Альянс громадського здоров'я

ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

EIPHP EUROPEAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH POLICY

ЗВІТ

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

ЯКІСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО КОРИСТУВАННЯ ЛЮДЬМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ, ТА ЧОЛОВІКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ, ПОСЛУГАМИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

2021 КИЇВ

Альянс громадського здоров'я

ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

EIPHP EUROPEAN INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH POLICY

ЗВІТ

ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

ЯКІСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО КОРИСТУВАННЯ ЛЮДЬМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ, ТА ЧОЛОВІКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ, ПОСЛУГАМИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

2021 КИЇВ

Автори звіту:
Тетяна Кірьязова (1)
Мирослава Філіппович (1)
Оксана Ковтун (2)

(1) ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я»
(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Верстка: Ірина Сухомлинова
Літературна редакція: Валентина Божок

Якісне дослідження щодо користування людьми, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини, та чоловіками, які мають секс з чоловіками, послугами сімейних лікарів: звіт за результатами дослідження / Кірьязова Т., Філіппович М., Ковтун О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021. – 72 с.

Підготовка звіту стала можливою в рамках реалізації програми «Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних та стабільних систем охорони здоров'я», яка реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Викладені в даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів, і не можуть розглядатися як думки або точки зору МБФ «Альянс громадського здоров'я» і Глобального фонду.

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ 4

1. ВСТУП 5

2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ 9

2.1. Мета та завдання 9
2.2. Дизайн дослідження 10
2.3. Вибірка та географія дослідження 10
2.4. Збір даних 12
2.5. Аналіз даних 13
2.6. Етичні питання 13
2.7. Період проведення дослідження 14
2.8. Подяки 14

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ 15

3.1. Наявність декларації з сімейним лікарем та обставини її підписання 15
3.2. Досвід ЛВІН та ЧСЧ щодо користування послугами сімейних лікарів 22
3.3. Роль сімейних лікарів у наданні послуг ключовим групам 27
3.4. Сприйняття ЛВІН, ЧСЧ та фахівцями НУО ідеї «єдиного вікна» в отриманні ВІЛ-послуг 30
3.5. Лікар-інфекціоніст Центру СНІДу як прототип «ідеального» сімейного лікаря 37
3.6. Підвищення кваліфікації сімейних лікарів щодо роботи з ключовими групами та створення мережі дружніх лікарів 41
3.7. Існуючі та затребувані канали інформування щодо послуг сімейних лікарів 45
3.8. НУО як ресурс для налагодження взаємодії ЛВІН/ЧСЧ з сімейним лікарем 50
3.9. Оптимальна модель взаємодії ЛВІН/ЧСЧ, НУО, сімейний лікар в контексті отримання послуг, пов'язаних з ВІЛ 55

4. ВИСНОВКИ 61

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ 64

6. ДОДАТОК. ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ 66

6.1. Фахівці ЛВІН- та ЧСЧ-сервісних НУО-учасників дослідження 66
6.2. ЛВІН-учасники дослідження 67
6.3. ЧСЧ-учасники дослідження 69

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

PrEP	pre-exposure prophylaxis – доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
НУО	неурядова організація
Центр СНІДу	центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДОм
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс з чоловіками

1. ВСТУП

Медична реформа, яка розпочалася в Україні у 2018 році, передбачає удосконалення організації та надання первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. За перші сім місяців понад 20 млн українців обрали сімейного лікаря і станом на серпень 2020 року 30,235 млн осіб підписали декларації (72,16%). Сімейний лікар зможе надавати пацієнту ширший обсяг медичних послуг, ніж спеціалізовані заклади, та задовольняти його потреби у профілактиці й лікуванні захворювань. Відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги[1], сімейні лікарі зобов'язані надавати послуги пацієнтам з ризиком захворювання на ВІЛ/СНІД, туберкульоз та вірусні гепатити. Наприклад, пакет медичних послуг «Діагностика, лікування та супровід осіб з ВІЛ» у рамках Програми медичних гарантій на 2021 рік Національної служби здоров'я України передбачає низку безоплатних медичних послуг для людей, які живуть з ВІЛ або мають підозру на ВІЛ, зокрема тестування та консультування, лабораторні дослідження, призначення антиретровірусної терапії (АРТ), лікування опортуністичних захворювань та контроль перебігу ВІЛ-інфекції, консультування членів родин і найближчого кола людей, які живуть з ВІЛ.

Епідемія ВІЛ в Україні продовжує концентруватися в ключових групах, насамперед серед людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (ЛВІН) (поширеність ВІЛ у 2018 році сягала 22,6%[2]), та чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ) (поширеність ВІЛ зросла з 5,9% у 2013 р. і станом на 2018 рік складала 7,5%[3]). Медична реформа передбачає сімейного лікаря як єдину «точку входу» пацієнта до системи охорони здоров'я, і саме первинна медична ланка є однією із єдиних можливостей для ключових груп, особливо ЛВІН, отримати безкоштовну медичну допомогу, що важливо для досягнення Загального охоплення послугами охорони здоров'я (Universal Healthcare Coverage) до 2030 року[4].

1 *https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18*

2 *http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2020/07/PWID-Report__web_ukr.pdf*

3 *http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/MSM_Report_22.10.2019_Sait.pdf*

4 *https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)*

Результати останнього інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЛВІН, проведеного у 2020 році, дозволяють отримати уявлення про відсоток охоплених представників ключової групи послугами сімейних лікарів. Згідно з дослідженням, 14,9% ЛВІН відвідували медичні заклади протягом року і лише 8% – поліклініки загального профілю/центри первинної допомоги/кабінети сімейного лікаря. Про наявність сімейного лікаря повідомили 56% ЛВІН, однак половина (54,6%) з них не зверталися до нього за останні 12 міс., а майже кожен п'ятий (18,9%) повідомив, що бачився зі своїм фахівцем лише один раз, на початку лікування.

Щодо спільноти ЧСЧ актуальні дані про звернення або користування послугами сімейних лікарів відсутні. Станом на 2018 рік третина (35,1%) зверталися до медичних установ за останні 12 міс., а викликали сімейного лікаря лише 2,0% (ставлення фахівця та якість отриманих послуг ЧСЧ оцінили на 8 із 10 можливих балів). З огляду на результати кількісних досліджень, затребуваним є розуміння загального сприйняття, бар'єрів і мотивації щодо звернення цих ключових груп до фахівців первинної медичної ланки.

Що стосується самих сімейних лікарів та їхньої готовності надавати медичні послуги ЛВІН та ЧСЧ, то у 2019 році ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» провів відповідне дослідження («Готовність надавачів первинної медико-санітарної допомоги надавати послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань»[5]). За його результатами, майже усі опитані лікарі мають досвід роботи з тією чи іншою ключовою групою, однак:

- незважаючи на те, що з групою ЛВІН у роботі зустрічається більше половини лікарів, вона вважається однією з найбільш складних у взаємодії, і по відношенню до неї фіксується досить низька відкритість медичного персоналу;

- через стигматизацію та латентність спільноти ЧСЧ 55% сімейних лікарів не змогли впевнено сказати, чи мають її представників серед своїх пацієнтів;

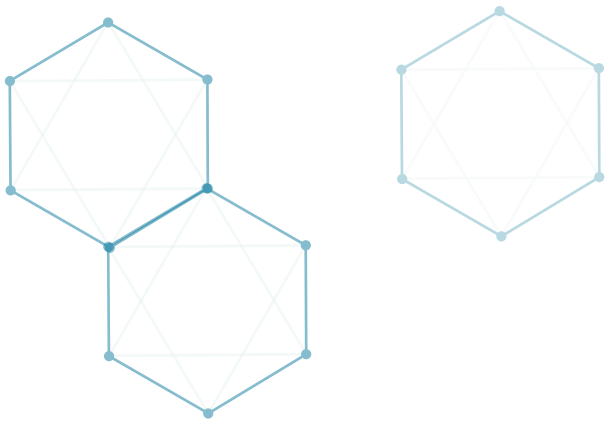
5 *https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PMD_report.pdf*

- робота з пацієнтами, зокрема з числа ключових груп, ускладнюється двома факторами:
  - особливістю поведінки таких пацієнтів та сприйняття їх лікарями (низька прихильність до лікування, низька платоспроможність, прояви агресивної поведінки щодо лікаря, підвищений ризик інфікування медичного працівника ВІЛ-інфекцією/туберкульозом та відчуття психологічного дискомфорту при роботі з ключовими групами),
  - функціонуванням системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів (недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта, надмірне навантаження медичного персоналу, відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів з числа груп ризику, відсутність достатньої кількості профільних фахівців та недостатнє матеріальне забезпечення установ засобами, які необхідні в роботі з такими особами);
- лише 32% сімейних лікарів готові надавати медичні послуги для ЛВІН і 39% – для ЧСЧ, що є найнижчими показниками у порівнянні з іншими групами пацієнтів, наприклад з людьми, які зловживають алкоголем; особами, звільненими з місць позбавлення волі; іммігрантами із регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз; транс*людьми; безробітними та особами, які знаходяться за межею бідності;
- всі необхідні послуги ВІЛ-інфікованим пацієнтам готові надавати 22–28% лікарів (залежно від наявності або відсутності імуносупресії), пацієнтам з діагнозом вірусного гепатиту В або С – 37–39%, з туберкульозом – 15–32% (без та з бактеріовиділенням відповідно);
- понад 69% лікарів обізнані щодо консультування або тестування на ВІЛ, близько половини готові надавати такі послуги, але про PrEP знають та готові його надавати лише 40% та 20% відповідно;
- майже третина лікарів зовсім не поінформовані про особливості лікування ВІЛ-інфекції, а 40% не готові здійснювати призначення, видачу або контроль за прийомом АРТ;

- сприйняття послуг замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) серед лікарів первинної ланки є неоднозначним, близько 45% не обізнані щодо неї, а також щодо видачі або контролю за її прийомом;

- 23% сімейних лікарів за жодних умов не готові займатися профілактикою ВІЛ, 46% – лікувати пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, а 53% – надавати послуги у межах ЗПТ. Решту лікарів до цього можуть мотивувати додаткова оплата праці, додаткові дні оплачуваної відпустки, забезпечення комфортних умов роботи та безкоштовне навчання

За результатами вказаного дослідження, сімейні лікарі готові здійснювати перенаправлення пацієнтів з числа ключових груп до соціальних служб та співпрацювати з немедичними фахівцями для надання лікувально-профілактичних послуг. Саме неурядові організації (НУО) наразі є основним джерелом інформації для ЛВІН та ЧСЧ щодо питань профілактики та/або лікування ВІЛ-інфекції та мають достатній ресурс для повноцінного і якісного супроводу своїх клієнтів до медичних закладів, наприклад, для лікування ВІЛ-інфекції. Тому залишається затребуваним розуміння існуючих моделей взаємодії представників ключових груп, сімейних лікарів та неурядових організацій з отримання/надання послуг з профілактики і лікування ВІЛ та оптимальний варіант такої співпраці.



2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета та завдання

Метою дослідження є визначення основних механізмів і шляхів залучення ЛВІН та ЧСЧ до користування послугами сімейних лікарів та надання рекомендацій з підвищення попиту на ці послуги серед цих ключових груп, налагодження взаємодії між ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейними лікарями.

Серед завдань дослідження:

- з'ясувати загальне сприйняття ЛВІН та ЧСЧ сімейних лікарів і готовність отримувати послуги, пов'язані з ВІЛ, на первинній ланці;
- визначити існуючі та затребувані послуги сімейних лікарів для ЛВІН та ЧСЧ;
- виділити основні бар'єри та фактори, що сприяють зверненню ЛВІН та ЧСЧ за послугами сімейних лікарів;
- визначити існуючі та затребувані джерела і канали інформування ЛВІН та ЧСЧ щодо послуг сімейних лікарів, зокрема потенційних меседжів, тематики тощо;
- визначити сприйняття та готовність представників НУО співпрацювати з сімейними лікарями для надання послуг з профілактики і лікування ВІЛ, гепатиту С, туберкульозу й інших соціально значущих захворювань для ЛВІН та ЧСЧ;
- з'ясувати існуючу і затребувану роль сімейних лікарів у наданні послуг з профілактики та лікування ВІЛ, гепатиту С, туберкульозу й інших соціально значущих захворювань для ЛВІН та ЧСЧ;
- визначити існуючий механізм взаємодії між ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейними лікарями в контексті отримання медичних послуг, зокрема пов'язаних з профілактикою ВІЛ-інфекції;
- визначити оптимальну модель взаємодії ЛВІН/ЧСЧ, НУО, сімейних лікарів у контексті отримання медичних послуг, зокрема пов'язаних з профілактикою ВІЛ-інфекції

2.2. Дизайн дослідження

Дане якісне дослідження проведено методом напівструктурованого глибинного інтерв'ю. Для мінімізації ризиків, пов'язаних із COVID-19, деякі інтерв'ю проводилися з використанням засобів дистанційного зв'язку. Загалом 29 із 55 учасників були опитані безпосередньо в НУО, проведення 26 інтерв'ю здійснювалося за допомогою телефонного зв'язку.

2.3. Вибірка та географія дослідження

Дослідження проводилося серед трьох цільових груп:

- ЛВІН, які користуються або не користуються послугами сімейних лікарів,
- ЧСЧ, які користуються або не користуються послугами сімейних лікарів,
- фахівці НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції ЛВІН або ЧСЧ

Загальна вибірка дослідження склала 55 осіб, з них 20 ЛВІН, 21 ЧСЧ та 14 фахівців НУО.

Критерії включення ЛВІН та ЧСЧ у дослідження були наступні:

- досвід вживання ін'єкційних наркотичних речовин хоча б один раз протягом останніх 30 днів до моменту проведення дослідження (тільки для ЛВІН);
- досвід сексуального контакту з чоловіком хоча б один раз протягом останніх 30 днів до моменту проведення дослідження (тільки для ЧСЧ);
- вік від 18 років і старше на момент проведення дослідження;
- тривалість проживання/роботи/навчання у місті дослідження не менше трьох місяців;
- надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні

Додатковими критеріями варіації відбору учасників були: участь у програмі ЗПТ (тільки для ЛВІН), ВІЛ-статус, прийом АРТ.

У межах дослідження було опитано по сім представників НУО, які працюють з кожною ключовою групою, відповідно до таких критеріїв включення:

- відповідальний за консультацію та супровід ЛВІН або ЧСЧ (соціальний працівник або керівник проєкту);
- досвід роботи в НУО з цільовою групою не менше двох років;
- надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні

Під час відбору фахівців НУО у дослідження була забезпечена варіація за роботою у різних проєктах з профілактики ВІЛ.

Критеріями виключення для всіх трьох цільових груп були:

- стан алкогольного або наркотичного сп'яніння, який унеможливлює розуміння та спроможність відповідати на запитання інтерв'ю, а поведінка респондента загрожує його власній безпеці або безпеці оточуючих;
- відмова надати інформовану згоду на участь у дослідженні

Дослідження було проведено у чотирьох містах – Вінниця, Київ, Одеса та Черкаси, обраних з урахуванням співвідношення наявного населення та підписаних декларацій станом на 06.08.2020[6], відсотка оціночної чисельності ЛВІН та ЧСЧ від населення міста.

6 *https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-map*

Таблиця 1. Вибірка дослідження

№	Цільова група	Вінниця	Київ	Одеса	Черкаси	Усього
1	ЛВІН, які не користуються послугами сімейних лікарів	2	2	1	1	6
2	ЛВІН, які підписали декларацію з сімейним лікарем	3	2	6	4	15
3	ЧСЧ, які не користуються послугами сімейних лікарів	3	2	2	2	9
4	ЧСЧ, які підписали декларацію з сімейним лікарем	2	3	3	3	11
5	Фахівці НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції ЛВІН	1	2	3	1	7
6	Фахівці НУО, які надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції ЧСЧ	1	3	2	1	7
Усього		12	14	17	12	55

Детальніша інформація про характеристики учасників дослідження наведена у Додатку.

2.4. Збір даних

Рекрутинг респондентів з числа ЛВІН та ЧСЧ здійснювали фахівці НУО, які надають послуги профілактики ВІЛ вказаним ключовим групам. Соціальні працівники та кейс-менеджери запрошували до участі у дослідженні клієнтів організацій з різних соціальних мереж ЛВІН та ЧСЧ у кожному місті. Інтерв'ю проводилися на базі НУО з метою створення безпечної та доброзичливої атмосфери. Фахівці НУО були опитані у телефонному режимі або безпосередньо на робочому місці.

Інтерв'ю проводилися українською або російською мовою на вибір респондента за окремими гайдами для кожної цільової групи. До початку збору даних було здійснено пілотування інструментарію дослідження.

Тривалість інтерв'ю становила від 21 хв. до 75 хв., середня тривалість – 43 хв.

