

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

«Узгоджено»



В. о. директора Медичного департаменту
МОЗ України

А.О. Гаврилюк

2017

**ОПТИМІЗАЦІЯ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ
СПІВПРАЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ТА
СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ПРОЦЕСІ
НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНИХ
ПОСЛУГ ГРУПАМ ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ
ІНФІКУВАННЯ ВІЛ, ТУБЕРКУЛЬОЗОМ,
ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ ТА ЛЮДЯМ,
ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ
(методичні рекомендації)**

(45.17/67.17)

Київ 2017

Оптимізація міжсекторальної співпраці сімейних лікарів та соціальних працівників у процесі надання соціально-медичних послуг групам підвищеного ризику інфікування ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ. Методичні рекомендації для лікарів за спеціальністю «Загальна практика — сімейна медицина», соціальних працівників — Київ, 2017. — 40 с.

Установи-розробники:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика;
Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я».

Автори:

д-р. мед. наук, професор	Л. Ф. Матюха	044 288 10 34 (33);
канд. мед. наук, доцент	Г. В. Бацюра	044 288 10 34;
канд. мед. наук	О. К. Надута-Скринник	099 935 60 17;
біолог-вірусолог	Л. М. Легкоступ	044 288 10 34;
канд. пед. наук, доцент	Н. В. Романова	099 230 69 38;
канд. психол. наук	М. Ю. Варбан	044 490 54 85 (вн. 162);
канд. мед. наук, асистент	Л. Г. Матвієць	044 288 10 34;
канд. мед. наук, асистент	В. В. Козлов	044 288 10 34.

Рецензенти:

Нізова Наталія Миколаївна — д-р. мед. наук, професор, Генеральний директор Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;

Хімійон Людмила Вікторівна — д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика;

Ярошенко Алла Олександрівна — д-р. філос. наук, професор, заступник декана факультету соціально-психологічних наук та управління НПУ ім. М.П. Драгоманова.

Літературний редактор: *І. Андрущенко*

Коректор: *О. Кожушко*

Верстка та ілюстрації: *К. Косьміна*

Схвалено Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
(протокол № 5 від 17.05. 2017 р.)

Зміст

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	6
1. Специфіка представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, туберкульозом, гепатитами та людей, які живуть з ВІЛ.....	8
2. Міждисциплінарна співпраця сімейного лікаря з фахівцями організацій, що надають соціально-медичні послуги представникам груп підвищеного ризику.....	11
3. Роль сімейних лікарів у наданні допомоги представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, ТБ, гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ	16
4. Особливості надання соціальними працівниками комунальних та недержавних організацій соціально-медичних послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, ТБ, гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ.....	31
5. Гендерний підхід щодо надання соціально-медичних послуг представникам груп підвищеного ризику та людям, які живуть з ВІЛ.....	35
Висновки.....	37
Додаток.....	38
Перелік посилань.....	39

Перелік умовних скорочень

АРТ	— антиретровірусна терапія
АЗПСМ	— амбулаторія загальної практики — сімейної медицини
БЦЖ	— протитуберкульозна вакцина (Bacillus Calmette-Guérin, BCG)
ВГА	— вірусний гепатит А
ВГВ	— вірусний гепатит В
ВГС	— вірусний гепатит С
ВІЛ	— вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ДКТ	— добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ДОП	— доконтактна профілактика
ДОТ	— долікування туберкульозу (стратегія)
ЗОЗ	— заклади охорони здоров'я
ЗПТ	— замісна підтримувальна терапія
ЗП - СЛ	— лікар загальної практики - сімейний лікар
ІПСШ	— інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	— імуноферментний аналіз
КІТ	— консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
КДЦ	— консультативно-діагностичний центр
ЛВІН	— люди, що вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	— люди, що живуть з ВІЛ
ЛТІ	— лікування туберкульозної інфекції
МАК	— мікобактеріоз атиповий
МБТ	— мікобактерії туберкульозу
МДК	— мультидисциплінарна команда
МКХ	— міжнародна класифікація хворих
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я
МПКП	— медична постконтактна профілактика
НУО	— неурядові організації
ОІ	— опортуністичні інфекції
ПГПР	— представники груп підвищеного ризику

ПКП	— постконтактна профілактика
ПЛР	— полімеразна ланцюгова реакція
ПМСД	— первинна медико-санітарна допомога
ПОШ	— пункт обміну шприців
ПП	— пневмоцистна пневмонія
ППМД	— профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТП	— протитуберкульозна профілактика
РНК	— рибонуклеїнова кислота
СЖО	— складні життєві обставини
СНІД	— синдром набутого імунodefіциту людини
СР	— секс-робітники
ТБ	— туберкульоз
ТО	— туберкулінові одиниці
ТЦСО	— територіальний центр соціального обслуговування населення
УКПМД	— уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФАП	— фельдшерсько-акушерський пункт
ХГС	— хронічний гепатит С
ЦПМСД	— центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦСССДМ	— центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ	— чоловіки, що мають секс із чоловіками

Вступ

На початку нового тисячоліття Україна приєдналася до «Декларації тисячоліття» ООН і взяла на себе зобов'язання досягти Цілей розвитку тисячоліття (до 2015 року) та Цілей сталого розвитку (2016–2030 рр.), в яких пункти 3 та 5 акцентують увагу країн-учасниць на необхідності спрямування зусиль щодо надання якісної медичної допомоги та налагодження міжсекторальної взаємодії. Стратегія сталого розвитку «Україна — 2020», схвалена Указом Президента України від 12.01.2015 р. №5/2015, передбачає, що метою державної політики у сфері охорони здоров'я є кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, а відтак — надання адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення тощо. Даною Стратегією та затвердженим планом заходів щодо її реалізації, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 р. № 248-р, передбачено, забезпечення міжвідомчої та міжсекторальної координації виконання програм і заходів протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Реалізація Стратегії дасть змогу удосконалити державну політику протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу відповідно до засад громадського здоров'я і міжнародних стандартів.

Програма ВООЗ «Здоров'я для всіх до 2000 року» та основи європейської політики «Здоров'я 2020» також акцентують увагу на необхідності міжгалузевої діяльності для забезпечення здоров'я, розбудови первинної медичної допомоги і надання якісних медичних послуг. У розділі «Громадське здоров'я» Угоди про Асоціацію між Україною та Європейським союзом йдеться про зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема, шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги, у тому числі й шляхом надання соціально-медичних послуг для груп підвищеного ризику.

В статті 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» як одні з ключових принципів охорони здоров'я визначаються: його попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід.

Враховуючи те, що зараз Україна потерпає від епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В та С, виникає необхідність проведення аналізу відомчих та міжвідомчих нормативних актів з питань забезпечення безперервності надання медичної допомоги, медико-соціальних та інших послуг для сімей та осіб, які перебувають у СЖО, спричинених захворюваннями на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД, належать до груп підвищеного ризику захворювання на туберкульоз та інфікування ВІЛ. Заклади ПМСД є первинною ланкою системи охорони здоров'я для пацієнта, який має будь-які проблеми зі здоров'ям. Кваліфікований і мотивований сімейний лікар може забезпечити вирішення 80% медичних проблем пацієнтів. Це не просто фахівець, який надає первинну медичну допомогу, але й менеджер, що координує роботу інших надавачів послуг, в тому числі і соціальних, задля організації інтегрованої та комплексної допомоги, зокрема і представникам груп підвищеного ризику — людям з ВІЛ-позитивним статусом, споживачам ін'єкційних наркотиків, секс-робітникам, чоловікам, що мають секс із чоловіками тощо. Тому важливим є налагодження співпраці та координація діяльності сімейних лікарів із соціальними працівниками комунальних установ та громадських організацій задля покращення ефективності та якості допомоги зазначеним групам пацієнтів з метою попередження розповсюдження інфекцій — як на ранній стадії виникнення та розвитку захворювання, так і на етапі паліативної допомоги. Дане видання присвячене безпосередньо питанням взаємодії між цими фахівцями.

