



USAID
ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ



CHALLENGE **TB**

ДОРОЖНЯ КАРТА ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ СИСТЕМИ ЛІКУВАННЯ ТБ, ОРІЄНТОВАНОЇ НА ПОТРЕБИ ПАЦІЄНТА

ПОДЯКА

Глобальне бюро охорони здоров'я, Управління охорони здоров'я, інфекційних захворювань і харчування (HIDN), Агентство США з міжнародного розвитку, надають фінансову підтримку у розробці цієї дорожньої карти через проект «Виклик туберкульозу» відповідно до умов Договору № AID -OAA-A-14-00029. Розробка дорожньої карти стала можливою завдяки підтримці американського народу, наданій Агентством США з міжнародного розвитку (USAID). Зміст публікації є предметом відповідальності проекту «Виклик туберкульозу» і не обов'язково відображає точку зору USAID чи уряду Сполучених Штатів.

ЗМІСТ

I. Загальна частина	5
II. Що означає лікування, орієнтоване на потреби пацієнта?	6
III. Обґрунтування змін	7
Епідеміологія ТБ в Україні.....	7
Існуюча система охорони здоров'я в Україні.....	7
IV. На шляху до покращеної системи надання амбулаторної допомоги, орієнтованої на потреби пацієнта	9
Приклади моделей	9
V. Ключові кроки: як адаптувати систему амбулаторної допомоги з туберкульозу, орієнтовану на потреби пацієнта, до вашого регіону	10
А. Пристосування моделей допомоги до вашого регіону.....	10
В. Опис ключових кроків	11
VI. Моніторинг та оцінка.....	17
А. Моніторинг та оцінка прихильності до лікування та його результатів.....	17
В. Оцінка загальної дієвості та ефективності амбулаторної допомоги, орієнтованої на пацієнта	18
VII. Додатки.....	19
А. Алгоритми безперервного ведення хворих на МРТБ (схема послідовності операцій для кожної моделі, ролі та обов'язки).....	19
В. Стратегія для НУО.....	19

ДОРОЖНЯ КАРТА ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ СИСТЕМИ ЛІКУВАННЯ ТБ, ОРІЄНТОВАНОЇ НА ПОТРЕБИ ПАЦІЄНТА

I. Загальна частина

Епідемія туберкульозу в Україні, як і раніше, являє собою серйозну проблему для системи охорони здоров'я країни. Особливу тривогу викликає значна поширеність випадків захворювання з множинною лікарською стійкістю серед нових та раніше лікованих випадків туберкульозу. Згідно з існуючими дослідженнями, поширеність туберкульозу (ТБ) з множинною лікарською стійкістю (МРТБ) і з розширеною резистентністю (РРТБ) є прямим результатом збоїв у системі охорони здоров'я, серед яких: нездатність гарантувати якість лікарських засобів і регулярні поставки препаратів, проблеми в організації навчання та контролю роботи медичного персоналу, а також неспроможність мобілізувати ресурси для забезпечення підходу, орієнтованого на потреби пацієнта, що ефективно інформує та підтримує хворих на ТБ (та їх сім'ї), і допомагає завершити без перерви повний курс лікування довилікування.

В Україні пацієнтів, що захворіли на ТБ, як правило, госпіталізують під час інтенсивної фази лікування. При відсутності бактеріовиділення та інших ускладнень пацієнт може продовжити лікування амбулаторно. Амбулаторне лікування – це стандарт медичної допомоги, яка у всьому світі вважається способом підвищення економічної ефективності медичної допомоги, покращення незалежності пацієнта і зниження ризику передачі інфекції в медичних установах, особливо там, де не дотримуються заходів інфекційного контролю.

У цьому документі викладені основи впровадження та зміцнення орієнтованої на пацієнта амбулаторної допомоги хворим на ТБ з метою забезпечення дотримання режиму лікування тавилікування ТБ та МРТБ серед різних груп населення.

II. Що означає лікування, орієнтоване на потреби пацієнта?

Лікування, орієнтоване на потреби пацієнта, означає «надання медичних послуг пацієнту з шанобливим ставленням до нього та з врахуванням його індивідуальних запитів, потреб і цінностей, а також забезпечення того, щоб всі рішення стосовно лікування приймалися з врахуванням інтересів пацієнта. «Це означає, що система охорони здоров'я та медичні працівники прагнуть зрозуміти конкретні обставини своїх пацієнтів і адаптувати плани лікування та соціальної підтримки, що приведуть до покращення шансів на успіх лікування.»¹

З огляду на те, що лікування туберкульозу і особливо МРТБ це довгий та складний процес, зусилля, направлені на створення системи, орієнтованої на потреби пацієнта, мають вирішальне значення для забезпечення оптимального вилікування. Для успішного функціонування системи необхідно, щоб всі складові протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на пацієнта, – а також загальної системи охорони здоров'я – постійно зміцнювались.

