допомога в розробці механізму проведення безкоштовного обстеження ромів та більш тісної співпраці з обласними фтизіатричними службами. У 15 медіаторів немає комп'ютерів та доступу до Інтернету. Це дуже уповільнює нашу комунікацію. Ми просимо надати контакти організацій, які можуть допомогти з оргтехнікою. Нам також необхідна допомога в лобіюванні програми медіаторів на національному рівні, ми би хотіли долучитись до програми адвокації та розпочати спільну роботу в цьому напрямі».

(МБО "Ромський жіночий фонд «Чіріклі»)

Ці чинники спричиняють невчасне звернення до медичних закладів, пізнє звернення на обстеження, перерви у лікуванні, призупинення лікування, що нерідко призводить до мультирезистентного туберкульозу.

Багато проблем, які стосуються медичних послуг для ромів України, є прямо пов'язаними з низьким рівнем освіти та надзвичайною бідністю, в якій живуть більшість із них.

Мета і цілі моделі

Мета моделі – впровадження комплексу пацієнтоорієнтованих заходів з активного виявлення ТБ, спрямованих на запобігання розповсюдження ТБ, зниження інфікування та захворювання серед ромського населення, а також мобілізацію спільнот, громадського сектору та людей, які приймають рішення.

Основні завдання моделі – виявлення випадків ТБ / МРТБ серед ромського населення силами ромських соціально-медичних посередників; налагодження доступу до своєчасної якісної та орієнтованої на потреби людини системи діагностики та своєчасного лікування випадків ТБ / МРТБ; підвищення рівня обізнаності ромів про туберкульоз та інші соціаль но небезпечні хвороби, активізація профілактики, виявлення випадків захворювання на туберкульоз та забезпечення своєчасного лікування туберкульозу серед ромів.

Опис дизайну моделі

Принцип роботи моделі полягав у посередництві. Люди після проходження навчання щодо роботи з ромським населенням налагоджували контакти з медичними працівниками для подальшої діагностики. Тобто ставали посередниками між ромською громадою й медичними закладами.

Ромський соціально-медичний посередник (медіатор) є особою, яка допомагає медичному персоналу виконувати медичну діяльність, сприяє діалогу між спільнотою та представниками державних структур (медичним персоналом), укріплює зв'язок між спільнотою та різними державними закладами, визначає соціальні та медичні проблеми ромського населення і допомагає в їх вирішенні.

Медіатори проводили роботу в громадах, зустрілися з родинами, організовували групові консультації, запрошували на ці консультації лікарів, а також проводили індивідуальні зустрічі з ромськими лідерами та організаціями, які можуть допомогти в роботі. Окрім залучених до співпраці ромських організацій в деяких регіонах (Одеська, Луганська області) учасниками були також представники Червоного Хреста та інших благодійних організацій, які могли допомогти ромським родинам (див. Рис.7). Особливу увагу було приділено зустрічам з лікарями, представниками соціальних служб та паспортних столів (багато ромів не мають документів).

Перед ромськими соціально-медичними посередниками ставились наступні завдання:

- ✓виявляти ромське населення, яке потребує медичної та соціальної допомоги, пов'язаної із забезпеченням їхнього доступу до медичних послуг;

✓налагоджувати співробітництво та співпрацю із закладами охорони здоров'я та повідомляти їх про ромське населення, яке потребує медичної допомоги (у т.ч. у зв'язку із захворюванням на туберкульоз та інші хвороби);

✓сприяти проведенню флюорографічного обстеження, вакцинації та профілактичного огляду ромського населення;

✓інформувати ромське населення про види послуг, що надаються медичними закладами і установами соціального обслуговування та порядок їх отримання (у т.ч. шляхом розповсюдження інформаційно-довідкових матеріалів і методичної літератури).

«Небажання людей проходити обстеження якщо лікар – чоловік, а на обстеження прийшла жінка».

(соціальний працівник МБО «Ромський жіночий фонд «Чіріклі»)

Послуги, що надавались

- ✓ Скринінг на туберкульоз.
- ✓ Направлення або супровід до медичного закладу (на початку роботи до протитуберкульозного закладу, пізніше – до закладу первинної медико - санітарної допомоги).
- ✓ Надання соціальних та юридичних послуг.

Не завжди починали лікування або переривали»

(віце-президент МБО «Ромський жіночий фонд «Чіріклі»)

Географія проекту

Усі регіони України, окрім АРК. У 2013 р. було залучено 36 НУО в 15 регіонах. У 2015 р. було залучено 79 НУО з 25 регіонів (див. Рис. 7).

Цільова група: роми

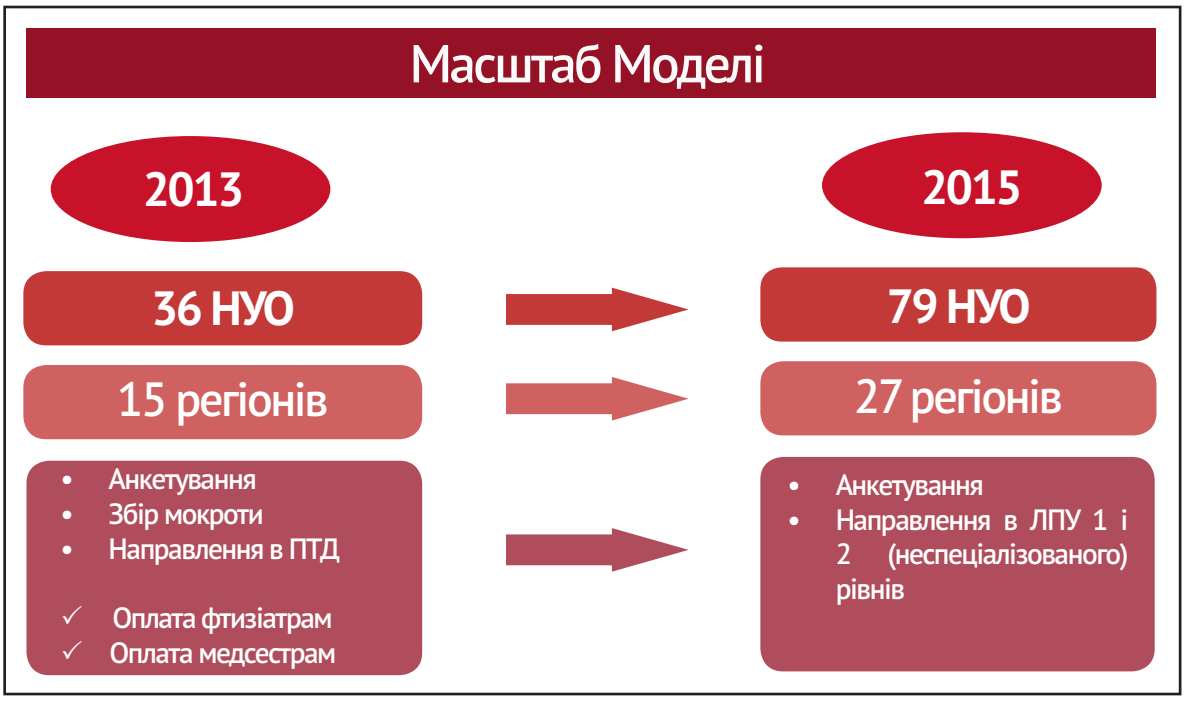


Рисунок 7. Схема моделі активного виявлення ТБ серед груп ризику із залученням НУО

«Бідність, відсутність грошей на елементарні потреби. Саме тому роми не можуть собі дозволити проходити лікування 6 місяців та залишити родину. Необхідно спробувати залучити релігійні або благодійні організації, які могли б допомогти з ліками, одягом та продовольчими пайками. В Дніпропетровській області у с. Перещепино закривають єдиний медичний пункт, в якому проходили медичне обстеження 18 сімей. Роми мали велику довіру до лікаря саме цього медпункту. Тут роми проходили обстеження на туберкульоз, робили вакцинації тощо. Нині цей медпункт працює лише раз на 2 тижні, а найближча лікарня знаходиться за 5 км – це дуже далеко і вони не довіряють тамтешнім лікарям».

(звіт МБО "Ромський жіночий фонд «Чіріклі» за лютий-березень 2012 р.)

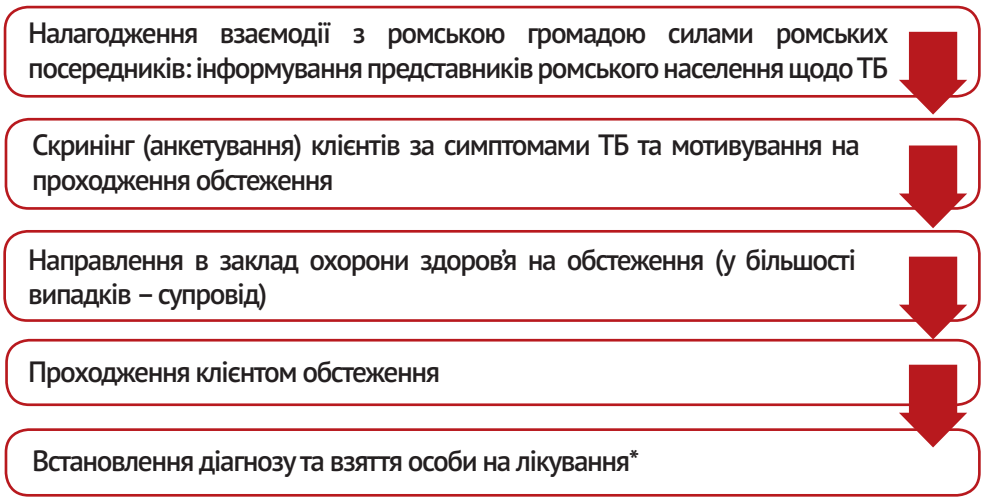
Система переадресації

Медіатор працював кожного дня в ромських поселеннях. Проводив скринінг за анкетою. Якщо результат був позитивним – людину направляли до лікарні (в разі потреби медіатор супроводжував до медичного закладу). Якщо діагноз підтверджувався, то лікар направляв на лікування, а посередник працював з родиною – пояснював яких профілактичних заходів треба вжити, щоб не захворіти тощо (див. Рис. 8).

Створення партнерства

Було налагоджене партнерство між медичними закладами (фтизіатричною службою – лікарем, медсестрами), соціальними працівниками, представниками різних НУО та відібраними соціально-медичними медіаторами, які пройшли спеціальний навчальний тренінг.

Для підтримки роботи медіаторів в регіонах та успішної співпраці з лікарями на початку роботи у 2012 р. Всеукраїнським Центром з Контролю ТБ було призначено 12 кураторів для співпраці з медіаторами на місцях. Ці куратори допомагали вирішувати проблеми із обстеженням ромського населення – забезпеченням плівкою для рентгенографічних обстежень, встановленням спеціальних годин прийому для ромського населення тощо. В різних населених пунктах було напрацьовано свій механізм взаємодії посередників та медичних працівників, який задовільняв обидві сторони.



* У разі потреби для контакту з клієнтом і його мотивування до лікування залучається ромський посередник

Рисунок 8. Схема переадресації в моделі 2

Необхідні ресурси для впровадження моделі

Нормативно-правові (накази, та інше). Наразі для впровадження моделі в Україні вже багато зроблено. Видано Указ Президента України «Про стратегію захисту та інтеграції в українське суспільство ромської національної меншини на період до 2020 року «Підтримка інтеграції ромської громади на місцевому рівні». В цій стратегії зазначені питання, що стосуються медичного напряму та реалізації проекту «Покращення доступу ромського населення до медичних послуг у сфері протидії захворювань на туберкульоз силами ромських медичних посередників».

Регулярно організовуються зустрічі з представниками державних структур – фтизіатрами, сімейними лікарями, з представниками центрів зайнятості, депутатами та працівниками міських та сільських рад, начальниками паспортних столів.

Додатково для реалізації моделі необхідні такі ресурси:

1. Спеціально навчені ромські посередники для проведення медико-соціального супроводу.
2. Забезпечення безкоштовного обстеження ромів та тісної співпраці з обласними фтизіатричними службами.
3. Окреме фінансування для проведення скринінгу на ТБ:
    - оплати роботи соцпрацівників за випадок проходження діагностики;
    - мотивації клієнтів для проходження діагностики;
    - оплата лікарям-фтизіатрам та медичним сестрам за роботу, що проводилась поза межами медичного закладу (проведення лекцій посередникам і їх клієнтам, збір мокротиння в місцях скупчення клієнтів).

«Першим бар'єром, з яким стикнулися в ході налагодження роботи було платне флюорографічне обстеження, а саме – плівки для обстеження. В Кіровограді, Запоріжжі, Сімферополі було досягнено домовленості про безкоштовне обстеження ромів, а в Запоріжжі – призначено дні, коли роми можуть проходити обстеження. Однак проблему ще не вирішено у Львові, Одесі».

(звіт МБО "Ромський жіночий фонд «Чіріклі» за лютий-березень 2012 р.)

Труднощі у впровадженні та їх вирішення

Лікувально-профілактичні заклади низового рівня не зацікавлені / не готові до проведення обстеження на ТБ клієнтів з груп ризику, адже роми є переважно клієнтами без реєстрації, мають незвичний зовнішній вигляд тощо.

Іноді графіки роботи закладів охорони здоров'я були незручними для пацієнтів-ромів або вимоги проходити профогляди повністю були для них незрозумілими або неприйнятними. Серед перешкод у виконанні роботи в проекті згадувалися відмови заповнення проектної документації.

З'ясувалося, що НУО не мотивовані супроводжувати скринінг-позитивних клієнтів в медичні заклади задля діагностики ТБ. А самі роми мають здебільшого вкрай незадовільні житлові умови; погано харчуються і не мають можливості придбати ліки; не розуміють серйозність хвороби та відмовляються від обстеження.

Досягнення та результати моделі

«Створити в медичних закладах кабінети для представників НУО для супроводу осіб з соціально вразливих верств населення з груп ризику (без прописки, без документів, в станах наркотичного або алкогольного сп'яніння), щоб такі особи мали можливість отримати якісне консультування або обстеження та заключення від спеціаліста. Необхідно матеріально мотивувати медичних працівників. А також чітко прописувати права і обов'язки в нормативно-правових документах».

(лікар-фтизіатр)

У період з 2013 р. по 2015 р. було проведено значну роботу. Так у 2013 р. було охоплено скринінгом 55549 осіб, з них обстежено в ЛПУ понад 46% осіб, серед яких виявлено 626 випадків ТБ. У 2014 р., не зважаючи на меншу кількість осіб, охоплених скринінгом (38720 чол.), частка обстежених суттєво зросла і сягнула 85%, з яких у 510 випадках був виявлений ТБ (див. Табл. 2).

Таблиця 2. Результати реалізації моделі 2 (2013-2015 рр.)