Методичні рекомендації створені та опубліковані в рамках науково-дослідної теми кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика «Наукове обґрунтування сучасних підходів до посилення профілактичного напрямку діяльності на первинному рівні надання медичної допомоги» (державна реєстрація № 0107U009820 (2013–2017 рр.)) та проекту Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я» «Розбудова потенціалу з метою реалізації якісних гендерно-чутливих інтервенцій зі зменшення шкоди в Україні», що фінансується організацією «Французька міжнародна експертиза ініціатива 5% (Expertise France 5% Initiative)» та реалізується у співпраці з Міністерством соціальної політики України.

1. Специфіка представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, туберкульозом, гепатитами та людей, які живуть з ВІЛ

Поняття «групи ризику» у формулюванні «**групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ**» охарактеризовано у підпункті 4 пункту 1 ст. 1 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» наступним чином: *«групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ — це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я»**.

Підвищений ризик інфікування ВІЛ обумовлений соціально-економічними, поведінковими та/або медичними чинниками.

Згідно з Наказом МОЗ України №104 від 08.02.2013 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ» **критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику** щодо інфікування ВІЛ є такі форми поведінки:

- Вживання наркотичних та психотропних речовин ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голок для ін'єкцій та наркотичних засобів.
- Статеві стосунки з більш ніж одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.
- Анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.

* Ця норма Закону набула чинності 15 січня 2011 р.

Таким чином до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ за даними критеріями можна віднести:

- споживачів ін'єкційних наркотиків (людей, що вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН));
- осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду (секс-робітники (СР));
- чоловіків, що мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ);
- статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків;
- клієнтів секс-робітників;
- статевих партнерів ЧСЧ.

За умови застосування однієї з вищенаведених форм поведінки, до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ також можуть бути віднесені особи, що знаходяться у складних життєвих обставинах, а саме:

- особи, які утримуються в установах виконання покарань;
- безпритульні;
- іммігранти;
- звільнені від відбування покарань у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк;
- безпритульні та бездоглядні діти, у тому числі діти з родин, що знаходяться у складних життєвих обставинах, та діти, які не отримують належного батьківського піклування [1].

Питання віднесення осіб до певної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ не має єдиних універсальних критеріїв. У різних країнах розробляються свої конкретні стандарти віднесення осіб до таких груп. Критерії різних країн можуть відрізнятися через специфіку епідеміологічної ситуації, поведінкові особливості населення та безпосередні завдання конкретного дослідження, яке дає можливість зібрати дані щодо поведінкових практик населення конкретної країни.

В Україні приналежність до певної групи ризику визначається (для кожної групи окремо) практикою відповідної ризикованої поведінки протягом певного періоду часу, що передує спеціальному опитуванню, яке збирає дані щодо поведінкових практик [2].

З точки зору поширення епідемії ВІЛ в Україні, ЛВІН є ключовими представниками групи осіб, які з певною регулярністю вживають наркотичні речовини.

До секс-робітників відносять жінок та чоловіків, які використовують секс як джерело прибутку (постійного або тимчасового). З огляду на поширення ВІЛ-інфекції, ключовими представниками цієї групи вважаються люди, для яких надання сексуальних послуг є основним (або одним з основних) джерелом заробітку та які впродовж певного часу багаторазово залучалися до секс-індустрії.

Критерієм віднесення до групи ЧСЧ є наявність досвіду одностатевих стосунків протягом усього життя або певного попереднього періоду часу [2].

2. Міждисциплінарна співпраця сімейного лікаря з фахівцями організацій, що надають соціально-медичні послуги представникам груп підвищеного ризику

Соціально-медичні послуги, які надаються у медичній сфері, в т.ч. представникам груп ризику, щодо ВІЛ/ТБ/гепатитів, згадуються у багатьох нормативних актах МОЗ (наказах, протоколах надання медичної допомоги). У деяких — використовується термін «медико-соціальні та соціальні послуги», в інших — це стає зрозумілим з контексту. Більшість документів, у яких є згадки про медико-соціальні та соціальні послуги, стосуються налагодження міжсекторальної взаємодії. Зустрічаються також такі терміни, як «міждисциплінарна інтеграція», «співпраця», «організація роботи міждисциплінарних або мультидисциплінарних команд». У більшості документів, де йдеться про взаємодію, немає опису конкретних алгоритмів/механізмів співпраці членів команди, порядку організації їхньої роботи, розподілу відповідальності за підготовку і навчання членів команди тощо.

На відміну від актів МОЗ, нові державні стандарти надання соціальних послуг, затверджені Міністерством соціальної політики України, враховують принцип міждисциплінарності як один із найважливіших у діяльності. Так, наприклад, у державному стандарті послуги соціальної профілактики, які можуть надаватися представникам груп ризику, наводиться наступне визначення терміну «мультидисциплінарна команда»: *«До складу такої команди входить не менше трьох осіб — наприклад, це може бути соціальний працівник, соціальний робітник, фахівець із соціальної роботи, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, лікар (гінеколог, дерматолог, венеролог, нарколог, інфекціоніст, реабілітолог тощо), фельдшер, медична сестра та інші, які працюють у штаті суб'єкта або залучаються з інших установ, організацій, закладів».*

Загалом, у кожному із Державних стандартів надання соціальних послуг є норма, що визначає умови та склад мультидисциплінарної команди, яка може залучатися до надання конкретних послуг.

Мультидисциплінарна команда може формуватися як на базі організацій, що надають соціальні послуги (включаючи ВІЛ-сервісні НУО), так і на базі центрів ПМСД. Для ефективної співпраці фахівців у рамках мультидисциплінарної команди обирається координатор команди. Ним може бути представник ПМСД або соціального закладу/організації. Основна його функція — координація роботи мультидисциплінарної команди, залучення фахівців команди, визначення їхніх функцій та завдань в рамках команди, організація засідань, ведення протоколів засідань тощо.

Фахівці, що працюють у мультидисциплінарній команді, повинні координувати свої дії, розподіляти обов'язки таким чином, аби якнайшвидше і якнайкраще задовольнити потреби клієнта, який відноситься до групи підвищеного ризику чи перебуває в СЖО. У своїй роботі члени мультидисциплінарної команди керуються:

- посадовими інструкціями, в яких визначені посадові обов'язки та кваліфікаційні вимоги;
- етичним кодексом працівника, який має неухильно дотримуватися;
- нормативними, законодавчими і правовими положеннями та актами, необхідними для виконання службових обов'язків;
- принципом дотримання конфіденційності інформації, що складає професійну таємницю тощо.

Кожен з членів мультидисциплінарної команди виконує свою роль у наданні соціально-медичних послуг.

Лікар-інфекціоніст:

- оцінює стан пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 та приймає діагностичні рішення;
- проводить діагностико-лікувальну роботу відповідно до клінічних протоколів лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, методичних рекомендацій щодо лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією;
- контролює стан пацієнта, вносить необхідні корективи у фармакологічні та соціально-психологічні інтервенції;
- направляє пацієнта у разі потреби на консультації та лікування до інших лікувально-профілактичних закладів.

Лікар-фтизіатр:

- оцінює стан пацієнта згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 та приймає діагностичні рішення;
- проводить діагностику відповідно до клінічних протоколів, визначає вид надання допомоги (в умовах стаціонару чи амбулаторно) та термін диспансерного спостереження;
- контролює стан пацієнта, вносить необхідні корективи у фармакологічні та соціально-психологічні інтервенції;
- організовує у разі потреби надання консультативної допомоги лікарями інших спеціальностей.

Середній медичний персонал виконує свої професійні обов'язки відповідно до посадових інструкцій з урахуванням специфіки лікувально-профілактичного закладу.