Допомога, орієнтована на потреби пацієнта, має бути забезпечена як при стаціонарному лікуванні, так і на амбулаторному етапі. При амбулаторній моделі лікування ТБ та МРТБ лікування та догляд здійснюються за межами стаціонару. Це важлива частина комплексного безперервного лікування захворювання.²

Перед тим як переходити до амбулаторної моделі лікування, необхідно, щоб команда надавачів послуг, що працює з пацієнтом, розуміла ті умови, в яких знаходиться пацієнт, що можуть сприяти або перешкоджати успіху лікування. Медичний працівник у співпраці з пацієнтом розробляє індивідуальний план відповідно до однієї або декількох «моделей» надання послуг, що забезпечать хворому найкращі шанси на успіх. Ці моделі описані на сторінці 7. На наведеній нижче діаграмі (Малюнок 1) показана модель організації потенційних послуг, які необхідно надати пацієнту для підтримки завершення лікування.

1. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century - See more at: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx#sthash.eBW5wjUwdpuf.2001>.

2. Regional Collaborating Committee on Tuberculosis Control and Care. Ambulatory TB Care: A key to better achieving tuberculosis outcomes in the WHO European Region. 2014. <http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2014/11/1386283-Ambulatory-TB-Care.pdf>

Малюнок 1: Лікування, орієнтоване на потреби пацієнта



III. Обґрунтування змін Епідеміологія ТБ в Україні

Східна Європа вже давно є центром глобальної епідемії ТБ і МЛС–ТБ. За існуючими оцінками, 350000 нових випадків захворювання на туберкульоз було зареєстровано у 2012 році. В Україні наявні дані свідчать про те, що абсолютне число зареєстрованих нових випадків туберкульозу залишається відносно стабільним з 2011 року, з частотою захворювання 94 (83–106) випадки на 100000 населення у 2014 році. Цей показник, тим не менш, в три рази вище цільового показника Партнерства «СТОП ТБ» на 2015 рік – 36 випадків на 100000 населення³. У звіті Національної програми боротьби з туберкульозом за 2015 рік було також зроблено висновок, що кількість раніше пролікованих випадків захворювання збільшується⁴. Найбільшу тривогу викликає захворюваність на МЛС–та ШЛС–ТБ. Попередні результати першого національного дослідження стійкості до протитуберкульозних препаратів (DRS, 2015 р.) демонструють, що 22,1% нових випадків і 55,8% випадків повторного лікування туберкульозу легень з позитивним мазком мокротиння є множинною лікарською стійкістю.⁵ У доповіді DRS також було зазначено, що поширеність МРТБ серед нових випадків туберкульозу в Україні є однією з найвищих у регіоні колишнього Радянського Союзу.

Причини, з яких епідемія набула поширення в Україні, мають документальне підтвердження, і, в основному, пов'язані з погіршенням функціонування системи охорони здоров'я після здобуття незалежності і з поточними політичними та соціальними проблемами, що призвели до затримок у просуванні реформ. Не тільки питання, пов'язані з правильною діагностикою, якістю лікарських засобів та їх безпекою, ефективністю ведення випадків впливають на результати лікування, існують інші чинники, що впливають на цей процес. До них відносяться: стигма та дискримінація серед медичних працівників та суспільства в цілому по відношенню до людей з діагнозом ТБ і населення, що належить до груп ризику захворювання на ТБ; недосконала система скерування на лікування та відстеження контактів; невідповідне ведення побічних ефектів, а також відсутність підтримки пацієнтів, які стикаються з іншими проблемами у своєму житті, що не дозволяють їм завершити лікування. Лікування, орієнтоване на потреби пацієнта, особливо ефективно впливає на пом'якшення деяких з цих проблем.

3. Araz Hovhannesyan, Ina Motrich, Andrei Dadu. WHO/EURO, 2014.

4. WHO/EURO. Extensive Review of TB Prevention, Control, and Care in Ukraine, April 2015.

5. WHO/EURO. Tuberculosis Drug Resistance Among New and Previously Treated Sputum Smear Positive Tuberculosis Patients in Ukraine and Risk Factors of MDR Resistance: Preliminary Results of the First National Survey, 2015.

Існуюча система охорони здоров'я в Україні

Протягом десятків років система контролю за ТБ в Україні була організована вертикально, послуги з лікування ТБ надавались лише у спеціалізованих диспансерах або відділеннях обласних, міських та районних лікарень. Госпіталізація пацієнта при будь-яких формах ТБ була обов'язковою, більшість пацієнтів знаходились в лікарнях щонайменше два місяці. Деяких пацієнтів могли госпіталізувати на рік або більше, у залежності від стійкості до протитуберкульозних препаратів та наявності супутніх захворювань.