	2013 р.	2014 р.	9 міс. 2015 р.
Охоплено скринінгом, осіб	55549	38720	125482
Обстежено у медичних закладах, осіб	5 698	5214	10496
Потребують дообстеження, осіб	12305	6123	12697
З них виявлено ТБ, осіб	626	510	405

Висновки та рекомендації

Підсумовуючи роботу з реалізації цієї моделі, можна зробити висновок, що вона є ефективною для ромського населення України. Однак зважаючи на реалізацію в Україні цього проекту з 2012 р. і донині коштом міжнародних донорів, подальша реалізація після закінчення гранту Глобального Фонду є невизначеною. Для забезпечення її стійкості необхідно втілити низку заходів:

- Забезпечити навчання усіх ромських соціально-медичних посередників, які планують впроваджувати компонент протидії ТБ, за блоками питань щодо організації медичної допомоги хворим на ТБ, нових методів діагностики, переходу на амбулаторне лікування ТБ, заходів контролю тощо.
- Організувати проведення для осіб ромської національної меншини інформаційно-просвітницьких заходів з метою підвищення рівня їх обізнаності про права людини (зокрема права на отримання медичної допомоги).

«Закріпити посаду ромського посередника в класифікаторі професій. Включати таких посередників в штат соціальних центрів».

(віце-президент МБО «Ромський жіночий фонд «Чіріклі»)

- Провести інформаційно-просвітницьку роботу серед медичних працівників, спрямовану на протидію упередженому ставленню до осіб ромської національної меншини.
- Сприяти особам ромської національної меншини, які на законних підставах перебувають на території України, в отриманні документів, що посвідчують особу і підтверджують громадянство (для отримання повноцінної медичної допомоги).
- Зробити офіційною професію ромського соціально-медичного посередника та передбачити в місцевих бюджетах кошти для такої діяльності (у тому числі для реалізації цієї моделі).

«В Дніпропетровській області медіатор мав великі проблеми щодо направлення ромів на обстеження. Через необізнаність та недовіру до медичних працівників вони категорично відмовлялися від обстеження. Та після того, як вона направила кількох людей і спільно з ними пройшла обстеження, їхня позиція змінилася. Роми стали допомагати посереднику у роботі, проводити зустрічі з рештою громади, переконувати обстежитися інших ромів, адже це безпечно та безкоштовно».

«У м. Ужгород нині ситуація щодо здоров'я ромів дещо покращилася, фтизіатри та дільничні лікарі задоволені спільною роботою та співпрацею з медіаторами».

«Одна з медіаторок з м. Донецьк відбувала термін ув'язнення в місці позбавлення волі, тому робота медіатора стала для неї другим шансом на життя. Вона ніколи не вірила, що ромська жінка зможе чесно працювати та заробляти гроші для своєї родини. Про проблему ТБ вона знала дуже добре з особистого досвіду, тому їй вдавалося переконувати людей проходити обстеження на ТБ. Вона стала прикладом для багатьох жінок схожої долі».

«В Закарпатській області жінка 18 років, яка мала 3-річну дитину і була вагітною вдруге, хворіла відкритою формою ТБ. Вона лежала в туб. диспансері, однак перервала лікування та втекла додому. Змусити її лікуватися лікарі не змогли, адже вона категорично заперечувала хворобу в себе. Медіатор допомагав лікарям і слідкував за її лікуванням, яке проходило вдома. Проте належного лікування надати дома було неможливо. Під час вагітності вона відчула погіршення стану здоров'я і звернулася до лікарів. Лікарі не знали про відкриту форму ТБ пацієнтки і госпіталізували її у відділення гінекології в загальну палату, що було небезпечним для інших осіб. Медіатор, який дізнався про це від чоловіка хворої, повідомив про це лікарів тубдиспансеру, які, в свою чергу, повідомили лікарню, де перебувала хвора жінка. Її було переведено в Ужгородський обласний туб. диспансер, проте ця лікарня знаходиться далеко від місця проживання і немає гарантії щодо успішності проходження усього курсу лікування».

«В с. Концово медичний посередник виявила ромську сім'ю (чоловіка та жінку), які мали підозри на ТБ. В родині проживало ще 4 їхніх діток. Довгий час жінка категорично відмовлялася від обстеження та не дозволяла лікарям обстежувати дітей. Після роботи медіатора з цією родиною вони згодились пройти обстеження. Однак через те, що жінка мала відкриту форму ТБ, а лікування було розпочате занадто пізно, згодом вона померла. Чоловік після цього зрозумів небезпечність хвороби, розпочав лікування, а діти пройшли обстеження. Наразі медичний посередник спостерігає за його лікуванням».

(звіт Міжнародної благодійної організації "Ромьский жіночий фонд «Чіріклі» за жовтень – грудень 2012 р.)

МОДЕЛЬ 3

ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЛІКУВАННЯ
СПІВПРАЦЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ЗАКЛАДІВ ІЗ ЗАКЛАДАМИ ПМСД

Система охорони здоров'я в Україні зберегла пострадянський принцип діяльності, основна характеристика якого – пріоритетність стаціонарного лікування. Особливо – щодо лікування туберкульозу, адже система надання протитуберкульозних послуг в Україні передбачає майже стовідсоткову госпіталізацію пацієнтів, хворих на туберкульоз, принаймні на період інтенсивної фази ІФ лікування. Однак більшість пацієнтів, зважаючи на клінічні прояви захворювання, можуть лікуватися амбулаторно. Це передбачено Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз. Практика надмірної госпіталізації поширена у більшості регіонів України і пояснюється, передусім, фінансуванням медичних закладів з розрахунку на ліжко-день.

Міжнародно визнаним підходом до організації проти туберкульозної допомоги є амбулаторне лікування хворих. Саме тому, починаючи з 2013 р. за підтримки проекту АМР США «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» активізувалося впровадження амбулаторного лікування хворих на ТБ у Дніпропетровській області, зокрема, в м. Кривий Ріг.

Кривий Ріг – одне з міст України з великим тягарем ТБ та поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ. З початку свого заснування місто розвивалося як промисловий центр, де переважала важка та гірничодобувна промисловість і розташований однин із найпотужніших в Україні заводів «Криворіжсталь». За останні кілька десятиріч через згортання видобування та виробництва значно зросло безробіття у регіоні, склалися несприятливі соціально-економічні умови. Це, своєю чергою, спричинило високий рівень вживання психотропних хімічних речовин, зростання поширеності соціально небезпечних захворювань – СНІД та ТБ.

У 2013 р. населення міста становило 657760 осіб. Тягар ТБ у Кривому Розі є одним із найвищих в Україні. Так, захворюваність на ТБ у 2013 р. (на момент реалізації пілоту) становила 104,9 на 100 000 населення, захворюваність на ТБ / ВІЛ – 27,9 на 100 000 населення (див. Рис. 9).

Протитуберкульозну допомогу населенню міста надають КЗ «Криворізький протитуберкульозний диспансер №2» Дніпропетровської обласної ради» (на 500 ліжок постійного стаціонарного перебування і 45 ліжок денного перебування) та два дитячі протитуберкульозні санаторії (на 75 та 65 ліжок відповідно).

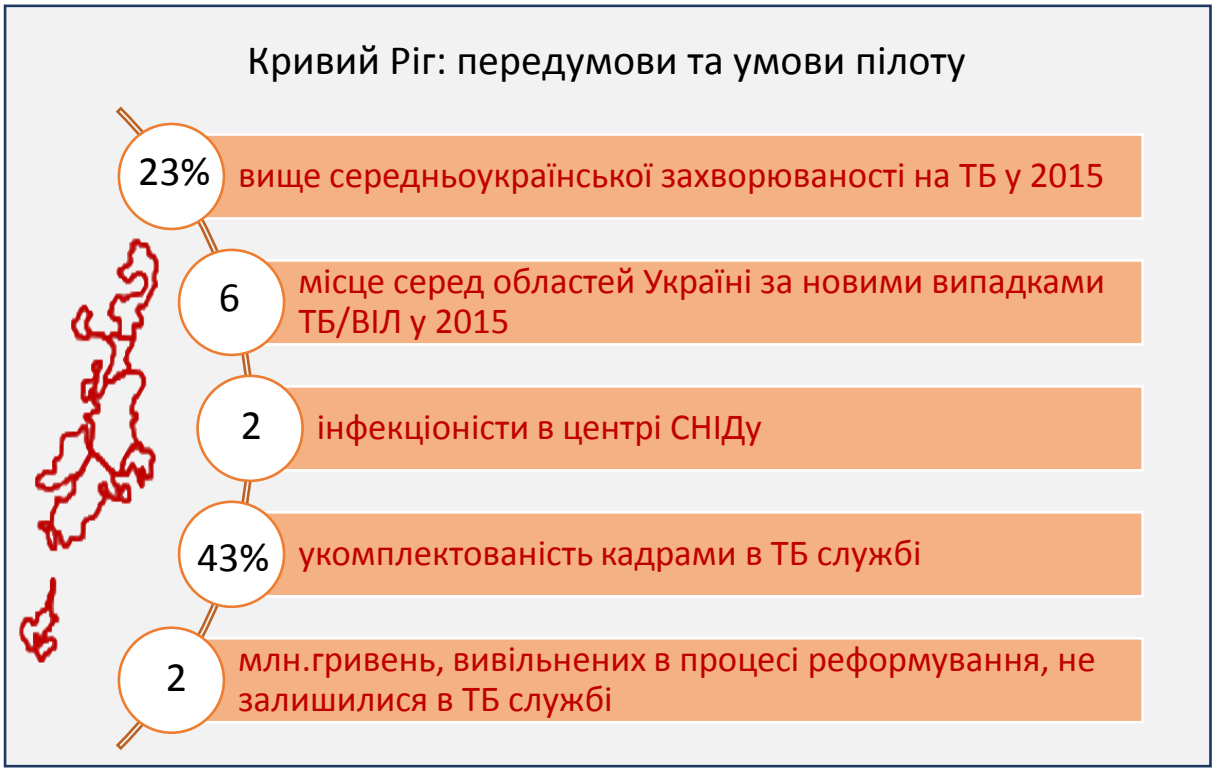


Рисунок 9. Схема передумов вибору м. Кривий Ріг як пілотного регіону

Уподовж реформування медичної сфери у місті було створено 7 центрів первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входять по декілька амбулаторій загальної практики сімейної медицини. У 2013 р. розпочалося поступове залучення усієї мережі ПМСД до допомоги населенню щодо туберкульозу.

Упровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз співпало з реформуванням медичної галузі в місті, яке розпочалося у рамках державного пілотування реформи охорони здоров'я у Дніпропетровській області. На тлі вкрай несприятливої епідемічної ситуації з ТБ та ТБ/ВІЛ у місті та відчутної нестачі фінансових і кадрових ресурсів, питання про перевагу амбулаторного лікування хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ із залученням усіх надавачів медичних послуг набуло ще більшої актуальності.

В межах реалізації пілотних програм з впровадження амбулаторних моделей у м. Кривий Ріг на основі обласних наказів була розроблена низка документів, що регламентують роботу з надання медичної допомоги хворим на ТБ на амбулаторному етапі. Спочатку пілот впроваджувався протягом року в Тернівському районі м. Кривий Ріг. Нині відбувається активне залучення первинної медичної ланки до виявлення та лікування хворих на туберкульоз на підтримуючий фазі лікування в усьому місті, розроблена документація та алгоритми дій з цих питань.

Мета і цілі моделі

Мета моделі – впровадження найбільш ефективних амбулаторних моделей лікування хворих на ТБ та ТБ / ВІЛ, з наданням переваги лікуванню хворих у закладах ПМСД,.

Основні завдання моделі:

- оптимізація амбулаторних моделей лікування хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ та оцінка їхньої ефективності;
- покращення якості та розповсюдження практики лікування хворих на ТБ та ТБ / ВІЛ у закладах ПМСД;
- перегляд критеріїв для госпіталізації до цілодобового стаціонару хворих на туберкульоз у відповідності до доказової практики та визначення перешкод скорочення кількості випадків госпіталізації в пілотному регіоні;
- визначення критеріїв оцінки амбулаторних моделей лікування хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ у пілоті;
- спрямування зусиль на покращення якості профілактичної роботи в осередках туберкульозної інфекції;
- доведення відсутності додаткового ризику поширення ТБ інфекції за умови впровадження амбулаторних моделей лікування ТБ та покращення системної роботи з групами ризику (зокрема з контактними особами);
- обґрунтування рекомендації щодо використання в регіоні та за його межами дослідженої моделі надання амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз.

Опис дизайну моделі

Модель лікування хворих на ТБ та ТБ / ВІЛ, з наданням переваги закладам ПМСД, є механізмом раціонального використання ресурсів сфери охорони здоров'я, тому саме такий спосіб організації допомоги рекомендує ВООЗ. Ця Модель, як і Модель TB-REACH, концептуально пов'язана із актуальним сьогодні підходом перерозподілу обов'язків, започаткованим ВООЗ у 2008 р. з метою підвищення рівня охоплення ВІЛ-послугами. Перерозподіл обов'язків передбачає застосування принципу делегування, при якому певні обов'язки, де це доцільно, передаються іншим виконавцям, та є одним із способів вирішення проблеми нестачі медичних кадрів.

В ході пілоту впроваджувалось кілька основних моделей лікування ТБ:

- Комбінована модель - лікування туберкульозу в умовах стаціонару з подальшим амбулаторним лікуванням.
- Амбулаторна модель лікування туберкульозу.

Принципи роботи амбулаторних моделей:

- надання медичних послуг, орієнтоване на потреби пацієнта (зручність для пацієнта; поважне ставлення, мотивація);
- економічна ефективність;
- упровадження інноваційних методів діагностики та лікування ТБ;
- формування прихильності до лікування хворих на ТБ шляхом їхнього забезпечення соціальною підтримкою;
- здійснення безпосереднього нагляду за лікуванням.

«Мене відвезли та зразу поклали на стаціонар, потім запропонували амбулаторне лікування в ДОТ кабінет», «Зразу запропонували амбулаторно лікування по місту проживання», «Так як я не бацилярна тому зразу запропонували амбулаторне лікування. Пропонували стаціонар на дому», «Запропонували лягти в лікарню, я відмовився бо в мене мати хвора, запропонували амбулаторне лікування»

(пацієнти)

Впровадження моделі забезпечило створення мережі медичних закладів амбулаторного рівня з надання медичної допомоги хворим ТБ та ТБ/ВІЛ з дотриманням вимог, обумовлених національною нормативною базою, зокрема: відкриття ДОТ-кабінетів в кожному ЦПМСД та забезпечення надання ДОТ-послуг в кожній амбулаторії, впровадження стаціонару на дому, скорочення перебування хворих в стаціонарі (виписка на амбулаторне лікування одразу після негативації мазка).

Самі пацієнти відзначали, що лікар знайомив їх з можливими варіантами організації лікування така варіативність дала змогу обирати найбільш зручний спосіб лікування, пов'язаний з близькістю до місця проживання або особистими обставинами.

У медичних закладах, де не створені ДОТ-кабінети, була передбачена можливість для хворих на ТБ отримувати ДОТ-послугу на первинній ланці медичної допомоги. Графік роботи ДОТ-кабінетів співпадав з графіком роботи лікувального закладу, де він розташований.

У м. Кривий Ріг створено 19 ДОТ-кабінетів при амбулаторіях та 19 пунктів контрольованого лікування. У 2017 р. створені кабінети інтегрованої допомоги, де надають допомогу не лише хворим ТБ, а й ТБ/ВІЛ і наркозалежним. Нині на амбулаторному лікуванні в ПМСД перебуває понад 100 пацієнтів.

Варіант 1 - Надання амбулаторної допомоги хворим у тяжкому стані (див. Рис.10).