2.5. Аналіз даних

Всі інтерв'ю записувалися на диктофон, були транскрибовані у Microsoft Word та завантажені для подальшого аналізу в MaxQDA. Аналіз даних здійснено шляхом тематичного кодування; 10% транскриптів було закодовано окремими дослідниками для забезпечення процедури подвійного кодування та контролю якості даних.

2.6. Етичні питання

Дослідження проводилося відповідно до Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України та Гельсинської декларації етичних принципів. Протокол та інструментарій було схвалено Комісією з питань етики БО «Український інститут політики громадського здоров'я» (FWA #: FWA00015634). Усі фахівці, залучені до проєкту, підписували угоду про конфіденційність даних.

Кожному респондентові було повідомлено про цілі дослідження, принципи анонімності, конфіденційності та добровільної згоди, права відмовитися від дослідження у будь-який час, а також про здійснення аудіозапису інтерв'ю. Всі учасники під час рекрутингу надали усну інформовану згоду. Респондентам було надано контакти дослідника та Комісії з питань етики, куди вони матимуть можливість звернутися у разі виникнення питань щодо дослідження, розповсюдження та використання даних.

Інтерв'ю були анонімними, учасники могли обрати будь-яке зручне для них ім'я, жодна персональна інформація, за якою можна ідентифікувати респондента, не була отримана чи збережена (напр., справжнє прізвище або адреса). Для збереження та аналізу даних використовувалося кодування на основі цільової групи дослідження, порядкового номера інтерв'ю та статі респондента, наприклад: **ЛВІН_1_ж**, **ЛВІН_2_ч**, **ЧСЧ_5**, **НУО_9**.

Для проведення інтерв'ю у телефонному режимі була забезпечена приватність та захист даних. Після завершення інтерв'ю кожен учасник отримував компенсацію за витрачений час у розмірі 200 грн (готівкою або на банківську картку).

2.7. Період проведення дослідження

Збір даних дослідження проводився протягом жовтня – грудня 2020 року.

2.8. Подяки

Реалізація дослідження стала можливою за підтримки організацій та окремих фахівців, яким автори висловлюють подяку:

БО «100% життя Черкаси» (м. Черкаси),

БО «Альянс.Глобал» (м. Київ),

БО «Клуб «Еней» (м. Київ),

ГО «Асоціація ЛГБТ «ЛІГА» (м. Одеса),

БФ «Шлях додому» (м. Одеса),

ВБФ «Дроп-Ін Центр» (м. Київ),

ГО «Громадський рух «Віра. Надія. Любов» (м. Одеса),

ГО «Молодіжний Громадський Рух «Партнер» (м. Одеса),

ГО «Центр громадського здоров'я «Незалежність» (м. Вінниця),

ГО «Центр соціального розвитку та підтримки здоров'я чоловіків» (ГО «МенЗдрав») (м. Київ),

Ірині Пикало, ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я» (м. Київ),

Катерині Мангатовій, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (м. Київ),

Марині Корніловій, МБФ «Альянс громадського здоров'я» (м. Київ),

Тетяні Салюк, МБФ «Альянс громадського здоров'я» (м. Київ).

3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Наявність декларації з сімейним лікарем та обставини її підписання

Дослідження показало, що як ЛВІН, так і ЧСЧ не дуже активно користуються послугами сімейних лікарів. За словами соціальних працівників і самих ЛВІН, особливістю спільноти **ЛВІН** є уникнення відвідування медичних закладів без нагальної необхідності. Зазвичай вони «до останнього» відкладають звернення до лікаря і практикують самолікування.

> «Ой, сама лечусь. Если честно, за эти восемь лет, как употребляю, я не особо… Вообще, когда болею, то покупаю в аптеке лекарства и сама лечусь. Я не обращаюсь к врачам»
>
> *ЛВІН_19_ж*

> «По здоровью беспокоит по-женски единственное, и все. Нет менструации уже больше года… К врачу обращалась, но там надо анализов кучу сдавать, и я это уже немного запустила. Оно как-то получается, что переносится и переносится… Просто оно ж как, когда ничего не болит, очень редко обращаешься. Когда уже что-то беспокоит, тогда сразу иду к врачу»
>
> *ЛВІН_16_ж*

> «Честно сказать, неохота идти к семейному врачу. *(Смеется)*. Думаю, раз двадцать лет не был, то, может, еще двадцать не буду. Если уже прижмет, то, конечно, придется идти, а так…»
>
> *ЛВІН_7_ч*

Загалом соціальні працівники з ЛВІН-сервісних НУО вважають, що декларації з сімейним лікарем підписали близько 30% представників цієї ключової групи, у першу чергу ті, хто спілкується з родичами, які надають підтримку та стимул займатися питаннями здоров'я. Водночас існує певна категорія осіб, які, можливо, й бажають підписати декларацію, але не мають документів, що унеможливлює звернення до сімейного лікаря.

«Подписали декларации те, которые хоть чуточку социальные. Процентов 30–35 – если у них нету семьи, значит, у них есть мама, если нету мамы, значит, есть брат или сестра, ну хоть кто-то, за кого они держатся… Какая-то поддержка со стороны родных. А кто вообще одиночки по жизни, у кого ни семьи, ни родных, те к врачу не пойдут»

НУО_2

«Большинство не подписали декларации. Это не просто мои догадки, мы проводили IBBS, и я могу сказать, что большинство – нет. Был такой вопрос: «Есть ли у вас семейный врач и обращались ли вы к нему за последний год?» Так вот, по моим впечатлениям, примерно у 30 процентов декларация есть и процентов 10 обращались»

НУО_10

«Отсутствие документов. У многих нет паспорта. Они бы и хотели заключить декларацию, но не могут. А паспорт часто нельзя восстановить, если есть какие-то проблемы с полицией»

НУО_10

Незважаючи на те, що підписання декларації має відбуватися під час особистого візиту до сімейного лікаря разом з первинним оглядом, респонденти зізнавалися, що навіть не зустрічалися з фахівцем. Часто вони підписували декларацію «заочно», тобто вибір лікаря і підписання з ним декларації замість респондента робили члени його сім'ї. У більшості випадків їхній колишній дільничний лікар-терапевт ставав сімейним лікарем.

«Она у нас была участковой, а потом стала наш семейный доктор. Это родителей инициатива была. Мне абсолютно было… с кем они там подписывали. Я сказала – делайте что хотите, мне все равно. Эта врач раньше была более-менее нормальная, пока её не сделали заведующей. Очень деньги любит, конечно. В общем, не хочу наговаривать, но я с ней общаться не хочу»

ЛВІН_13_ж

«Этот врач был мой участковый терапевт. Когда началась реформа, сестра взяла наши паспорта, пошла и заключила договор. Я не ходил. Где врач сейчас сидит, я не знаю, мы общались только по телефону, но она сказала: "В любое время звони, если что"»

ЛВІН_8_ч

«Я подписывала договор, но лично с ним не встречалась. Я знаю его, это наш педиатр был. Честно вам скажу: я была тогда на работе, и не было у меня времени поехать. Мама поехала и заполнила и за меня, и за себя. Как эта процедура происходила, я не знаю, потому что я лично к врачу не ходила»

ЛВІН_16_ж

«Моя мать подписывала. Как бы я там прописанный, и надо там этот врач. Это ж типа как обязательно или шо, я не знаю. Ну, я лично не ходил, ничего такого не делал».

ЛВІН_1_ч

Якщо ж ЛВІН дійшли до поліклініки для підписання декларації, типовою ситуацію була відсутність можливості самостійно обрати сімейного лікаря – в реєстратурі повідомляли номер кабінету, до якого підійти, і хто саме буде медичним фахівцем. Саме на той момент багато ЛВІН не знали, що мають право самостійно обирати сімейного лікаря, з яким вони хотіли б укласти договір. Часто респонденти не мали повноцінного спілкування або первинного огляду, а також інформації про доступні безкоштовні послуги лікарів.

«Я не выбирала именно этого врача. Мне в регистратуре сказали, в какой кабинет идти и какой у меня будет семейный врач»

ЛВІН_19_ж

Загалом, крім ситуацій, коли вибір фахівця робиться без участі респондента, ЛВІН підписують декларації з сімейним лікарем у двох випадках:

1. проблеми зі здоров'ям, які потребують термінової медичної допомоги, наприклад травми або гострі стани існуючих захворювань. Але навіть в цьому випадку респонденти схильні викликати «швидку допомогу», щоб потрапити до лікарні, ніж відвідувати заклад безпосередньо;

2. необхідність пройти те чи інше обстеження або комісію (наприклад, для отримання групи інвалідності), отримати довідку або висновок лікаря, зокрема зробити планове обстеження для сайту ЗПТ.

«Была пневмония, мне стало плохо, пришлось ложиться в больницу, а без семейного врача не ложили. Мне пришлось обратиться, заключить договор, и тогда уже положили»

ЛВІН_5_ч

«Я хочу сделать пенсию по инвалидности. Ну, туберкулез, гепатит С. Пенсия не помешает. Поэтому и обращался к врачу»

ЛВІН_9_ч

«Я знала, что нужно заключить декларацию. Но пошла, когда понадобилась справка для ЗПТ. Я пришла в свою поликлинику по району, а там за каждым врачом числятся определённые улицы. Выбора никакого не было. …Мне этот врач был не нужен. Я пошла к ней только для того, чтобы стать на ЗПТ. Если у меня что-то случится, я лучше пойду к какому-то специалисту. Пусть он будет стоить чуть дороже, но я приду и буду чувствовать себя… понимаете?»

ЛВІН_11_ж

«Я с людьми общаюсь и понимаю, что уже без семейника никуда. Я тут начал задумываться, чтобы себе группу сделать, потому что сегодня здоровье есть, а завтра его не будет. А надо ж обследование пройти, для этого мне нужен семейный врач. И я понял, что другого уже не будет, только так, и раз система не изменится под меня, я вынужден подстраиваться под систему»

ЛВІН_18_ч

Для одного із ЛВІН відвідування сімейного лікаря мало на меті отримання рецепту на снодійні препарати, тому всі інші послуги, які пропонувалися лікарем, були йому не цікаві:

«Она мне что-то говорила, что и кардиограмму, и еще что-то можно сделать, но я, если честно, на этом не заострялся. Меня интересовали чисто такие проблемы – не сплю ночами. [Рецепты?]. Да, да. Она мне выписывала залокс и венлаксор. Димедрол я не просил, потому что при слове димедрол у них срабатывает… ну, что однозначно наркоман. Поэтому я стал хитрее. (Смеется). Она, конечно, все поняла, потому что мои просьбы скатывались к одному – дайте рецепт, не более того. Поэтому она просто дала рецепт, да и иди себе дальше»

ЛВІН_18_ч

Як і ЛВІН, багато **ЧСЧ** визнають, що шукають потрібного фахівця та відвідують медичні заклади у разі гострої необхідності. Однак вони звертаються до лікаря все ж таки частіше у порівнянні з ЛВІН і переважно одразу йдуть до вузькопрофільних фахівців або платних приватних клінік, що дозволяє їм отримати необхідні послуги швидко та бути впевне-

ними в їхній якості. Найбільш поширеним варіантом пошуку лікарів є звернення за рекомендаціями до знайомих, а для ЧСЧ із числа клієнтів НУО – до соціальних працівників. Часто чоловіки лікуються самостійно, за рекомендаціями з Інтернету або порадами друзів.

> «У меня много знакомых докторов по разным направлениям. Лучшие светила медицины. Я обычно нахожу специалиста узкого профиля – кардиолог, проктолог, кожвен, – плачу и получаю качественные услуги. А к семейному врачу в поликлинику ни разу не ходил. Всегда есть специалист, который может оказать квалифицированную помощь. Мне, наверное, это звено – семейный врач – вообще не нужно»
>
> *ЧСЧ_7*

> «Я со своим врачом по ВИЧ больше… потому что это главное направление моего здоровья. Но если возникают другие вопросы, то я ищу платных специалистов по знакомым. Анализы сдаю платно в лаборатории. Да я и не люблю эти государственные больницы, где надо полдня в очереди сидеть. Я за это время лучше заработаю эти деньги, чем буду сидеть бесплатно там»
>
> *ЧСЧ_11*

> «Мені немає необхідності підписувати з сімейним, бо є люди, до яких я можу звернутись. Це знайомі, яким я довіряю. Або в приватну клініку звертаюсь, у мене до них більше довіри – там все швидко, чітко. Не потрібно в чергах стояти, це саме більше бісить»
>
> *ЧСЧ_1*

Майже всі соціальні працівники з ВІЛ-сервісних НУО для ЧСЧ зазначають відсутність культури здоров'я у населення в цілому, і ця ключова група у даному випадку не є винятком:

> «МСМ могут не обращаться к семейным врачам. Они обращаются к знакомым врачам, идут в частные клиники или просто лечатся сами. Спросит совета у знакомого… Тут нету какого-то особого поведения, в обществе тоже не у всех подписаны декларации с врачом. Общество в целом не обращается за медицинской помощью, пока нет острой необходимости»
>
> *НУО_9*

Соціальні працівники з ЧСЧ-сервісних НУО вважають, що більшість їхніх клієнтів мають декларацію з сімейним лікарем, але це не завжди означає, що вони звертаються до нього. Самі ж ЧСЧ також повідомили, що декларацію підписали, тому що знали про її необхідність, але до свого фахівця не звертаються через брак довіри.

«У большинства ребят есть семейные врачи, и декларации заключены. Обращаются ли они к этим врачам, не могу сказать»

НУО_9

«Сейчас, чтобы обратиться к врачу-специалисту, необходимо иметь направление от семейного врача, либо за это нужно платить. За последний год многие ребята подписали договора с семейными врачами, но не пользуются их услугами. В самой группе ЧСЧ есть врачи, они могут перенаправлять. И еще у нас в кожвендиспансере врач к нашим ЧСЧ относится толерантно, и все к нему обращаются»

НУО_13

«Я к семейному не хожу. Так получилось, что я… Тогда была такая немножко истерия, что нужно срочно в этом месяце завести врача. Подписать декларацию, иначе будет поздно. Ну, я пришел к первому попавшемуся. Он такой старенький, дряхленький, господи… Я у него один раз был… ну, не внушает он мне доверия. Мне показалось, что ему уже пора на пенсию, а не принимать больных. То есть, я подписал эту декларацию на скорую руку»

ЧСЧ_19

ЧСЧ, як і ЛВІН, також іноді підписували декларацію за вибором родичів або зверталися до поліклініки за місцем проживання і не завжди знали, що можуть самостійно обирати фахівця. Вони покладалися на думку знайомих або зверталися до НУО за порадою.

«Мои родители подписали декларацию за всю семью. Я к нему не хожу. Была б моя воля, я бы скорее выбрал какого-то молодого врача. Ну, и я хожу в центр СПИДа и там могу нужную информацию узнать, и, если что, там дадут мне направление к нужному специалисту»

ЧСЧ_3

У більшості випадків ЧСЧ не мали можливості самостійно обирати лікаря, а якщо такий вибір був, то він робився спонтанно з числа присутніх і вільних на момент візиту до медичного закладу фахівців.

«Я узнал тогда за свой ВИЧ-статус и бегал, лихорадочно сдавал анализы. И тогда я подписал декларацию с врачом. Это было по месту жительства, районная поликлиника. Я пришёл туда, и как выбрать врача у меня происходило так – кто был в этот день первый свободный. *(Смеется)*»

ЧСЧ_13

«Я врача не выбирал. Когда меня выписывали из детской поликлиники, то просто направили в определенный кабинет и сказали, что вот этот человек будет моим семейным врачом. То есть мне не давали никакого выбора – просто сказали, что именно с ним я должен подписать декларацию. А я не знал, что могу выбрать врача»

ЧСЧ_14

«Я семейного врача не выбирал, им стала врач по месту жительства. Я пришел в поликлинику и сразу сказал, что я с ВИЧ-статусом, и если это играет для нее большую роль и будет негативное какое-то отношение ко мне, то, мол, мы тогда не будем заключать договор. Разойдемся, и я найду себе другого врача. На что она сказала, что я у нее на участке не один, с этой проблемой она знакома, и абсолютно нормально к этому отнеслась»

ЧСЧ_4

Лише один респондент з числа ЧСЧ розповів про власний досвід відстоювання права на самостійний вибір сімейного лікаря:

«Реформа уже заканчивалась, надо было срочно подписывать. Буквально месяц оставался. И если бы я не подписал, то услуги мне медицинская система бесплатно бы не предоставляла. Я пошел, и оказалось, что в поликлинике по месту жительства уже меня подписали к какому-то семейному врачу. Пришлось писать заявление в "Национальную службу здоровья", чтоб аннулировали предыдущее и приписали меня к врачу, к которому я хочу»

ЧСЧ_16

Для більшості ЧСЧ приводом для підписання декларації з сімейним лікарем була необхідність отримати невідкладну допомогу через різке погіршення самопочуття, а останнім часом – у зв'язку з підозрою на COVID-19.