У той час як тривала госпіталізація для деяких пацієнтів, особливо тих, у кого немає значної соціальної та сімейної підтримки, може бути ефективною для забезпечення завершення лікування, вона є значним стримуючим фактором для багатьох, тих, хто може втратити роботу та соціальні зв'язки. В результаті такі пацієнти можуть відкладати звернення до лікаря та проходження курсу лікування. Для таких хворих відповідно організоване амбулаторне лікування, імовірно, призведе до отримання кращих результатів за рахунок поліпшення автономії пацієнта та його задоволення системою охорони здоров'я.

В останнє десятиліття в Україні були зроблені значні інвестиції, щоб посилити відповідь на епідемію туберкульозу, і система поступово покращується. Зараз орієнтовані на пацієнта амбулаторні підходи введені в окремих областях, і цей досвід може бути успішно використаний. Створення ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» є важливим кроком на шляху зміцнення контролю за туберкульозом і ВІЛ, зокрема, УЦКС у даний час контролює виконання стандартних завдань НПП, таких як управління, стратегічне планування, координація, контроль, навчання, а також моніторинг та оцінка. На обласному рівні, створення центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) для контролю і координації ведення випадків МЛС– і ШЛС–ТБ також є позитивним моментом. Ці зміни, а також інші позитивні тенденції в загальній системі, створюють достатню основу для поширення системи лікування, орієнтованої на потреби пацієнта, по всій Україні.

IV. На шляху до покращеної системи надання амбулаторної допомоги, орієнтованої на потреби пацієнта

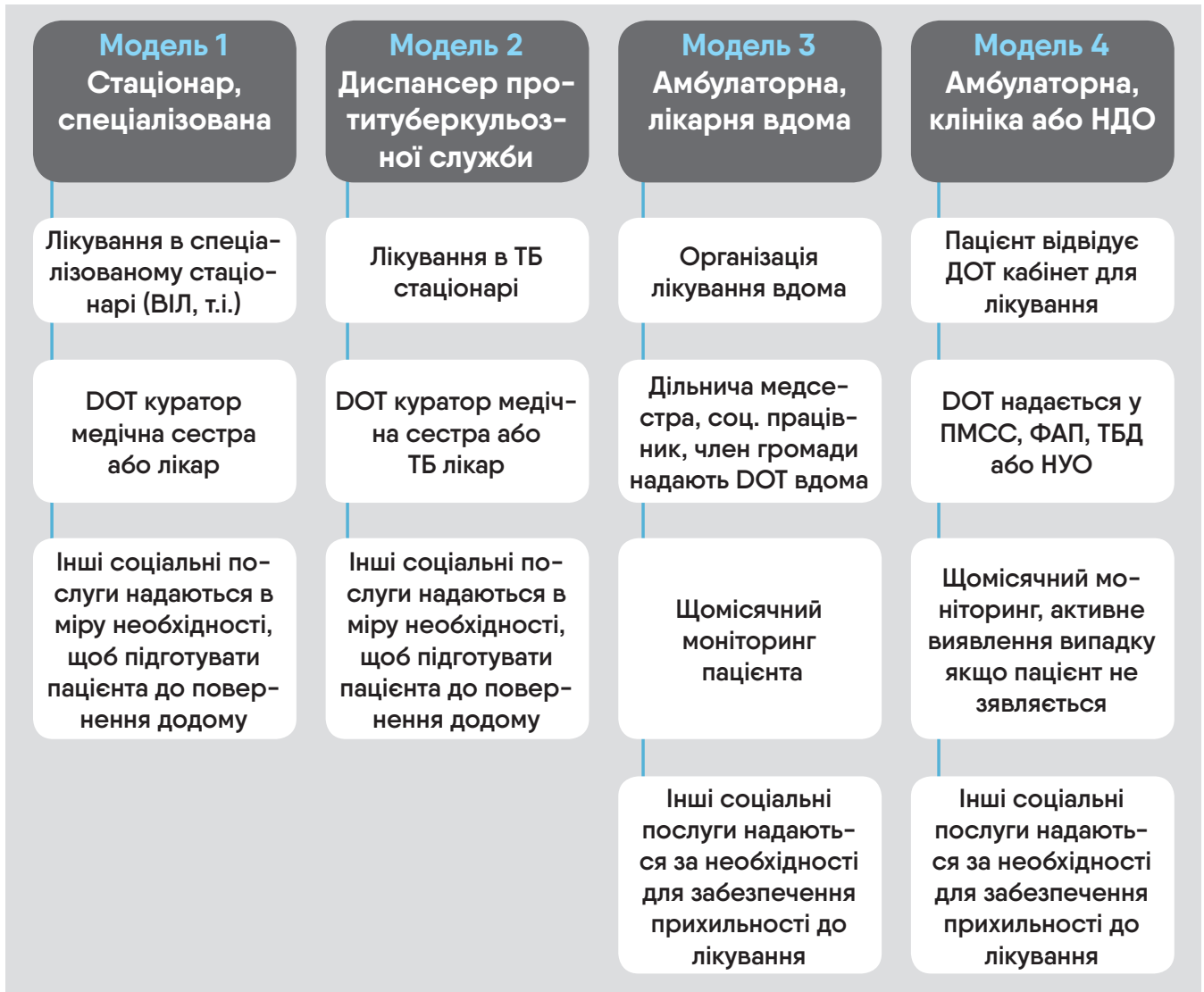
В декількох областях був досягнутий істотний прогрес на шляху включення допомоги, орієнтованої на потреби пацієнта, в програму по боротьбі з ТБ та в НПП за підтримки Міністерства охорони здоров'я, що надало необхідну законодавчу базу для надання амбулаторної допомоги (див. Наказ № 620). Ця політика дозволяє пацієнтам з МРТБ виписатись із стаціонару відразу після конверсії мазка мокротиння (як правило після трьох–чотирьох місяців), для продовження лікування в амбулаторних умовах, у разі відсутності ускладнень, таких як супутні захворювання або серйозні побічні ефекти лікування.