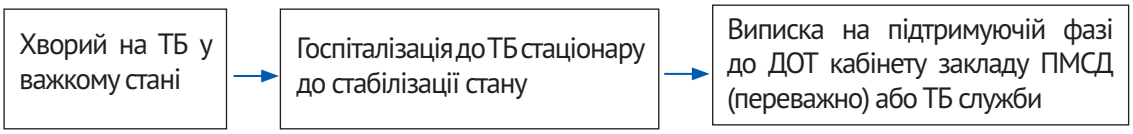


Рисунок 10. Алгоритм комбінованої допомоги хворим на ТБ у важкому стані (стаціонар - ПМСД)

«Вибрав тут в поліклініці, оскільки ближче до дому»,

«Поруч живу. Так зручніше»

«Хвора мама, не має з ким залишити»

(пацієнти)

Цей варіант передбачав госпітальний етап лікування для всіх хворих на ТБ, незалежно від результатів мазка, протягом інтенсивної фази (до стабілізації загального стану), та амбулаторне лікування переважно у фтизіатричній службі протягом підтримуючої фази лікування.

Варіант 2 – Надання амбулаторного лікування хворого на ТБ з негативним мазком (див. Рис. 11) в залежності від потреб хворого, передбачав використання різних форм амбулаторного лікування:

- в денному стаціонарі (на період підбору препаратів), з подальшим перенаправленням в ДОТ-кабінет ПМСД;
- відразу в ДОТ -кабінет ПМСД на весь період лікування.

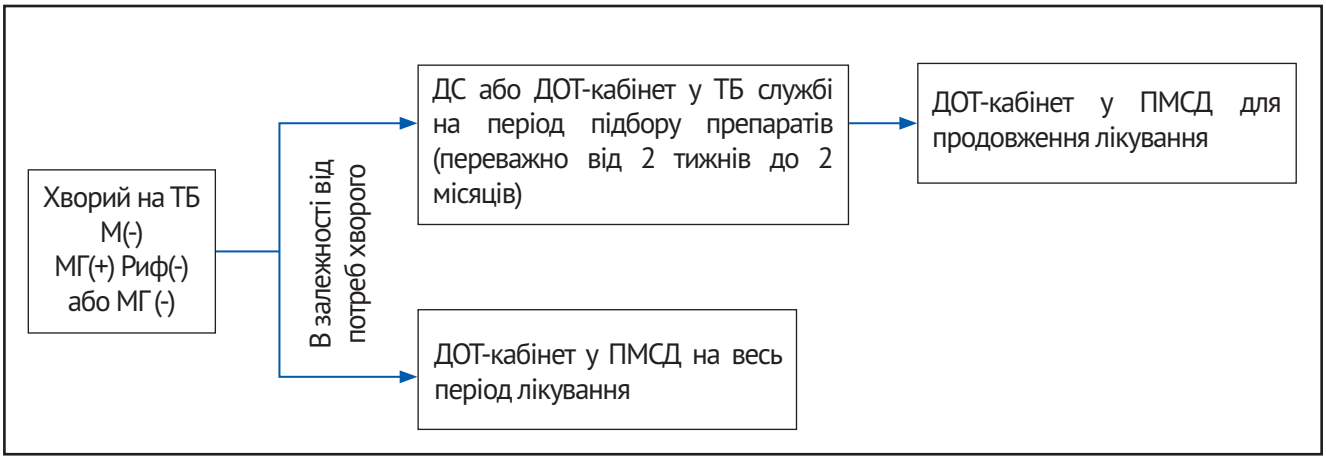


Рисунок 11. Організація лікування хворого на ТБ з негативним мазком

Варіант 3 – Надання амбулаторного лікування хворому на ТБ з позитивним мазком (див. Рис. 12) передбачав направлення пацієнтів до закладів ПМСД після проведення інтенсивної фази у фтизіатричній службі та припинення бактеріовиділення.

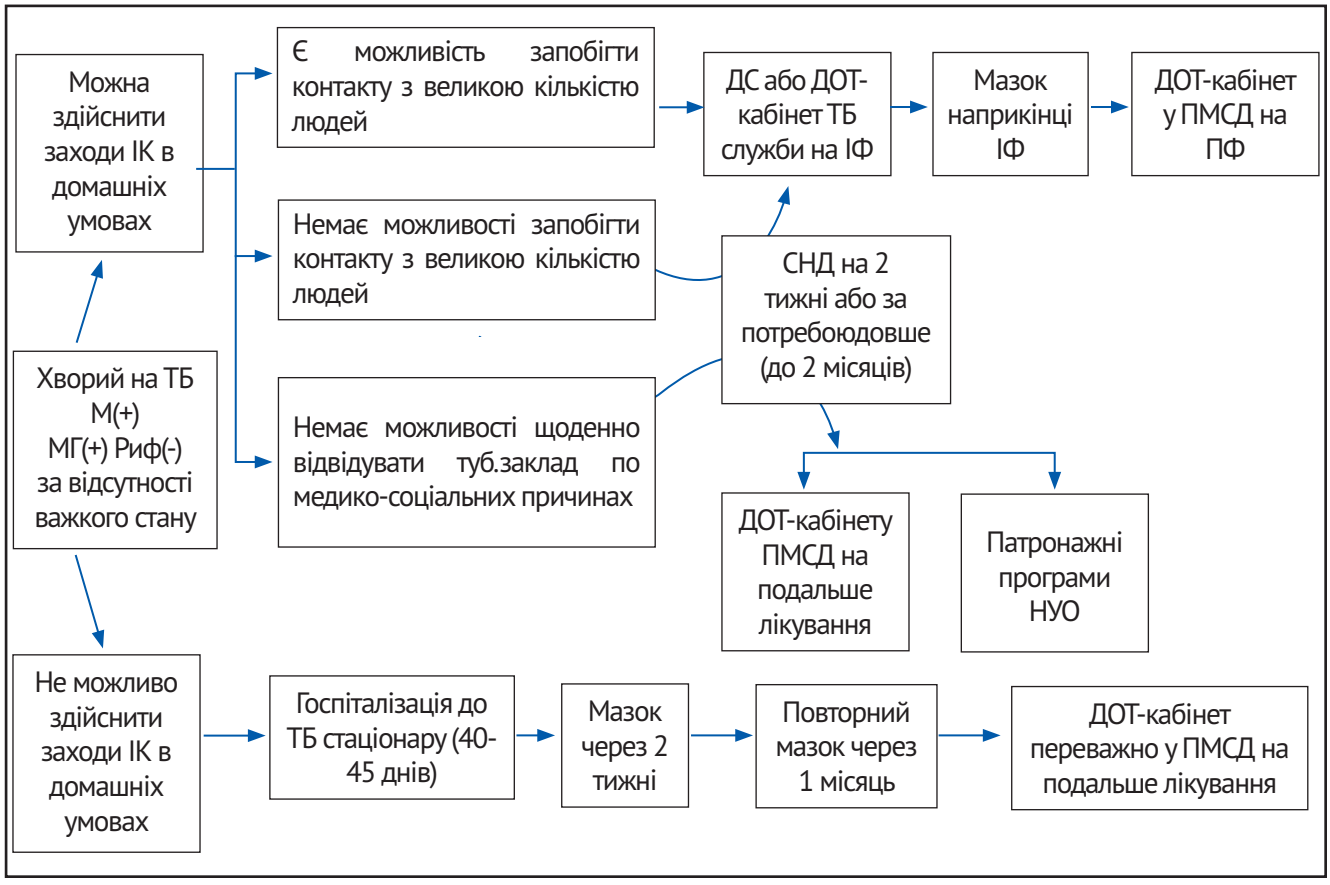


Рисунок 12. Організація лікування хворого на ТБ з позитивним мазком

У випадку конфекції ТБ/ВІЛ модель амбулаторної допомоги мала інший вигляд (див. Рис. 13-14):

Або пацієнти з ТБ/ВІЛ у тяжкому стані, але без бактеріовиділення, лікувалися виключно в стаціонарі інфекційної лікарні і, таким чином, для них був зменшений ризик реінфекції.

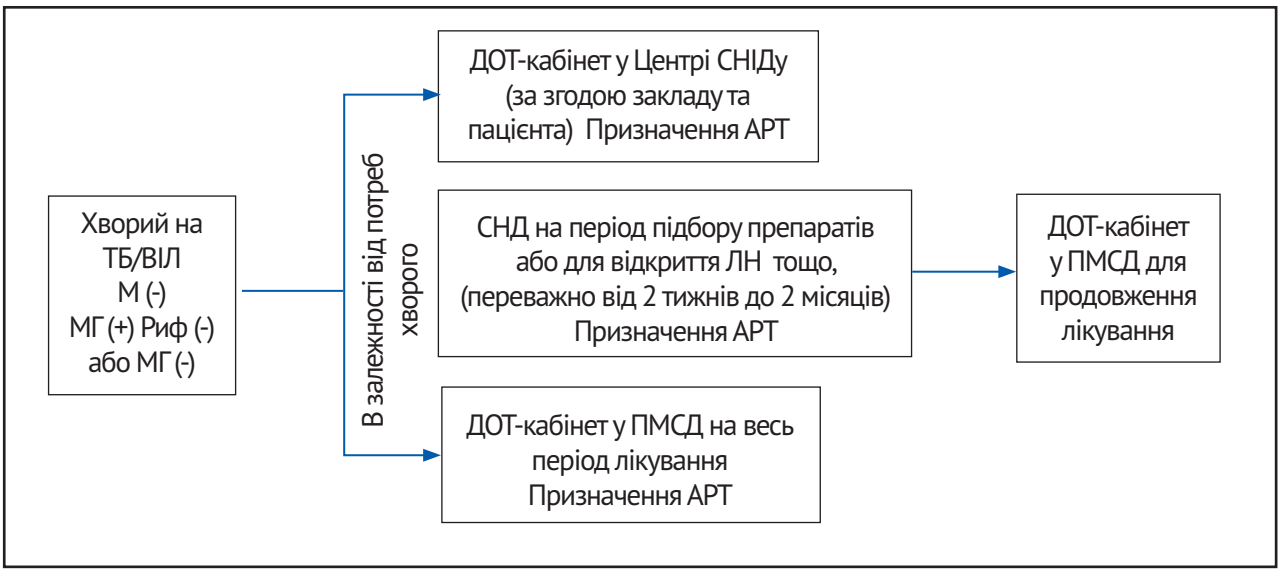


Рисунок 13. Організація лікування хворого на ТБ / ВІЛ з негативним мазком

Або пацієнти з ТБ/ВІЛ у тяжкому стані з бактеріовиділенням лікувалися у ТБ стаціонарі, а за можливості – в інфекційному стаціонарі до стабілізації стану за умови дотримання ІК, призначення АРТ з подальшим амбулаторним етапом лікування в ДОТ-кабінеті закладу ПМСД.

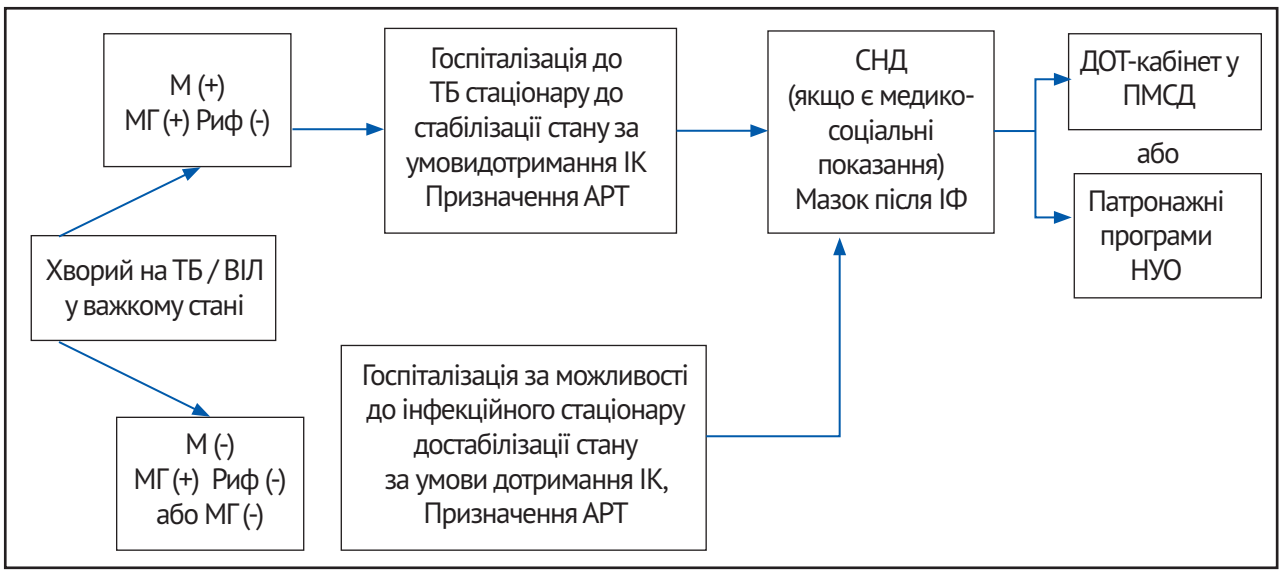


Рисунок 14. Організація лікування хворого на ТБ / ВІЛ з позитивним мазком

Загалом, хворі на ТБ могли отримати такий перелік медичних послуг:

- ДОТ-сервіс, наданий медсестрою при візиті пацієнта з ТБ в ДОТ-кабінет у ТБ-службі;
- ДОТ-сервіс, що надається медсестрою під час відвідування пацієнта в приміщенні ДОТ-кабінету закладу ПМСД;
- візит медсестри Червоного Хреста до пацієнта для надання ДОТ;
- лікування у денному стаціонарі ТБ служби, який включає консультацію лікаря та ДОТ-послугу, що надається медсестрою;
- консультацію сімейного лікаря в ПМСД;
- консультацію лікаря-фтизіатра в амбулаторному фтизіатричному відділенні;
- лікування в денному стаціонарі (хірургічному відділенні фтизіатричної служби);
- лікування в «стаціонарі на дому» (СНД).

Пацієнти, при описанні складників лікування в умовах амбулаторного етапу, повідомляли про такі види регулярних щоденних процедур як прийом ліків перорально та ін'єкційно та нерегулярних – аналізи, додаткові обстеження тощо.

Складові цієї моделі, запроваджені ще 2016 р., працюють й досі.

Для пілотування моделей амбулаторного лікування хворих на ТБ був обраний Тернівський район міста Кривий Ріг:

- рівень захворюваності на ТБ вищий середнього рівня по місту;
- є кілька моделей амбулаторного лікування хворих на ТБ, які потребують подальшого розвитку та аналізу;
- є відповідальний медичний персонал фтизіатричної служби;
- зручна координація пілоту з боку протитуберкульозного закладу;
- угода з місцевою владою;
- представлені різноманітні групи населення.

Результати пілоту були проаналізовані в динаміці та у порівнянні з результатами «контрольного» району - Центрально-міського, після чого були поширені на все місто і на всі групи пацієнтів (а не лише з груп ризику).