Соціальний працівник надає такі соціальні послуги:

- проводить індивідуальне та групове консультування;
- здійснює соціальний супровід;
- надає допомогу у вирішенні соціальних проблем (оформлення документів, соціальної допомоги, сприяння у пошуку житла та працевлаштуванні тощо);
- організовує індивідуальний супровід осіб, які мають функціональні обмеження і ускладнення в пересуванні;
- забезпечує надання необхідних юридичних послуг у відповідь на запит клієнта: консультації юриста, надання необхідної правової інформації за запитом особи або його родини, роз'яснення законів щодо прав, пільг, допомога у складанні офіційних документів юридичного характеру (заяв, скарг, майнових документів тощо);
- представляє інтереси особи в державних службах, веде переговори від її імені з метою отримання необхідних послуг;
- проводить мотиваційне консультування щодо зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин;
- консультує щодо формування прихильності до призначеного лікування;
- надає соціально-психологічну підтримку отримувачу послуг та його близьким: особисті зустрічі з ним та членами родини, спілкування;
- організовує групи самопомоги і т.п.;
- консультує членів родин щодо шляхів вирішення соціально-психологічних проблем.

Психолог:

- оцінює психологічний стан клієнта;
- складає разом із пацієнтом індивідуальну програму психосоціальної реабілітації;
- проводить індивідуальні та групові сесії психологічного консультування для клієнтів та їх родин.

У випадку, коли перенаправлення клієнта є єдиним варіантом для отримання необхідних послуг, соціальний працівник ЦСССДМ або ВІЛ-сервісної організації здійснює перенаправлення шляхом повідомлення, інформування суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю або формує дорожню карту (узагальнену схему роботи державних закладів та НУО з клієнтом з числа груп ризику), за якою клієнт зможе отримати послугу в інших закладах та установах.

Таку ж саму дорожню карту можуть формувати і сімейний лікар, медична сестра чи фельдшер для отримання клієнтом необхідних соціальних послуг.

Дорожню карту можна зобразити наступним чином (рис. 1):



Рис. 1. Дорожня карта роботи з клієнтами груп ризику*

*Пояснення до рис. 1: Якщо клієнт потребує медичних послуг, то він може звернутися до медичного закладу за місцем проживання, а у випадку відсутності чи нестачі ресурсів у даному закладі сімейний лікар може переадресувати його до СНІД-центру або ЛПУ (напрямок 1–2–3 на рис. 1). Якщо клієнт, що знаходиться у СЖО, потребує більше соціальних послуг, ніж наявні ресурси ЦСССДМ, то він може звернутися до НУО, які працюють у програмах зменшення шкоди (напрямок 4–5 на рис. 1).

Алгоритм перенаправлення (рис. 2). У випадку, коли клієнт звернувся до ЦСССДМ або НУО з проханням про надання соціально-медичних послуг, соціальний працівник:

- 1) здійснює оцінку потреб, відповідно до якої проводить консультацію, надає інформацію або складає дорожню карту клієнта, вказавши всю наявну мережу закладів, установ та інститутів громадянського суспільства, які мають необхідний ресурс для надання необхідних послуг;
- 2) інформує клієнта про заклади, які можуть надати йому послуги відповідно до потреб та умови їх надання;
- 3) повідомляє заклад/установу про направлення до них клієнта з метою вирішення його нагальних проблем. Для ефективності роботи необхідні наявність офіційної домовленості із закладом, до якого здійснюється перенаправлення клієнта, та погодження дати і часу зі спеціалістом, який надаватиме послугу;
- 4) здійснює моніторинг якості надання послуг, перевіряє факт та результат надання послуги. У випадку необхідності у дорожню карту клієнта вносяться зміни;
- 5) підтримує зворотній зв'язок із суб'єктами взаємодії.



Рис. 2. Алгоритм перенаправлення

Перенаправлення здійснюється за умови добровільної згоди клієнта. Клієнта необхідно поінформувати про те, що вся інформація щодо стану його здоров'я, ВЛІ-статусу тощо є конфіденційною і не може бути розголошеною стороннім особам. У всіх випадках, коли клієнта необхідно перенаправити, йому надається інформаційна консультація — повідомляється, де він може отримати потрібну йому послугу і за яких умов. Перенаправлення клієнта може здійснюватися в стаціонарних (за місцем знаходження суб'єкта, що надає послуги), мобільних або польових умовах, а також за потреби може включати транспортування або супровід клієнта до закладу/установи.

3. Роль сімейних лікарів у наданні допомоги представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, ТБ, гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ

Медична допомога, яку надає представникам груп підвищеного ризику сімейний лікар, містить певну сукупність діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур. У межах своєї кваліфікаційної характеристики та покладених на нього завдань й обов'язків він фактично надає інформаційні, соціальні, соціально-медичні, юридичні, психологічні послуги, хоча термінологічно це і не визначено в переліку його обов'язків.

До **діагностичних процедур** відносяться:

- проведення за медичними показаннями скринінгових тестів, лабораторних і інструментальних (функціональних) досліджень у межах, визначених Протоколами (на робочому місці за наявності відповідного оснащення або шляхом скерування в КДЦ);
- експертиза тимчасової непрацездатності хворих з видачею і продовженням листка про тимчасову непрацездатність.

Лікувальні процедури включають:

- невідкладну допомогу до виходу пацієнта із критичного стану і/або прибуття бригади швидкої медичної допомоги;
- призначення пацієнтові лікарських засобів за медичними показаннями;
- хірургічні операції, які не потребують госпіталізації;
- лікувальні маніпуляції;
- виписку рецептів, у тому числі на безкоштовне/пільгове лікарське забезпечення;

- стаціонарно-замінну медичну допомогу хворим, яка не потребує цілодобового медичного нагляду і лікування;
- забезпечення дотримання принципів раціональної фармакотерапії;
- визначення побічної дії лікарських засобів і своєчасне повідомлення про них (*Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду» від 27.12.2006 р. (в редакції від 26.09.2016 № 996); зареєстровано в Міністерстві юстиції України 19 грудня 2016 р. за №649/29779*);
- організацію та надання паліативної допомоги із забезпеченням ефективного знеболення (в т.ч. виписування рецептів на контрольовані знеболюючі засоби).

Профілактичні заходи це:

- проведення (самостійно або спільно з лікарями-спеціалістами) профілактичних оглядів певних груп населення;
- диспансерний нагляд окремих груп хронічно хворих;
- профілактичні медичні заходи щодо попередження захворювань, небезпечних для оточуючих, і професійних — в співпраці з системою громадського здоров'я);
- заходи щодо формування здорового способу життя, включаючи профілактику поведінкових факторів ризику розвитку основних неінфекційних захворювань;
- скринінгові обстеження населення;
- вакцинація населення з метою профілактики інфекційних захворювань.

Інформаційні послуги, які надає сімейний лікар:

- популяризація здорового способу життя (лекції, статті, виступи на радіо, телебаченні, індивідуальні та групові консультації різноманітних груп населення);
- поширення медичних знань серед населення, зокрема, щодо запобігання захворюванням та їх ускладненням, надання долікарської невідкладної допомоги (самодопомога, взаємодопомога).

Соціальні, медико-соціальні, психологічні послуги:

- організація медико-соціальної і психологічної допомоги самотнім людям похилого віку, інвалідам та пацієнтам з хронічними захворюваннями, які за визначенням лікаря та пацієнта потребують такої допомоги;
- надання медичної допомоги пацієнту з урахуванням усіх обставин, які впливають на стан здоров'я та/або перебіг захворювання, у т. ч. в контексті сім'ї та громади;
- сприяння розширенню власних можливостей пацієнта (залучення пацієнта до участі у збереженні здоров'я та наданні самопомоги при виникненні гострого захворювання та/або загостренні хронічного тощо).

Юридичними послугами є захист та/або представлення (у разі необхідності) інтересів пацієнта стосовно його здоров'я.