Ці пілотні підходи були ретельно розроблені на основі консультацій з широким колом постачальників, в тому числі надавачами первинних медичних послуг, працівниками соціальних служб, НУО, групами з адвокації пацієнтів та фахівцями з ТБ. В областях, де буде розглядатись питання про прийняття моделей надання допомоги, орієнтованої на потреби пацієнтів, особливо пов'язаних з амбулаторним лікуванням, необхідно провести аналогічні консультації для адаптації моделей до місцевих умов та інтеграції до зростаючої структури служби первинної медико–санітарної допомоги.

Приклади моделей

Для надання хворим на ТБ допомоги, орієнтованої на потреби пацієнта, були розроблені чотири моделі (див. Малюнок 2.). Дві з них – це схеми стаціонарного лікування, і дві – амбулаторного лікування. Конкретний вибір додаткових послуг (консультування, соціальні послуги, житло, харчування, підтримка і т.ін.) буде залежати від профілю пацієнта та від його побажань стосовно одержання послуг. Також можливо переведення пацієнтів з однієї моделі лікування на іншу протягом курсу лікування, в залежності від їх конкретних потреб.

Мал. 2. Моделі надання медичної допомоги хворим на ТБ, орієнтовані на потреби пацієнта



Додаткові подробиці стосовно конкретних критеріїв відбору для кожної моделі включені в Додаток А (Надання якісної медичної допомоги пацієнтам з МРТБ...)

КЛЮЧОВІ КРОКИ: ЯК АДАПТУВАТИ СИСТЕМУ АМБУЛАТОРНОЇ ДОПОМОГИ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ОРІЄНТОВАНУ НА ПОТРЕБИ ПАЦІЄНТА, ДО ВАШОГО РЕГІОНУ

У цьому розділі наведена інформація, як крок за кроком запровадити лікування туберкульозу, орієнтоване на потреби пацієнта, особливо на амбулаторному етапі, на рівні окремої області в Україні.

А. Пристосування моделей допомоги до вашого регіону

Перед початком впровадження нових моделей амбулаторної допомоги, орієнтованих на потреби пацієнта, важливо зробити ряд ключових кроків для забезпечення функціональних систем перенаправлення, підготовки надавачів послуг, а також забезпечення високої якості обслуговування. Тому рекомендується зробити наступні кроки.

Малюнок 3: Ключові кроки для впровадження пацієнторієнтованої системи лікування

Крок 1	Скликати обласну координаційну групу.
Крок 2	Оцінити існуючі моделі захворюваності на ТБ у вашому регіоні, переглянути дані когорт (успіх лікування, «відриви» і т.і.), а також визначити ключові перешкоди для успішного лікування.
Крок 3	«Адвокатувати» за сприятливу політику на підтримку моделей амбулаторної допомоги.
Крок 4	Оцінити потенціал партнерів із скерування на лікування (DOT кураторів) в різних системах – спеціалізованій та ПМСД.
Крок 5	Визначити та оцінити можливості потенційних партнерів з НУО/соціальних служб, які можуть бути DOT кураторами і надавати підтримку пацієнтам під час лікування.
Крок 6	Розробити та підтвердити відповідними документами чіткі протоколи для скерування на лікування, консультацій пацієнта, проведення DOT, планування виписки із стаціонару та подальшого спостереження.
Крок 7	Визначити та документально підтвердити ролі та відповідальність на рівні закладів та надавачів послуг.