Створення партнерства

В процесі проведення аналізу даної моделі, було виявлено 3 основних її «гравця» – фтизіатрична служба, первинна ланка медичної допомоги та неурядові організації. Причому, за словами пацієнтів, підтримка продуктовими наборами від Червоного Хреста, а також допомога Альянсу для хворих з ко-інфекцією були вагомими, адже ці організації пацієнти називали, коли велась мова про допомогу у подоланні труднощів під час лікування .

«Кожен день приходжу п'ю таблетки та роблять уколи»

«Аналізи здаю 1 раз на місяць/два місяці; 2 рази в місяць»,

«флюорографію раз в 3 місяці, рентген раз на півроку», «якщо лікар бачив проблеми, то додатково назначали капельниці, глюкозу обов'язково»,

«один раз УЗД робили, коли були проблеми с підшлунковою»

(пацієнти)

«… є організація Альянс»,

«Червоний Хрест видає продуктові набори»

(пацієнти)

«Надо оплачивать труд медсестёр, которые контролируют лечение. Но не в зависимости от количества пациентов, а от конечного результата (чтобы это мотивировало больше разговаривать-уговаривать и устанавливать более тесный и доверительный контакт, ведь учитывая нашу нагрузку и нехватку кадров, часто не остаётся времени на разговор с пациентом). Полиция особо с нами не сотрудничает, санстанция преобразована в лабораторию и тоже не сотрудничает. Сотрудницы — в основном женщины, и они рискуют подвергнуться физическому/ эмоциональному насилию или угрозам его применения со стороны пациентов».

(лікар-фтизіатр)

У відповідності до задіяних учасників у м. Кривий Ріг модель реалізувалась у вигляді кількох організаційних форм:

- ДОТ-кабінети закладів ПМСД;
- ДОТ-кабінети ТБ служби;
- денний стаціонар ТБ служби;
- стаціонар на дому ТБ служби;
- супровід з боку НУО.

Впровадження амбулаторної моделі лікування проводилось на підставі таких наказів:

- Наказ МОЗ України №927 від 17.12.2009 р. «Про затвердження Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі».
- Наказ УОЗ виконкому Криворізької міської ради від 29.03.2012 р. №53 «Про створення кабінетів контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі при ЦПМСД міста» зі змінами від 25.04.2013 р. №70 та від 01.09.2017 р. №139.
- Рішення Дніпропетровської обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу №2 від 19.08.2014 р.
- Лист від ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» від 13.11.2014 р. №2057 «Про надання інформації для впровадження амбулаторних моделей».
- Наказ Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації від 25.12.2014 р. №1508/0/19714 «Про оптимізацію ліжкового фонду та організацію роботи КЗ «КПТД №2 ДОР».
- Рішення міської Координаційної ради з питань охорони здоров'я та соціально небезпечних хвороб від 02.08.2016 р. «Щодо сприяння максимальному охопленню соціальними послугами незахищених верств населення, груп підвищеного ризику та хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ».
- Наказ КЗ «КПТД №2» ДОР» від 03.07.2017 р. №281 «Про організацію амбулаторного етапу лікування хворих на туберкульоз».

Система переадресації

Залежно від форми ТБ та моделі, яка застосовується, обиралася та чи інша система переадресації (див. Рис. 15).

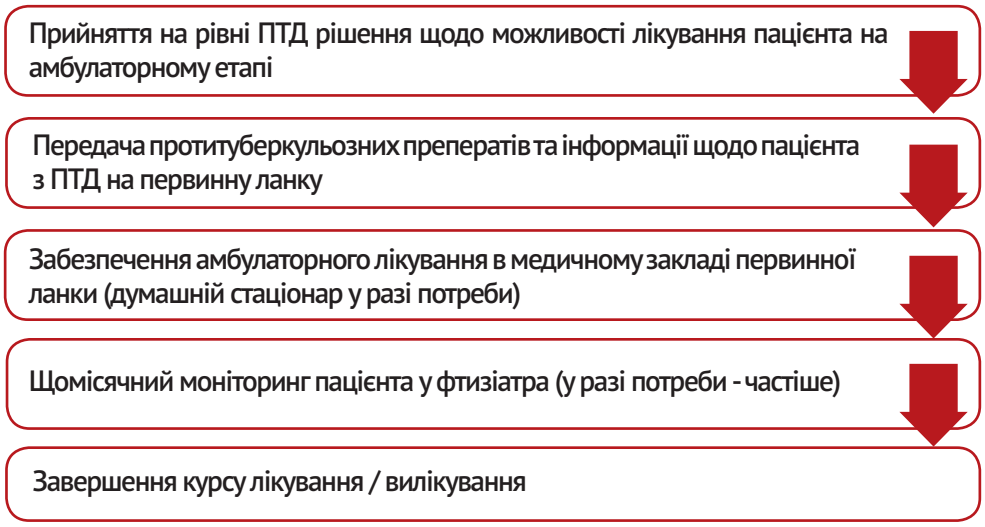


Рисунок 15. Система взаємодії між надавачами послуг в моделі 3

Проектні заходи були покликані сприяти налагодженню співпраці між фтизіатричними закладами, закладами ПМСД та в деяких випадках – НУО.

Необхідні ресурси для впровадження моделі:

Нормативно-правові (накази, та інше). Наразі у м. Кривий Ріг вже багато зроблено для впровадження амбулаторних моделей лікування хворих, а саме: розроблена нормативна база з амбулаторного лікування пацієнтів у ДОТ-кабінетах медичних закладів різних рівнів медичної допомоги (у т. ч. маршрути пацієнтів). Створені механізми взаємодії та зворотного зв'язку між лікувальними закладами. Розроблена документація щодо залучення первинної медичної ланки до виявлення та лікування хворих на туберкульоз на підтримуючий фазі лікування та алгоритми дій з цих питань.

Додатково, у рамках розробки інноваційних моделей, розраховано модель «стаціонар на дому», яка є економічно вигіднішою, ніж перебування хворого у стаціонарі з цілодобовим перебуванням; створена відбіркова комісія (ВК), яка визначає організацію лікування пацієнта на амбулаторному етапі.

«Люди, работающие с небациллярными пациентами в интенсивной фазе, где лечение происходит в ДОТ-кабинете, работают без оплаты. А за контакт с туберкулёзными больными можно давать хотя бы 30% (мало того, это считается их «общественная нагрузка») оплачивает эту работу ЦПМСД, а не противотуберкулёзная служба, или общественные организации. Нагрузка на медсестёр ДОТ-кабинетов каждый раз разная. Взаимосвязь и взаимопонимание очень тесные, регулярно контролируются дозы, принятые пациентом амбулаторно, мы знаем, буквально на следующий же день, когда произошел отрыв от лечения. Довольны тем, как нам помогает ЦПМСД, но считаемэто нашей заслугой».

(лікар-фтизіатр)

«В связи с дублированием бумажной документации в електронном виде, количество работы стало вдвое большим, плюс дефицит кадров – до 50% обеспеченность медсестёр и до 30-40 %»

(фтизіатр)

Фінансові (оплата послуг фтизіатра, медичної сестри та соцпрацівника за випадок надання амбулаторної допомоги, тощо). За словами головного лікаря КЗ «Криворізький протитуберкульозний диспансер №2» ДОР», місцева влада всебічно підтримала дану модель, а бюджетом міста були передбачені кошти на продуктові пайки пацієнтам (з 300 тис. грн. до 500тис. грн. у 2017 р.)

Людські (потреба у медичних та соціальних працівниках). За даними опитувань ключовим персоналом для збереження ефективності моделі є сімейні лікарі та медсестри. Необхідно збільшити їхню кількість на ПМСД та передбачити належне фінансування на національному та місцевому рівнях. Як альтернативу можна розглянути найм додаткових соцпрацівників поза штатом за рахунок нових міжнародних проектів та програм (у т. ч. від Глобального Фонду), а також залучення НУО.

Труднощі у впровадженні та їх вирішення

Впровадження моделі супроводжувалося підтримкою місцевої влади, однак, попри обіцянки залишити фінансування у попередньому обсязі, після скорочення ліжок у стаціонарі, кошти на ТБ-службу зменшились. Це створює умови для небажання адміністраторів сприяти вчасній виписці пацієнтів на амбулаторну фазу лікування одразу після абацилювання та подовження необґрунтованого перебування в стаціонарі. Через обмеженість фінансування довелось також згорнути такий варіант моделі, як стаціонар на дому.

«На уровне Управления здравоохранением города и области – приказ о создании ДОТ-кабинетов, который регулярно обновляется в части бухгалтерии – стоимости, передачи и списания медикаментов. Меняется нормативная база в области, меняем и мы в городе».

(в.о. позаштатного спеціаліста по фтизіатрії)

Є труднощі з виявленням ТБ методом мікроскопії мазка, які призвели до зниження ефективності методу: зараз виявлення за мазком становить 3,1%, а під час впровадження проекту показник сягав 5,5%. Як наслідок - 39 запущених випадків ТБ за рік.

Досягнення та результати проекту

В результаті впровадження моделі спостерігається зменшення рівня госпіталізації пацієнтів, значне збільшення кількості пацієнтів, які лікували туберкульоз виключно амбулаторно (див. Табл. 3). Також відзначається значне збільшення кількості тих, хто лікувався на первинній ланці медичної допомоги, як протягом підтримуючої фази, так і протягом усього курсу лікування. Це дало змогу розвантажити фтизіатричну службу, а також сприяло покращенню взаємодії між службами. Також, пацієнти з ТБ / ВІЛ у тяжкому стані, але без бактеріовиділення, лікувалися виключно в інфекційному стаціонарі і, таким чином,для них був зменшений ризик реінфекції.

З таблиці видно, що розподіл пацієнтів за місцем отримання ДОТ-послуги зріс у 2017 р. порівняно з 2016 р, зменшилась кількість хворих у денному стаціонарі. Натомість, збільшилось число тих, хто отримує протитуберкульозні препарати у ДОТ-кабінеті ПТД. Незначне зменшення також спостерігається у кількості пацієнтів, які отримують ДОТ-послуги у закладах ЦПМСД. За словами керівництва ПТД, це пов'язано зі збільшенням ДОТ-послуг, які надаються патронажними сестрами ТЧХУ, адже багатьом пацієнтам зручніше, коли ліки приносять додому, ніж, коли треба ходити за ними до медичного закладу.

Таблиця 3. Динаміка амбулаторного лікування ТБ у м. Кривий Ріг за 2016-2017 рр.

	Кількість хворих, осіб 2014 р.	
Види амбулаторного лікування	**2016 р.**	**2017 р.**
Денний стаціонар	186	117
ДОТ - ПТД	300	417
ДОТ - ЦПМСД	348	328
Супровід ТЧХУ	95	235
Супровід ЛЖВ	190	187
Всього	**1119**	**1284**

Існує точка зору, що в стаціонарі значно зручніше організувати ДОТ-лікування, тому ефективність має бути вищою там, де застосовуються стаціонарні моделі. Також, стаціонарне лікування часто розглядається як спосіб ізолювати заразних пацієнтів для того, щоб припинити поширення захворювання в осередках[20]. Аналіз ефективності лікування під час впровадження моделі спростовує це упередження (див. Рис. 16).

Організація лікування пацієнтів переважно в амбулаторних умовах та більше залучення ПМСД не зменшують ефективність лікування у групі пацієнтів. Цей висновок дозволяє в майбутньому скоротити охоплення пацієнтів госпіталізацією та використовувати для їх лікування більш економічні підходи, а саме – лікування на рівні ПМСД, економічну доцільність якої обґрунтовано (див. Рис. 17).

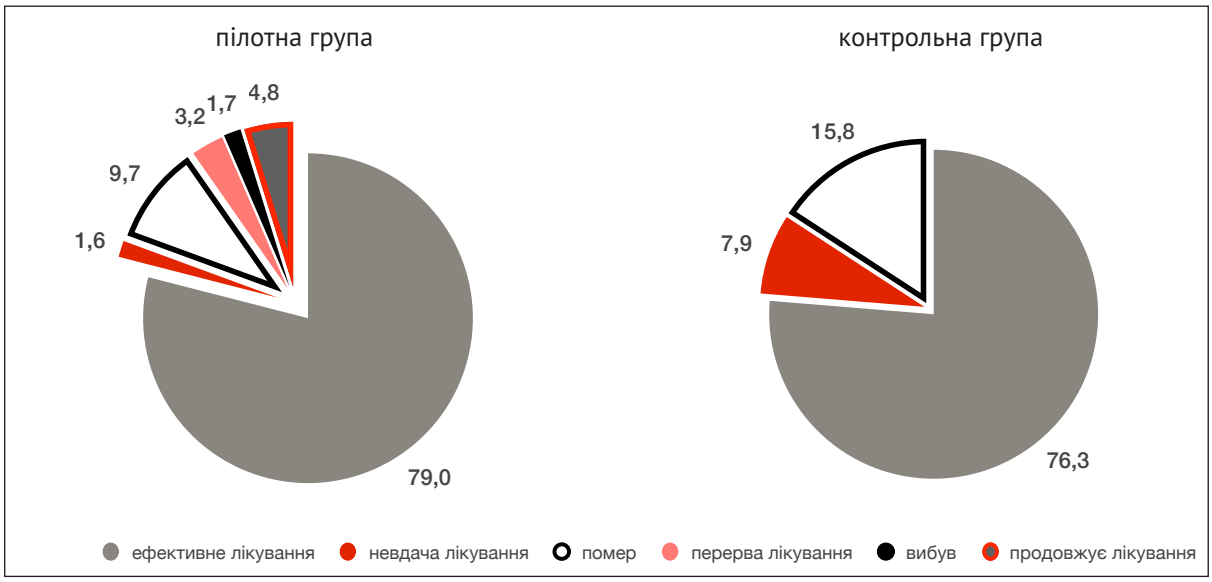


Рисунок 16. Результати лікування ТБ пацієнтів у пілоті з амбулаторного лікування

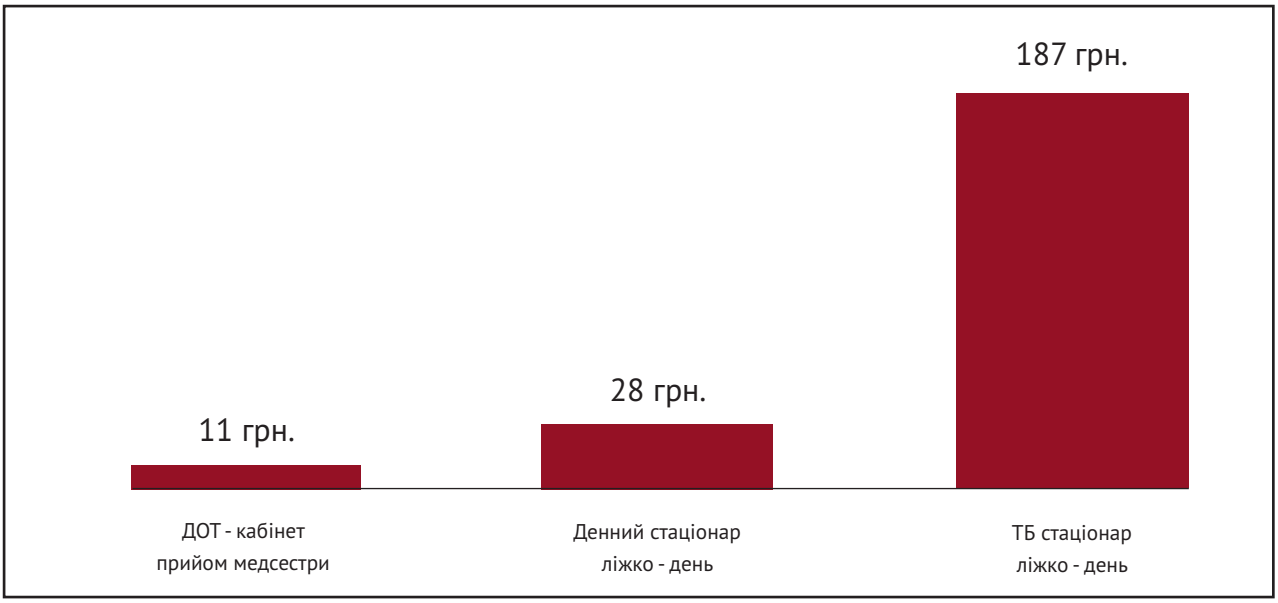


Рисунок 17. Вартість організації лікування ТБ пацієнтів, грн. (без препаратів і лабораторних досліджень)

«Проанализировали, провели обсуждение и распространили приказ на город. Заинтересовали всех учёбой и тренингами по инфекционному контролю, по фарммененджменту, 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 – всеми. Выезжали на места, читали тренинги равный-равному. Потом смотрели на организацию работы, консультировали, подсказывали».