«Я пошёл в поликлинику по месту жительства, хотел пройти флюорографию. Но мне сказали – только через семейного врача. Его мне выбрала поликлиника – у них был один свободный семейный врач, а остальные уже загружены. Как бы навязали мне. А мне нужно было срочно открыть больничный и начать лечиться, потому что я плохо себя чувствовал. И я сразу задекларировался и попал на прием»

ЧСЧ_10

«У меня есть знакомые, через которых я могу выйти на нужного специалиста. Когда нужен был дерматовенеролог, я напрямую обращался к нему, без помощи семейного врача. А с семейным я заключил декларацию в конце этого года, буквально недавно. Потому что у меня ковид был. И я уже в последний вагон, так сказать… И то – заключил декларацию, но, к сожалению, не попал на консультацию, потому что уже была пятница, вечер. И я лечился сам»

ЧСЧ_12

«Мне до этого не было необходимости. Но я узнал, что если возникнет, например, с коронавирусом проблема, то и скорая может не приехать, или вообще повезут на Красный Хутор в больницу, потому что не подписан договор с семейным врачом. Поэтому я буду подписывать»

ЧСЧ_11

3.2. Досвід ЛВІН та ЧСЧ щодо користування послугами сімейних лікарів

Наявний практично у кожного **ЛВІН** негативний досвід отримання послуг у державних медичних установах впливає загалом на їхнє бажання звертатися безпосередньо до сімейних лікарів. Негативні враження практично всіх учасників дослідження стосувалися довжелезних черг у поліклініках. ЛВІН скаржилися на навність черг і пов'язаний з цим дискомфорт незалежно від наявності попереднього запису на прийом.

«Прием только по записи, но очередь все равно есть. Многие приходят без записи. Ой, там такой дурдом в поликлинике! Скандалы, ругня постоянно. Врачи злые ходят. Я когда последний раз был, люди ругаются в коридоре, не успевают на прием. Врач реально не успевает за 15 минут принять больного, а запись – каждые 15 минут. И люди идут, идут без записи… А что ж записываться, если у него вся неделя уже расписана, только через неделю попадешь. Все равно приходят – а вдруг примет. Поэтому очереди очень большие. Это вот минус»

ЛВІН_20_ч

«Я вообще не хочу в эту поликлинику ходить. Там врачи эти, бабушки эти санитарки, атмосфера нагнетающая… Очередь постоянно – запись, не запись… Я приходил, записывался. И записаться – очередь, и потом все равно стоишь в очереди. Короче, очередь всегда есть. Телефон в поликлинике отключен уже третий месяц, по-любому надо идти. Или через компьютер запись, а у меня ни компьютера, ни телефона с Интернетом нет»

ЛВІН_15_ч

Ще один негативний момент – необхідність платити за все. По-перше, ЛВІН піддають сумніву зміни в медичній системі та скаржаться на вимагання хабарів за ті чи інші послуги, що підриває довіру до обіцяних переваг медичної реформи, а відтак – без грошей немає сенсу звертатися до лікаря. По-друге, вони не мають можливості отримати лікування та подбати про себе у подальшому через брак коштів – *«понаходять хвороб, а лікуватися я все одно не зможу, бо немає грошей»*.

«Я знаю, что сейчас договора заключают. И что будет лучше – и то, и это. Но когда я пришла к врачу, то поняла, что это все фигня. Это все фигня, что нам рассказывают. Вы, мол, с врачом заключаете договор, он за вас получает деньги, и поэтому все будет бесплатно. Я у нее справку прошу, а она: "Вам нужно печать поставить, вы ж понимаете, что надо на канцелярию дать". Просто печать поставить, понимаете?! Поэтому я не верю, что есть бесплатные услуги. Даже если мне дают направление на анализы, на флюшку или к другому врачу, все равно везде тебе прямо говорят о деньгах»

ЛВІН_11_ж

«Бесплатного лечения вообще у нас нет. Даже пойти сдать из пальца кровь, то надо перчатки и иголку купить. Это ж уже не бесплатно, правильно? Я к семейному врачу не обращалась никогда, но думаю, что так оно и есть. Мои знакомые, кто на ЗПТ, им там надо сдавать анализы, то с них требуют – перчатки купи, иголки купи… Все равно бесплатного нет ничего»

ЛВІН_3_ж

«Я не знала о том, что раз в год я могу взять направления бесплатные. И что, я могу качать права свои или что? Она *[врач]* мне так понарассказывает, что я все равно пойду платить деньги. Не верю я в то, что имею право раз в год на обследование»

ЛВІН_13_ж

«А смысла не вижу обращаться. Ну вот пришел я, заключил договор, обследовался. Они мне скажут: "У тебя гепатит. У тебя то, у тебя сё…". Ну а лечиться ж я не смогу. Денег же у меня нет на лечение. Вот и не хочу туда идти. Потому что придешь туда – не дай бог, понаходят всего… Я просто смысла не вижу идти сдавать анализы»

ЛВІН_7_ч

«Ничего не тревожит. Никакого желания. Мне кажется, что все нормально, а пойду туда – найдут что-то, и буду еще знать то, что мне не надо знать. Вроде на здоровье не жалуюсь пока»

ЛВІН_2_ч

Під час інтерв'ю ЛВІН також повідомляли про недружнє або байдуже ставлення до них лікарів – всі направлення на безкоштовні аналізи потрібно було «випрошувати», або ж фахівці не бажали надавати послуги через стигму щодо ВІЛ-статусу та вживання наркотиків.

«Для ЗПТ мне надо каждые полгода сдавать восемь анализов. Каждые полгода я хожу эти анализы у неё выпрашиваю. Там вообще один 460 грн стоит. Я один раз за все время у неё талончик выпросила на печёночный этот… биохимию. Очень дорогой анализ. Один раз у меня получилось. А так, сколько я ни просила… Еле-еле общий анализ крови, а то всё за деньги. Кардиограмму – только за деньги. Они могут сделать кардиограмму, но без описания. А мне же надо, чтобы кардиолог расписал, что там у меня попикало. А если бесплатно, то просто бумажку тебе дают без описания»

ЛВІН_13_ж

«У родителей другой семейный врач. Я думал к ней записаться, а она говорит: "Ой, это не мой участок". Она не сильно хотела брать меня. Как узнала, что у меня это вот, статус, сразу шугаться начала. Опустила сразу этот свой скафандр. У неё наверху он был, она была только в маске. А потом *(смеется)* сразу опа! – скафандр опускает. Всё понятно»

ЛВІН_10_ч

«И конкретные ситуации, и конфликты были в поликлинике. Само отношение – не как к человеку. Тебя не воспринимают как человека и как личность. Тыкают, гоняют, указывают. Остальным людям, нормальным, которые не в употреблении, так не говорят»

ЛВІН_15_ч

«Некоторые врачи считают, что если ты употребляешь – значит, всё. Вот единственное, что если семейный врач по своему характеру будет не любить наркоманов, то ко мне будет такое вот предвзятое отношение»

ЛВІН_18_ч

«Пусть это будет частная клиника или хороший врач в больнице, мне проще попасть к нему и заплатить за прием. И человек не будет смотреть, кто ты и что ты, фыркать или говорить, что ты конченый. Он видит, что ты пришел за услугой, и предоставляет тебе эту услугу»

ЛВІН_11_ж

Попри негативний досвід, деякі ЛВІН ділилися і позитивними враженнями та досвідом успішної взаємодії зі своїм сімейним лікарем, яка для цільової групи полягає, зокрема, в безкоштовному отриманні обстежень або ліків.

> «Моя доктор говорит мне все, что я могу сдать бесплатно, где какие скидки могу получить. Делал анализы, например, – она мне посоветовала обратиться в одну организацию, где мне дали скидку 50%. Вот так на ровном месте 1300 гривен мне сэкономила»
>
> *ЛВІН_9_ч*

> «При этом звонит почти каждый день, интересуется. Я как-то раз к ней на 10 часов должен был прийти, так она в 10:30 уже звонит: "Где вы? Как самочувствие?" Врачиха эта хорошая. Она мне выписала бесплатные лекарства. И про МРТ сказала, что вроде что-то можно сделать, чтоб бесплатно. У меня же денег нет. Но я так понял, шо выпишет какое-то направление. Вот щас боремся с вирусом. И пойти просто узнать, есть ли у меня вирус, то это, говорят, от 1200 до 3000 гривен стоит. А семейный врач мне вызвала бригаду, они приехали ко мне домой и взяли эти анализы абсолютно бесплатно»
>
> *ЛВІН_10_ч*

Один із респондентів розповів про ефективну взаємодію з лікарем, завдяки чому, незважаючи на вживання наркотиків, він пройшов повний курс лікування вірусного гепатиту С у стаціонарному відділенні та успішно його завершив.

> «Я врачу сказал. Ну кто с гепатитом попадает, это ж ясно, что что-то употребляет. Она спросила сразу – употребляешь? Как употребляешь, что именно? Ну, я ей всё сказал. Она говорит: просто никуда не теряйся. Если куда-то идёшь, то чтобы я знала, куда и на сколько. Она сразу правила свои установила: так, так, так. Если хочешь лечиться – я тебя вылечу, всё будет нормально. И всё было хорошо. И медсестры тоже знали – когда делали капельницу, вен же нет, они тоже всё понимают. И отношение полностью было нормальное»
>
> *ЛВІН_1_ч*

На відміну від ЛВІН, **ЧСЧ** не мали досвіду негативного ставлення сімейних лікарів. Однак, за словами представників спільноти, байдужість та незацікавленість лікарів, їхня велика завантаженість та довгі черги на прийом або обстеження не сприяють зверненню за послугами. Як і ЛВІН, ЧСЧ скаржилися на складність отримання направлень на без-

коштовні обстеження від лікаря. Тестування на ВІЛ та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, лікарі не пропонують, а на безкоштовні обстеження іноді необхідно чекати декілька тижнів, навіть у випадках звернення з невідкладними станами.

> «Да, врач говорила, что общий анализ крови, мочи, кровь на сахар можно сдать бесплатно, но там же очередь, и выдают талоны на определенную дату. А я тогда заболел, мне нужно было срочно. Она говорит – есть место через пять дней. Или можно сделать за деньги, как раньше – быстро, но платно. Или в частной лаборатории сдать за деньги. И я в поликлинике заплатил и сдал на следующий день»
>
> *НУО_1*

> «Краще йти в якісь платні лікарні, заплатити за прийом. От у мене друг хотів здати тест на коронавірус. У нього був кашель, всі симптоми, він дзвонить до своєї сімейної. Вона каже: "Я тебе запишу, є час через тиждень". Він каже: "Це мені треба тиждень чекати?" Вона каже: "Ну або викликай швидку"».
>
> *ЧСЧ_2*

На думку ЧСЧ, сімейні лікарі надто завантажені роботою і вирішують поточні проблеми без будь-якої ініціативи щодо оцінки ризиків, призначення обстеження або вакцинування.

> «Сімейні – вони працюють так: якщо ти вже з якоюсь проблемою прийшов, ставиш запитання, він тоді тобі щось призначає чи рекомендує. Зараз у кожного сімейного лікаря по дві тисячі пацієнтів, то він не буде думати саме про тебе, які тобі обстеження призначити…»
>
> *ЧСЧ_5*

Водночас декілька ЧСЧ були задоволені досвідом отримання послуг сімейного лікаря та наданою ним інформацією.

> И: «Когда вы подписывали декларацию, вас информировали, какие услуги доступны?»
> Р: «Да, и ещё мне врач написала отдельный список, что бесплатно, а что платно. А если я сомневаюсь, например, могу ли я рентген сделать бесплатно, то я могу написать ей или позвонить и спросить»
>
> *ЧСЧ_8*

3.3. Роль сімейних лікарів у наданні послуг ключовим групам

За словами соціальних працівників, роль сімейних лікарів, вказана у документах, відрізняється від дійсної.

> «Знаете, по Станиславскому: не верю! Услуги могут предоставляться и предоставляются – это две большие разницы»
>
> *НУО_12*

Наприклад, часто респонденти зазначають про те, що сімейні лікарі не пропонують своїм пацієнтам тестування на ВІЛ, хоча швидкі тести є в наявності і ця послуга входить у пакет гарантованих. Лише один із 41 респондента повідомив, що сімейний лікар пропонував йому зробити швидкий тест на ВІЛ. Медичні фахівці «не мають ані часу, ані бажання їх робити», хоча цілком спроможні проводити тестування.

> «В поликлинике в центре города была одна врач, ответственная за тестирование на ВИЧ. Одна. Другие просто не понимают, о чем речь. Хотя тесты в доступе, люди не тестируются. Сами врачи не направляют на тестирование. И это их проблема, что они не знают ВИЧ-статус своего пациента. А как можно назначать препараты, те же антибиотики, когда ты не знаешь о ВИЧ-статусе пациента? Это тот тупик, когда протоколом предусмотрено, но не выполняется»
>
> *НУО_4*

> «С какой целью у нас самотестирование? Мы консультируем с тем, чтоб человек мог взять тест и сделать его кому-то близкому, да? Так почему это не может делать семейный доктор?»
>
> *НУО_5*

> И: «Какие услуги могли бы семейные врачи предоставлять?»
> Р: «Тестирование на ВИЧ, на гепатит, скрининг на туберкулёз могли бы. Вот эти все тесты – идеально. Но мне моя врач не предложила ни разу. Я намекал, спрашивал: "А что за тесты у вас?" Но она мне ни разу за три года не предложила ни протестироваться, ни вообще ничего»
>
> *НУО_6*

Водночас більшість респондентів мали запит на отримання переліку безкоштовних послуг сімейного лікаря, зокрема: тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, вакцинацію проти гепатиту В, надання PrEP, АРТ та інші.

> И: «Какие еще услуги для МСМ могли бы предоставлять семейные врачи?»
> Р: «Тестирование на ИППП. Если бы это было в поликлиниках доступно… Это то, что делаем мы, и что могли бы делать семейные врачи тоже»
>
> *НУО_4*

> «У семейного доктора было бы удобно и тестирование пройти на ВИЧ, на сифилис… Но я знаю, что в основном в больницах это платно, поэтому не думаю, что такое возможно»
>
> *ЧСЧ_14*

> «Или возьмем вакцинацию от гепатита В. Эта услуга закупается за бюджетные деньги, она нужна, важна… Регионы могли дать заявку в ЦГЗ, получить вакцины и через семейных врачей провести вакцинацию. Но в апреле истекает срок годности, и мы спишем 100 тысяч вакцин, которых хватило бы на вакцинацию 50 тысяч человек. Потому что из регионов заявок поступило – не поверишь – ноль»
>
> *НУО_12*

> И: «Говоря о маршруте пациента и о взаимодействии НПО и медицинских учреждений, какие специализированные услуги для МСМ могли бы предоставлять семейные врачи?»
> Р: «PrEP, АРТ, вакцинация от гриппа, от гепатитов. Это то, что интересует ребят. Тестирование на сифилис. За последние годы процент выявления сифилиса среди МСМ возрос. Закрытые группы – допустим, МСМ, практикующие химсекс, – им нужны услуги по зависимости»
>
> *НУО_3*

Окрему увагу ЛВІН та соціальні працівники приділяли отриманню ЗПТ у сімейного лікаря («ЗПТ на первинці»). Для багатьох ЛВІН отримання замісної терапії за місцем проживання виявилося прийнятною й привабливою моделлю, і якщо спершу були сумніви, то наразі пацієнти задоволені такою можливістю.

«В поликлинике на 8-й Фонтана у нас много ЗПТ-шников, их по проекту переводят туда, они становятся там на учет к семейному врачу и получают ЗПТ. Люди оттуда в восторге приходят: "Со мной говорили как с нормальным человеком. Они знают, что такое CD4, что такое вирусная нагрузка, они знают все!". Уже много людей перевели. И если изначально туда шли с неохотой – непонятно было, чего там ждать, – то сейчас осталось всего четыре места, насколько я знаю, и эта программа пользуется огромным спросом»

НУО_7

«Я сначала бегала от них, меня несколько месяцев уговаривали перейти на ЗПТ в поликлинику к семейному врачу. Недоверие было какое-то, не очень хотелось что-то менять; хоть и далеко было ездить, но уже все было знакомо и привычно… А теперь я настолько довольна! Теперь только одного боюсь – чтобы это все не закончилось»

ЛВІН_12

Один із респондентів з Черкас поділився власним досвідом переходу із ЗПТ в наркологічному диспансері на отримання у сімейного лікаря, однак був змушений через деякий час повернутися знову на попередній сайт.

«Это был какой-то проект, и мы в него попали. Полтора года я получал ЗПТ в поликлинике. Там отдельный врач выдавал. Я полгода ходил каждый день, сдал шесть тестов, и мне стали давать метадон на руки на 10 дней. И вообще там отношение было человеческое, за нашим здоровьем следили, у нас брали кровь на анализы, делали кардиограмму… Были довольны все. Но полгода назад я пришел получать на 10 дней, а нам дали на четыре и сказали, что с понедельника переводят нас обратно в наркодиспансер. Дали конверты отвезти туда. То ли им деньги не платят, то ли договора какого-то нет. И все 50 человек полетели обратно. У нас была паника, когда нас перевели. Здесь *[в наркодиспансере]* никому мы не нужны. И само отношение врачей – какие-то короны поодевали, так смотрят на нас… А потом и из другой поликлиники всех вернули сюда»

ЛВІН_21_ч

Крім того, за словами соціальних працівників, *«йде велика відмова з боку первинної ланки»* щодо надання ЗПТ, лікарі чинять опір і не хочуть брати на себе відповідальність.