Крок
8

Розробити тренінгову стратегію для покращення знань та навичок у разі необхідності.

Крок
9

Створити безпечні умови у навколишньому середовищі.

Крок
10

Забезпечити безперервне надходження основних ТБ препаратів та продуктів медичного призначення.

В. Опис ключових кроків

Скликати обласну координаційну групу:

Крок
1

Для забезпечення відповідного керівництва, політичної підтримки та координації, необхідно створити обласний координаційний орган для обговорення та узгодження нових алгоритмів і моделей надання допомоги, орієнтованої на потреби пацієнта. Ця група повинна складатися з керівників обласного департаменту охорони здоров'я та обласної протитуберкульозної служби, головного терапевта області, одного з керівників системи надання первинної медико-санітарної допомоги, керівників соціальних служб, НУО та інших представників громадських організацій. Основна мета групи полягає в сприянні та гарантуванні підтримки протитуберкульозних закладів та установ первинної медико-санітарної допомоги. Група також може взяти на себе ініціативу звертання до Міністерства охорони здоров'я для офіційного затвердження нових моделей (підготовки наказів). По мірі розвитку процесу, ця група буде також відповідати за розробку механізмів координації, спільну роботу, ведення обліку, комунікацію, а також за аналіз результатів. Координаційна група також повинна призначити контактну особу, яка буде мати повноваження контролювати та повідомляти інформацію стосовно дотримання режиму лікування. І, нарешті, ця група взаємодіє з центральною лікарською консультативною комісією (ЦЛКК) для моніторингу лікування пацієнтів з МРТБ. В ідеалі, цю групу має очолювати один з керівників управління охорони здоров'я області (наприклад, голова або заступник начальника управління охорони здоров'я), який буде відповідати за загальне впровадження, делегування і розподіл повноважень у групі.

Оцінити та документально підтвердити регіональні та місцеві моделі захворюваності на ТБ та існуючі перешкоди на шляху ефективного лікування та вилікування:

Крок
2

Необхідно проаналізувати ТБ дані на обласному, районному та місцевому рівнях, особливо стосовно завершення лікування та успіху лікування, рівня відривів та захворюваності на

МРТБ серед нових та повторних випадків захворювання у порівнянні з чутливим ТБ. Ця інформація дозволить вам визначити, який маршрут лікування найкраще застосувати для пацієнтів у містах та у сільській місцевості.

Адвокатувати за сприятливу політику на підтримку моделей амбулаторної допомоги:

Крок 3

Політична та нормативно-правова підтримка з боку основних зацікавлених сторін, відповідальних за організацію протитуберкульозної допомоги на обласному рівні, буде необхідна для впровадження нових методів амбулаторної допомоги. У ряді областей співробітники Управління охорони здоров'я розробили спеціальні накази, які дозволяють виписку хворого з лікарні після конверсії мокротиння, якщо його стан відповідає основним медичним критеріям. Зокрема, такі накази існують в Полтавській та Миколаївській областях. Як було зазначено вище, обласна координаційна група повинна відігравати провідну роль у забезпеченні цієї політичної підтримки.

Оцінити потенціал партнерів із скерування на лікування (DOT кураторів) у спеціалізованих протитуберкульозних закладах та у системі первинної медико-санітарної допомоги і отримати документальне підтвердження відповідної схеми маршрутів пацієнтів:

Крок 4

Обласні Управління охорони здоров'я мають переглянути поточні маршрути скерування хворого для визначення: чи а) надавачі послуг на кожному рівні добре підготовлені в контексті надання амбулаторного лікування, б) маршрути перенаправлення достатньо зрозумілі для всієї системи та для кожного закладу та його керівництва, с) всі необхідні препарати і діагностичні та інші матеріали доступні на рівні системи там, де вони необхідні. З урахуванням реальної ситуації в області можуть знадобитися деякі дії, щоб гарантувати, що система буде функціонувати оптимально, у зв'язку з тим, що пацієнти скеровуються до різних надавачів послуг.