(головний лікар КЗ «КПТД №2 ДОР»)

Вартість послуги лікування у DOT-кабінеті є найнижчою. Хоча вартість лікування пацієнта у моделі «Денний стаціонар» майже утричі вища, все одно таке лікування є значно дешевшим, ніж лікування у стаціонарі з цілодобовим перебуванням.

Таким чином, упродовж уже декількох років у м. Кривий Ріг триває реорганізація фтизіатричної служби, що супроводжується скороченням ліжок цілодобового стаціонару та посиленням потужності денного стаціонару. Це сприяє активізації амбулаторного лікування хворих на ТБ.

Основні досягнення проекту:

- Розробка та запровадження покрокової взаємодії служб на місцях.
- Підвищення потенціалу ПМСД. На кінець 2017 р. у ЦПМСД було створено 16 ДОТ кабінетів та 20 пунктів контрольованого лікування.
- Запровадження безперервної системи підвищення кваліфікації – тренінгів для медичних працівників ПМСД.
- Підвищення рівня прихильності хворих на ТБ до лікування: всього лікувалось амбулаторно в ЦПМСД у 2016 р. 348 осіб хворих; у 2017 р. - 328 хворих.
- Практична відсутність випадків захворювання на ТБ серед контактних: у 2016 р. не було жодного, у 2017 р. – одна дитина без щеплення БЦЖ (щеплення не було проведене спочатку у зв'язку з ВІЛ-інфекцією матері, а у подальшому – через відсутність вакцини). При цьому, мати дитини, яка захворіла, лікувалась в умовах стаціонару.
- Доведена економічна ефективність амбулаторної моделі лікування хворих на ТБ.
- Дестигматизація хворих на ТБ у громаді.

Висновки та рекомендації

Аналіз практичного впровадження найбільш ефективних амбулаторних моделей лікування хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ, з наданням переваги лікуванню хворих у закладах ПМСД підтвердив ефективність моделі. Основною рекомендацією є широке впровадження амбулаторного лікування не лише в м. Кривий Ріг, але й в країні в цілому.

Для збереження стійкості моделі, покращення доступу до лікування шляхом співпраці протитуберкульозних закладів з ПМСД та її поширення, спеціалістами були запропоновані такі заходи:

- Зміна принципів фінансування медичних закладів різних рівнів лікування не за принципом ліжко-день, а з урахуванням ефективності медичної послуги залежно від стану і потреб хворого (це дозволить також відновити послугу «стаціонар на дому»).
- Використання для аналізу ефективності амбулаторного лікування ТБ хворих існуючих індикаторів без створення нових. Основним індикатором вважати ефективність лікування.
- Забезпечення безперебійного постачання витратних матеріалів для діагностики та препаратів для лікування.
- Впровадження безперервної освітньої і адвокаційної кампанії із застосуванням таких методів:
  - ✓навчання медичного персоналу методам соціально-психологічної підтримки;
  - ✓поновлення знань з ведення випадку туберкульозу серед спеціалістів протитуберкульозної служби та працівників ПМСД;
  - ✓дестигматизації хворих на туберкульоз у громаді (як навчальний матеріал можна застосувати відео-ролик про амбулаторне лікування в м. Кривий Ріг).
- Розробка системи місцевих стимулів для підвищення мотивації медичного персоналу за індикаторами якості надання медичної допомоги та визначення можливості застосування існуючої нині системи доплат медичному персоналу ПМСД за надання протитуберкульозних послуг (керуючись положеннями Постанови Кабінету Міністрів 977 від 30.12.2013 р «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу»).
- Перегляд обсягів документообігу та скасувати усіх офіційно не затверджених документів. Впровадження електронного ведення документації. Навчання персоналу веденню електронних баз даних. Адвокація перед владою та донорами забезпечення медичних закладів комп'ютерною технікою.
- Поширення досвіду впровадження амбулаторної моделі під час лікування дітей, хворих на туберкульоз, шляхом затвердження використання амбулаторної моделі в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «Туберкульоз».

З метою забезпечення ефективності протитуберкульозних заходів на рівні ПМСД:

- забезпечити робочі місця витратними матеріалами (засобами захисту органів дихання, канцелярським приладдям, тощо);
- проводити регулярний моніторинг роботи медичного персоналу, що надає протитуберкульозні послуги в амбулаторних умовах;
- організувати навчання медичних сестер навикам мотиваційного консультування хворих.

«Уменьшилось количество отрывов от лечения. Если раньше этот показатель был в районе 9%, то сейчас в пределах нормы – до 5-6%. Что касается выявления, то во время проекта лучше стали обследоваться контактные. Медперсонал был нацелен на выявление очага и максимальное обследование всех, кто имеет контакты. Был случай, когда медсестра на приёме обратила внимание на испорченный снимок, а пациент сказал, что это ребёнок обмочил – так выяснилось, что в дом к пациенту приходит ребёнок и это повлияло на более пристальное внимание к этой семье и этому пациенту».

(лікар-фтизіатр)

МОДЕЛЬ 4

ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЛІКУВАННЯ
СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ НУО, ЗОКРЕМА, ТОВАРИСТВА ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА УКРАЇНИ

Залучення громадських організацій до активної участі у забезпеченні населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення громадської обізнаності, створення належних умов для ефективної реалізації завдань у сфері протидії туберкульозу є однією зі складових національної стратегії протидії туберкульозу .

Законом України «Про Товариство Червоного Хреста України» від 28 листопада 2002 р., № 330-IV Товариство Червоного Хреста України (ТЧХУ) визнане єдиним національним Товариством Червоного Хреста України, що діє на всій території України в уповноважене сприяти органам державної влади в їхній діяльності в гуманітарній сфері. Також Товариство забезпечує медико-соціальну допомогу найменш соціально захищеним верствам населення .

Товариство має потужну патронажну службу, засновану ще в 1961 р. – це найтриваліший і найуспішніший проект Товариства Червоного Хреста України за всі роки його існування. Вона має на меті надавати безкоштовну медичну допомогу, здійснювати догляд та соціально-побутове обслуговування самотніх непрацездатних громадян похилого віку, інвалідів, ветеранів війни та праці, а також проводити освітні та профілактичні програми серед населення.

Крім надання медичної допомоги за призначенням лікарів, патронажні сестри здійснюють індивідуальний догляд за хворими, вирішують багато питань, пов'язаних з наданням побутових послуг, організацією консультацій лікарів, влаштуванням пацієнтів до будинків-інтернатів тощо.

Патронажна служба займається не лише обслуговуванням підопічних на дому, а й має розгалужену мережу закладів по всій Україні. Медико-соціальна допомога підопічним надається в медико-соціальних пунктах першої допомоги організацій Товариства. Патронажні сестри пройшли навчання із надання, окрім медичної, ще й соціальної та психологічної допомоги.

Товариство має великий досвід у наданні медико-соціальної допомоги хворим на туберкульоз, тому починаючи з впровадження першої «Національної програми боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002-2005 роки» ТЧХУ бере участь у реалізації Програми щодо супроводу хворих на туберкульоз на регіональному рівні.

Зокрема, у 2003-2006 рр. ТЧХУ було партнером PATH в реалізації Проекту АМР США «Підтримка України у впровадженні Національної програми боротьби з туберкульозом», щодо покращення прихильності до лікування туберкульозу . З 2011 р. по 2017 р. Товариство Червоного Хреста України було одним із виконавців проекту супроводу хворих на ТБ, який реалізується за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. У 2014-2016 рр. реалізовувався масштабний проект з підтримки амбулаторного лікування туберкульозу, за підтримки Проекту АМР США «Посилення контролю за туберкульозом в Україні», протягом якого ТЧХУ проводило інформаційну кампанію щодо підвищення прихильності до лікування, асистувало під час контрольованого лікування під безпосереднім наглядом пацієнтів з туберкульозом, чутливим до лікування, а також розробляло інноваційні моделі підвищення прихильності до лікування .

«Проект з амбулаторного лікування ТБ мультирезистентних форм. Основна задача проекту: спонукати людей лікуватися системно та вилікуватись. Щоденно відвідувати пацієнтів, психологічно підтримувати. Маємо 87% позитивних результатів лікування.

(голова Товариства Червоного Хреста України, м. Київ)

«Спочатку стаціонар. Лікар запропонувала проходити лікування на амбулаторній фазі в ПТД, в ПМСД, або ТЧХУ». «Тільки стаціонар при мультирезистентному ТБ. Потім їздила в лікарню. Після закінчення інтенсивної терапії запропонували ТЧХУ».

(пацієнти)

З лютого 2017 р. ТЧХУ впроваджує у 3-х областях України (Миколаївській, Полтавській та Київській) проект «Виклик туберкульозу» за підтримки «Програми оптимальних технологій в охороні здоров'я» в Україні (РАТН).

Основними задачами ТЧХУ в рамках медико-соціальної підтримки є забезпечення контрольованого протитуберкульозного лікування для осіб з факторами ризику на амбулаторній фазі лікування, підвищення прихильності до лікування за рахунок проведення індивідуальної психосоціальної підтримки, навчання пацієнтів та забезпечення хворих продуктовими наборами, координація дій з фтизіатричною службою щодо протидії туберкульозу.

Мета і цілі моделі

Мета моделі – впровадження комплексу заходів з медико-соціального супроводу хворих на мультирезистентний ТБ, які схильні до відриву від лікування, спрямованих на запобігання розповсюдженню хіміорезистентного ТБ та зниження тягаря ТБ у суспільстві.

Основні завдання моделі:

- підвищення ефективності лікування (у відповідності до стандарту) хворих на мультирезистентний ТБ, формування їхньої прихильності до лікування, налагодження системи співпраці з медичними закладами, роздача мотиваційних наборів;
- лікування у зручному для хворого місці;
- безпосередній контроль за прийманням ліків та профілактика перерв і відривів від лікування;
- забезпечення соціальної підтримки;
- обґрунтування рекомендацій щодо використання Моделі надання амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз в Україні.

Опис дизайну моделі:

Модель є прикладом міжсекторального підходу в забезпеченні медико-соціального супроводу хворого ТБ на амбулаторному етапі лікування. Для її реалізації використовуються ресурси фтизіатричної служби та ТЧХУ.

Пацієнти з числа груп ризику з мультирезистентним ТБ після етапу стаціонарного лікування направлялись з супровідним листом від фтизіатричної служби на амбулаторне лікування із забезпеченням медико-соціального супроводу працівників Червоного Хреста.

Патронажні медичні сестри ТЧХУ отримували інформацію про пацієнтів та місце їхнього проживання, їх контактну інформацію, контакти лікаря, який веде пацієнта, схему лікування та ліки. Після чого медичні сестри, зв'язувались з пацієнтом щодо місця доставки препаратів (див. Рис. 18).

Послуги, що надавались

Проведення контрольованого лікування передбачало щоденне відвідування та контроль за прийомом ліків, а також контроль за побічними діями ліків.

Мотивація клієнта щодо лікування ТБ здійснювалася шляхом психологічної підтримки та видачі двічі на місяць продуктових наборів тим, хто не пропускав прийому ліків.

Географія Проекту

Модель впроваджувалася на всій території України. Залучалися хворі на МР ТБ, які отримують лікування протитуберкульозними препаратами за кошти Глобального фонду без урахування факторів ризику. Також групою учасників проекту були хворі на чутливий ТБ з урахуванням ризиків відриву.

«Приносили ліки, давали продуктові набори, купляли гепатопротектори». «Мені запропонували вітаміни. Пайки. Продуктовий набір від ТЧХУ».

«Ще один набір від ТМО «Фтизіатрія»

(пацієнти)

За 1-2 тижні медичний заклад повідомляє районного фтизіатра про виписку хворого на мультирезистентний ТБ, який лікується за кошти ГФ СТМ

↓

Районний фтизіатр повідомляє НУО / ТЧХУ про хворих, які будуть розпочинати амбулаторний етап лікування

↓

Соціальний працівник НУО / медсестра ТЧХУ спільно з районним фтизіатромрозробляють маршрут пацієнта: де буде отримувати ПТП (туб. кабінет, ДОТ кабінет та інше)

Хворий отримує ПТП в медичному закладі

1. Кожні два тижні НУО / ТЧХУ звіряє з районним фтизіатром списки тих, хто отримав усі дози за цей період
2. Видає харчові / гігієнічні пакети

Лікування на амбулаторному етапі для хворих на МР ТБ триває 12 місяців.

Хворий не може ходити до медичного закладу чи є бактеріовиділювачем

1. НУО / ТЧХУ наймає медичну сестру туб. кабінету чи мед. закладу (як соціального працівника)
2. Кожні два тижні НУО / ТЧХУ звіряє з районним фтизіатром списки тих, хто отримав усі дози за цей період
3. Видає харчові / гігієнічні пакети

Лікування на амбулаторному етапі для хворих на МР ТБ триває 12 місяців.

Рисунок 18. Алгоритм взаємодії соціальних та медичних працівників під час медико-соціального супроводу абацилярним хворим та формування їхньої прихильності до лікування мультирезистентного туберкульозу

«Складнощі були з хворими груп ризику: безхатченків, алко- та наркозалежних. Місцеві кошти виділяються, але тільки для державних установ».

(голова Товариства Червоного Хреста України, м. Київ)

Система переадресації

Алгоритм взаємодії соціальних та медичних працівників під час медико-соціального супроводу та формування прихильності до лікування мультирезистентного туберкульозу передбачав виконання таких кроків (див. Рис. 19):

1. За 1-2 тижні медичний заклад повідомляв районного фтизіатра про виписку хворого з мультирезистентним ТБ.

2. Районний фтизіатр повідомляв ТЧХУ про хворих, які будуть розпочинати амбулаторний етап лікування.

3. Медсестра ТЧХУ спільно з районним фтизіатром розробляла маршрут пацієнта (місце отримання ПТП (туб. кабінет, ДОТ кабінет, на дому тощо).