«То есть возложить-то мы на них можем, а вот понесут ли они? Думаю, вряд ли»

НУО_12

3.4. Сприйняття ЛВІН, ЧСЧ та фахівцями НУО ідеї «єдиного вікна» в отриманні ВІЛ-послуг

Соціальні працівники, які працюють з **ЛВІН**, по-різному ставилися до ідеї отримання послуг, пов'язаних з ВІЛ, у сімейного лікаря. З одного боку, більшість з них висловлювалися за підтримку ідеї «єдиного вікна» та можливостей для клієнтів отримувати весь спектр послуг в одного фахівця. Це дозволяє заощадити час та кошти і в ідеалі мати всебічний контроль за станом здоров'я.

> «Это и экономия ресурсов, потому что семейный врач в твоем районе, и не надо тратить время и деньги на дорогу в спецучреждение. И это возможность больше заботиться о своем здоровье, потому что семейный врач может предложить помощь не только по ЗПТ и АРТ. Я обеими руками за интегрирование услуг – это вообще моя мечта, чтобы все в одном месте было»
>
> *НУО_10*

> «Замечательно, если всё в одном месте. Людей пугает вот эта беготня – ты приходишь в один кабинет, тебя посылают в другой, ты едешь куда-то в другой кабинет, тебя отсылают обратно сюда… Когда всё в одном месте, это, конечно, удобно»
>
> *НУО_5*

> «Идея прекрасная, что нету вот этих хождений вокруг да около: пойди туда, принеси то, не знаю что; там возьми справку, которую тебе не дадут без вот этой справки… Один врач, которому ты доверяешь… Было бы замечательно, чтобы по любому вопросу можно было позвонить, подойти, всё решить. Не надо искать, к кому бы обратиться…»
>
> *НУО_14*

З іншого боку, соціальні працівники доволі скептично ставляться до такої моделі через недостатню кваліфікацію та надмірну завантаженість сімейних лікарів. Деякі респонденти готові підтримувати ідею інтеграції послуг для ЛВІН у первинну ланку за умови проходження лікарями додаткового навчання, наявності для них фінансової мотивації, розвантаження та збільшення часу на прийом одного пацієнта.

«Передать специализированные услуги семейным врачам? Я отношусь к этому отрицательно. Семейный врач не может разбираться абсолютно во всём и делать всё. Есть человеческий ресурс. Я считаю, что ЗПТ должны заниматься наркологи, а АРТ – инфекционисты. А у семейного врача квалификации не то что недостаточно – её нет. И нагрузка очень большая. Очередь к семейному врачу – фантастическая. И наш потребитель должен два часа высидеть в очереди, потом еще с врачом решать вопросы… Да, можно записаться на прием. Но перед тобой придут 2–3 человека, которым срочно или которые уже сегодня были, или какие-то знакомые, и еще… и ещё»

НУО_6

«Я неоднозначно к этому отношусь, потому что лечить ВИЧ – это нужно знать всю медицину. Нужно обязательно какое-то обучение, курсы повышения квалификации. Если наши врачи все это пройдут, то почему нет? Если у них будет необходимая квалификация, я поддержу эту идею»

НУО_7

«Если б врачу за это платили, ему, конечно, было бы выгодней. Всё упирается в деньги. Если врачу платить, ему будет выгодно самому всё это (АРТ, ЗПТ) выдавать на месте. Тогда и врачам было бы интересно подучиться и этим заниматься, и людям было бы удобно»

НУО_5

И: «Если часть услуг передать семейным врачам – что Вы думаете об этом?»
Р: «Я думаю, что все семейные врачи уволятся *(смеется)*, потому что эта нагрузка, которая есть сегодня у них, а ещё и это добавить – ни одного врача не будет, однозначно. Тут даже нет никакого сомнения – сколько бы им ни заплатили, они все уйдут»

НУО_2

«Я ходила на приём к своему семейнику. Я ей не завидую. Ей некогда даже голову поднять, а ещё вот это вменить в обязанности? Я пришла к ней с одним вопросом, три минуты – и это все. Она записала быстро в карточку, передала назначение медсестре, следующий. Они сейчас бедные настолько загнанные… И пациенты тоже бедные. И наши наркопотребители в эту картину не вписываются аж никак»

НУО_2

«Если бы семейный врач мог уделить достаточно времени нашим пациентам с их спектром проблем, это было бы позитивно. Если бы на него было меньше нагрузки, и каждому пациенту уделять хотя бы полчаса»

НУО_6

Самі ж ЛВІН теоретично підтримували ідею «єдиного вікна» у сімейного лікаря. Вони наголошували на територіальній зручності отримання таких послуг і бачили переваги в тому, щоб один лікар контролював всі аспекти здоров'я людини. Однак з огляду на те, яким чином наразі надаються послуги, та досвід взаємодії з лікарями раніше, додавали, що «це було б чудово, але тільки не цей лікар», та «на жаль, не в наших умовах».

> «Это было бы прекрасно, если бы я мог одним приходом решить две–три проблемы. Или мне надо было бы на каждую проблему выделять по дню и кататься по всему городу. И неизвестно еще, какие результаты. А тут с врачом сели-порешали, когда прийти, что кому сдать – всё!»
>
> *ЛВІН_9_ч*

> «Это прикольно – все в одном месте, не надо никуда бежать, рассеиваться. Пришел в одно место, получил услугу, какую тебе надо – от группы и до выписки рецепта. Я лично ЗА. Это как в магазин, вместо пяти магазинов зайти в АТБ и все в одном месте купить. И доктор меня знает, кто я, что я, мои болячки. И я ее знаю, не постесняюсь про себя ей рассказать что-то. Вполне доверительная беседа могла бы получиться»
>
> *ЛВІН_18_ч*

> «Мне лично будет удобно. Но я просто думаю, что уровень услуг, которые оказывают в Центре СПИДа и семейный врач в поликлинике, будет абсолютно разный. Там специалисты, ВИЧ – туберкулез, а здесь просто терапевт общий»
>
> *ЛВІН_15_ч*

> «Я бы обращалась к семейному врачу, если бы знала, что мне помогут, а не так – лишь бы я побыстрее свинтила отсюда. Никогда ничего нет и нигде ничего нет для меня»
>
> *ЛВІН_13_ж*

Причинами непідтримки ЛВІН ідеї отримувати всі ВІЛ-послуги у сімейного лікаря були негативний досвід попередньої взаємодії з медичними фахівцями, відсутність належної кваліфікації та перевантаженість лікаря і черги в поліклініках; це узгоджується і з позицією соціальних працівників. Крім того, ЛВІН турбували питання забезпечення конфіденційності під час звернення до сімейного лікаря.

«Метадон получать у семейного врача? Не знаю… Не сильно хочется выносить врачу все свои побочки. Ну и они тоже не хотят этим заниматься, этими гепатитами нарковичушными. Не хочется стучаться в закрытые двери. Я уверена, что это бесполезно будет»

ЛВІН_13_ж

«Конечно, было бы удобно не ездить, как говорится, туда – сюда и обратно… Но семейный доктор ведь тоже не может специализироваться абсолютно на всём»

ЛВІН_1_ч

«Удобно было бы то, что это близко. Время, наверное, меньше теряешь. Я просто не знаю, как она [врач] насчет разговоров с другими. Я не знаю, можно ли ей доверять»

ЛВІН_4_ж

«Я против была бы. Я бы не хотела, чтоб знали мою такую историю. Я стараюсь об этом, ну… не хотела бы, чтобы это распространялось. Там же мой ребёнок, там знакомые, которые не все, допустим, знают. Мы же на одном районе живём, там учителя моего ребёнка могут быть. Я была бы против»

ЛВІН_16_ж

«Понятно, если бы это в соседнем доме было, то было бы удобнее. Но меня устраивает, что это на расстоянии, что мои соседи не знают о моем статусе. Потому что у нас отношение людей к этому всему оставляет желать лучшего. Люди относятся с большой опаской. То, что оно [Центр СПИДа] в стороне, меня устраивает»

ЛВІН_6_ч

На відміну від ЛВІН та фахівців відповідних НУО, **ЧСЧ** та соціальні працівники, які надають їм послуги, майже не підтримали ідею передачі спеціалізованих ВІЛ-послуг на первинну ланку. З одного боку, це хороша ідея – один лікар зможе контролювати всі аспекти здоров'я пацієнта, а у самого ЧСЧ зникне необхідність відвідувати спеціалізований заклад, щоб отримати АРТ або здати аналізи. Крім територіальної зручності, ЧСЧ краще почуватиметься, якщо прийде до сімейного лікаря, де *«ніхто й гадки не матиме, з якого питання ти звернувся»*, у той час як відвідування Центру СНІДу – *«це вже часткове розкриття статусу»* та *«компрометуюча назва»*.

«Во-первых, врач будет знать все аспекты твоего здоровья, во-вторых, он по необходимости будет направлять тебя к узким специалистам, то есть тебе не придется самому бегать и искать»

НУО_9

«Семейный врач – это определенная устойчивость услуг. Человек знает, что он может прийти протестироваться на ВИЧ и сегодня, и через год, и через 10 лет, когда проект уже закончится. И на другие ИППП он у врача протестируется. Тем более, что МСМ-сервисные НПО сосредоточены в крупных городах, и если к семейным врачам доступ у всех есть, то не у всех МСМ есть доступ как раз к услугам НПО»

НУО_3

Однак соціальні працівники ЧСЧ-сервісних організацій, як і їхні колеги, які працюють з ЛВІН, не довіряють існуючій кваліфікації «універсальних» сімейних лікарів, а забезпечення конфіденційності та неупереджене ставлення до ЧСЧ-пацієнта викликає сумніви.

«У нас нет таких специалистов. Я общаюсь с врачами на тренингах и понимаю, что их уровень, даже элементарно проконсультировать по путям передачи ВИЧ, по рискам, оставляет желать лучшего. И потом, если распылить эти услуги, тот же PrEP – мы не узнаем, как его принимают. Вы думаете, каждый врач замотивирован выяснить, пьет ли человек PrEP? Нет, его задача выдать»

НУО_4

«Кардинально негативное отношение, однозначно. Здесь вопрос в профессионализме. Я знаю случаи, когда семейные врачи делали быстрые тесты и не замечали еле заметную вторую полоску… Человек учится на инфекциониста, на фтизиатра, на дерматовенеролога 6–7 лет, а они хотят в одном человеке собрать эти все качества за три месяца. Это нереально»

НУО_1

«Это будет сразу клеймо, даже если это близко по расположению. В Кабинетах Доверия, на сайтах АРТ работают куда более толерантные, грамотные врачи, у которых нет предвзятого отношения к пациенту»

НУО_8

> «Из плюсов – сужается до одного врача круг тех, кто знает о заболеваниях пациента. Экономия времени, конечно – у одного врача получить все услуги комплексно. А минусы… Ну, если бы я получал PrEP у семейного врача, то я понимаю, что они между собой могут шушукаться, что у нее есть какое-то свое мнение. Вопрос в том, выносит ли она его за пределы кабинета»
>
> *НУО_8*

І знову ж таки, навантаженість лікарів *«навіть зараз, без цих додаткових функцій»* викликає сумніви щодо якості послуг, які від них може отримати ЧСЧ.

> «У меня недоверие к семейным докторам как к специалистам в плане ВИЧ-инфекции. И еще смущает, что сейчас на них такая нагрузка на приеме – они уже на грани. Они уже сейчас перегружены, даже без этих дополнительных функций»
>
> *НУО_13*

> «Я – ЗА, если в идеальной ситуации все будет работать правильно, если конфиденциальность и элементарное профессиональное отношение со стороны медработников будут соблюдаться. Если прописано, что человек имеет доступ к определенным вакцинам, – этот доступ должен быть. Если положена консультация – человек ее должен получить, а не так, что на минуточку сел – и все, извините, у меня времени нет»
>
> *НУО_9*

Один із респондентів вважає нереальним доступ всіх сімейних лікарів до PrEP, обстеження на сифіліс або лікування гепатиту. На його думку, не до всіх лікарів ЧСЧ підуть за такими послугами, і ці ліки *«будуть лежати мертвим вантажем у цього лікаря і потім спишуться, коли термін придатності мине»*. Крім того, є ризик ексклюзивності, коли у відділенні лише один лікар проводить тестування на ВІЛ або вміє консультувати ВІЛ-позитивних пацієнтів: *«Позитивний тест – йдіть до того кабінету, вас Наталя Миколаївна проконсультує»*, або ж розпорошення всіх послуг між лікарями: *«будуть сидіти 12 сімейних лікарів, але хтось один буде видавати PrEP, а інший призначатиме АРТ»*.

Самі ж ЧСЧ практично всі висловилися проти отримання спеціалізованих ВІЛ-послуг на первинній ланці. Знову ж таки, основними причинами були недовіра щодо дотримання конфіденційності (особливо в невеликих населених пунктах, де *«всі про всіх все знають»*) та до професійної компетентності сімейних лікарів, а перевантаженість останніх призведе до погіршення якості надаваних послуг і збільшення тривалості лікування.

«Я не захотел переходить в Кабинет Доверия по месту жительства. Я всё-таки доверяю больше квалификации врачей в Центре СПИДа. Ну и еще – если я буду сидеть у себя в поликлинике под дверью инфекциониста, а кто-то из знакомых будет проходить мимо – это ж по месту жительства, – то однозначно будут вопросы. И мне пришлось бы открыться новому человеку целиком, это для меня стресс…»

ЧСЧ_11

«Вони-то можуть назначати, але наскільки це буде конфіденційно? Наприклад, у мене цей ФАП. Там всі все про всіх знають. Через те я думаю, що не дай бог, щоб я там здавав тест, а він оказався позитивний. Тому що вони там розказують такі речі… що в когось то, то і то»

ЧСЧ_2

«Мне такая идея кажется утопичной, нереальной и даже вредной. Всё-таки лучше так, как было. У нас же остались врачи предпенсионного возраста, а молодые специалисты выезжают, скажем, в ту же Чехию. В основном в поликлиниках работают врачи не весьма компетентные в этой вирусной терапии, и в заместительной тоже, и в лечении гепатитов. Не самая удачная идея»

ЧСЧ_16

«Це погана ідея, бо у сімейного лікаря і так багато роботи, а це перекладання призведе до того, що допомога буде неякісною, більш відстроченою в часі. І ще – туберкульоз та інші інфекції, вони ж лікуються більш анонімно, а в сімейного лікаря може не бути такої анонімності. Інфекціоніст глибше знайомий з поняттям конфіденційності»

ЧСЧ_5

«У сімейного лікаря безліч підписаних договорів з пацієнтами. Це фізично неможливо, щоб лікар ось так кардинально слідкував за станом здоров'я кожної людини»

ЧСЧ_1

3.5. Лікар-інфекціоніст Центру СНІДу як прототип «ідеального» сімейного лікаря

На думку соціальних працівників, незалежно від наявності декларації з сімейним лікарем, і **ЛВІН**, і ЧСЧ з числа ВІЛ-позитивних у разі проблем зі здоров'ям звертаються до свого лікаря-інфекціоніста у Центр СНІДу. Це відбувається через низку причин:

1. вони вже знають свого інфекціоніста і впевнені у його неупередженому ставленні та гарантіях конфіденційності,
2. довіряють кваліфікації лікаря,
3. мають можливість отримати комплекс дододаткових послуг і безкоштовних обстежень у Центрі СНІДу.

Крім того, для ЛВІН часто характерним є страх чогось нового, а в Центрі СНІДу вони мають вже налагоджені контакти, переконані у відсутності ризиків стигматизації та негативного ставлення, з якими часто стикаються в неспеціалізованих медичних закладах.

> «Если у них ВИЧ-статус, то уже как бы роль семейного врача отпадает. По всем вопросам они идут в СПИД-центр. Их инфекционист – это уже практически их семейный врач. Там всё для них: пожалуйста тебе рентген, анализы, консультации врача… Ещё и социальный работник за руку поводит везде. Ну а если ВИЧ-отрицательный и нет своего инфекциониста, тогда пользуются советами своих друзей – такую мазь помажь, такую таблетку выпей…»
>
> *НУО_2*

> «Когда ты идешь к инфекционисту, он уже знает о твоем заболевании. И ты знаешь, что он тебя не будет осуждать. Он уже смотрит, как тебя лечить. А семейному врачу опять надо рассказать, что ты инфицировался, какой ты вел образ жизни… И вот это не хочется»
>
> *НУО_7*

За словами самих ВІЛ-позитивних ЛВІН, отримання послуг у Центрі СНІДу дозволяє їм контролювати стан свого здоров'я. Крім того, вони наголошували на різному ставленні до них у Центрі СНІДу та інших медичних закладах.