Координаційно-комунікаційні функції лікаря ЗП - СЛ (на первинному рівні)

Представники груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ відрізняються від інших пацієнтів сімейних лікарів певними характеристиками, які ускладнюють надання їм медичної допомоги та інших послуг. Йдеться, насамперед, про відсутність або низьку мотивацію до збереження здоров'я, недовіру до лікарів, нерегулярність звернень за допомогою тощо. Проте соціальні працівники комунальних установ та закладів та громадських організацій, а також волонтери ВІЛ-сервісних НУО з числа груп ризику можуть допомогти сімейному лікарю. Саме тому, на первинному етапі той має організувати співпрацю щодо пере-направлення, надання послуг відповідно до потреб, а у разі необхідності, здійснення соціального супроводу пацієнтів з груп підвищеного ризику фахівцями із соціальної роботи/соціальними працівниками, волонтерами комунальних установ, закладів та/або НУО, які задіяні у процесі надання соціально-медичних послуг і безпосередньо працюють з групами ризику.

Така співпраця повинна ґрунтуватися на основі міжвідомчої взаємодії між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством

соціальної політики України, а також міжсекторальної взаємодії обласних управлінь охорони здоров'я та управлінь соціального захисту населення, які дотичні до надання соціально-медичних послуг групам ризику на рівні громади.

З цією метою створюються мультидисциплінарні команди, до яких окрім сімейного лікаря та соціального працівника/фахівця із соціальної роботи можуть входити медсестра загальної практики-сімейної медицини, психолог, соціальний робітник, волонтери з місцевих НУО та/або місцевої громади тощо.

Оскільки саме лікар ПМСД несе відповідальність за здоров'я «свого» пацієнта, **координаційно-комунікативні функції** лікаря ЗП-СЛ можуть визначатися наступним чином:

1. Формування мультидисциплінарної команди, склад якої визначається наявністю фахівця із соціальної роботи/соціального працівника за місцем проживання пацієнта, інших спеціалістів у сфері соціальної роботи, дотичних до надання соціально-медичних послуг та соціальних працівників/волонтерів з місцевих НУО або місцевої громади.
2. Координація роботи мультидисциплінарної команди. Лікар координує складання графіку роботи, розподіл функціональних обов'язків фахівців різних спеціальностей, налагодження взаємодії між ними, здійснює контроль якості надання послуг тощо.
3. Налагодження та підтримка тісної взаємодії між представниками мультидисциплінарної команди і родиною пацієнта/самим пацієнтом. Лікар виконує посередницьку функцію між різними надавачами медико-соціальних послуг.
4. Налагодження співпраці з соціальними закладами та НУО на території обслуговування у процесі здійснення заходів з профілактики, лікування, догляду, паліативної та реабілітаційної допомоги пацієнтам з груп підвищеного ризику.
5. Вчасне забезпечення медичного маршруту пацієнта до спеціалістів вторинної і третинної медичної допомоги. Сімейний лікар здійснює координацію надання медичної допомоги і забезпечення безперервності медичної допомоги з урахуванням потреб пацієнта.
6. Узгодження рекомендацій лікарів-спеціалістів та підбір індивідуального комплексу лікувально-профілактичних заходів для пацієнта.

7. Скерування пацієнтів до відповідних соціальних закладів і установ, а також ВІЛ-сервісних НУО для отримання соціальних послуг: соціальної профілактики, підтриманого проживання, паліативного/хоспісного догляду, соціальної абілітації тощо (відповідно до Наказу №537 Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 р. «Про затвердження переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть їх самостійно подолати»), у т.ч. як частини заходів у рамках медико-соціального маршруту пацієнта.
8. Обмін інформацією з представниками відповідних соціальних закладів і установ, а також ВІЛ-сервісних НУО, до яких було скеровано пацієнтів, щодо їх маршруту та отримання ними певних послуг тощо.

Участь сімейних лікарів у наданні медичної допомоги хворим на туберкульоз

Функціональні обов'язки лікарів ЦПМСД регламентуються Наказом МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1091. Виявлення хворих з підозрою на ТБ проводиться персоналом амбулаторій, ФАПів за місцем постійного або тимчасового проживання людини та в будь-яких інших медичних закладах шляхом:

- активного виявлення ТБ у групах ризику за допомогою призначення скринінгового флюорографічного обстеження один раз на рік (Додаток 1 наказу № 1091);
- пасивного виявлення ТБ — при зверненні громадян до медичних закладів за будь-якою медичною допомогою за наявності симптомів, що можуть свідчити про ТБ, скарг, що відповідають інтоксикаційному та бронхо-легенево-плевральному синдрому;
- скерування пацієнтів з підозрою на ТБ (за результатами алгоритму первинної діагностики) до лікаря-фтизіатра II–III рівня;
- забезпечення транспортування мокротиння до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ I рівня (пункт мікроскопії мокротиння);
- проведення вакцинації, ревакцинації БЦЖ;
- обліку та динамічного спостереження (клінічний скринінг та туберкулінодіагностика) за дітьми, які не були вакциновані при народженні;

- ведення новонароджених із осередків туберкульозної інфекції (*Додаток 12 наказу № 1091*);
- активного виявлення випадків ТБ та лікування туберкульозної інфекції у дітей в умовах епідемії туберкульозу: щорічна туберкулінодіагностика (проба Манту з двома туберкуліновими одиницями (ТО)) проводиться практично здоровим дітям віком від 4 до 14 років, предусім з груп ризику захворювання на ТБ;
- проведення ДОТ-лікування під безпосереднім наглядом дільничного фтизіатра та виконання його рекомендацій;
- інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ТБ;
- участі у здійсненні оздоровчих заходів, відстеженні контактів у осередках ТБ під курацією фтизіатра та лікаря-епідеміолога (*Додаток 3 наказу № 1091*).

Контрольоване лікування хворих на рівні ЦПМСД (Наказ МОЗ від 21.12.2012 р. № 1091)

Лікування хворих на туберкульоз проводиться у спеціалізованих протитуберкульозних закладах або за місцем проживання І, в закладах або підрозділах закладів ПМСД. Якщо лікування хворих на ТБ здійснюється за місцем проживання, то воно проводиться сімейним лікарем під контролем фтизіатра.

Алгоритм співпраці сімейного лікаря з фтизіатром та іншими фахівцями:

1. Дільничний фтизіатр, який лікує і спостерігає пацієнта, повинен передати сімейному лікарю ЦПМСД протитуберкульозні препарати (ПТП) необхідні для лікування пацієнта на місяць, та індивідуальну карту обліку хворого (форма ТБ-01). Препарати для лікування зберігаються у відповідальній особі закладу ПМСД. Медична сестра ЦПМСД, фельдшер ФАПу та/або соціальний працівник громадської неприбуткової організації відмічає прийом хворим препаратів у присутності медичного фахівця.
2. Сімейний лікар ЦПМСД та/або фельдшер ФАПу (працівник НУО, соціальний працівник) забезпечує організацію чіткого контролю за

прийняттям ПТП, проводить опитування щодо виникнення побічних реакцій і відмічає прийом ліків у карті ТБ-01.

3. Якщо пацієнт протягом 2–3 днів не з'являється на прийом, медична сестра вживає заходів щодо його розшуку, повідомляє про такий випадок сімейного лікаря, фельдшера ФАП, фтизіатра та/або соціального працівника комунальної установи та/або НУО.
4. Нерідше, ніж один раз на місяць пацієнт, який отримує контрольоване лікування в ЦПМСД, має бути оглянутий дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування.
5. Якщо під час лікування виникли побічні реакції, медична сестра та сімейний лікар та/або фельдшер негайно повідомляють дільничного фтизіатра та виконують його рекомендації.
6. Після завершення контрольованого лікування сімейний лікар та/або фельдшер повинен скерувати пацієнта до дільничного фтизіатра та передати йому заповнену форму ТБ-01.