4. Якщо хворий отримує ПТП в медичному закладі, то представник ТЧХУ кожні два тижні звіряв з районним фтизіатром списки тих, хто отримав усі дози за цей період та видавав харчові/гігієнічні пакети.

5. Якщо хворий не може ходити до медичного закладу:

   - ЧХ наймає медичну сестру туб. кабінету чи медичного закладу, яка відвідує хворого на дому;
   - кожні два тижні ТЧХУ звіряє з районним фтизіатром списки тих, хто отримав усі дози за цей період;
   - видає харчові/гігієнічні пакети.

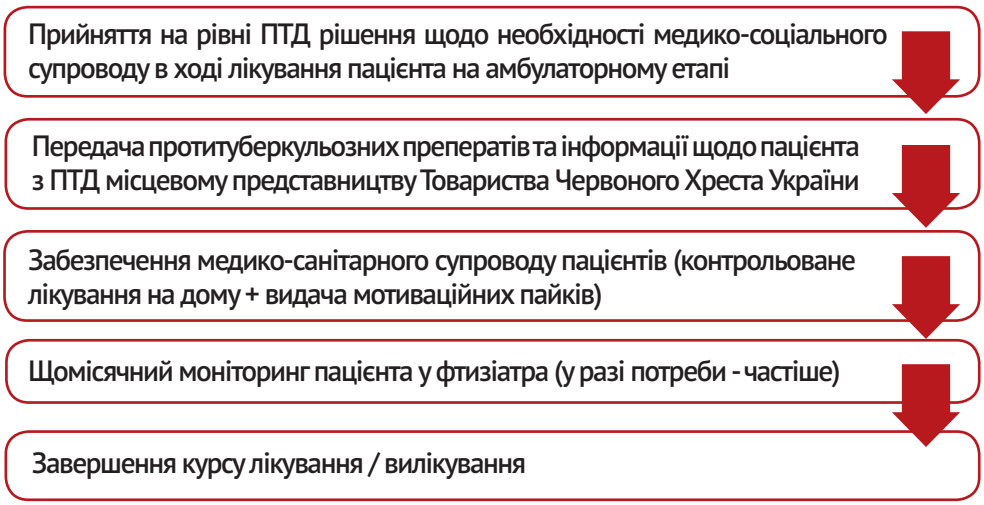


Рисунок 19. Взаємодія між учасниками моделі 4

Необхідні ресурси для впровадження моделі

Нормативно-правові (накази тощо). Наразі, для реалізації моделі розроблено наступні документи, в тому числі нормативні:

- Угоди про організацію взаємовідносин в рамках реалізації проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції» за фінансової підтримки Глобального фонду по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією між ТЧХУ, обласними організаціями ТЧХУ та обласними протитуберкульозними диспансерами.
- Форма, за якою подається оперативна інформація про хід реалізації заходів з виконання проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції» за фінансової підтримки ГФ СТМ.
- Квота набору пацієнтів для реалізації заходів з виконання проекту «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції» за фінансової підтримки ГФ СТМ.
- Критерії відбору хворих на мультирезистентний ТБ для взяття на медико–соціальний супровід ТЧХУ.
- Заявка про передачу пацієнтів на медико-соціальний супровід ТЧХУ.

Для реалізації моделі було забезпечено:

✓створення робочої групи проекту на обласному рівні;

✓організовано та проведено навчання патронажних сестер та волонтерів ТЧХУ на основі методики впровадження моделі;

✓учасників навчання забезпечено методичними матеріалами;

✓проведено фінансові розрахунки для впровадження моделі на обласному рівні;

✓проведено моніторинг заходів з реалізації моделі;

✓забезпечено своєчасну доставку в регіони необхідної кількості продуктових наборів.

Труднощі у впровадженні та їх вирішення

Основними труднощами впровадження моделі, за даними опитувань, були наступні:

- нестача ключового персоналу;
- відсутність документів про передачу препаратів патронажним сестрам для амбулаторного лікування;
- недосконала система фінансування неурядових організацій;
- низький рівень зарплат медичного персоналу;
- проблеми із формуванням прихильності до лікування пацієнтів з високим ризиком відриву (через свою поведінку, хімічні залежності та спосіб життя часто порушували режим лікування та не дотримуються рекомендацій).

«Досі не розроблений документ щодо передачі препаратів медичним сестрам для амбулаторного лікування. Дуже низька заробітна плата медичних сестер - 35 грн. за візит (з податками). Також не враховані транспортні витрати. Без підтримки Держави наша робота не може бути продовжена. Законодавчо слід прописати, що Держава може виділяти кошти Громадським організаціям».

(заступник Голови Товариства Червоного Хреста України)

Досягнення та результати проекту

«На місцевому рівні при підписані угоди з фтизіатричною службою був розроблений пункт в якому прописувалось, що будуть на курс лікування видаватись ліки. В деяких областях ліки видавались на тиждень, в деяких – на 10 днів, а в деяких областях щоденно».

(заступник Голови ТЧХУ)

За час реалізації моделі було досягнуто суттєвих результатів і щодо охоплення лікуванням та супроводом, і щодо збільшення числа хворих на ТБ, прихильних до лікування.

Основними перевагами моделі є наближення послуги контрольованого лікування до хворого, економія коштів на утримання ліжок, можливість залучення додаткового фінансування через гранти / проекти міжнародної технічної допомоги. Більш детально досягнення моделі представлені в таблицях 4-6.

Основні недоліки:

- Недосконаліть нормативної бази з передачі ПТП в НУО.
- Важкість відбору контингентів, які підлягають супроводу.
- Неможливість забезпечення сталості програм без впровадження механізмів соціального замовлення на місцевому рівні.

Основні проблеми організації впровадження амбулаторної моделі лікування ТБ:

«Зручно нікуди не ходити. Приходить медична сестра, приносить ліки, я при ній п'ю».

(пацієнт)

- Відсутність механізму перепрофілювання коштів в межах протитуберкульозної програми.
- Відсутність впровадження механізму соціального замовлення за кошти місцевого бюджету з метою надання соціальної допомоги (у формі продуктових та гігієнічних наборів, сплати вартості проїзду до лікувально-профілактичного закладу тощо) хворим на ТБ на всіх етапах лікування з метою підвищення прихильності до лікування.
- Відсутність механізмів стимулювання медичних працівників, що надають допомогу хворим з ТБ, для підвищення ефективності їх роботи.

Таблиця 4. Результати ефективності лікування хворих на чутливий туберкульозу (1-3 категорії), які перебували на медико-соціальному супроводі ТЧХУ в рамках Проекту (2011-2014рр.)

Показник	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Кількість пацієнтів, які перебували на супроводі	1656	4367	6224	4870
Із них завершили супровід з ефективним лікуванням:	475	3428	5464	4980
невдале лікування	22	205	384	240
перерване лікування	19	60	33	42
переведений / виїхав	128	168	55	125
помер	18	108	89	88
діагноз ТБ знято		7	6	2
Індикатор ефективності лікування (%):				
- програмний	70	80	85	85
- реальний	71,75	86,21	90,59	90,92

- Недостатній обсяг проведення навчання для фахівців, соціальних працівників, які забезпечують амбулаторне ДОТ лікування, на теми психологічної і соціальної роботи з пацієнтом та його оточенням для кращого формування прихильності.
- Незабезпечення постійного підвищення рівня знань працівників з інфекційного контролю в загальній мережі закладів охорони здоров'я.

«Побічні дії, дуже важка терапія. Приватного життя не маю, і зараз не хочу. З друзями не спілкуюсь, поки не знімуть з обліку.»

(пацієнт)

За період 2015 р. - грудень 2017 р. на медико-соціальному супроводі в 24 обласних організаціях ТЧХУ та міській організації м. Києва перебували 9 324 хворих на МР ТБ (див. Табл. 4.). Із них лікування7 385 осіб здійснювалося за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією ще 1 780 хворих лікувалися за кошти Державного бюджету.

Ілюстрація діяльності

Опитані в процесі дослідження пацієнти підтверджують ефективність та зручність даної моделі, що суттєво впливає на їх прихильність до лікування.

Таблиця 5. Охоплення супроводом хворих на МР ТБ (станом на 01.12.2017 р.)

	Адміністративна одиниця	Кількість хворих на МР ТБ, охоплених супроводом
1	Вінницька	293
2	Волинська	143
3	Дніпропетровська	1221
4	Донецька	557
5	Житомирська	350
6	Закарпатська	394
7	Запорізька	447
8	Івано-Франківська	146
9	Київська	483
10	Кіровоградська	427
11	Луганська	146
12	Львівська	301
13	Миколаївська	412
14	Одеська	977
15	Полтавська	238
16	Рівненська	130
17	Сумська	252
18	Тернопільська	111
19	Харківська	615
20	Херсонська	558
21	Хмельницька	133
22	Черкаська	231
23	Чернівецька	104
24	Чернігівська	278
25	м. Київ	373

Таблиця 6. Ефективність лікування хворих МРТБ в розрізі областей, 1-4 когорти 2014 р.

Адміністративна одиниця	Кількість хворих МРТБ 1-4 когорти 2014 р., які охоплені супроводом ТЧХУ (на 31 12.16)	Завершили лікування з результатом вилікувано/	Ефективне лікування,%	Перерване лікування,%
Вінницька	49	31	64,58	6,25
Волинська	31	22	73,33	13,33
Дніпропетровська	259	224	86,82	1,16
Донецька	153	125	81,70	1,96
Житомирська	65	44	67,69	4,62
Закарпатська	56	37	66,07	8,93
Запорізька	127	97	78,23	4,03
Івано-Франківська	26	18	69,23	7,69
Київська	96	69	72,63	5,26
Кіровоградська	90	73	81,11	1,11
Луганська	16	16	100,00	0,00
Львівська	77	57	74,03	0,00
Миколаївська	120	98	82,35	4,20
Одеська	201	155	77,11	5,47
Полтавська	55	49	89,09	0,00
Рівненська	42	37	88,10	2,38
Сумська	47	40	85,11	4,26
Тернопільська	22	20	90,91	0,00
Харківська	106	85	80,19	8,49
Херсонська	140	111	79,86	3,60
Хмельницька	28	21	75,00	7,14
Черкаська	54	39	72,22	5,56
Чернівецька	24	21	87,50	4,17
Чернігівська	46	42	93,33	0,00
м. Київ	47	31	67,39	6,52
Всього	***1977***	***1562***	***79,45***	***3,87***

Висновки та рекомендації

Модель показала свою успішність. Хворі, які отримували лікування та супровід за допомогою даної моделі, успішно завершили лікування. Однак враховуючи те, що в процесі реалізації Моделі було виявлено низку проблем, необхідно докласти зусиль для їх усунення, що допоможе більш ефективному налагодженню міжгалузевих зв'язків у лікуванні та супроводі хворих на ТБ.

Загальними рекомендаціями є:

- Міністерству охорони здоров'я України розробити удосконалити нормативну базу щодо організації амбулаторної моделі лікування туберкульозу, зокрема чіткіше визначити можливі маршрути пацієнта.

- Місцевим органам влади впроваджувати ефективну модель соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз, які перебувають на амбулаторному лікуванні, залучаючи громадські організації по типу патронажної служби.

- Поширення досвіду впровадження послуг соціального супроводу хворих на ТБ шляхом включення відповідного напрямку до Загальнодержавної програми боротьби з ТБ.

- Передбачити фінансування моделі соціального супроводу на етапі лікування ТБ із залученням НУО.

- Унормувати міжвідомчу взаємодію провайдерів медичних та соціальних послуг з метою організації соціального супроводу хворих на ТБ.

TAKRAF
БОГДТИР

МОДЕЛЬ 5

ПОКРАЩЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЛІКУВАННЯ
ПАРТНЕРСТВО З ПРИВАТНИМИ ЗАКЛАДАМИ

Одеська область має один із найвищих показників захворюваності населення на туберкульоз. Соціально-економічними особливостями даного регіону є те, що це найбільший портово-промисловий регіон, з окремими містами (наприклад, м. Южне), в яких основним роботодавцем є велике місто утворюючe підприємство.

Більшість ТБ хворих – робітники підприємства, тому для них дуже важливо якнайшвидше повертатися на робоче місце, адже вони дуже бояться втратити стабільну роботу з достатньо високим рівнем заробітку. Відповідно, прихильність до лікування у даному випадку зростає тоді, коли медична допомога максимально наближена до робочого місця хворого.

У зв'язку з цим було вкрай важливо віднайти найбільш ефективні пацієнтоорієнтовані моделі надання медичної допомоги ТБ хворим. Для цього необхідно було створити умови, які б не лише мінімізували перебування хворого у стаціонарі, але й давали можливість повернутися до звичного життя (в т.ч. – вийти на роботу).

Нині найбільш ефективною, як з економічної, так і організаційної точки зору, є модель амбулаторного лікування туберкульозу. Особливої уваги заслуговує цей метод серед населення працездатного віку. На користь цієї моделі свідчать такі аргументи:

- тривалий перебіг захворювання є потужним чинником соціальної дезадаптації, запобігти якій допомагає посильна праця і збереження соціальних зв'язків;
- поширене серед хворих на туберкульоз безробіття може бути частково зумовлене тим фактом, що роботодавці не зацікавлені у довготривалому лікуванні робітників і створюють умови для їхнього звільнення.
- Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» обмежує право застрахованих осіб, хворих на туберкульоз, на отримання допомоги з тимчасової непрацездатності на період основного лікування, плюс максимально 10 додаткових місяців.

Якщо лікування триває довше (як у випадку з довготривалим лікуванням мультирезистентних форм туберкульозу), і такі хворі, по закінченню десятитимісячного терміну «лікарняного», не мають змоги вийти на роботу, вони фактично позбавляються будь-якого джерела існування та переходять на утримання родичів та близьких, змушені звільнятися зі свого місця роботи.

Єдине, що залишається у таких хворих – право на безоплатне харчування під час стаціонарного чи санаторно-курортного лікування у протитуберкульозних закладах. Але в умовах запровадження амбулаторних форм лікування, навіть ця підтримка залишається недоступною у випадку довготривалого лікування.

«Если больной работает посменно, применяли Скайп-терапию (комбинированый контроль). Определялась приверженость по анкете. Выясняли, ест ли у больного компьютер, интернет. Умеет ли он пользоваться Скайпом. В определенное оговореное время, мы связываемся. Я вижу как он принимает препараты. Удобство, что мы целый день на связи, больной может задать любой ворпос. Иногда погодные условия плохие, и это тоже влияет на приверженность. В рабочие дни больной принимал препараты в медсанчасти, а в выходные - по Скайпу».

(лікар-фтизіатр)

Також хворий має ризик припинення отримання допомоги з тимчасової непрацездатності у випадку порушення режиму, встановленого лікарем або неявки на медичний огляд у випадку «примусової госпіталізації, призначеної постановою суду», арешту та ін.

З огляду на таке нормативно-правове регулювання у сфері праці та тенденцію щодо розвитку амбулаторних форм лікування в країні, перспективним виглядає модель розвитку амбулаторних форм лікування «без відриву від виробництва». У перспективі застосування подібних моделей у містах з містоутворюючими підприємствами може позитивно вплинути не тільки на ефективність лікування конкретних пацієнтів, а й зменшити кількість безробітних серед хворих на ТБ.