Визначити та оцінити можливості потенційних партнерів з НУО/соціальних служб, які можуть бути DOT кураторами і надавати підтримку пацієнтам під час лікування:

Крок 5

Для пацієнтів з високим ризиком відриву від лікування через бідність, вживання наркотичних речовин, безпритульність та інші стресові ситуації в їхньому житті, партнерство з психосоціальними, соціальними, правовими або іншими неурядовими службами має важливе значення. Крім того, для щойно звільнених в'язнів або затриманих осіб, що знаходяться під слідством, які проходять лікування від туберкульозу, додаткова підтримка від НУО може допомогти продовжити лікування і запобігти відриву. Скерування пацієнтів до служб соціальної підтримки, зазвичай, відбувається, коли:

- Існує високий ризик відривів пацієнтів, що знаходяться на амбулаторній фазі лікування ТБ та МРТБ, з причин, пов'язаних з відсутністю житла, вживанням наркотичних речовин, бідністю, безробіттям та додатковими захворюваннями, наприклад, ВІЛ.
- Пацієнти, що лікувались від ТБ та МРТБ, нещодавно звільнені з в'язниць і мають продовжити лікування на амбулаторному етапі.
- ТБ спеціаліст вважає, що необхідно надати соціальну підтримку пацієнту.

Для визначення відповідних НУО, які можуть надати підтримку пацієнтам, що проходять лікування від туберкульозу, необхідно проаналізувати наявні послуги і оцінити можливості НУО. Як правило, постачальники соціальних послуг – місцеві НУО, українське Товариство Червоного Хреста, або добровольці громад, потребують орієнтації та тренінгу з ТБ, міжособистісного спілкування і консультування, а також з стратегії підтримки прихильності до лікування ТБ для пацієнтів. Крім того, постачальники соціальних послуг та НУО мають розробити і підписати меморандуми про взаєморозуміння або угоду про співпрацю щоб формалізувати відносини з медичними закладами охорони здоров'я, що дозволять НУО вирішувати проблеми пацієнта за межами медичного закладу. Ведення обліку та моніторингу лікування також є важливим обов'язком цих зовнішніх соціальних служб і організацій. Подробиці про те, як працювати НУО та установам соціальної допомоги в рамках медичної допомоги хворим на туберкульоз, орієнтованої на пацієнта, включені в «Стратегію соціальної служби та НУО,» Додаток В. У Стратегії наведені рекомендації про те, як розвивати партнерські відносини з неурядовими організаціями та організаціями соціального обслуговування для підвищення прихильності до лікування туберкульозу серед уразливих груп пацієнтів. Вона включає в себе опис того, як розробляти індивідуальні плани підтримки з кожним пацієнтом для вирішення їх конкретних індивідуальних потреб і подолання бар'єрів, а також подробиці про роль і обов'язки кожної людини в рамках партнерства.

Розробити і документувати чіткі протоколи для проведення консультацій, скерування на лікування, проведення DOT, планування виписки із стаціонару і подальшого спостереження за пацієнтом:

Крок 6

Для ефективного надання допомоги, орієнтованої на пацієнта, необхідно мати індивідуальний план підтримки, з активним залученням пацієнта і його сім'ї, як під час госпіталізації, так і після виписки. Цей план повинен відображати індивідуальні потреби пацієнта та усувати можливі перешкоди для завершення лікування. Якщо пацієнт потребує додаткової підтримки соціальної або психологічної служби, відповідні фахівці мають провести додаткову оцінку для розробки ефективного плану підтримки. Це питання розглядається більш детально в Стратегії для соціальних служб та НУО в Додатку В. Координація між усіма надавачами послуг, які беруть участь у лікуванні пацієнта, може бути здійс-

нена за допомогою системи конференц-зв'язку, такої, наприклад, як була розроблена для ведення пацієнтів з МРТБ, у формі ЦВКК на обласному рівні. Для поліпшення координації та обліку пацієнтам можуть бути надані спеціальні картки для зберігання у гаманці з ПІБ і контактною інформацією відповідних надавачів послуг. Спеціалісти, які відповідають за лікування у стаціонарі, повинні знати, які моделі лікування існують для пацієнта, в залежності від конкретних обставин. Вони також мають отримати від пацієнта згоду на інформування інших осіб та установ, які беруть участь у догляді за хворим, про подробиці його лікування, забезпечуючи при цьому конфіденційність. Особливо слід наголосити на необхідності слідування існуючим чітким протоколам для управління побічними ефектами. Пацієнти, які відчувають значні побічні ефекти, пов'язані з прийомом протитуберкульозних препаратів, мають особливо високий ризик переривання лікування та відриву. Постачальники послуг повинні знати, як розпізнати побічні ефекти і усунути їх шляхом модифікації схем лікування або додавання паліативних ліків, таких як, наприклад, ліки проти нудоти. Крім того, мають бути розроблені чіткі шляхи скерування для пацієнтів з супутніми захворюваннями, такими як ВІЛ або діабет.