Примітка:

Пацієнти з обмеженими формами ТБ без бактеріовиділення можуть лікуватися амбулаторно протягом всього основного курсу антимікобактеріальної терапії за умови забезпечення чіткої контрольованості лікування!

Соціальний працівник НУО, соціальний працівник/фахівець із соціальної роботи, що здійснює надання соціальних послуг сім'ї (особі), яка перебуває у складних життєвих обставинах, за місцем проживання пацієнтів може, повідомити пацієнту з ТБ прізвище та контактні дані його куратора* у медичному закладі. У випадку, якщо пацієнт ще не має досвіду отримання соціальних послуг, то прізвище куратора (у медичному закладі) та його контактні дані повинні передавати фахівці спеціалізованих протитуберкульозних закладів, де пацієнт знаходиться на обліку, або представники органів місцевої виконавчої влади (безпосередньо у громаді).

* Куратор — це особа з числа медичних працівників або волонтерів, членів родини пацієнта, що опікується ним, контролює лікування, здійснює координацію маршруту пацієнта тощо.

Примітка:

Куратор повинен проводити навчання та залучення пацієнта до терапії, формувати його прихильність до лікування на амбулаторному етапі. З метою покращення дотримання пацієнтом режиму лікування ТБ необхідно використовувати наступні форми втручання:

- * листи-нагадування;
- * медично-просвітні консультації, бесіди;
- * інформаційно-освітні буклети;
- * відвідування вдома;
- * щоденники пацієнта;
- * допомога або поради щодо отримування соціальної допомоги та відповідних соціальних послуг тощо.

Умови і періодичність лікування варто організувати так, щоб це було якомога зручнішим для хворого на ТБ, який разом з призначеним йому куратором повинен брати участь у спільному прийнятті рішення з цього питання за посередництва соціального працівника/фахівця із соціальної роботи, за місцем проживання пацієнта.

Участь сімейних лікарів у наданні медичної допомоги хворим на ко-інфекцію (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)

Виявлення хворих на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів проводиться при кожному зверненні останніх за медичною допомогою в заклади первинної медичної допомоги з будь-якого приводу або зі скаргами і/чи симптомами, які подібні на туберкульоз.

До **функції** закладів, що надають первинну медичну допомогу хворим на ко-інфекцію (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД), відносять:

- організацію надання первинної медичної допомоги;
- виявлення хворих з симптомами, схожими на ТБ, інфікованих МБТ та первинне обстеження на ВІЛ-інфекцію, яке проводиться у лікувальних закладах ПМСД і в будь-яких інших медичних закладах персоналом цих закладів:
 - діагноз ТБ підтверджується у спеціалізованому протитуберкульозному закладі;

- діагноз «ВІЛ-інфекція» підтверджується у кабінетах «Довіра» і Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом;
- активне і пасивне виявлення ТБ та інфікованих МБТ, яке проводиться згідно з УКПМД «Туберкульоз»;
- проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на ТБ;
- первинне обстеження населення на ВІЛ-інфекцію (консультування та тестування) за ініціативи медичного працівника, у тому числі представників груп підвищеного ризику;
- організацію консультацій фтизіатра для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з симптомами, схожими на ТБ, із дотриманням правил інфекційного контролю;
- забезпечення супроводу пацієнтів з позитивним результатом на ВІЛ-інфекцію встановленим за допомогою серологічних методів шляхом проведення імуноферментного аналізу або швидких тестів для взяття під медичний нагляд лікарем кабінету «Довіра» або центру СНІДу (за необхідності, із залученням для соціального супроводу та/або кейс-менеджменту соціальних працівників/фахівців із соціальної роботи соціальних закладів або НУО);
- організацію моніторингу лікування хворих (протитуберкульозної хіміотерапії і АРТ);
- забезпечення супроводу пацієнтів, які приймають антиретровірусну терапію за призначенням лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу (за необхідності, із залученням соціальних працівників/фахівців із соціальної роботи соціальних закладів або НУО);
- проведення контрольованого лікування (протитуберкульозної хіміотерапії і АРТ);
- проведення лікування опортуністичних інфекцій після призначення лікарем кабінету «Довіра» або центру СНІДу;
- проведення фармацевтичної профілактики після призначення лікарем кабінету «Довіра» або центру СНІДу;
- проведення профілактики ТБ;
- організація госпіталізації хворих на ТБ/ВІЛ-інфікованих за необхідності (при невідкладних станах) в інші спеціалізовані медичні заклади;
- надання паліативної (хоспісної) допомоги на дому (при необхідності, із залученням соціальних працівників/фахівців із соціальної роботи соціальних закладів або НУО);

- участь у реабілітаційних заходах;
- забезпечення супроводу пацієнтів до програм замісної підтримувальної терапії, зменшення шкоди та інших профілактичних програм за показаннями (за необхідності, із залученням соціальних працівників/фахівців із соціальної роботи соціальних закладів або НУО);
- інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ТБ та ВІЛ-інфекції;
- проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів для виявлення ТБ (*наказ МОЗ України від 15.05.2014 р. № 327 «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02.06.2014 р. за № 576/25353; далі — Наказ № 327*);
- організацію і проведення консультування та тестування на ВІЛ всіх осіб з симптомами, подібними до ТБ;
- виявлення осіб з ризикованою поведінкою із захворюваннями, симптомами та синдромами, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (*наказ МОЗ України № 388 від 11.05.2010 р. «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції», зареєстровано у Міністерстві юстиції України 09.07.2010 р. за № 499/17794; далі — Наказ № 388*).

Надання інформації населенню щодо симптомів ТБ і ВІЛ-інфекції, особливо представникам груп підвищеного ризику

Лікар ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи фельдшер ФАПу застосовують наступні **методи діагностики**:

- проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів з метою виявлення ТБ згідно з Наказом № 327;
- визначення скарг, які відповідають симптомам ТБ, або проведення скринінгового анкетування на ТБ згідно з УКПМД «Туберкульоз»;
- фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация;
- визначення факторів ризикованої поведінки, скарг або ознак захворювань, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію згідно з Наказом № 388;

- всім хворим з симптомами, схожими на ТБ, тривалою лихоманкою, втратою маси тіла нез'ясованого походження проводиться консультування та пропонується тестування на ВІЛ за допомогою серологічного дослідження крові методом імуноферментного аналізу або швидких тестів (алгоритм 4.1.1);
- забезпечення обстеження на ТБ згідно з УКПМД «Туберкульоз».

У разі негативних мазків мокротиння при підозрі на ТБ у ВІЛ-позитивних осіб з інфільтративними або вогнищевими змінами на рентгенограмі органів грудної порожнини тест-терапію антибіотиками широкого спектра не проводять до проведення молекулярно-генетичного дослідження.

При підозрі на позалегеневі форми ТБ у ВІЛ-інфікованих осіб сімейний лікар організує консультацію фтизіатра з дотриманням правил інфекційного контролю (алгоритм 4.1.3).

У разі неможливості проведення лікарем ЗП-СЛ/дільничним терапевтом чи педіатром, фельдшером ФАПУ будь-яких методів діагностики ТБ або ВІЛ-інфекції необхідно терміново скерувати пацієнта до фтизіатра та/або лікаря кабінету «Довіра»/ центру СНІДу.

Лікування

Лікування хворих ТБ/ВІЛ проводиться в спеціалізованих протитуберкульозних закладах та центрах СНІДу.

У закладах ПМСД проводиться контрольоване лікування за місцем проживання під контролем фтизіатра.

Лікування ВІЛ-інфекції призначається лікарями кабінету «Довіра» чи центру СНІДу та проводиться у кабінетах «Довіра» або центрах профілактики та боротьби зі СНІДом та протитуберкульозних закладах (у випадках ко-інфекції ТБ/ВІЛ).