Мета і цілі моделі

Мета моделі - створити пацієнтоорієнтовану систему амбулаторного лікування абацильованих хворих на ТБ із забезпеченням контрольованого лікування на робочому місці.

Основними завданнями були оптимізація амбулаторних моделей лікування хворих на ТБ та ТБ/ВІЛ із використанням ресурсів міста, підприємств та організацій різних форм власності (ДП «МТП «Южний», ТОВ «ТІС», АТ «ОПЗ») з оцінкою їхньої ефективності;обґрунтування рекомендацій щодо використання в регіоні та за його межами цієї Моделі надання амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз.

Опис дизайну моделі

Організація лікування хворих на ТБ, які за станом здоров'я вже могли вийти на роботу і продовжувати працювати, відбувалась таким чином:

Медично-санітарна частина ДП «МТП «Південний» підпорядкована підприємству. Співробітники – головний лікар, заступник головного лікаря, лікар-інфекціоніст та медичні сестри. Після проходження інтенсивної фази лікування в стаціонарі і в туб. кабінеті міської лікарні, хворі продовжували лікування на підтримуючій фазі в медично-санітарній частині. Упродовж 2016 р. в медсанчастині було проліковано 2-х хворих, які були допущені до роботи, продовжуючи лікування на робочому місці.

Було проведене навчання лікаря-інфекціоніста та медичної сестри основним навичкам контрольованого лікування.

Якщо у пацієнта були скарги, то спочатку медсестра сповіщала про це лікаря медсанчастини порту, а якщо лікар не міг вирішити проблему, то телефонували фтизіатру для консультації.

Протитуберкульозні препаратиактом прийому-передачі (підписаним та завіреним печаткою) передавались від фтизіатричної служби до медсанчастини порту.

Додатково були розписані схеми лікування із зазначенням назви препарату та його дози. Також передавалась «Форма контрольованого лікування ТБ 01» від фтизіатра, де кожного разу медсестра відмічала факт прийому препаратів. Кожного дня готувалася добова доза, була видача хворим препаратів, проводився контроль їх прийому.

Один хворий працював позмінно, тому окрім отримання ліків в медсанчастині для забезпечення контрольованого лікування, також проводилося лікування під дистанційним наглядом через Skype (комбінований контроль). Зручність полягала в тому, що хворий та лікар протягом дня перебували на зв'язку, і хворий міг поставити будь-яке питання. Таким чином в робочі дні хворий приймав препарати в медсанчастині, а у вихідні – по Skype.

Медсанчастина в порту ТОВ «ТІС» працює на основі договору підприємства з приватною клінікою Святої Катерини. У медсанчастині працює тільки медсестра від цієї клініки. Вона супроводжувала лікування однієї хворої.

Медсестра пройшла навчання. Хвора приходила в медсанчастину щодня, окрім понеділка. На понеділок ліки видавалися на руки. За актом прийому-передачі передавались препарати та «Форма контрольованого лікування ТБ 01». За потреби медсестра телефонувала напряму фтизіатру.

Модель є прикладом державно-приватного партнерства – форми взаємовідносин між державою або органами місцевого самоврядування (в даному випадку – бюджетним закладом, яким є туберкульозна служба) та приватними партнерами, що оформлюються у вигляді договору, передбачають реалізацію та спільне фінансування суспільно значущих проектів на довгостроковій основі, розподіл ризиків, відповідальності та винагород[27]. Для реалізації моделі використовувалися ресурси міста, підприємств та організацій різних форм власності (ДП «МТП «Южний», ТОВ «ТІС», АТ «ОПЗ»), що забезпечило пацієнтоорієнтованість Моделі саме для працюючих ТБ хворих, а також не потребувало значних фінансових ресурсів.

«Проект націлений на залучення якомога більше підприємств та впровадження на них амбулаторне лікування ТБ».

(Южненський міський БФ «Час молоді»)

«Проект тісно співпрацював з підприємством «Порт Южний». Медична сестра з медичної санітарної частини порту пройшла навчання щодо супроводу пацієнтів».

(лікар-фтизіатр)

Послуги, що надавались

Модель передбачала відпрацювання двох варіантів послуг:

А. співпраця з медичною санітарною частиною порту.

Б. варіант «Skype-терапія».

Варіант А. Надання послуг в медсанчастині порту (див. Рис. 20).

- Медсестра медичної санітарної частини, яка пройшла навчання щодо супроводу пацієнтів, раз на місяць по Актах прийому-передачі отримувала препарати та розписувалась на окремому листі (схема лікування з добовими дозами).
- Пацієнт з негативним мазком мокротиння, який пройшов стаціонарне лікування та знаходився на підтримуючій фазі лікування, у присутності та під контролем медичної сестри приймав ліки.
- У ті дні, коли хворий, який працював позмінно або не виходив на роботу, прийом препаратів з допомогою Skype контролював лікар-фтизіатр.

«Діяльність продовжується, якщо буде фінансування, то ще більше розширимо нашу діяльність щодо амбулаторного лікування, поширимо цей досвід на інші підприємства».

(Южненський міський БФ «Час молоді»)

Географія Проекту

м. ЮжнеОдеської області.

Цільова група

Хворі на туберкульоз робітники підприємств ТОВ «ТІС» та ДП «МТП «Южний».

Система переадресації

Амбулаторне контрольоване лікування розпочиналось в тубкабінеті м. Южного (4-8 міс.) під безпосереднім контролем лікаря-фтизіатра. Після абацилювання хворого амбулаторне контрольоване лікування проводилось у медичній санітарній частині за місцем роботи (порт ТОВ «ТІС») упродовж 2-12 міс. Контрольоване лікування відбувалося за участі медперсоналу підприємств ТОВ «ТІС» та ДП «МТП «Южний».

Створення партнерств

Учасниками та партнерами проекту були заклади ПМД, міський фтизіатр, медично-санітарна частина ДП «МТП «Южний», ТОВ ТІС (група компаній Трансінвестсервіс»), приватна клініка Святої Катерини, БФ «Час молоді».

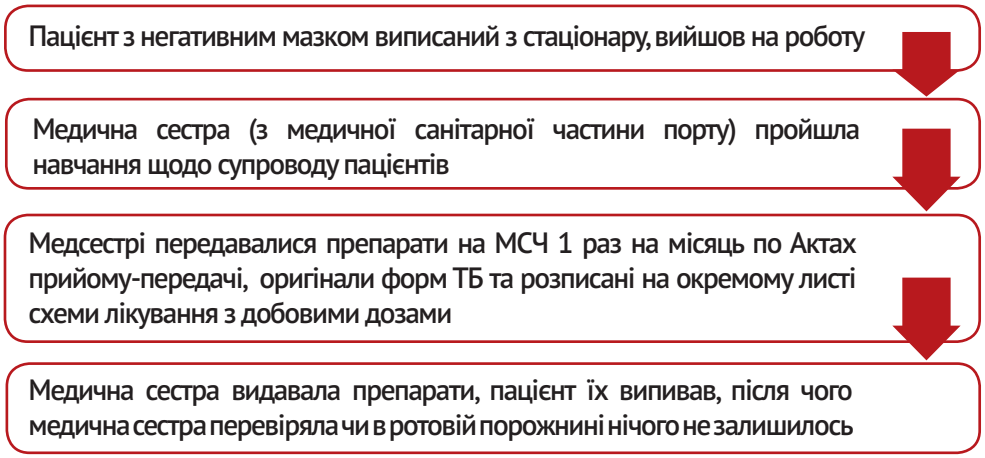


Рисунок 20. Поетапні дії при наданні амбулаторної медичної допомоги в медичній санітарній частині підприємства

Необхідні ресурси для впровадження моделі

Нормативно-правові (накази та інше). Наразі у місті Южне вже багато зроблено для впровадження амбулаторних моделей лікування хворих. Прийнята Міська цільова Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції (СНІДу), лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих на 2015-2018 рр. (рішення Южненської міської ради від 23.04.2015р. №1396-VI). Прийнята Міська цільова програма «Протидії захворюванню на туберкульоз на 2017-2021 роки» (рішення Южненської міської ради від 08.12.2016р. №430-VII).

Організаційні. У рамках проекту було створено робочу групу, яка провела ряд телефонних перемовин та очних зустрічей с представниками підприємств різних форм власності, організаціями, громадськими активістами, представниками міської влади, ЗМІ для залучення більшої кількості представників цільових груп. Було посилено інформаційну роботу з громадою шляхом проведення семінарів, зустрічей, розповсюдження соціальної реклами та розроблено проекти інформаційної продукції (буклету, листівки та плакату).

Інфраструктурні. Фтизіатрична служба міста (лікар-фтизіатр), медична служба підприємств (лікар та/або медична сестра), забезпечення доступу до мережі Інтернет хворим для організації контрольованого лікування з використанням Skype.

Фінансові. Модель не потребує значних фінансових витрат та додаткових коштів. Для ефективного надання ДОТ послуги бажано передбачити (шляхом внесення у колективні договори або розпорядженням керівника підприємства) кошти для забезпечення медсанчастини витратними матеріалами для амбулаторного лікування (контейнерами для регулярного контрольного збору мокротиння, сумками-холодильники для його доставки, водою та стаканчиками).

Людські ресурси. За даними опитувань ключовим персоналом для забезпечення ефективності моделі є медсестри медсанчастин підприємств.

«Складнощі на початку реалізації проекту через зміну керівництва «Порту Южного». Збір мокроти не здійснювався через небажання підприємств технічно забезпечити цей процес. Припортовий завод має гарний соціальний супровід, адже в них є своя поліклініка».

(Южненський міський БФ «Час молоді»)

Труднощі у впровадженні та їх вирішення

Керівний склад підприємств не має повної інформації про механізми лікування та соціального захисту хворих на ТБ. Медичні служби підприємств ухиляються від додаткового навантаження, пов'язаного з організацією амбулаторного лікування хворих на ТБ, моніторингового контролю за лікуванням, співпраці з фтизіатричними службами.

Досягнення та результати проекту

За час реалізації проекту вдалося розпочати впровадження амбулаторної схеми лікування хворих на туберкульоз в МТП «Южний» та ТОВ «ТІС». Було проліковано 3 пацієнти. Усі успішно завершили лікування. Нині схема працює і планується організація лікування ще одного хворого.

За цей час було розроблено 5 відеороликів, створено та розповсюджено більше 30 видів друкованих інформаційних матеріалів, проведено 120 годин тренінгів, індивідуальних та групових консультацій.

«У больного был страх стигмы у окружающих. Но они влились в колектив, в работу».

(лікар-фтизіатр)

Ілюстрація діяльності

Завдяки впровадженню Моделі працівниця ТОВ «ТІС» змогла скоротити свій лікарняний та повернутися до роботи. У пацієнтки туберкульоз легень було виявлено при профогляді на підприємстві. Випадок був тяжкий – запущена форма туберкульозу з деструкцією, бактеріовиділенням та стійкістю до ліків. За півроку було застосовано багато медичних процедур (прийом ліків за різними схемами, хірургічне втручання). Під час лікування дізналася про амбулаторну схему лікування туберкульозу. За місяць аналізи засвідчили успішність лікування, пацієнтка була допущена до роботи. Однак, прийом ліків потрібно було продовжити через контрольоване лікування. У цьому випадку хвора могла лікуватися не у стаціонарі, а без відриву від виробництва – у звичних для неї умовах. Зараз стан пацієнтки задовільний. Підтримується постійний зв'язок між туб. кабінетом і медсанчастиною ТОВ «ТІС».

Інший пацієнт, який був залучений до амбулаторного лікуванню на робочому місці, був працівником МТП «Южний». Дізнався про діагноз, коли звернувся до лікаря в результаті побутової травми вдома. При обстеженні була виявлена важка форма туберкульозу легень. Була проведена операція. Після операції тривалий час проходив лікування в туберкульозному кабінеті міської лікарні. За п'ять місяців, лікар-фтизіатр допустив пацієнта до роботи за умови продовження амбулаторного лікування під контролем медиків. Перешкодою в звичайному процесі лікування була неможливість лікарів міського туб. кабінету контролювати прийом препаратів через віддаленість підприємства та обмеження режимного допуску на територію порту. Були задіяні працівники медичної служби порту, які отримали відповідні інструкції, необхідну кількість препаратів та продовжили схему амбулаторного лікування для пацієнта. Нині він дуже задоволений, що зміг повернутися до роботи і має надію, що досить швидко лікування дасть позитивні результати. Між працівниками медичної служби порту та лікарем-фтизіатром підтримується постійний контакт, йде обмін інформацією та моніторинг процесу лікування.

Висновки та рекомендації

Модель показала свою успішність. Хворі, які отримували лікування в медсанчастинах підприємств успішно закінчили лікування. Однак враховуючи те, що організація контрольованого лікування в медсанчастинах підприємств організована на основі усної домовленості між міською лікарнею і медсанчастиною ДП «МТП «Южний» та приватною клінікою Святої Катерини, це не гарантує сталої роботи при зміні керівництва підприємств.

Загальними рекомендаціями є:

- проведення моніторингу і аналізу захворюваності працівників та здійснення заходів, спрямованих на зниження рівня захворюваності та травматизму;
- збереження відомчих закладів охорони здоров'я (оздоровпунктів, медико-санітарних частин, санаторіїв-профілакторіїв) та поліпшення їх матеріально-технічної бази і придбання медикаментів відповідно потребам;
- сприяння проведенню інформаційно-просвітницької роботи серед працівників для підвищення поінформованості з питань туберкульозу, мотивації до проходження медичних оглядів, формування толерантного ставлення до хворих на ТБ;
- підвищення контролю за якістю проходження систематичних медичних оглядів працівниками;
- передбачення коштів на поліпшення умов праці, відпочинку, харчування працівників, які хворіють на туберкульоз (ст. 25 «Оздоровлення та соціальний захист хворих на туберкульоз і членів їх сімей» Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III);
- включення додаткової інформацію про забезпечення пільг та соціальних гарантій при захворювання на туберкульоз у колективні угоди та ознайомлення з нею працівників при підписані угод.

Профспілковим комітетам (уповноважений представник трудового колективу) рекомендується:

- забезпечити включення до колективних угод пільг та соціальних гарантій для працівників, які захворіли на туберкульоз;
- передбачити у колективному договорі витрати на забезпечення витратних матеріалів та доплат медсестрам.
- сприяти проведенню просвітницьких кампаній з питань туберкульозу, спрямованих на запобігання поширенню захворювання;
- оформити інформаційний стенд по профілактиці туберкульозу;
- моніторити та вживати заходи з виявлення порушення прав хворих на туберкульоз та їх рідних;
- сприяти співпраці з службою лікаря-фтизіатра міської лікарні, з міською координаційної радою з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, наркоманії, туберкульозу та подолання дитячої безпритульності громадськими організаціями у сфері профілактики, виявлення та лікування туберкульозу;
- провести адвокаційну кампанію, спрямовану на підвищення соціальної відповідальності бізнесу та поширення позитивного досвіду контрольованого лікування на робочому місці.