Р: «Печёночные пробы, общий анализ крови, гемоглобин. Все это я в Центре СПИДа каждые три месяца сдаю. Контролирую свое здоровье. Гинеколог у нас есть. Я была три месяца назад. У нас строго – раз в год я должна пройти гинеколога»
И: «А вообще, если у вас возникают проблемы со здоровьем, куда вы обращаетесь?»
Р: «Ну, конечно, в Центр СПИДа. Конечно, туда»

ЛВІН_3_ж

«Зачем мне семейный доктор нужен, если мой инфекционист знает обо мне больше, чем любой семейный врач»

ЛВІН_16_ж

«Специализированный центр гораздо лучше, чем семейный врач. У них опыта больше, они именно с этим работают. Тут такие болезни, что их надо знать. И вообще, я доволен их работой, мне в Центре комфортно. И более обширный спектр услуг они предоставляют. А если простуда, тогда к семейному врачу»

ЛВІН_15_ч

«Разница именно в самом отношении. Там к тебе относятся как к человеку, а тут – извините, как х** знает к чему. Даже не к кому, а к чему. Наши врачи вообще некорректные, грубые. В Центре СПИДа с тобой обращаются как с человеком, независимо от того, в употреблении ты, со статусом или без. А в больницах и в помощи отказывали, когда узнавали, что у меня статус или еще что-то. Раз наркоман, то сразу бегут от тебя, ложат в коридоре. Почему и не сильно хочется обращаться туда, чтоб на тебя смотрели лишний раз как на второсортного»

ЛВІН_15_ч

Для ЛВІН саме лікар-інфекціоніст Центру СНІДу був рольовою моделлю «ідеального» сімейного лікаря, передусім через неупереджене ставлення до них.

«Чтобы был таким специалистом, каких я знаю в СПИД-центре. Чтоб приветливый, чтоб все знал обо мне, ну… чтоб не было такого, что он спешит и у него желание побыстрее от меня отделаться. Чтобы у меня было чувство, что я их интересую»

ЛВІН_3_ж

«Очень многие люди, которые употребляют, и я в том числе, имеют свою какую-то причину, свою историю. Изначально этот врач должен быть, наверное, психологом. Чтобы он мог человеку, который употребляет, объяснить, как ему жить в обществе»

ЛВІН_11_ж

Такі ж думки щодо переваг фахівців Центрів СНІДу характерні для соціальних працівників, які працюють з **ЧСЧ**, та для самих чоловіків. Однак ЧСЧ більше акцентували увагу на відсутності стигматизації та дружньому ставленні до них фахівців закладу.

> «ВИЧ-положительные клиенты больше доверяют инфекционистам. Они считают своими лечащими врачами уже пожизненно специалистов из СПИД-центра. Им это проще, уже контакт налажен дружественный, и они хотят максимально обезопасить себя от раскрытия статуса третьим лицам»
>
> *НУО_1*

> «Даже если это не касается ВИЧ-инфекции, МСМ больше обращаются не к семейным докторам, а к инфекционистам. Они боятся разглашения ВИЧ-статуса. И еще в СПИД-центре некоторые услуги можно получить бесплатно – УЗИ например»
>
> *НУО_13*

> «В СПИД-центр я прихожу спокойно, как домой. Там никто не стигматизирует меня, что я живу неправильной жизнью. Никто это вслух не говорит. Со мной общаются как с обычным человеком. Со всеми вопросами по лечению я обращаюсь туда»
>
> *ЧСЧ_4*

Один із респондентів поділився власним досвідом приховування факту проходження АРТ, оскільки не був упевнений в толерантному ставленні досвідченого лікаря поза Центром СНІДу, до якого він звернувся з остеопорозом і численними переломами.

> «Да, я не сказал. Знаете, одно дело человек в СПИД-центре, он все знает, и тут я должен быть откровенен. И я знаю, что он нормально отреагирует. А другие врачи реагируют по-другому… Я, честно говоря, боюсь. Я не люблю, когда со мной неуважительно… Это могут не сказать прямо, но это чувствуется»
>
> *ЧСЧ_11*

Відповідно, однією із головних вимог до сімейного лікаря з боку ЧСЧ є не тільки кваліфікація, а й дружнє ставлення та можливість розкрити всі аспекти свого життя. Один з учасників був дуже задоволений своїми стосунками з лікаркою-інфекціоністом, яка знала про його сексуальну поведінку, але це жодним чином не впливало на її ставлення до нього.

І хоча ця поінформованість, на думку респондента, не мала значення щодо надання медичних послуг, йому було комфортно нічого не приховувати. Саме такого фахівця він хоче мати в якості сімейного лікаря.

И: «Вы хотите такого врача, которому вы могли бы раскрыть все стороны своей жизни»
Р: «Да, и объяснить, если что, что точно произошло, а не на всякий случай придумывать, чтобы никто об этом не узнал»

ЧСЧ_14

И: «В идеале каким вы бы хотели видеть семейного врача?»
Р: «Понимающего, не осуждающего, хорошего специалиста. Неравнодушного, человечного. Ну и с нормальным графиком работы, а не так, что у него куча клиентов и он уже просто срывается на людях»

ЧСЧ_16

«Я уже начал искать через знакомых хорошего врача. Я ищу врача, который… Мне же ему надо будет рассказать о моем ВИЧ-статусе… Поэтому для меня важно, чтобы этот человек не испугался и был к этому готов. Чтобы он был образованный, грамотный врач. И если нормальные отношения, то чтобы я мог в любое время позвонить и договориться о консультации, и не надо было несколько часов ждать в очереди»

ЧСЧ_11

Попри дружнє ставлення, ЧСЧ також зазначали, що вони комфортніше почуваються саме з лікаркою, ніж з лікарем-чоловіком, і висловлювали недовіру до лікарів «старої школи», не бажаючи звертатися до лікарів похилого віку або занадто молодих.

«Мои знакомые чаще обращаются к врачам-женщинам. Возможно, это связано с тем, что среди семейных врачей вообще больше женщин. Возможно, МСМ легче раскрыться женщине, потому что они не ожидают от нее такого осуждения, какое может быть со стороны мужчины»

НУО_3

«Я просто дивлюсь, щоб лікар не був дуже вже за 60–70 і щоб не дуже молодий, бо ще практики немає. Ну, я передивлявся лікарів там, де я живу. Там такі лікарі, що ну їх в баню *(Смеется)*. Їм реально вже пора дома сидіти. Так, я хочу підписати декларацію; треба через знайомих взнавати, щоб знайти якогось нормального лікаря»

ЧСЧ_2

3.6. Підвищення кваліфікації сімейних лікарів щодо роботи з ключовими групами та створення мережі дружніх лікарів

Загалом для ЛВІН та ЧСЧ одним із аргументів проти отримання послуг, пов'язаних з ВІЛ, у сімейного лікаря є недостатня кваліфікація та відсутність спеціальної підготовки щодо ВІЛ-інфекції, гепатитів, наркології, фтизіатрії тощо. Однак, відповідаючи на запитання, яку саме підготовку важливо отримати сімейним лікарям для роботи з ключовими групами, всі респонденти передусім говорили про тренінги з етики, толерантності, протидії стигмі та дискримінації.

> «Семейным врачам нужны тренинги по работе с группами риска – с ЛУИН, МСМ, секс-работниками. Посещение реабилитационных центров, чтобы врачи видели, как может измениться наркопотребитель, каким он приходит туда и каким он уходит оттуда. И насколько важна работа на их уровне, чтобы помочь человеку социализироваться, исправить что-то в своей жизни. Тренинги по работе с МСМ были, а по ЛУИН не было. Не обучали семейных врачей работать с этой группой. Была одна сессия 20-минутная на тренинге, которую вообще имели все в виду. А количество этих тренингов – это даже не капля в море, а песчинка»
>
> *НУО_6*

> «…Сказать им, что существуют экстази, MDMA, соли, что есть разные уровни употребления, есть солевики здоровые, богатые, которые становятся потом бедными и никому не нужными… Как их выявить, какой к ним нужен подход. А к молодёжи, которая на клубных наркотиках, совсем другой подход нужен. И семейный врач не всегда разбирается в специфических проблемах потребителя – как лечить тромбозы, абсцессы… Огромный пласт знаний нужен семейному врачу»
>
> *НУО_6*

> «Важно обучать семейных врачей особенностям консультирования и ведения пациентов группы МСМ. У семейных врачей нет представления, как с ними правильно обсуждать конкретные темы, учитывая их специфику. У нас дружественные врачи появились не просто так, мы их обучали на тренингах по проекту HealthLink. Мы приглашали специалистов из сообщества и врачей с опытом консультирования группы МСМ, привлекали международный опыт, показывали тематические фильмы – как правильно консультировать, какие есть триггерные темы, терминология и т.п.»
>
> *НУО_3*

«Как врачу корректно задать вопрос о принадлежности пациента к одной из ключевых групп? Мы давали методику и примеры скрининговых анкет в контексте ВИЧ-инфекции, которые позволяют, даже без раскрытия пациентом своей идентичности, идентифицировать его как МСМ»

НУО_3

И: «Какие вопросы профилактики важно обсуждать семейному врачу со своими пациентами?»
Р: «Бывает ли незащищенный секс, бывает ли под воздействием, употребляет ли человек наркотические вещества. Но не факт, что человек ответит правдиво»
И: «А семейные врачи знают, что предложить человеку в зависимости от того, что он ответит?»
Р: «Думаю, что нет. Далеко не все врачи знают, что такое PrEP. Их нужно обучать»

ЧСЧ_12

И: «Семейных врачей много, дружественных к ЛГБТ пока не так много. Как изменить эту ситуацию?»
Р: «Это прерогатива государства. Должно быть адекватное профессиональное отношение, а если врач практикует подход типа "я этого лечить не буду, потому что к евреям отношусь плохо, этого лечить не буду, потому что к геям отношусь плохо", – значит, он не на своем месте и нужно сделать так, чтобы этот человек ушел, или пускай меняет свое отношение к этому. Врач может относиться к геям или к ВИЧ-позитивным у себя в голове как угодно, но услугу пациенту он должен предоставить на качественном уровне»

НУО_9

У контексті підвищення толерантності сімейних лікарів до представників ключових груп респонденти вважають, що загалом цим фахівцям необхідно змінювати своє особисте ставлення до ЛВІН та ЧСЧ.

«Если смотреть глобально, то врачам нужно менять свое личное отношение к людям. Это ментальность, какие-то стереотипы, обществом и телеканалами заложенные. На это нужно время. Потому что проблемы, с которыми сталкиваются по физическому здоровью МСМ, не отличаются от проблем гетеросексуальных мужчин. У всех бывают какие-то воспаления, кто-то чем-то заражается. Здесь вопрос именно в их отношении»

НУО_1

Крім того, соціальні працівники наголошували на важливості отримання сімейними лікарями знань через практику, тобто суто онлайн-курси не будуть достатньо ефективними. Необхідно спланувати навчання так, щоб у них була можливість «*зустрітися з людськими історіями*», провести польову роботу та опрацювати кейс з конкретним пацієнтом – представником ключової групи. Респонденти також пропонували розглянути можливість додаткової фінансової мотивації за проходження навчання.

> «Нужно, чтобы врач получал бонусы за прохождение обучения или стажировки – например, о противодействии стигме на рабочем месте»
>
> *НУО_12*

Важливо також вчити лікарів роботі в команді та взаємодії з працівниками НУО, оскільки не всі мають такий досвід. Формування та навчання мультидисциплінарних команд у складі соціального працівника, сімейного лікаря, медичної сестри та інших фахівців (наркологів, психологів, гінекологів тощо) було визначено як один із найбільш важливих компонентів підготовки сімейних лікарів, і такий підхід добре себе зарекомендував у проєктній діяльності.

> «Было бы неплохо семейных врачей на стажировку в НПО направлять. Чтобы каждый врач хотя бы один день посидел рядом с соцработником и посмотрел на его работу – как он работает с клиентами, какие люди приходят, какие потребители бывают разные…»
>
> *НУО_6*

Респонденти підкреслювали, що важливо не обмежуватися навчанням лікарів з міст, а приділяти більше уваги області, «*тому що в місті люди зможуть отримати послугу так чи інакше, а в області – там взагалі морок*».

Крім навчання сімейних лікарів питанням толерантного ставлення до ключових груп, проблему можливої стигми та дискримінації можна вирішити шляхом створення **мережі дружніх лікарів**, що особливо актуально для **ЧСЧ**. Усі соціальні працівники та деякі представники спільноти підтримали ідею створення такої мережі, оскільки в сучасних реаліях – це найшвидший спосіб залучити ЧСЧ до користування послугами сімейних лікарів. Крім того, це дозволить якісно надавати відповідні послуги, не очікуючи, поки завершиться навчання решти лікарів щодо особливостей роботи з цією ключовою групою.

«Это идеальная ситуация, когда все семейные врачи будут дружественными. Но мы живем в тех реалиях, когда без френдли специалистов не обойдешься. Поэтому да, семейные врачи – это идеально, когда это будет возможно и реально. А пока этого нет, френдли специалисты нужны»

НУО_9

«Я думаю, создать сеть дружественных врачей – это намного легче, чем переквалифицировать всех тех врачей, которые сейчас есть в стране. Вот это будет очень сложно, плюс некоторые из них не будут рады этому»

ЧСЧ_3

«Пока сообщество (МСМ, трансгендеры и остальные) не почувствуют толерантности и профессионального отношения… Даже если врач не поддерживает это всё, он должен немножко свое мнение отодвинуть на второй план и работать с человеком как с пациентом, которому он обязан оказать услугу. А сейчас сложно говорить о привлечении клиентов к получению услуг семейных врачей»

ЧСЧ_8

Водночас у респондентів є розуміння того, що ця мережа лікарів не є численною, і цього ресурсу навряд чи вистачить для забезпечення послугами широкого кола представників ключових груп.

«Список дружественных врачей будет полезен. Но дружественных врачей пока не так много, а если эта база не будет многочисленной, вопрос – насколько она будет эффективной? Возможно, нужен отдельный социальный работник по вопросу семейных врачей, у которого есть время на информирование и сопровождение к семейным врачам при необходимости»

НУО_10

«Мы проводили тренинги для семейных врачей по консультированию МСМ и ЛГБТ. Обученных семейных врачей много, порядка ста человек, но дружественных *(потому что обученный еще не означает дружественный)* в Одессе человек тридцать. Есть список контактов с разбивкой по ЦПМСД, причем не только по Одессе – некоторые врачи из области тоже обучались»

НУО_3

Лише декілька респондентів висловили думку з приводу того, що зручно б мати таку мережу сімейних лікарів, але це певним чином уособлює групу. Крім того, створення такої мережі є скоріше оперативним рішенням, і щоб змінити ситуацію, слід працювати над загальною толерантністю медичного персоналу та суспільства, аби ті ставали «дружніми».

> «Если говорить о семейных врачах, то нужна образовательная программа по этому профилю. Но для МСМ решением является именно сеть дружественных специалистов. Если мы говорим о решении оперативном сейчас, а не в перспективе. И я не вижу в этом большой проблемы, что мы делим на дружественных и недружественных. Это обычная конкуренция. Вы нетолерантны, осуждаете пациента – значит, не соответствуете критериям хорошего врача. И мы будем рекомендовать хороших врачей, а вас не будем»
>
> *НУО_3*

> «Для наших клиентов оптимально иметь сеть дружественных специалистов, но если мы хотим глобально что-то поменять, нужно «идти на амбразуру». Нужно тогда открываться, и о своем ВИЧ-статусе говорить, и о своей ориентации, и о своих проблемах»
>
> *НУО_1*

> «Если мы хотим позиционировать себя как часть общества – а мы и есть часть общества, – то нужно не выделять нас как группу, которой нужны какие-то отдельные дружественные врачи»
>
> *НУО_11*

3.7. Існуючі та затребувані канали інформування щодо послуг сімейних лікарів

Загалом **ЛВІН** отримують інформацію про послуги сімейних лікарів через ті самі ресурси, що й загальне населення, – Інтернет, телебачення, від родичів або знайомих. Результати інтерв'ю свідчать про відсутність комунікаційних кампаній або джерел інформації щодо послуг сімейних лікарів, які були б сфокусовані на потребах цієї ключової групи. Практично не задіяні ресурси НУО, програм обміну шприців або сайтів ЗПТ в інформуванні клієнтів та їхнього соціального оточення про реформу охорони здоров'я та необхідність підписати декларацію з сімейним лікарем. Трапляються випадки, але скоріше як виняток, коли соціальний працівник у ВІЛ-сервісних НУО інформує клієнтів про те, що всі об-

стеження мають здійснюватися за направленням від сімейного лікаря (див. розділ «НУО як ресурс для налагодження взаємодії ЛВІН/ЧСЧ з сімейним лікарем»).