Визначити та документально підтвердити ролі та відповідальність на рівні закладу та на індивідуальному рівні надавачів послуг:

Крок 7

Крім розроблених маршрутів скерування та лікування пацієнтів, не менш важливо, щоб на кожному рівні системи були чітко визначені ролі і відповідальність закладу і кадрового персоналу. Угода про ролі та відповідальність має бути підписана на обласному рівні за допомоги обласного координаційного органу. Ступінь довіри до системи первинної медико-санітарної допомоги для ведення випадку ТБ буде залежати від того, в якій мірі були реалізовані загальні реформи в галузі охорони здоров'я; проте, області повинні прагнути включати таку допомогу в структури ПМСД у максимально можливій мірі.

Розробити стратегію тренінгів для покращення знань та навичок у разі необхідності:

Крок 8

Визначення потреб у навчанні є важливою частиною планування і оцінки всіх партнерів, що надають послуги впродовж лікування. Для DOT кураторів всередині та поза лікарняною системою, швидше за все, буде потрібно повторне навчання стосовно інформування пацієнтів, режимів лікування, розпізнавання побічних ефектів, визначення пацієнтів з високим ризиком переривання лікування, схем перенаправлення, інфекційного контролю, а також моніторингу та звітності. Надавачам послуг в рамках системи первинної медико-санітарної допомоги або в рамках інших установ, таких як місцеві відділення українського товариства Червоного Хреста, можливо, буде потрібно додаткове навчання та інформація про прояви та клінічне ведення ТБ і МРТБ та супутніх захворювань, а також за темами, які перелічені вище. Нарешті, постачальники немедичних послуг в рамках НУО або добровольчих ор-

ганізації соціального обслуговування також потребуватимуть навчання та підтримки з усіх питань, перерахованих вище, з особливим акцентом на стратегії підтримки лікування. Після визначення потреб в навчанні вони мають бути розглянуті в обласній координаційній групі. Програма навчання і допоміжні матеріали були розроблені для спеціальних проєктів у деяких областях (Полтавській та Миколаївській). Ці матеріали також можна отримати в УЦКС. Нарешті, слід зазначити, що стигма щодо хворих на туберкульоз залишається на високому рівні, як в суспільстві, так і в рамках системи охорони здоров'я, особливо серед надавачів медичних послуг, які не є фахівцями з ТБ. Тому вкрай важливо для успішного впровадження моделей амбулаторного лікування щоб на питання стигми в рамках системи охорони здоров'я було звернено значну увагу шляхом інформаційно-освітніх заходів та навчання. І, нарешті, має існувати регулярна система нагляду з відповідними рекомендаціями і контрольними листами, щоб гарантувати збереження якості медичної допомоги в рамках всієї системи.

Створити безпечні умови в навколишньому середовищі:

Крок 9

Необхідно звернути особливу увагу на те, щоб при знаходженні пацієнта на лікуванні у стаціонарі були дотримані всі протоколи інфекційного контролю і стандартні операційні процедури (СОП) заради безпеки пацієнтів і медичного персоналу. Наприклад, необхідно ретельно навчити кураторів DOT у стаціонарах, ПМСД, або на базі громад правильному збору мокротиння. Засоби інфекційного контролю, такі як маски і рукавички, повинні бути в наявності для всіх співробітників, що беруть участь у процесі лікування ТБ. В Україні існує достатньо матеріалів, які надають детальну інформацію про належні протоколи інфекційного контролю; вони мають бути доступні у всіх областях, що планують зміцнити або впровадити лікування пацієнтів на амбулаторному етапі.

Забезпечити безперебійне постачання препаратів і витратних матеріалів:

Крок 10

Для успішного та безперебійного функціонування децентралізованої системи лікування істотне значення має наявність стабільного ланцюга постачання препаратів першого і другого ряду. Механізми постачання можуть бути створені для задоволення конкретних потреб кожної області. Медичне обладнання або інше діагностичне обладнання і матеріали, такі як діагностичні системи і пов'язані з ними витратні матеріали (тест-набори, реагенти і т.ін.), матеріали для профілактики інфекційних захворювань, а також канцелярські товари для ведення обліку, також відіграють важливу роль.

VI. Моніторинг та оцінка

A. Моніторинг та оцінка прихильності до лікування та його результатів

Для успішного впровадження будь-якої з чотирьох пацієнторієнтованих моделей лікування повинна існувати чітка система моніторингу і оцінки протягом усього процесу лікування. На додаток до ведення стандартних медичних записів і даних по ТБ для когортного аналізу, необхідно збирати додаткову інформацію особливо для амбулаторного лікування:

- 1) **Моніторинг прихильності до лікування.** Прихильність до лікування пацієнта, що знаходиться у стаціонарі, зазвичай, набагато легше контролювати, ніж під час амбулаторного лікування. Для успішного продовження лікування після виписки пацієнта з стаціонару необхідно щоб існувала надійна система моніторингу, з відповідними протоколами, за місцем проживання пацієнта, у центрах первинної медико-санітарної допомоги та протитуберкульозних закладах районного рівня.