ВИСНОВКИ

Забезпечення активного виявлення ТБ, насамперед серед груп ризику за соціальними ознаками, є складним завданням, яке стоїть перед медичними працівниками первинної ланки. Наявних ресурсів, зокрема, кадрових, часто є недостатньо, цільові групи мають певну специфіку і потребують додаткових зусиль щодо їх мотивації до обстеження на ТБ. В таких умовах на перший план виходить потреба міжсекторальної взаємодії та залучення соціальних працівників державної сфери та громадських організацій, які працюють з відповідними категоріями населення. *Модель із* ***залучення до заходів з протидії ТБ працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді допомоги*** *Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України* в рамках програми ВООЗ TB-REACH та ***модель із активного виявлення ТБ серед груп ризику*** *Залучення НУО* із застосуванням комунікаційної стратегії «рівний-рівному» в ромських громадах України шляхом організації роботи ромських соціально-медичних посередників МБО «Ромський жіночий фонд «Чіріклі» (в рамках гранту Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією) є успішними прикладами організації заходів із активного виявлення ТБ серед груп ризику за соціальною ознакою.

Збереження і розвиток апробованого механізму направлення, на прикладі моделі TB-REACH, набуває все більшого значення під час впровадження нових методів діагностики (дослідження GeneXpert MTB/RIF) на рівні первинної ланки медичної допомоги. Адже оновлений протокол з туберкульозу ставить нові вимоги до відбору пацієнтів для обстеження, а застосування дороговартісних методів діагностики можливе тільки за умови прицільного відбору пацієнтів для скринінгу і забезпечення постійного рівномірного завантаження обладнання (потоку досліджень). Крім того, активізація виявлення ТБ серед груп ризику, мало охоплених медичними послугами, зможе значно вплинути на перебіг епідемії, запобігти пізньому виявленню та здешевить вартість майбутнього лікування.

Під час впровадження згаданих моделей на місцях надзвичайно важливо забезпечувати навчання представників соціальних служб та громадських організацій питанням ТБ та специфіці консультування та мотивування клієнтів до обстеження. Також потребують уваги питання налагодження алгоритмів взаємодії соціальних та медичних працівників у роботі з клієнтами з питань профілактики та виявлення ТБ для роботи з різними категоріями клієнтів.

Досягнення високих показників ефективності лікування можливе лише за умов забезпечення його контрольованості. Саме на це спрямовані описані в дослідженні

моделі із покращення доступу до лікування *Співпраця протитуберкульозних закладів із закладами ПМСД*, реалізована у м. Кривий Ріг; *Соціальний супровід хворих на ТБ із залученням НУО, зокрема, Товариства Червоного Хреста України; Партнерство з приватними закладами*, реалізована в м. Южне Одеської області.

Поєднання цих моделей охоплює три можливі шляхи забезпечення пацієнт-орієнтованого підходу на амбулаторному етапі лікування, що збільшує можливість контрольованості лікування, а також прихильність пацієнта. Адже модель, впроваджена у м. Кривий Ріг, дає можливість отримувати лікування в умовах, найбільш відповідних потребам і вподобанням пацієнта, а також особливостям перебігу захворювання (вдома, у найближчому закладі ПМСД, нетуберкульозній лікарні тощо). Модель, реалізована патронатними сестрами Товариства Червоного Хреста України, дає змогу найбільш уразливим групам пацієнтів отримувати лікування вдома. Модель контрольованого лікування на робочому місці, на прикладі м. Южне, залучає пацієнтів, які працюють в період амбулаторної фази лікування.

Поширення описаних практик буде особливо ефективним у випадку їх поєднання на одній території – таким чином буде досягнуто максимального рівня пацієнт-орієнтованості під час лікування ТБ. При цьому надзвичайно важливими умовами успішного впровадження описаних моделей є, з одного боку, – навчання задіяного в їх реалізації медичного персоналу, а з іншого, – наявність налагодженого і відпрацьованого алгоритму взаємодії відповідального за лікування хворого фтизіатра з медичними працівниками, які здійснюють видачу препаратів.

Усі описані моделі впроваджувалися (а частина і зараз впроваджуються) завдяки міжнародній допомозі. У деяких випадках ця допомога мала суто адвокаційний характері пряме фінансування здійснювалося з держбюджету (м. Кривий Ріг) або за рахунок приватних підприємців (м. Южне). Такий стан речей тягне за собою ризики щодо згортання діяльності після закінчення фінансування з боку донорської організації. Прикладом суттєвого скорочення діяльності є модель TB-REACH – через 5 років після впровадження моделі залишились лише окремі фрагменти алгоритму роботи тільки на певних територіях. Однак завдяки залученості державних та приватних ресурсів із самого початку впровадження моделі, діяльність виявилася більш сталою і менше постраждала. Тож, адвокаційний компонент, спрямований на актуалізацію проблеми туберкульозу в громаді, заохочення місцевої влади і бізнесу брати на себе відповідь на цей виклик, є життєво необхідним компонентом навіть за прямого донорського фінансування сервісних програм.

ВИКОРИСТАНІ ДЖЕРЕЛА

1. Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні». 05.02.1993, № 2998-XII // Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2998-12
2. Закон України «Про Товариство Червоного Хреста України» // Режим доступу:http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/330-15
3. 3. Наказ по Комунальному закладу «Криворізький протитуберкульозний диспансер № 2 «Дніпропетровської обласної ради» при Департаменті охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації від 21.11.2014р. № 189-1р «Про створення відбіркової комісії»
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №620 від 04.09.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі», що затвердив «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз», Міністерство охорони здоров'я, Київ, Україна, 2014 // Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20140904_0620_dod.pdf.
5. Наказ Міністерства соціальної політики України від 29.06.2016 № 709 «Про затвердження типових структур і штатів центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» // Режим доступу: https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajini-minsotspolitiki/nakaz-vid-29062016-709-pro-zatverdjennya-2016-46250.html
6. Наказ Міністерства соціальної політики України «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування» від 02.07.2015 N 678. // Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/TM052103.html
7. Наказ Міністерства соціальної політики України. № 626 «Про затвердження змін до Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати», 14.04.2017 // Режим доступу:http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0615-17/paran16#n16
8. Наказ Міністерства соціальної політики України. № 537 «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати», 03.09.2012 // Режим доступу:http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1614-12
9. Звіт за результатами дослідження «Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ-асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі м. Кривий Ріг, 2015 р.

10. Звіт за результатами дослідження: Державно-приватне партнерство як фінансовий механізм для диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення в Україні. – К: - 2015. – С.14.

11. Звіт Міжнародної благодійної організації "Ромський жіночий фонд «Чіріклі» за лютий-березень 2012 р.

12. Мельник Л., Нечосіна О., Пилипас Ю., Долинська М. (2016). Методичні рекомендації щодо соціально-психологічної підтримки хворих на туберкульоз для формування прихильності до лікування // Режим доступу:/ pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MMC1.pdf

13. Надання медико-соціальної допомоги хворим на туберкульоз Товариством Червоного Хреста України за Програмою протидії захворюванню на туберкульоз, ВІЛ/СНІД при підтримці Глобального Фонду. // Режим доступу:http://snigurivka-rda.gov.ua/ua/newspaper/news.htm?id=1423127130

14. Опис пілотного дослідження «Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ-асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі міста Кривий Ріг:, 2015 р.

15. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням ґендерно-чутливого підходу: Навч. посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017 – 112 с.

16. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Режим доступу:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/

17. Підтримка амбулаторного лікування туберкульозу. Фінальний звіт проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) / Погоріла З. – Київ. – 2016, - 16 с. – Режим доступу: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00mkjb.pdf

18. Резюме Звіту за результатами Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії туберкульозу в Україні, що проводилася з 11 по 22 жовтня 2010 р.

19. Ретроспективне дослідження економічної ефективності організаційних моделей надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на туберкульоз, у місті Кривий Ріг, Україна, 2014 р.

20. Соціальна підтримка рівний рівному// Режим доступу:https://uk.wikipedia.org/wiki/Соціальна_підтримка_рівний_рівному.

21. Модель амбулаторного ведення випадків туберкульозу, що впроваджується в м. Кривий Ріг // Режим доступу: http://stbcu.com.ua/2014/kryvyj-rih/

22. Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року // Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-%D1%80#n9

23. Товариство Червоного Хреста України // Режим доступу: http://redcross.org.ua/nurses/

24. Фещенко Ю., Мельник В., Матусевич В., Юхимець В., Лаптєва Н. «Ефективність активного та пасивного виявлення туберкульозу серед осіб із підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз» //Український пульмонологічний журнал. – 2005. – № 1. – С. 5-7.

25. Опыт работы по профилактике и выявлению ТБ среди ключевых групп: презентация / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (2012) // Режим доступу:http://www.helpme.com.ua/articles/dn20121221_1091dod.pdf.

26. Филиппович Сергей, Департамент лечения, закупок и управления поставками / Международный Альянс ВИЧ/СПИД в Украине.

27. Результаты ретроспективного исследования экономической эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи пациентам больным туберкулезом в городе Кривой Рог, Украина

28. Assessing TB case-finding. TB Framework Checklist // Режим доступу:http://www.who.int/tb/publications/tb_framework_checklist3.pdf

29. Global Tuberculosis Report 2017. World Health Organization. 2017. 262 p. // Режим доступу: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1

30. Creswell J., Sahu S., Blok L., Bakker MI, etal. A Multi-Site Evaluation of Innovative Approaches to Increase Tuberculosis Case Notification: Summary Results. PLoS ONE 2014; 9(4): e94465.

31. Support to Ukraine in Implementing its National TB Program// Режим доступу: http://www.path.org/publications/files/CP_ukraine_tb_fs.pdf

32. TB burden estimates, notifications and treatment outcomes: For individual Countries and Territories, WHO Regions and the World Annex 4, 2016, 23 p. // Режим доступу: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_annex4.pdf?ua=1

33. The Global Fund. Key Populations. July 2016. // Режим доступу: https://www.theglobal fund.org/media/5912/publication_keypopulations_focuson_en.pdf

34. Ukraine Tuberculosis profile. WHO. 2018.// Режим доступу:https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=UA&LAN=EN&outtype=html

35. WHO (2010) «Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine», WHO Regional Office for Europe. // Режим доступу:http://irses-tuberculosis.info/storage/pdf/ntpua2010.pdf

36. WHO (2008) Task Shifting: rational redistribution of tasks among healthwork forceteams. // The Global Recommendations and Guidelines on Task Shifting // Режим доступу:http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf?ua=1

ДОДАТОК 1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІЖЕННЯ

Основна мета, завдання та дизайн дослідження

Мета дослідження:

Описати моделі з надання медичних та соціальних послуг для груп ризику щодо захворювання на туберкульоз (виявлення та лікування туберкульозу) в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні, які впроваджувались протягом 2011-2017 рр.

Завдання дослідження:

- Збір та систематизація даних, пов'язаних із медичними та соціальними послугами, які надаються ГР.
- Опис моделей надання медичних та соціальних послуг групам високого ризику щодо ТБ.
- Розповсюдження результатів серед зацікавлених сторін: основні рецепієнти ГФ, керівники органів самоврядування, медичних закладів, соціальних служб, НУО, які впроваджують проекти технічної допомоги та інші зацікавлені сторони.

Дослідження зосереджувалось на наступних моделях:

Покращення виявлення ТБ серед груп високого ризику:

- залучення соціальних працівників ЦССДМ з метою покращення виявлення ТБ серед осіб у складних життєвих обставинах (міжвідомча співпраця, модель "таск-шифтінгу")
- залучення НУО до заходів з протидії ТБ (активне виявлення у ромській громаді) в межах програми ГФСТМ.

Покращення доступу до лікування:

- співпраця між протитуберкульозними закладами та ПМСД
- державно-приватне партнерство.
- залучення НУО (зокрема, Товариства Червоного Хреста України)

Географія дослідження:

У досліджені було розглянуто п'ять моделей для опису практик в різних контекстах в регіонах: м. Київ, Київська, Харківська області, м. Кривий Ріг Дніпропетровської області, м. Южне Одеської області)

Дизайн дослідження.

Моделі описані за наступною структурою:

- Передумови
- Мета і цілі моделі
- Опис дизайну моделі:
  - які послуги надавались;
  - покриття (географічне та за групами ризику щодо ТБ)
  - система переадресації
  - створення партнерства
  - необхідні ресурси
- Труднощі у впровадженні та їх вирішення
- Досягнення та результати впровадження
- Висновки та рекомендації

Обмеження дослідження:

- Зважаючи на те, що дизайн дослідження є якісним і тому базується в основному на глибокому персональному опитуванні, зібрані дані відображають ідеї, уявлення, враження та уроки, а не конкретні статистичні та кількісні дані.
- Обмежена кількість інтерв'ю може не відображати більшу картину загальної практики регіонів чи об'єктів дослідження
- Оскільки основні підходи до послуг з туберкульозу є дещо загальними, існує ймовірність низької диференціації між практиками, що застосовуються у моделях.

3. Методи збору інформації та інструменти дослідження

Досягнення мети дослідження планується за допомогою якісних методів збору інформації, а саме:

Метод та інструменти	
Кабінетне дослідження	Аналіз вторинної документації по кожній з моделей: проектних заявок, звітів про проект, угод, протоколів зустрічей партнерів, наявних статистичних даних (державні та альтернативні джерела, якщо такі є тощо).
Опитування: напівструктуровані інтерв'ю	Проведення опитування учасників запропонованих моделей (організаторів процесу, надавачів послуг та клієнтів / пацієнтів). Розроблено два типи опитників, а саме: *Цільова група:* експерти, які безпосередньо брали участь / надавали медичні та/або соціальні послуги групам високого ризику щодо ТБ та хворим на ТБ в рамках описаних моделей, а також ті, особи, які впливали на організацію процесу надання цих послуг. Загалом 20 інтерв'ю з експертами *Цільова група:* пацієнти та / або представники груп високого ризику які є / були клієнтами у досліджуваних моделях лікування. Загалом 20 інтерв'ю з пацієнтами
Фасилітована дискусія	Круглий стіл за участі зацікавленими сторонами для представлення моделей та валідації рекомендацій, напрацьованих дослідницькою командою МГО "Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я" за результатами проведеного аналізу.

4. Збір даних та контроль якості даних

Інтерв'ю відбувались на основі узгодженого переліку питань. Інтерв'ю здійснювалося віч-на-віч в місці, зручному для респондента або по телефону та записувалося на диктофон (за згоди респондента). В разі, якщо респондент відмовлявся від аудіозапису, інтерв'юер робив нотатки в ході інтерв'ю. Перед опитуванням інтерв'юер надавав респонденту інформацію про мету та завдання дослідження, а також інформаційний лист від дослідницької команди, отримував поінформовану згоду на участь респондента у дослідженні. Також інтерв'юер інформував, що респондент, за бажанням, міг ознайомитися зі звітом за результатами дослідження на веб-сторінці www.lhsi.org.ua .

5. Етичні засади дослідження Опитування: напівструктуровані інтерв'ю

Протокол та інструментарій дослідження відповідають етичним нормам проведення соціологічних досліджень та базуються на принципах анонімності та конфіденційності. Інтерв'ю з експертами базуються на чотирьох принципах: поінформована згода; конфіденційність; анонімність; добровільна участь. Перед проведенням напівструктурованих інтерв'ю з експертами інтерв'юер отримав від респондента згоду на проведення інтерв'ю. Респондентам було надано інформаційний лист, який свідчив про забезпечення анонімності та конфіденційності умов опитування.