> «Да-да, я смотрел новости. Я знаю, что за каждого пациента, что деньги идут за ним. Я в Интернете смотрю и новости по телевизору»
>
> *ЛВІН_7_ч*

> «Конечно, я знаю, что это для всего нужно. Даже сдать какой-то анализ – ну, я-то могу в Центре СПИДа всё сдать. А человек, который не болеет, – ему надо семейного доктора иметь, чтоб сдать анализы и все остальное»
>
> *ЛВІН_3_ж*

На думку соціальних працівників, у спільноті ЛВІН простежуються дві вікові категорії, для яких працюють різні канали донесення інформації. Перша категорія – це молодша група, яка активно користується онлайн-ресурсами, зокрема соціальними мережами Інстаграм, Тік-Ток, Телеграм. А друга – ЛВІН старшого віку, які отримують інформацію через традиційні джерела, такі як «сарафанне радіо» та інформування в НУО.

> «Можно было бы проводить какую-то информационную кампанию в виде гифок, мемчиков, комиксов. Что-то короткое, визуально простое, на человеческом языке. А для людей постарше, для пациентов программы ЗПТ или тех, кто инъекционно употребляет опиаты, нужны другие инструменты коммуникации: тут больше сработает консультирование в НПО, возможно, привлечение волонтеров для распространения такой информации в сообществе, потому что там больше работает сарафанное радио и равный–равному»
>
> *НУО_10*

«Сарафанне радіо» як канал поширення інформації, за словами соціальних працівників, не надто актуальний для молодших ЛВІН. Упродовж останніх років, після появи «закладок», особливо синтетичних наркотиків, і більш закритих та індивідуалізованих методів придбання і приготування наркотичних речовин ЛВІН все менш активно спілкуються між собою. Водночас споживачі опіатів старшого віку, як і раніше, отримують інформацію переважно у своєму соціальному оточенні, і таке «сарафанне радіо» може мати як позитивні, так і негативні наслідки – від якості інформації, що передається, залежить, чи буде вона мотивувати звернутися за відповідними послугами. Наприклад, один із респондентів дослухався до друга і уклав договір з сімейним лікарем, а у подальшому мотивує зробити це своїх знайомих:

Р: «У меня приятель был на тренинге по семейному этому вот. Мы с ним как-то встретились и шли за закладкой вдвоем. И он мне рассказал, что лучше такое соглашение сделать сейчас, потому что потом разберут врачей и останется что попало. И я тут же пошел, заключил договор с врачом за себя и за маму»
И: «Какой вы молодец! Когда вы заинтересованы, вы все можете сделать»
Р: «Ну да. Конечно. Потому что я ее знаю, она была участковым врачом нашей семьи. Она врач хороший. Я как об этом услышал, то сразу пошел, потому что разберут и потом дадут мне черт-те что»

ЛВІН_9_ч

«Нет, не многие мои знакомые подписали декларацию. Но своим знакомым я всем говорю об этом – что не сегодня-завтра, но все равно придется это делать. И лучше сейчас, чтоб потом не было: «Ай! Ой! Почему меня не принимают?» Я на своем примере очень много показываю, и некоторые пошли и подписали»

ЛВІН_9_ч

Тому, на думку респондентів, підхід «рівний–рівному» або «рівних консультантів» доцільно використовувати для інформування щодо послуг сімейних лікарів, зокрема підкріплювати це роздатковими матеріалами. Якщо ж робити листівки або буклети, то соціальні працівники радять *«друкувати їх на глянцевому папері»*, оскільки його можна використовувати для подрібнення (*«раскатывания»*) таблеток, наприклад, димедролу, тому цю листівку не викинуть одразу, а, можливо, прочитають.

Підхід «рівний – рівному» можна використовувати і в онлайн-просторі, наприклад, у створенні Інтернет-ресурсу про сімейних лікарів для спільноти ЛВІН.

«Например, сейчас разрабатывается мобильный ресурс для тех, кто освободился из мест лишения свободы. Нужны различные онлайн-площадки для сообщества ЛУИН, на которых они могли бы получать информацию о семейных врачах, отзывы сообщества об этих врачах, информацию о бесплатных услугах и т.д.»

НУО_12

Незалежно від каналу інформації, вони мають бути дружніми до спільноти ЛВІН, тобто з використанням простої й зрозумілої мови, а у випадку мобільних або онлайн-ресурсів – зі зручним інтерфейсом. У донесенні інформації про сімейних лікарів важливим є також акцентування уваги на безкоштовності їхніх послуг та алгоритму дій у разі вимагання хабарів та/або необхідності оплачувати будь-які з них.

«ЦГЗ говорят: "А чем вам не нравится наш сайт? Там есть вся информация". Но их язык не рассчитан на человека, у которого может быть 8 классов образования. Гарантированный пакет услуг, расширенный пакет услуг – все это должно быть написано понятным языком. При этом если я наркопотребитель, то могу быть в раздраженном состоянии, и уже на третьем щелканьи мышкой в поиске нужной информации я просто брошу это все»

НУО_12

«И содержание этой информации должно быть ориентировано на бонусы от деклараций, которые интересны самим людям. То есть, не просто – «пойди к семейному врачу», а в первую очередь – что ты можешь получить бесплатно, если обратишься: флюшку, анализ крови…»

НУО_10

И: «Что поможет ЛУИН обращаться за услугами к семейному врачу?»
Р: «Бесплатность. Отсутствие взяток. И подход без дискриминации, предвзятости, что раз ты наркоман – значит, всё, иди там где-то…»

НУО_6

Спільнота ЧСЧ також обмежена в інформації про сімейних лікарів або гарантований пакет послуг після підписання декларації. Навіть серед ЧСЧ, які підписали декларацію, лише одиниці були обізнані щодо обстеження, які можна пройти безкоштовно.

«У МСМ источники информации такие же, как и у всех: телек, Интернет, сарафанное радио. Специально такая информация, конечно же, не даётся. Меня тоже никто не информировал, я заключал декларацию с врачом и знаю только то, что в ней написано. Мне сказали, что если у меня будут проблемы со здоровьем, я через них могу записываться на консультацию. Спросил про вакцины, вакцин пока нет. Всё»

НУО_9

«М-м… К сожалению, ничего этого не знаю. Не интересовался, и для меня это неизвестность. Да и не только для меня, многие не понимают, зачем нужен семейный врач. Ну, я о молодежи говорю. Если честно, в моей компании не было таких разговоров на тему семейных врачей»

ЧСЧ_9

Серед найбільш характерних джерел отримання інформації про сімейних лікарів є Інтернет, телебачення, «сарафанне радіо», хоча останнє менш характерно для молодших представників групи.

> «Работает сарафанное радио. Потому что когда ты рекомендуешь сам, эта информация больше весит, чем взятая с сайта либо со столба с отрывным листочком, или у девочки с флаером. Лучшая реклама – это когда люди говорят. И если специалист хороший, понимает ребят, эта информация будет распространяться»
>
> *ЧСЧ_7*

На думку соціальних працівників, для покращення охоплення ЧСЧ послугами сімейних лікарів необхідно комунікувати зі спільнотою у прийнятному для неї форматі, наприклад, через соціальні мережі або спеціальні мобільні додатки. Однією з пропозицій респондентів було створення онлайн-ресурсу про чоловіче здоров'я, який би зосереджувався на ЧСЧ тільки частково, або ж створення додатку, який би передбачав рейтингування сімейних лікарів на основі оцінок інших представників ключової групи.

> «Я бы делал отдельный онлайн-ресурс по мужскому здоровью, без акцента на МСМ. Потому что, особенно если это скрытый МСМ, им будет проще взаимодействовать с каналом, который в целом направлен на мужчин. Какая-то часть контента будет посвящена МСМ, но это процентов 10–20. И можно не бояться, что если я зашел на этот сайт, то я уже буду каким-то образом идентифицирован»
>
> *НУО_3*

> «Было бы круто, если б были понятные критерии оценки, как Trip Advisor для семейных врачей, и люди бы видели, что у этого врача оценка пять звездочек, а у этого две. И человек пойдет к тому, у кого пять. В этом смысл медреформы. Дополнительная мотивация для МСМ – это создание сети дружественных специалистов. Люди придут к толерантным специалистам, получат качественные услуги и не столкнутся с осуждением»
>
> *НУО_3*

3.8. НУО як ресурс для налагодження взаємодії ЛВІН/ЧСЧ з сімейним лікарем

НУО є одним із ресурсів отримання інформації та допомоги у пошуку сімейного лікаря. Переважно соціальні працівники надають таку інформацію клієнтам «за запитом», коли ЛВІН або ЧСЧ самостійно звертаються до них. Частіше це пов'язано з потребою клієнтів проходити обстеження для програми ЗПТ або сайтів АРТ, і для багатьох з них стає несподіванкою те, що вони вже не можуть, як раніше, звернутися безпосередього за флюорограмою або іншими аналізами чи обстеженнями.

За словами соціальних працівників, які працюють з **ЛВІН**, сучасними проєктами не передбачено механізму двосторонньої взаємодії між НУО та сімейними лікарями або іншими медичними фахівцями і перенаправлення здійснюється лише для виявлених ВІЛ-позитивних клієнтів. Представники НУО скаржилися на те, що за наявності жорстких і доволі високих індикаторів вони перевантажені і не мають часу на не оплачувані «додаткові» послуги. З цим пов'язана і відсутність широкого інформування клієнтів в НУО про сімейних лікарів та медичні послуги у контексті пандемії COVID-19.

> «Нет, сами мы не информируем относительно семейного врача. Только если возникает такой вопрос, то я могу объяснить, что у семейного врача есть какая-то квота, тебе бесплатно дадут, анализы можно сдать, таблеточки он может тебе выписать. Сейчас к любому врачу пойти – надо направление от семейника, нету направления – заплати за визит, есть направление – не плати, вот в этом выгода. Что касается денег, считать они умеют»
>
> *НУО_5*

> «Предоставляем информацию по запросу. Сегодня алгоритм профилактики построен таким образом, что у социальных работников большие индикаторы по охвату людей услугами, и времени не хватает. К сожалению, качество консультирования из-за этого страдает. Можно было бы включать эту тему в беседу с каждым клиентом, но это невозможно, потому что и так катастрофически не хватает времени»
>
> *НУО_10*

І хоча таке інформування не входить до прямих обов'язків соціальних працівників, у деяких організаціях надається допомога та пропонуються контакти дружніх сімейних лікарів. Це неформальна взаємодія, яка базується на особистих контактах соціальних працівників з лікарями.

«На группе я эту тему включаю, потому что до сих пор некоторые ребята не подписали декларацию. Наркопотребители не очень любят ходить по врачам, и я им объясняю, что сейчас ничего не происходит без семейных врачей, и как подписать декларацию. Это моя личная инициатива; ее нужно расширять и проводить занятия по всем НПО. Но обычно эта тема остается в стороне. Сейчас все направлено на скрининг по туберкулезу, на тестирование – то, что требует ЦГЗ, а у ЦГЗ нет требования консультировать клиентов по семейным врачам»

НУО_7

«Сейчас даже флюшку без семейника не сделаешь. Нас начальство проинструктировало месяца два назад: всех спрашивайте, есть ли семейный доктор, и если нет, помогайте подписать. У нас даже есть договорённость с семейным врачом, и мы к нему клиентов направляем. Потому что бывает так, что в поликлинике уже нет свободного врача, и если врач захочет, он возьмёт, не захочет – не возьмёт. Естественно, если придёт человек, чей внешний вид, ну…»

НУО_14

«Мы сразу направляем к семейному врачу, потому что к профильному специалисту необходимо его направление. Если человек заключает декларацию с семейным врачом, для нас это большой успех, потому что мы так консультируем, чтобы все люди заключали и не боялись этого. Ведь если что-то случится, без декларации человеку сложно будет получить помощь»

НУО_10

«Мы переадресовываем к профильным специалистам. Неофициально. У нас с ними не заключены договора, но они принимают наших клиентов. Это наработанные уже за годы личные контакты социального работника. Я им могу переадресовывать своих клиентов, которым нужна помощь»

НУО_6

Деякі соціальні працівники, використовуючи власні контакти, практикують взаємне перенаправлення ЛВІН, тобто коли і сімейний лікар скеровує пацієнта до НУО.

«Дружат, дружат НПО с семейными врачами. Потому что семейники тоже выявляют – тестируют на ВИЧ. А им же не платят за то, что он выявил, довел пациента до инфекциониста. И чтоб человек по дороге не потерялся, звонят нам. Мы с ними дружим, они с нами дружат. У нас уже есть клиенты позитивные, которых выявили семейные врачи»

НУО_5

> «Моя семейная доктор направляла ко мне наркозависимую женщину в ситуации насилия. И еще паре человек давала контакты, и они приходили к нам. И мы можем информировать, направлять, предоставлять информацию»
>
> *НУО_10*

Соціальні працівники зазначали, що часто недостатньо поінформовані ЛВІН вважають підписання декларації з сімейним лікарем складною процедурою. Відтак навіть просте покрокове інформування про алгоритм дій їм допомагає. Іноді перепоною є досвід непродуктивних стосунків з дільничними лікарями у минулому. Самі ж ЛВІН під час інтерв'ю також розповіли про допомогу соціальних працівників у пошуках сімейного лікаря.

> «Часто звучит: "Моя участковая плохо ко мне относилась, я не хочу к ней идти". Мы объясняем, что сейчас можно выбирать семейного врача, просто надо прийти с паспортом к тому врачу, с которым ты хочешь заключить договор. А если что-то не понравится, можно поменять врача. И можно на горячую линию МОЗ позвонить и оставить жалобу, если, к примеру, деньги вымогают, еще что-то. Пятеро клиентов, которых я информировала, заключили декларацию по месту жительства»
>
> *НУО_10*

> «Как раз тогда началось это все с декларациями. Я пришла в организацию, и мне соцработник Валя рассказала, что надо попасть к семейному врачу. Что может потом врачей не быть, надо успеть заключить декларацию. Говорит: "Тебя может «скорая» даже не взять без семейного врача". И я тогда пошла с паспортом. Там сидели медсестра и врач. Мы все подписали. Они мне листок дали с декларацией – если честно, не помню, где его дела»
>
> *ЛВІН_19_ж*

> «Сейчас мне опять надо будет перекомиссию делать по группе. И наш соцработник Вика мне сказала, что есть хороший специалист, на следующей неделе я подпишу с ней декларацию. Потому что мне по-любому надо будет»
>
> *ЛВІН_17_ж*

Крім питань про сімейних лікарів, ЛВІН часто звертаються з усіма питаннями щодо свого здоров'я до соціального працівника, а не до медичного закладу. Учасники з різних міст розповідали, що довіряють соціальному працівникові більше, ніж лікарю.

«Как-то поднялась у меня температура высокая. Я спрашиваю: «Вова, что делать?» У меня нету семейного врача. Он мне посоветовал, где получить консультацию, сказал, куда идти, всё. Потом я у него спрашивала, как мне оформить группу по ВИЧ. Он тоже рассказал всю последовательность, что мне делать. На все мои вопросы он мне предоставил информацию»

ЛВІН_17_ж

«Я больше со своим социальным работником обсуждаю эти темы. Она больше полезна и квалифицирована в этом направлении, мне кажется, чем врач. Он просто семейный терапевт. А она именно по этим направлениям – ВИЧ, гепатит – меня полностью устраивает»

ЛВІН_15_ч

Представники спільноти **ЧСЧ** також звертаються до соціальних працівників з будь-якими запитами щодо стану здоров'я, зокрема щодо пошуку профільного фахівця або сімейного лікаря. ЧСЧ цікавили у першу чергу кваліфікація лікаря та відсутність стигматизуючого або упередженого ставлення до них. Соціальні працівники за запитом надають інформацію про кваліфікованих фахівців та сімейних лікарів і рекомендують дружніх до ЧСЧ-спільноти медичних працівників завдяки напрацьованим контактам. Послуги цих фахівців не оплачуються, але лікарі не відмовляють клієнтам у разі звернення.