Контрольоване амбулаторне протитуберкульозне лікування у хворих на ТБ/ВІЛ в закладах ПМСД проводиться згідно з УКПМД «Туберкульоз». Пацієнт, який отримує контрольоване лікування в закладах ПМСД, щомісячно скеровується лікарем ЗП-СЛ/дільничним терапевтом чи педіатром до районного фтизіатра для моніторингу та корекції ліку-

вання і кожні 1–3 місяці направляється до лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу для диспансерного спостереження та моніторингу АРТ.

Якщо під час лікування виникли побічні реакції або приєднались опортуністичні інфекції, лікар ЗП-СЛ/дільничний терапевт чи педіатр негайно скеровує пацієнта до районного фтизіатра і лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу.

Проведення профілактики опортуністичних інфекцій ко-тримоксазолом, протигрибковими препаратами, азитроміцином проводиться лікарем ЗП-СЛ/дільничним терапевтом чи педіатром після призначення лікування спеціалістом кабінету «Довіра» або центру СНІДу та під його постійним контролем. АРТ проводиться згідно з призначеннями лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу. Лікування опортуністичних та супутніх інфекцій проводиться згідно з призначеннями лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу.

Препарати для лікування ТБ щомісячно передаються з протитуберкульозного диспансеру сімейному лікарю, який забезпечує їхній належний облік та зберігання. Препарати для АРТ пацієнт отримує в кабінеті «Довіра» або Центрі СНІДу раз на 1-3 місяці для самостійного прийому.

Проведення контрольованого лікування (протитуберкульозної хіміотерапії і АРТ) здійснюється під безпосереднім керівництвом районного фтизіатра та лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІДу за допомогою куратора (з числа медичних працівників або волонтерів, членів родини тощо). Куратор має дати свою згоду на здійснення супроводу пацієнта для здійснення контрольованого лікування. Куратор може обиратися пацієнтом на добровільних засадах або призначатися медичним/соціальним закладом за місцем проживання та/або у ВІЛ-сервісній НУО.

Участь сімейних лікарів у наданні медичної допомоги дітям, хворим на вірусні гепатити В та С

Профілактика вірусних гепатитів В та С на рівні сімейного лікаря включає:

- проведення роз'яснювальної роботи щодо профілактики вірусних гепатитів серед населення;

- популяризацію щеплень проти вірусного гепатиту А (ВГА) та вірусного гепатиту В (ВГВ);
- роз'яснювання пацієнтам суті первинної та вторинної профілактики;
- оцінювання ступеня ризику щодо розвитку вірусного гепатиту С (ВГС) для кожного пацієнта;
- забезпечення особистого захисту лікаря з метою профілактики ВГС: використання засобів індивідуального захисту при безпосередньому контакті з пацієнтом, біологічними тканинами чи рідинами, недопущення потрапляння біологічних тканин та/чи рідин у навколишнє середовище тощо.

Організація діагностично-лікувального процесу включає:

- Проведення анкетування пацієнтів, які мають скарги на загальну втомлюваність, зниження працездатності. У разі виявлення підозр відбувається направлення їх на попередню діагностику ТБ.
- Направлення пацієнтів груп підвищеного ризику на попередню діагностику ТБ (один раз на рік).
- Направлення пацієнтів із позитивним результатом попередньої діагностики ТБ до інфекціоніста (протягом 7 днів після виявлення позитивного результату).
- Направлення за наявності у пацієнта з ВГС факторів, що обтяжують перебіг хвороби, до суміжних спеціалістів.
- Обстеження немовлят, народжених від ВГС- та/чи ВІЛ-позитивних матерів, відповідно до алгоритму обстеження немовлят.
- Сприяння виконанню призначень та рекомендацій інфекціоніста для дітей, у яких визначається РНК вірусу гепатиту С.
- Клінічне ведення дітей, інфікованих вірусом гепатиту С (разом із педіатричною службою).
- Оцінювання тяжкості стану захворювання, з використанням оцінки стану печінки та позапечінкових проявів.

Лікування гострого ВГС

Лікування гострого ВГС призначається лікарем-інфекціоністом. Сімейний лікар при лікуванні ВГС повинен сприяти:

- виконанню пацієнтом усіх рекомендацій інфекціоніста;

- здійсненню інфекціоністом клінічного моніторингу пацієнтів із гострим ВГС протягом 3 місяців після встановлення діагнозу;
- обстеженню на виявлення РНК вірусу гепатиту С через 3 місяці після встановлення діагнозу «гострий ВГС».
- направленню пацієнта при виявленні РНК ВГС до інфекціоніста.

Лікування хронічного ВГС

Пацієнти з хронічним гепатитом С (ХГС) підлягають оцінці щодо противірусного та симптоматичного лікування. Противірусне лікування ХГС призначається інфекціоністом. Лікування жінкам призначається після виключення вагітності. Пацієнти впродовж лікування потребують оцінки стану та виявлення побічних реакцій, а також факторів, що впливають на ефективність противірусного лікування.

Сімейний лікар при лікуванні ХГС має:

- Сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій спеціаліста.
- Інформувати пацієнта, що ефективність лікування залежить від дотримання призначень та факторів, які обтяжують лікування.
- Інформувати пацієнта про негативний вплив противірусного лікування на розвиток плода під час вагітності. Рекомендувати протягом лікування та 6 місяців після нього дотримуватися подвійної контрацепції – одночасного застосування чоловіками презервативів та пероральних контрацептивів жінками.
- Надавати рекомендації пацієнтам, у яких виникли побічні реакції під час противірусного лікування, відповідно до наведеного переліку побічних реакцій.
- Проводити моніторинг психічного статусу пацієнта, який мав психічні розлади до початку лікування, направляти його до психіатра за необхідності.
- Обстежувати всіх пацієнтів на предмет депресії перед початком, під час та після лікування.
- Роз'яснювати пацієнтам, що важливо регулярно відвідувати заклад охорони здоров'я з метою контролю стану здоров'я та корекції лікування.
- Проводити моніторинг стану пацієнтів з нирковою недостатністю під час противірусного лікування.

Лікування запущених стадій ВГС

Дії сімейного лікаря:

- Сприяти виконанню призначень інфекціоніста.
- Проводити моніторинг клінічного стану пацієнтів, які проходять противірусне лікування.
- Відстежувати побічні реакції фармакотерапії у встановленому порядку.

Харчування, підтримувальна терапія та додаткові методи лікування

Сімейний лікар виконує наступні дії:

- Консультує пацієнтів щодо адекватного харчування, фізичного навантаження та необхідності підтримання нормальної маси тіла.
- Направляє пацієнтів із цирозом печінки (стадії В, С за Чайлд-П'ю (Child-Pugh)) на консультацію дієтолога.
- Застерігає пацієнтів про певні загрози, пов'язані із застосуванням додаткових лікарських засобів тощо.

4. Особливості надання соціальними працівниками комунальних та недержавних організацій соціально-медичних послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, ТБ, гепатитами та людям, які живуть з ВІЛ

Надання соціальних та соціально-медичних послуг в Україні активно здійснюють комунальні установи та заклади, громадські об'єднання і благодійні організації, створюючи спеціалізовані служби, заклади роботи з представниками груп підвищеного ризику та ЛЖВ, що потребують профілактики, догляду та підтримки, соціального обслуговування тощо. Ці спеціалізовані служби, заклади та організації мають на меті надання комплексних соціальних послуг клієнтам задля збереження життя і працездатності ПГПР та ЛЖВ, зниження темпів розвитку захворюваності на СНІД у сучасному українському суспільстві. Всі вони у своїй діяльності тісно співпрацюють із ЗОЗ та активно перенаправляють туди своїх клієнтів, використовуючи для цього механізм соціального супроводу та/або кейс-менеджменту. Така співпраця дає позитивні результати щодо початку лікування у клієнтів із захворюваннями, формування прихильності до лікування, мотивування до одужання, ведення здорового способу життя тощо. Тому сімейні лікарі можуть також використовувати цю співпрацю, зокрема через механізм створення та функціонування мультидисциплінарних команд.