Районний ТБ спеціаліст, як правило, відповідає за контроль планів лікування пацієнтів у межах району. Куратори DOT відповідають за моніторинг дотримання режиму лікування серед своїх пацієнтів, а саме:

- Відмічають кожен раз у ТВ01 МРТБ інформацію щодо прийняття доз ПТП.
- Виявляють основні прояви побічних реакцій та надають невідкладну допомогу при гострих проявах.
- Здійснюють консультування та навчання членів сімей хворого.
- Скеровують пацієнта до відповідного спеціаліста і координують надання медичної і/або соціальної допомоги.
- Розшукують хворого, якщо є факт пропуску прийому ПТП.
- Систематизують інформацію для щомісячного аналізу, звітності та можливого вирішення існуючих проблем.

Куратор DOT по суті відповідає за роботу з пацієнтом, щоб усунути будь-які перешкоди на шляху дотримання режиму лікування, що можуть виникнути. Для того, щоб впевнитись, що система функціонує відповідним чином і процес лікування пацієнта прогресує, необхідно надавати регулярну підтримку кураторам DOT, а також контролювати щомісячні візити пацієнта до районного ТБ фахівця.

Моніторинг та оцінка результатів лікування:

Згідно з існуючими в Україні стандартами дані стосовно лікування реєструються та повідомляються з використання електронної системи e-ТБ Manager. Дані вводяться на районному рівні, щоквартально проводиться когортний аналіз. Щоквартальний аналіз на районному рівні дає

можливість слідкувати за продовженням лікування і показниками успіху. Випадки переривання лікування повинні бути швидко виявлені щоб районний ТБ фахівець, в партнерстві з куратором DOT, міг знайти й усунути причини переривання лікування або відриву якомога швидше.

В. Оцінка загальної дієвості та ефективності амбулаторної допомоги, орієнтованої на пацієнта

Оскільки амбулаторне лікування хворих на туберкульоз є відносно новим в Україні, УЦКЗ та обласні органи охорони здоров'я, можливо, вирішать оцінити ефективність амбулаторних моделей лікування (в порівнянні з стаціонарним лікуванням) за різними показниками. Звичайно успіх лікування і показники ефективності лікування є найбільш важливими показниками успіху. Проте, перехід до системи переважно амбулаторного лікування може привести до інших змін, які вимірюються за допомогою деяких з наступних показників⁶:

- ***Завантаження койко-місць*** (помісячне, поквартальне, річне) для оцінки потреб в лікарняних ліжках для хворих на ТБ і, отже, оцінки відповідного балансу між потребами ТБ пацієнтів у стаціонарному лікуванні та кількістю ліжок.
- ***Середня тривалість перебування в стаціонарі*** (щоквартально, щорічно) з метою оцінити процедури, що надаються пацієнту у стаціонарі та їх відповідність.
- ***Рівень госпіталізації нових випадків ТБ*** з позитивним мазком мокротиння (щокварталу, щорічно), щоб оцінити відсоток нових випадків ТБ, госпіталізованих протягом певного періоду часу.
- ***Відсоток госпіталізованих ТБ пацієнтів з негативним мазком мокротиння*** (щомісячно, щоквартально, щорічно).
- ***Зміна відсотку ресурсів, що виділяються для надання амбулаторної допомоги*** для оцінки відповідності між розподілом ресурсів і існуючими політиками (раз на півроку, раз на рік).
- ***Відсоток пацієнтів, що лікувались виключно амбулаторно***, для оцінки прогресу переходу на амбулаторну систему лікування (щоквартально, щорічно).
- ***Відсоток пацієнтів з резистентністю, що лікуються амбулаторно*** для оцінки прогресу у справі переходу таких пацієнтів, а також МРТБ пацієнтів на амбулаторне лікування.

Важливо також буде підрахувати вартість і ефективність витрат на амбулаторну допомогу.

6. Взято з: Andrei Mecineanu. Technical assistance to evaluate pilot-projects on ambulatory-based TB care in Ukraine: Consultancy report, WHO/EURO, April 2015.

VII. Додатки

A. Алгоритми безперервного ведення хворих на МРТБ (схема послідовності операцій для кожної моделі, ролі та обов'язки)

B. Стратегія для НУО