«Услуги ребят интересуют самые разные. Чаще они обращаются за информацией по френдли врачам, к которым уже другие обращались. Это больше на уровне равный–равному, я был у этого врача и знаю, что это удобно и без неприятных ситуаций. В закрытой группе в Телеграме пишут: "Посоветуйте, куда обратиться с такой-то проблемой", и если кто-то в группе уже имеет такой опыт, он может поделиться контактом. Это может касаться и семейного врача»

НУО_9

«Из тех, кого я знаю, основная масса подписала декларацию. Но они не говорят врачу о своей сексуальной ориентации. А если будет ситуация, связанная с каким-то щекотливым моментом, то я не уверен, что они с этим пойдут к семейному врачу. Скорее обратятся ко мне, чтобы я направил к дружественному дерматовенерологу, или будут искать через знакомых»

НУО_1

«С моим семейным врачом я могу говорить обо всём, на любые темы. Мне в организации её посоветовали. Мы как-то разговорились, что нужно подписать декларацию, а я говорю: "У меня вообще нету семейного врача, и я не знаю, где его, нормального, брать". И Виталик подсказал, что у них есть хорошая врач, говорит – хочешь, позвоним, она тут рядом, ты подойдёшь, пообщаешься, и если понравится, подпишешь с ней декларацию. Я познакомился с ней, очень приятная, толковая… Вся моя семья потом подписала с ней декларацию»

ЧСЧ_8

«Из "волонтерских услуг", которые не оплачиваются, но все же предоставляются – консультации специалистов: эндокринолог, психиатр, дружественный семейный врач. Все они очень востребованы. Человек сто, наверное, мы переадресовали семейному врачу от нашей организации»

НУО_4

Фахівці ЧСЧ-сервісних організацій співпрацюють з поліклініками та Центрами СНІДу, однак ця взаємодія є неформальною і спрямована передусім на взаємодопомогу. Лікарям не вистачає часу на додаткові послуги та підтримку прихильності клієнтів, тому ці функції бере на себе соціальний працівник, а сам соціальний працівник зацікавлений у підтримці клієнта та успішному його лікуванні.

«Центр СПИДа сотрудничает с НПО, потому что у врачей огромный объем работы. Он не может выделить для одного пациента два часа в день, потому что у него еще человек 15–20 на приеме. Для того и нужны соцработники – вся работа по приверженности ложится на них. За каждой поликлиникой у нас закреплен социальный работник»

НУО_13

Однак, за словами соціальних працівників, загальний запит на отримання медичних послуг у ЧСЧ не сформований, і звернення відбувається тоді, коли клієнти вже мають конкретну проблему зі здоров'ям. Найчастіше звертаються до соціального працівника, якому довіряють, коли потрібна консультація з питань інфекцій, що передаються статевим шляхом.

«Заинтересованность в медицинских услугах есть, когда человек уже столкнулся с каким-то заболеванием. Например, выявлен сифилис – и сразу: "Куда мне обратиться?" Мы говорим, что нужно обратиться к семейному врачу, а если нет врача или человек не хочет к нему идти с такой проблемой, что часто бывает, мы можем его направить в кожвендиспансер»

НУО_3

«Сейчас возникла куча вопросов в контексте лечения ИППП – например, как теперь в связи с реформой будут лечить тот же сифилис. Бесплатного лечения сифилиса нет, но все сопутствующие обследования – через семейного врача»

НУО_4

«У меня была недавно история как раз насчёт гонореи. Я начал замечать, что что-то не то. И я обратился к соцработнику, чтобы он подсказал. И он мне посоветовал хорошего врача в этой клинике… *[называет]*»

ЧСЧ_13

3.9. Оптимальна модель взаємодії ЛВІН/ЧСЧ, НУО, сімейний лікар в контексті отримання послуг, пов'язаних з ВІЛ

Під час інтерв'ю учасники пропонували різні моделі взаємодії між НУО та первинною ланкою, зокрема:

- модель двосторонньої взаємодії між НУО та сімейним лікарем;
- надання інтегрованих послуг на базі НУО;
- надання інтегрованих послуг на базі спеціалізованого медичного закладу;
- комбінований варіант надання послуг – одночасно у сімейного лікаря та в Центрі СНІДу

Модель двосторонньої взаємодії, яка передбачає взаємне перенаправлення клієнтів від НУО до сімейного лікаря і в зворотному порядку, була запропонована як найбільш реалістична в більшості випадків. Респонденти наголошували на тому, що потрібна взаємодія в обох напрямках – не тільки НУО скеровує клієнта до сімейного лікаря, а й сімейний лікар може направити пацієнта до НУО для отримання

послуг. Деякі соціальні працівники практикують такий підхід з власної ініціативи, але загалом всі висловлювали готовність співпрацювати з сімейними лікарями для надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ, гепатиту С, туберкульозу та інших послуг для ЛВІН та ЧСЧ

> «Оптимальная модель взаимодействия клиента, НПО и семейного врача – двустороннее общение. Мы направляем к ним, а они – к нам. Допустим, врач видит проблему пациента и предполагает, что человек скорее пойдет на контакт "равным–равному". И он направляет его в НПО. При таком двустороннем перенаправлении будет толк. Врач при всем желании не сможет дать столько информации, сколько человек может получить от соцработника и на группах взаимопомощи»
>
> *НУО_7*

> «Если у клиента проблемы со здоровьем, которые требуют консультации семейного врача, – проблемы с сосудами, жалобы на сердце, – я бы мог его направить. И семейные врачи могут к нам направлять людей. Например, пришел пациент в употреблении – врач дает ему нашу визитку, говорит о реабилитации, что мы можем помочь начать ЗПТ, выдать бесплатно инструментарий»
>
> *НУО_6*

> «Мы могли бы предоставить минимальный пакет услуг – рассказать о безопасном поведении, протестировать и переадресовать уже с визиткой или с адресами к семейному врачу. Рассказать, где можно заключить декларацию, чтобы у человека был выбор, и сказать, что дальше он может, не опасаясь, получать услуги там»
>
> *НУО_4*

Разом з цим зазначена модель має певні обмеження: більшість соціальних працівників ЧСЧ-сервісних НУО висловлювали сумніви щодо ефективності саме *«зворотного напрямку»* (тобто *«сімейний лікар – НУО»*), оскільки відсутня впевненість, що ЧСЧ повідомлятимуть сімейному лікарю про свою приналежність до спільноти та ризиковану сексуальну поведінку. За результатами дослідження, зазвичай сімейні лікарі не ставлять пацієнтам запитання про їхню приналежність до ключових груп. Крім того, вони недостатньо поінформовані про наявні НУО, які працюють з цією ключовою групою, або взагалі не знають терміну «ЧСЧ».

«Тяжело будет информировать всех врачей о нас. Хотя многие врачи к нам направляют – например, "Клиника, дружня до молоді", потому что у врачей нет таких ресурсов, как презервативы или тесты на гепатит В и С. Таким же образом врачи могут направлять к нам за дополнительными услугами, включая PrEP. И АРТ, и PrEP могли бы выдаваться в НПО; если врач назначил – пусть человек приходит сюда, пусть не стоит в очереди»

НУО_4

«Я не вижу такой двусторонней модели. Например, о нашей организации семейные врачи в городе не знают. Мало кто из них вообще знает, что такое МСМ. Поэтому не думаю, что они будут направлять людей в НПО, если они даже не знают, какие есть НПО и с какой целевой аудиторией работают. Плюс это подразумевает, что перед тем как направить, например, в Альянс Глобал, семейный врач у пациента спросит, к какой группе он относится. А это уже вопрос, на который не все захотят отвечать»

НУО_8

Також ця модель передбачає, що соціальний працівник знатиме сімейних лікарів у різних районах міста, щоб скеровувати клієнтів до конкретних фахівців.

И: «Если бы все услуги были у семейного врача, вы бы направляли клиентов к семейным врачам?»
Р: «Я должен знать тогда всех семейников города. Наши клиенты живут в разных районах. У меня когда-то была такая карта с Кабинетами Доверия и сайтами ПОШ. Я знал, где "Дорога к дому", где "Жизнь+", "100% життя" – в том районе, в том районе, – и я мог переадресовать клиента туда, где он живет»

НУО_5

У разі такої моделі двосторонньої взаємодії важливим є розподіл функцій між НУО та сімейними лікарями з урахуванням їхніх можливостей та знань/навичок. Позиція соціальних працівників узгоджується і з думкою сімейних лікарів, які вважають, що консультувати з приводу профілактики або питань прихильності лікування більшою мірою повинні саме немедичні фахівці.

> «Семейный врач должен быть кладезем информации, предоставлять четкий перечень – услуги платные, бесплатные и иметь контакты НПО, потому что если пациент не в состоянии докупить платные услуги, он может стать клиентом НПО и таким образом получить доступ к бесплатным услугам и воспользоваться ресурсами организации. А НПО будет формировать приверженность к этим услугам. Потому что та нагрузка, которая ляжет на семейного врача, не оставляет места для вот этих важных "дополнительных" услуг: все эти душещипательные беседы, контроль на первом этапе лечения, напоминания, иногда сопровождение или выдача гуманитарной помощи – все это будет делать НПО. И тогда будет замкнутый цикл, клиент-центрированная модель. И все это – не номинально, не обозленно, а реально в интересах клиента»
>
> *НУО_12*

> «У общественного сектора есть конкретная функция – помогать, а не делать самим. Мы можем предоставлять дополнительные услуги немедицинского характера, которые люди не получают в медучреждениях. Сотрудничество должно быть в рамках этой логики. Общественная организация направляет людей к семейному врачу, а семейный врач при необходимости обращается к НПО за услугами психологической или социальной поддержки для пациента. И если семейный врач выявил у пациента ВИЧ, он может направить его в соответствующую организацию»
>
> *НУО_9*

> «Семейный врач не сможет выдавать шприцы и консультировать как "равный – равному". Это же не просто выдать шприц – нужно рассказать о том, что важно колоться чистым шприцом, и колоться в эти вены, а не в те, а если нет чистого шприца, то как его простерилизовать. Люди не воспримут такую информацию от врача. И тестироваться, бывает, не хотят – боятся, что обнаружится ВИЧ. Мы их мотивируем с помощью консультирования "равный–равному". И в случае позитивного результата такое консультирование помогает: "Я понимаю, что ты чувствуешь". То, что делают соцработники, не сможет так же эффективно делать врач»
>
> *НУО_10*

Часто соціальні працівники, які працюють з ЛВІН та ЧСЧ, пропонували **модель надання інтегрованих послуг на базі НУО**. Особливо актуальним це є саме для групи ЧСЧ, які бачать багато переваг в отриманні всіх послуг в НУО, зокрема PrEP та консультацій вузькопрофільних фахівців. Це було б зручніше й комфортніше з точки зору розкриття своєї сексуальної ідентичності, а також безпечніше з огляду на існуючу стигматизацію та нетерпимість до цієї групи у суспільстві. Одним із можливих варіантів було створення медико-соціального центру на базі НУО.

«Если бы НПО могли выдавать и ЗПТ, и АРТ – это было бы здорово. Если человек может получить шприцы, получить консультацию и провести время в безопасном пространстве, попить чай, пообщаться, и при этом еще и получить таблетки в НПО, – это было бы круто. Но насколько это реалистично? Есть же правила оснащения комнат, где хранятся препараты ЗПТ…»

НУО_10

«Мы сотрудничаем с городским Центром СПИДа. Предполагается, что с 2021 года у нас в проекте ЦГЗ будет PrEP и мы сможем через инфекциониста, который будет в проекте, назначать PrEP. Это процедурно упростит нам жизнь. Сейчас клиент проходит у нас первичный скрининг, затем мы его направляем на анализ на креатинин и с анализом идем с ним в СПИД-центр к инфекционисту. Там ему проводят медицинский скрининг и выдают PrEP. Это может занять неделю. Если же мы будем назначать прямо у нас, это займет один-два дня. Только на анализ креатинина нужно будет идти в Центр СПИДа»

НУО_3

«В НПО пришел, протестировался и на месте получил терапию или PrEP – это было бы удобно. И если бы врачи принимали тут же – уролог, дерматовенеролог. Бывает, что-то выскакивает, и ты не знаешь, как пойти в больницу, как это врачу говорить… А врачу же нужно все описать правдиво, чтобы он понимал, как лечить. Сидеть, выдумывать, пытаться как-то скрыть, откуда у тебя это… Если бы в НПО врач в какие-то дни принимал, это было бы комфортно. И если ты с врачом общаешься в организации, то и врач понимает, кто ты, и ты понимаешь, что врач понимает, о чем идёт речь, поэтому спокойно общаешься»

ЧСЧ_27

«Я бы взял модель испанскую: в Барселоне есть MSM-организация, которая открыла свои клиники с платными услугами. А у нас это может быть бесплатная клиника, где НСЗУ будет закупать услуги семейных врачей так же, как у частной клиники. Для меня идеальный вариант – это предоставление медицинских услуг на базе НПО»

НУО_3

Учасники згадували про успішну **модель надання послуг на базі спеціалізованого медичного закладу**, що реалізується в м. Одеса, і загалом, наприклад для ЛВІН, не так важливо, де саме буде надаватися послуга – в спеціалізованому закладі чи у сімейного лікаря, як можливість отримати всі послуги у форматі «єдиного вікна». Один із соціальних працівників висловив думку щодо **комбінованого варіанту надання послуг** – одночасно у сімейного лікаря та у Центрі СНІДу, якщо такий варіант задовольняє і пацієнта, і фахівців.

«Многим ВИЧ-положительным людям удобно получать медицинские услуги в одной точке. Пришли к семейному врачу, проконсультировались по своим вопросам, получили АРТ, и не нужно ехать в разные учреждения: сюда я поеду в СПИД-центр, туда – к семейному врачу, потом еще куда-то. В Одессе такая система уже отрабатывается в Центре социальных заболеваний, который объединил ряд специалистов, включая семейного врача. В этом учреждении человек может заключить декларацию с семейным врачом, посетить венеролога или инфекциониста и получить терапию, то есть получить весь комплекс услуг, не разбросанных по разным точкам города»

НУО_3

«Люди мечтают о том, чтобы получать все услуги в одном месте. Есть такое понятие – «единое окно», об этом мечтает целевая группа ЛУИН. Кто это будет делать – будет это первичка или специализированное учреждение, – для ребят это не имеет никакого значения»

НУО_12

«Мне кажется, это выбор человека, и с этим ничего не нужно делать. Если человеку удобно, то, получается, у него есть интегрирование этих услуг, оно просто у инфекциониста в Центре СПИДа. Если человеку хорошо, то почему нет? Если там врач, которому он доверяет и много лет у него наблюдается, то я не думаю, что надо обязательно, чтобы он заключал декларацию с семейным врачом и переводить, если человеку это не нужно»

НУО_10

4. ВИСНОВКИ

1. Обидві ключові групи – ЛВІН та ЧСЧ – не надто активно звертаються до сімейних лікарів. Більшість представників цих ключових груп вдаються до цього кроку в разі критичної необхідності або за потреби отримати формальні довідки. ЧСЧ воліють відвідувати приватні клініки або звертатися до довірених лікарів, що дозволяє швидко отримати якісні послуги.

2. Ті ЛВІН та ЧСЧ, які підписали декларацію з сімейним лікарем, частіше за все самостійно не обирали фахівця – вибір робили інші члени родини або за різних обставин респонденти не мали можливості особисто його здійснити. Багато респондентів не знали про право самостійного обрання фахівця, як наслідок – незважаючи на підписані декларації, ЛВІН та ЧСЧ не звертаються до нього за безпосереднім отриманням послуг.

3. На готовність ЛВІН та ЧСЧ отримувати послуги, пов'язані з ВІЛ, на первинній ланці значно впливає їхній досвід користування послугами сімейних лікарів. Респонденти частіше ділилися негативними моментами взаємодії з медичним персоналом, скаржилися на довгі черги, потребу в грошах та вимагання хабарів, байдуже або стигматизуюче ставлення сімейних лікарів та медичних сестер. Крім того, суттєвими бар'єрами щодо користування послугами сімейних лікарів є недовіра до кваліфікації фахівців у порівнянні з колегами зі спеціалізованих закладів охорони здоров'я та сумніви щодо конфіденційності при спілкуванні з ними, особливо у невеликих населених пунктах. Усі респонденти вважали надмірну завантаженість сімейних лікарів перешкодою для того, щоб вони брали на себе будь-які додаткові обов'язки або приділяли достатньо часу пацієнтові.

4. За словами соціальних працівників, роль сімейних лікарів, яка декларується в документах, не реалізується на практиці. Наприклад, сімейні лікарі не пропонують тестування на ВІЛ та інші послуги своїм пацієнтам, хоча більшість респондентів мають запит на тестування на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, вакцинацію проти гепатиту В, отримання PrEP або АРТ у сімейного лікаря. Особливу увагу приділяли отриманню ЗПТ на первинній ланці, що задовольняє потреби ЛВІН, однак відсутність сталості у наданні цих послуг підриває довіру та дискредитує програму в спільноті.

5. Незважаючи на негативний досвід, більшість респондентів підтримували ідею «єдиного вікна», тобто отримання послуг з профілактики і лікування у сімейного лікаря, зокрема тестування та консультування на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом, призначення та видачу PrEP, АРТ і ЗПТ, лікування гепатиту С. Це дозволить отримувати весь спектр послуг в одного фахівця, контролювати стан свого здоров'я, і було б зручно з точки зору територіальної наближеності послуг, економії часу та коштів. Однак, виходячи з існуючого досвіду відвідування закладів первинної медичної допомоги, респонденти не вірять у те, що типовий сімейний лікар має достатньо часу, підготовки та мотивації надавати спеціалізовані послуги ключовим групам. Відсутність спеціалізованої кваліфікації та достатнього рівня толерантності для роботи з ключовими групами були причинами сумнівів щодо ефективності надання спеціалізованих послуг для ЛВІН і ЧСЧ на первинній ланці.