Усі соціальні послуги для груп населення, що знаходяться у СЖО, які надаються комунальними закладами, умовно розділяються на дві мережі:

1. Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ), які організовані за принципом міських, районних у містах та районних центрах.
2. Територіальні центри соціального обслуговування населення/ надання соціальних послуг (ТЦСО).

На отримання соціальних послуг в цих закладах мають право сім'ї, діти й молодь, які перебувають у СЖО, у тому числі представники груп ризику. Окрім цього, вони можуть здійснювати функцію перенаправлення у відповідні медичні заклади чи НУО, дотичні до проблематики.

ЦСССДМ, відповідно до Положення про свою діяльність у сфері соціальної роботи [17], здійснюють:

- 1) виявлення та облік сімей, дітей та молоді, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, у т.ч., і представників груп ризику;
- 2) оцінку їхніх потреб, визначення видів соціальних послуг та методів соціальної роботи, що відповідають цим потребам;
- 3) надання соціальних послуг та, у разі потреби, соціального супроводу;
- 4) соціальний патронаж осіб, які відбували покарання у вигляді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, за запитом служби пробачії.

Для отримання соціальних послуг необхідно звернутися до ЦСССДМ самостійно або через органи соціального захисту чи НУО. Для звернення ніяких документів не потрібно, консультування проводиться безкоштовно та анонімно. Якщо необхідно здійснити соціальний супровід, і клієнт дає на це згоду, тоді проводиться оцінка потреб у соціальних послугах з боку соціального працівника, складається Договір про проведення соціального супроводу та план соціального супроводу, залучаються суб'єкти соціальної роботи до надання певних послуг*.

Соціальні послуги надаються соціальним працівником або фахівцем із соціальної роботи. Соціальний супровід клієнтів, які знаходяться у СЖО, покладається на фахівців із соціальної роботи, саме вони, найчастіше здійснюють оцінку потреб клієнтів та визначають соціальні послуги, які необхідно їм надати. Соціальний працівник здійснює менеджерську, координаційну, посередницьку функцію, може виступати супервізором та брати участь у роботі мультидисциплінарної команди.

* Постанова КМУ від 21.11.2013 р. №896 «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб)» та Постанова КМУ від 21.11.2013 р. №895 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах».

Згідно із Законом України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» [13]:

- фахівець із соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю — це особа, яка має спеціальну освіту відповідно до вимог центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики з питань сім'ї та дітей, і здійснює соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю;
- соціальний працівник — професійно підготовлений фахівець, що має необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надає соціальні послуги відповідно до отриманої спеціалізації.

Незалежно від соціального статусу та стану здоров'я, усі представники груп підвищеного ризику мають право на отримання соціальних послуг, відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України № 537 від 03.09.2012 р. «Про затвердження переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати». Кожна з 15-ти послуг є комплексною, до надання її може входити як медична, так і соціально-психологічна допомога. Усі соціальні послуги надаються відповідно до державних стандартів, серед яких для груп підвищеного ризику можна віднести:

- державний стандарт послуги соціальної профілактики, затверджений наказом Міністерства соціальної політики України № 912 від 10.09.2015 р., зареєстрований у Міністерстві юстиції України 29.09.2015 р. за №1155/27600;
- державний стандарт соціальної послуги консультування, затверджений наказом Міністерства соціальної політики України № 678 від 02.07.2015р., зареєстрований у Міністерстві юстиції України 17.07.2015 р. за № 866/27311;
- державний стандарт соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, затверджений наказом Міністерства соціальної політики України від 31.03.2016 р. № 318, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 22.04.2016 р. за № 621/28751 тощо.

Надання медичної допомоги, у тому числі соціально-медичних послуг ППІР щодо інфікування ВІЛ, туберкульозом, гепатитами та людям, які живуть із ВІЛ, здійснюється відповідно до уніфікованих протоколів

первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а саме впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі (Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»), затверджених наказом МОЗ № 620 від 04.09.2014 р.

Щодо НУО, які працюють з групами ризику, то вони надають доволі широкий спектр не лише соціальних, але й соціально-медичних послуг в рамках програм зменшення шкоди, замісної підтримувальної терапії тощо.

Метою профілактики, яку проводять НУО, є зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції/ПСПШ, ТБ, інших небезпечних інфекцій та супутніх захворювань шляхом проведення комплексу заходів щодо зменшення ризику інфікування. Основними цільовими групами профілактичної роботи НУО є ЛВІН, СР, ЧСЧ, а також їхні сексуальні партнери. До надання соціально-медичних послуг на базі НУО відносять: експрес-тестування швидкими тестами на ВІЛ, сифіліс, гонорею, хламідіоз, гепатити В і С, консультування соціального працівника, психолога, надання презервативів, лубрикантів, обмін інструментарію та видача матеріалів для безпечних ін'єкцій (шприців, голки, спиртових серветок тощо), розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів, соціальний супровід, кейс-менеджмент, перенаправлення для консультаційної допомоги такими лікарями-фахівцями, як дерматовенеролог, інфекціоніст, гінеколог тощо. НУО реалізують соціальні проекти з безоплатної вакцинопрофілактики вірусного гепатиту В на базі лікувального закладу (за умови Угод про співпрацю з останніми), проводять обмін шприців на вуличних пунктах (біля аптек, у місцях скупчення ЛВІН), на стаціонарних пунктах (на базі ПОШ, ком'юніті-центрів, приміщень НУО), на базі мобільних амбулаторій, які виїжджають безпосередньо на місця проживання та/або роботи представників груп ризику, місця вживання наркотичних речовин (для ЛВІН), чим роблять свою допомогу своєчасною, доступною та орієнтованою на потреби клієнта.

5. Гендерний підхід щодо надання соціально-медичних послуг представникам груп підвищеного ризику та людям, які живуть з ВІЛ

Гендерний підхід — це підхід, що базується на врахуванні різних потреб та ситуацій, в яких можуть знаходитися жінки та чоловіки через свої гендерні ролі. Тобто жінкам та чоловікам важливо надавати послуги, які необхідні і актуальні для них в даний момент з урахуванням їх гендерних ролей. Особливо це стосується представників груп підвищеного ризику, оскільки жінки з цих груп є більш вразливими. Так, наприклад, з біологічної точки зору (будова статевих органів) жінки мають більший ризик щодо передачі ВІЛ-інфекції, ніж чоловіки. Жінки, що вживають ін'єкційні наркотики, часто хочуть відмовитися від вживання, проте не мають такої можливості через відсутність програми замісної підтримувальної терапії в їхньому населеному пункті, або ж через те, що вони не знають про існування такої програми, тому що не звертаються до ЗОЗ або ВІЛ-сервісних НУО, в тому числі через свою «зайнятість» домашніми справами. За офіційними даними станом на 01.01.2017 р. 81% учасників програми ЗПТ складають чоловіки і тільки 19% — жінки. У різних регіонах ці цифри можуть коливатися і складати відповідно, 98% та 2% тощо.

Для впровадження гендерного підходу в кожному лікувальному або соціальному закладі необхідно забезпечити:

- Покращений, рівноправний і недискримінаційний доступ до послуг з підтримки сексуального, репродуктивного здоров'я, з профілактики ВІЛ-інфікування (наприклад, до добровільного консультування та тестування на ВІЛ, антиретровірусної терапії, лікування опортуністичних інфекцій, планування сім'ї), націлений спеціально на потреби дівчат та жінок, юнаків та чоловіків, а також інших вразливих груп населення.

- Відповідність всіх послуг, що надаються чоловікам, стану їх здоров'я і психологічним потребам, створення для чоловіків сприятливих умов під час перебування у лікувальному або соціальному закладі, спонукання їх до формування навичок турботи про дітей, спілкування з партнеркою і догляду за іншими людьми.
- Роботу з парами (а не з окремими чоловіками і жінками) як цільовими одиницями впливу. Наприклад, впровадження практики консультування пар в центрах ПМСД, які проводять тестування на ВІЛ, щоб допомогти парам разом впоратися з ситуацією згідно з результатами їх тестування, а в рамках програм з планування сім'ї — з метою сприяння подвійній профілактиці: небажаної вагітності та інфікування ВІЛ тощо.

Сімейним лікарям, медичним сестрам, а також працівникам соціальної сфери для надання більш якісних соціально-медичних послуг чоловікам та жінкам важливо мінімізувати вплив ґендерних стереотипів на професійну діяльність. Для цього необхідно:

- аналізувати та усвідомлювати власні погляди;
- аналізувати інформаційні матеріали та документацію на предмет наявності в них сексизму* та не використовувати їх, якщо в них містяться сексистські тексти або зображення;
- приймати жінок-клієнток, жінок-пацієнток як особистостей, а не як чийхось дружин, матерів, домогосподарок, дівчат або бабусь;
- враховувати, що стереотипи статі та дискримінація можуть впливати на сприйняття жінками самих себе, на їхнє реальне становище в сім'ї, на роботі й у суспільстві, на їхню поведінку й рішення, що приймаються;
- враховувати, що зміни на рівні ґендерних взаємин суспільства і на рівні сім'ї є складними й поступовими, здійснення таких змін вимагає формування партнерських взаємин і збільшення кількості союзників не тільки серед соціальних та медичних працівників, але й серед клієнтів/клієнток, а також інших суб'єктів соціального життя.

* Сексизм (англ. *sexism*, від лат. *sexus* — стать) — упереджене ставлення та дискримінація групи людей через їхню стать або ґендерну ідентичність. Проявляється в знаходженні при владі, більшості прав та можливостей у представників однієї статі порівняно з іншою.

Висновки

В Україні сьогодні поширюється кілька епідемій — ВІЛ-інфекція, ТБ, вірусний гепатит тощо. Рухійними силами цих епідемій залишаються представники груп підвищеного ризику, насамперед люди, що вживають ін'єкційні наркотики, секс-робітники, чоловіки, що мають секс із чоловіками тощо.

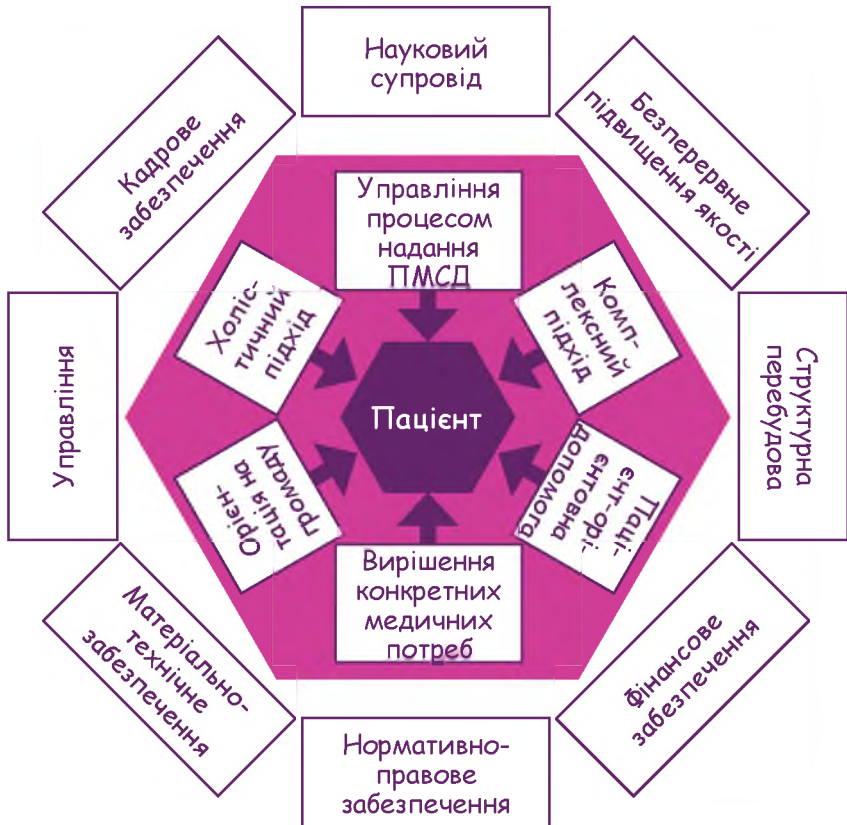
Основне завдання сімейних лікарів — це здоров'я кожного пацієнта, в тому числі і представників груп підвищеного ризику. Специфіка цих груп полягає у нехтуванні власним здоров'ям, недовірі до медичних закладів, відсутності прихильності до лікування і т.п. Це робить таких пацієнтів складними для досягання, надання якісних послуг та контрольованого лікування. Вирішенням цієї проблеми є налагодження міждисциплінарної взаємодії між центрами ПСМД та установами соціальної сфери, а також ВІЛ-сервісними НУО.

Механізмами такої взаємодії можуть стати діяльність мультидисциплінарних команд щодо ведення конкретних випадків та ефективне перенаправлення пацієнтів в партнерські установи, організації тощо. Мультидисциплінарна взаємодія сімейного лікаря, сімейної медсестри, залучених лікарів-спеціалістів, соціальних працівників, психологів, а також волонтерів з числа груп підвищеного ризику повинна бути пацієнт-орієнтованою і ефективною. Залучення лікарів-спеціалістів для встановлення остаточного діагнозу і корекції лікування є необхідним, тому цей фактор слід враховувати при плануванні медичного маршруту пацієнта. Координація дій, ведення медичної документації для моніторингу клінічного стану та ефективності терапії є необхідною функцією команди, яка опікується пацієнтом з визначеними станами та захворюваннями.

Гендерний підхід дасть можливість залучати жінок з числа груп ризику до профілактики, діагностики та лікування і зробить медичні послуги орієнтованими на специфіку пацієнтів.

Додаток

Структурно-функціональна модель первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини



Перелік посилань

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>
2. Наказ МОЗ України від 08.02.2013 р. № 104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищення ризику щодо інфікування ВІЛ».
3. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 68 с.
4. Картування послуг для груп, вразливих до інфікування ВІЛ, у п'яти областях України: Дніпропетровській, Львівській, Миколаївській, Одеській та Чернігівській / О. Дорошенко, Н. Калягіна, К. Паркер, І. Шваб. — К.: РАСТ, 2014. — 120 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.12.2014 р. №1039 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)». — 2014. — 60 с.
6. Стандарт якості соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. — Проект МОЗ.
7. Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я / Практичний посібник. — Бюро ВООЗ в Україні. — 121 с.
8. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз». — 2014. — 171 с.
9. Наказ МОЗ України від 24.02.2015 р. № 92 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям. ВІЛ-інфекція». — 2015. — 71 с.
10. Наказ МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (ви-

- сокоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». — 2016. — 89 с.
11. Наказ МОЗ України від 21.06.2016 р. № 613 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». — 2016. — 46 с.
 12. Наказ МОЗ України від 18.07.2016 р. № 729 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит С у дорослих». — 2016. — 56 с.
 13. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>
 14. Закон України «Про соціальні послуги» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/966-15>
 15. Наказ Міністерства соціальної політики України від 03.09.2012 р. № 537 «Про затвердження переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15>
 16. Наказ Міністерства соціальної політики України від 15.10. 2012 р. № 648 «Методичні рекомендації визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці у соціальних послугах» — [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0253-14>
 17. Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Загального положення про Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» (від 01.08.2013 р. № 573). [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/573-2013-%D0%BF>
 18. Постанова КМУ від 21.11.2013 р. № 896 «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб)» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/896-2013-%D0%BF>
 19. Постанова КМУ від 21.11.2013 р. № 895 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/895-2013-%D0%BF>