6. Більшість ВІЛ-позитивних респондентів з усіма проблемами зі здоров'ям звертаються до фахівців Центру СНІДу, які фактично виконують для них роль сімейних лікарів. Багатьох пацієнтів така ситуація цілком влаштовує, оскільки вони мають можливість отримати допомогу фахівця, якому довіряють, впевнені в його неупередженому ставленні та забезпеченні конфіденційності. Саме лікар-інфекціоніст є рольовою моделлю «ідеального» сімейного лікаря, передусім з огляду на його неупереджене ставлення.

7. Незважаючи на сумніви щодо достатньої кваліфікації сімейного лікаря для надання спеціалізованих послуг, респонденти вважають найбільш затребуваним навчання відповідних фахівців роботі з ключовими групами, етиці та толерантності, протидії стигмі та дискримінації. Важливим є практичне відпрацювання отриманих знань у форматі стажування на базі НУО або формування міждисциплінарних команд, бажано з фінансовою мотивацією лікарів проходити таке навчання. Іншим варіантом зменшення рівня стигми ЛВІН та ЧСЧ серед сімейних лікарів є створення мережі дружніх лікарів. Однак це може бути короткостроковим вирішенням проблеми і все одно потребує підвищення кваліфікації фахівців та формування неупередженого ставлення до ключових груп у довгостроковій перспективі.

8. Обидві ключові групи не мають доступу до надійних джерел інформації про реформу охорони здоров'я, доступні безкоштовні медичні послуги або укладення декларації з сімейним лікарем. Найчастіше вони отримували таку інформацію через Інтернет, телебачення, від родичів або знайомих. Недостатньо задіяний ресурс НУО, програм обміну шприців або сайтів ЗПТ стосовно

інформування клієнтів та їхнього найближчого кола про переваги укладення договору з сімейним лікарем. У більшості випадків фахівці НУО надають таку інформацію за запитом клієнта. Серед ефективних джерел і каналів інформування про послуги сімейних лікарів згадувалися онлайн-ресурси, наприклад соціальні мережі та мобільні додатки для ЧСЧ та молодшої вікової групи ЛВІН, та підхід «рівний–рівному» (або «рівних консультантів»), що особливо актуально для ЛВІН старшої вікової групи.

9. Соціальні працівники зазначають відсутність механізму двосторонньої взаємодії між НУО та сімейними лікарями. Якщо перенаправлення від НУО до сімейних лікарів і навпаки практикується, то неформально; воно частіше здійснюється за ініціативи окремих фахівців та базується на особистих зв'язках і контактах. Відсутність широкого інформування клієнтів НУО про сімейних лікарів пов'язана з перевантаженістю соціальних працівників роботою та неможливістю приділяти час наданню неоплачуваних «додаткових» послуг.

10. Водночас соціальні працівники і деякі клієнти вважають, що ефективна співпраця фахівців НУО та сімейних лікарів за умови відповідної підготовки здатна забезпечити доступ ключових груп до послуг первинної медичної допомоги. Саме надання послуг на первинній ланці як врегульований механізм, а не в межах проєктної діяльності здатне забезпечити їхню сталість.

11. В якості оптимальної моделі взаємодії між ЛВІН/ЧСЧ, НУО та сімейними лікарями в контексті надання лікувально-профілактичних послуг пропонувалися моделі надання інтегрованих послуг на базі спеціалізованого медичного закладу або, значно частіше, на базі НУО. Більшість соціальних працівників підтримують модель двосторонньої взаємодії між НУО та сімейними лікарями як найбільш вдале втілення клієнт-орієнтованого підходу, а саме – взаємне перенаправлення клієнта/пацієнта між цими провайдерами послуг з наданням базових спеціалізованих медичних послуг сімейним лікарем і допоміжних послуг із супроводу, контролю прихильності, допомоги та підтримки з боку НУО.

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Забезпечити доступ ключових груп до якісної й зрозумілої інформації про послуги сімейних лікарів та їхню роль в сучасній моделі надання медичних послуг в Україні та використовувати всі можливі ефективні канали інформування з урахуванням особливостей і переваг ключових груп, у тому числі онлайн-ресурси, підхід «рівний–рівному» та консультування в НУО.

2. На базі НУО проводити постійну роботу щодо покращення іміджу системи охорони здоров'я в цілому і зокрема закладів первинної ланки, працювати над зниженням недовіри ключових груп до лікарів неспеціалізованих закладів охорони здоров'я. Формалізувати взаємодію фахівців НУО та медичних закладів із супроводу та перенаправлення клієнтів/пацієнтів для отримання послуг. Розглянути можливості покращення доступу мешканців віддалених населених пунктів до отримання дистанційних послуг НУО.

3. Передбачити навчання сімейних лікарів і медичного персоналу первинної ланки з питань надання послуг із профілактики та лікування соціально значущих захворювань, професійної етики, протидії стигмі та дискримінації ключових груп, особливостей консультування та ведення таких пацієнтів. Передбачити відповідні навчальні цикли для сімейних лікарів з можливістю отримання освіти на онлайн-платформах та практичних навичок під час стажування в спеціалізованих клініках і в НУО. Розробити керівництва і методичні посібники для сімейних лікарів щодо особливостей комунікації, прийому й супроводу пацієнтів із числа ключових груп, враховуючи існуючий успішний досвід фахівців НУО та лікарів спеціалізованих медичних закладів.

4. Формувати та розширювати мережу дружніх сімейних лікарів як короткостроковий варіант кращого надання послуг ключовим групам одночасно з розширенням можливостей більш широкого кола фахівців для отримання відповідного навчання. Передбачити функціонування онлайн-ресурсу або мобільного додатку для ключових груп з функцією рейтингування лікарів, вибору фахівця на основі відгуків інших представників спільноти, можливістю отримати вичерпну інформацію щодо їхніх послуг.

5. Розробити і впровадити систему оцінки якості роботи медичних працівників та рівня задоволеності пацієнтів отриманими послугами на первинній ланці. Розглянути можливість запровадження системи оплати праці залежно від якості наданих послуг, зокрема представникам ключових груп, які часто зустрічаються з упередженим та стигматизуючим ставленням фахівців первинної ланки.

6. Розробити методологію та здійснити оцінку існуючих можливостей (capacity) сімейних лікарів надавати послуги, пов'язані з ВІЛ, представникам ключових груп в сучасних умовах функціонування медичної системи в Україні. Передбачити раціоналізацію робочого часу сімейних лікарів та зниження навантаження на них шляхом: мінімізації паперової роботи й дублювання ведення документації в паперовому та електронному виглядах; забезпечення попереднього запису пацієнтів та дотримання електронної/телефонної черги; виділення більшої кількості часу на прийом пацієнта; навчання та активнішого залучення середнього медичного персоналу до проведення швидких тестів, застосування скринінгових анкет, опитувань з оцінки ризиків тощо. Використовувати можливість телефонного та онлайн-консультування з виділенням на це певного часу протягом робочого дня.

7. Розробити та провести пілотне впровадження моделі взаємодії фахівців первинної ланки і НУО з урахуванням можливості для пацієнта отримати комплекс інтегрованих послуг включно із супроводом, підтриманням прихильності до лікування, консультуванням, іншими послугами НУО. Забезпечити інформування сімейних лікарів щодо місцевих ВІЛ-сервісних НУО та комплексу послуг, які вони надають ключовим групам у своєму регіоні.

6. ДОДАТОК. ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

6.1. Фахівці ЛВІН- та ЧСЧ-сервісних НУО-учасників дослідження

У дослідженні взяли участь 14 фахівців ВІЛ-сервісних НУО (соціальних працівників або координаторів проєктів), які надають послуги ЧСЧ та ЛВІН. Медіанний вік фахівців, які працюють з ЧСЧ, складав 29 років (від 26 до 39 років), а тих, хто працює з ЛВІН, – 46 років (від 35 до 61 року). Із 14 соцпрацівників 12 мають вищу освіту, але тільки троє – за фахом (психологія, соціальна робота).

Таблиця 2. Соціально-демографічні характеристики соціальних працівників

№	Місто	Код респондента	Категорія клієнтів	Стать	Вік	Освіта	Досвід роботи в сфері ВІЛ/СНІД
1	Вінниця	НУО_1	ЧСЧ	ч	33	вища, психологія	15 років
2	Вінниця	НУО_2	ЛВІН	ж	61	вища, еколог	17 років
3	Одеса	НУО_3	ЧСЧ	ч	26	вища, програміст	6 років
4	Одеса	НУО_4	ЧСЧ	ч	29	вища, економіст	11 років
5	Одеса	НУО_5	ЛВІН	ч	52	середня спеціальна	16 років
6	Одеса	НУО_6	ЛВІН	ч	37	вища, юридична	15 років
7	Одеса	НУО_7	ЛВІН	ж	55	вища, географія	7 років
8	Київ	НУО_8	ЧСЧ	ч	28	вища, тележурналіст	4 роки
9	Київ	НУО_9	ЧСЧ	ч	29	вища, юридична	7 років
10	Київ	НУО_10	ЛВІН	ж	35	вища, психологія	17 років
11	Київ	НУО_11	ЧСЧ	ч	36	вища, технолог	5 років
12	Київ	НУО_12	ЛВІН	ч	45	вища, юридична, соціальна робота	18 років
13	Черкаси	НУО_13	ЧСЧ	ч	39	вища, банківська справа	6 років
14	Черкаси	НУО_14	ЛВІН	ж	46	незакінчена вища, інженер	10 років

6.2. ЛВІН-учасники дослідження

Серед 21 ЛВІН-учасника дослідження медіанний вік складав 38 років (від 22 до 53 років), 9 учасників були у віці 40 років і старше; 9 учасників із 21 були жінки. Серед учасників 8 осіб мають неповну або повну середню освіту, 9 – середню спеціальну, 4 – вищу. На момент проходження інтерв'ю 9 учасників працювали повний або неповний робочий день, 4 – зовсім не мали роботи, 5 – мали випадкові заробітки, 3 – отримували пенсію по інвалідності. 13 учасників дослідження зазначили, що мають постійного сексуального партнера, 2 – вказали на наявність випадкових сексуальних контактів, решта учасників «наразі самотні». Всі респонденти проходили тестування на ВІЛ-інфекцію; 11 учасників мають ВІЛ-позитивний статус, 9 з них отримують АРТ. 12 учасників із 21 зазначили, що мають підписану декларацію із сімейним лікарем.

Таблиця 3. Соціально-демографічні характеристики ЛВІН

№	Місто	Код респондента	Стать	Вік	Освіта	Статус відносин	ВІЛ-статус	Наявність сімейного лікаря
1	Вінниця	ЛВІН_1	ч	34	повна середня	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
2	Вінниця	ЛВІН_2	ч	31	неповна середня	випадкові сексуальні партнери	невідомий	відсутній
3	Вінниця	ЛВІН_3	ж	42	вища	у відносинах, є постійний партнер	позитивний	відсутній
4	Вінниця	ЛВІН_4	ж	35	середня спеціальна	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
5	Вінниця	ЛВІН_5	ч	41	повна середня	живе з партнером	позитивний	наявний
6	Одеса	ЛВІН_6	ч	38	середня спеціальна	живе з партнером	позитивний	наявний
7	Одеса	ЛВІН_7	ч	51	середня спеціальна	випадкові сексуальні партнери	негативний	відсутній
8	Одеса	ЛВІН_8	ч	53	середня спеціальна	самотній	позитивний	наявний
9	Одеса	ЛВІН_9	ч	29	неповна середня	самотній	негативний	наявний

№	Місто	Код респондента	Стать	Вік	Освіта	Статус відносин	ВІЛ-статус	Наявність сімейного лікаря
10	Одеса	ЛВІН_10	ч	35	середня спеціальна	самотній	позитивний	наявний
11	Одеса	ЛВІН_11	ж	32	вища	у шлюбі	позитивний	наявний
12	Одеса	ЛВІН_12	ж	44	середня спеціальна	у відносинах, є постійний партнер	позитивний	наявний
13	Київ	ЛВІН_13	ж	45	повна середня	самотня	негативний	наявний
14	Київ	ЛВІН_14	ж	36	середня спеціальна	у шлюбі	негативний	наявний
15	Київ	ЛВІН_15	ч	43	неповна середня	у шлюбі	позитивний	відсутній
16	Київ	ЛВІН_16	ж	38	вища	самотня	негативний	відсутній
17	Черкаси	ЛВІН_17	ж	47	середня спеціальна	живе з партнером	позитивний	відсутній
18	Черкаси	ЛВІН_18	ч	32	неповна середня	живе з партнером	нгативний	наявний
19	Черкаси	ЛВІН_19	ж	27	повна середня	у шлюбі	негативний	наявний
20	Черкаси	ЛВІН_20	ч	22	вища	самотній	позитивний	наявний
21	Черкаси	ЛВІН_21	ч	44	середня спеціальна	у відносинах, є постійний партнер	позитивний	наявний

6.3. ЧСЧ-учасники дослідження

Серед 20 ЧСЧ медіанний вік складав 27 років (від 20 до 47 років); 12 учасників мали вік до 40 років. Восьмеро учасників зазначили, що мають середню/середню спеціальну, 12 – незакінчену вищу або вищу освіту. На момент дослідження більшість учасників (16 ЧСЧ) працювали повний робочий день, 4 – не мали роботи. Десятеро зазначили, що живуть з партнером або мають постійного сексуального партнера, 3 – вказали на наявність випадкових сексуальних партнерів, решта обрали відповідь «наразі самотній». Усі 20 ЧСЧ проходили тестування на ВІЛ; 10 мають ВІЛ-позитивний статус, всі отримують АРТ. Дев'ятеро учасників зазначили, що не мають сімейного лікаря, 11 відповіли, що підписали декларації. Щодо користування послугами НУО, 16 учасників отримують презервативи та лубриканти, 13 – відвідують ком'юніті-центри, 18 – проходили тестування на гепатит С, сифіліс або інші інфекції, що передаються статевим шляхом.

Таблиця 4. Соціально-демографічні характеристики ЧСЧ

№	Місто	Код респондента	Вік	Освіта	Статус відносин	ВІЛ-статус	Наявність сімейного лікаря
1	Вінниця	ЧСЧ_1	24	вища	самотній	негативний	відсутній
2	Вінниця	ЧСЧ_2	27	середня спеціальна	випадкові сексуальні партнери	негативний	відсутній
3	Вінниця	ЧСЧ_3	20	незакінчена вища	самотній	позитивний	наявний
4	Вінниця	ЧСЧ_4	42	вища	самотній	позитивний	наявний
5	Вінниця	ЧСЧ_5	21	незакінчена вища	самотній	позитивний	відсутній
6	Одеса	ЧСЧ_6	31	середня спеціальна	живе з партнером	позитивний	відсутній
7	Одеса	ЧСЧ_7	32	вища, аспірантура	живе з партнером	негативний	відсутній
8	Одеса	ЧСЧ_8	27	вища	живе з партнером	позитивний	наявний
9	Одеса	ЧСЧ_9	21	середня спеціальна	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
10	Одеса	ЧСЧ_10	22	вища	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний

№	Місто	Код респон-дента	Вік	Освіта	Статус відносин	ВІЛ-статус	Наявність сімейного лікаря
11	Київ	ЧСЧ_11	47	вища	живе з партнером	позитивний	відсутній
12	Київ	ЧСЧ_12	29	вища	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
13	Київ	ЧСЧ_13	22	незакінчена вища (студент)	самотній	позитивний	відсутній
14	Київ	ЧСЧ_14	20	незакінчена вища	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
15	Київ	ЧСЧ_15	36	середня спеціальна	у відносинах, є постійний партнер	позитивний	наявний
21	Черкаси	ЧСЧ_16	37	середня спеціальна	випадкові сексуальні партнери	позитивний	наявний
17	Черкаси	ЧСЧ_17	47	вища	випадкові сексуальні партнери	негативний	відсутній
18	Черкаси	ЧСЧ_18	23	середня спеціальна незакінчена	самотній	позитивний	наявний
19	Черкаси	ЧСЧ_19	41	середня	у відносинах, є постійний партнер	негативний	наявний
20	Черкаси	ЧСЧ_20	23	середня	самотній	негативний	відсутній

НОТАТКИ

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЯКІСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО КОРИСТУВАННЯ ЛЮДЬМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИЧНІ РЕЧОВИНИ, ТА ЧОЛОВІКАМИ, ЯКІ МАЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ, ПОСЛУГАМИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Автори:

Тетяна Кірьязова
Мирослава Філіппович
Оксана Ковтун

Верстка:

Ірина Сухомлинова

Літературна редакція:

Валентина Божок

Альянс громадського здоров'я

МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01601
Тел.: (050) 403 23 38
E-mail: office@aph.org.ua

www.aph.org.ua

www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно

Альянс
громадського здоров'я