Готовність надавачів первинної медико-санітарної допомоги надавати послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань

**Мета дослідження:** дослідити готовність та ключові мотиватори надавачів ПМД до надання розширеного переліку медичних послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, а також готовність надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику.

**Цільова аудиторія:** надавачі первинної медико-санітарної допомоги, які представляють заклади ПМД міського та районного рівня[[1]](#footnote-1) (сімейні лікарі, терапевти та педіатри).

**Метод дослідження:** кількісне опитування надавачів ПМД методом особистих інтерв’ю (face-to-face) на робочому місці представників цільової аудиторії.

**Географія дослідження** охоплює 9 областей, які представляють три макрорегіону України: а) Західний - Волинська, Львівська та Тернопільська області; б) Центральний: Житомирська, Київська та Полтавська області; в) Південно-Східний: Дніпропетровська, Херсонська та Харківська області.

**Вибірка:** 800 респондентів

# Головні висновки та рекомендації дослідження

## ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПАЦІЄНТАМ З ДІАГНОЗОМ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ЦІЛОМУ.

Найменший рівень «внутрішньої дистанції» серед надавачів ПМД демонструється у ставленні до пацієнтів з діагнозом вірусних гепатитів типу С без додаткових ускладнень та типу В. Від пацієнтів з діагнозом туберкульозу та ВІЛ-інфекції лікарі дистанційовані дещо в більшій мірі, але в цілому «прагнення до ізоляції» лікарів від досліджуваних груп пацієнтів не демонструється. При цьому, варто зазначити, що у ставленні до пацієнтів з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням, демонструється швидше «прагнення до відособленості».

## САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Серед лікарів, які добре оцінюють свої знання щодо надання тієї чи іншої послуги, рівень готовності надавати ці послуги значно вищий, у порівнянні з рівнем готовності лікарів, які переконані в недостатності своїх знань.

Серед надавачів ПМД демонструється вища обізнаність та готовність надавати послуги профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів, у порівнянні з готовністю надавати послуги лікування цих захворювань.

В найменшій мірі надавачі ПМД обізнані та готові надавати послуги, пов’язані з призначенням та вибором схеми лікування ВІЛ-інфекції (78% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо надання послуги, 60% - в цілому не готові її надавати), туберкульозу (72% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо надання послуги, 55% - в не цілому готові її надавати) та вірусних гепатитів (63% та 64% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо призначення лікування вірусного гепатиту типу В та типу С відповідно, 43% і 44% відповідно – не готові надавати ці послуги).

## САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЗПТ В РАМКАХ ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ

Серед опитаних лікарів, в цілому зафіксована низька обізнаність та готовність до надання всіх послуг ЗПТ в рамках лікування пацієнтів з наркозалежністю. Переважна більшість респондентів (79% і більше) стверджують, що вони недостатньо обізнані/необізнані взагалі щодо надання кожної з послуг ЗПТ, які були винесені для оцінки в рамках дослідження. В той же час, серед більш ніж половини респондентів демонструється неготовність надавати ці послуги - показники неготовності варіюються від 63% (проведення консультування пацієнтів з питань ресоціалізації та прихильності до лікування) до 77% (призначення необхідної дози препарату та її подальшого коригування).

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ГОТОВНОСТІ ЛІКАРІВ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

В якості ключових факторів, що можуть негативно впливати на готовність лікарів надавати медичні послуги представникам груп ризику та пацієнтам з діагнозом соціально небезпечних захворювань, експерти виділяють наступні:

* упереджене ставлення (стигма) надавачів ПМД до даних категорій пацієнтів, що зумовлено недостатнім досвідом та браком знань щодо особливостей взаємодії з ними (в т.ч. щодо шляхів інфікування соціально небезпечними захворюваннями);
* недостатня обізнаність щодо соціально небезпечних захворювань в цілому, та зокрема особливостей надання послуг профілактики та лікування цих захворювань;
* недостатньо ефективна організація роботи та система мотивації надавачів ПМД в рамках роботи з даними категоріями пацієнтів.

На основі проведених експертних інтерв’ю  були сформульовані рекомендації щодо підвищення готовності лікарів надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику та з діагнозом соціально небезпечних захворювань. Зокрема, в рамках реформування системи охорони здоров’я, на думку експертів, необхідно:

**1.** Розробити навчальні матеріали для надавачів ПМД, спрямовані на розвиток толерантного ставлення до представників груп ризику та пацієнтів з діагнозом соціально небезпечних захворювань, які, зокрема, міститимуть інформацію щодо:

-          способів передачі та мінімізації ризиків інфікування медичних працівників в рамках надання медичних послуг цим пацієнтам, алгоритму дій медичного працівника при випадковому травмуванні нестерильним інструментом та необхідності використання відповідних засобів захисту і т.д.;

-          особливостей спілкування та взаємодії з цими пацієнтами, зважаючи на їх психологічні особливості (агресивна поведінка, відмова від лікування і т.д.).

**2.**      Розробити доступні для сприйняття навчальні матеріали, які міститимуть чіткі алгоритми дій медичного працівника в рамках надання кожної з послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, які будуть включені до обов’язків надавачів ПМД.

**3.**      Розробити та впровадити навчальні заходи для лікарів щодо надання медичних послуг пацієнтам груп ризику та пацієнтам з діагнозом соціально небезпечних захворювань з подальшою оцінкою засвоєних знань. В якості найбільш ефективних навчальних заходів виділяються:

-          стажування на клінічних базах, що дає можливість отримання теоретичних та практичних знань та навичок, що сприятимуть кращому засвоєнню та розумінню особливостей надання тих чи інших послуг;

-          проведення заходів в форматі тренінгів та семінарів для можливості обміну досвідом з профільними спеціалістами та іншими сімейними лікарями. Проте експерти акцентують увагу, що такі заходи можуть бути ефективним за умови оцінки цих знань не лише після участі в заході, а й в процесі застосування отриманих знань на практиці.

**4.**      Розробити та популяризувати серед лікарів спеціалізовані джерела інформації для використання їх в рамках самоосвіти, зокрема експерти вказують:

-          онлайн платформа для можливості оперативного обміну досвіду та отримання професійної поради від профільних спеціалістів (інфекціоністів, фтизіатрів) та інших сімейних лікарів (наприклад спеціалізована соціальна мережа, спеціалізовані групи в соціальних мережах, мобільні додатки і т.п.);

-          наповнення офіційних сайтів та сторінок у соціальних мережах Міністерства охорони здоров’я та інших відповідних організацій (Центр Громадського здоров’я, Національна служба здоров’я і т.п.) матеріалами для самоосвіти лікарів, а також їх популяризація з використанням максимально широкого переліку каналів комунікації;

**5.**      Розробка системи додаткової оплати праці, оскільки, згідно з результатами дослідження, фінансовий фактор є основним мотиватором, який міг би підвищити готовність лікарів надавати ті чи інші послуги.  При цьому експерти зазначають, що грошова компенсація повинна бути передбачена лише за якісне надання послуг, а не за сам факт ведення пацієнтів зазначених  груп. Для впровадження такої системи мотивації необхідно розробити систему критеріїв/індикаторів, які будуть свідчити про якісне надання послуг (наприклад, успішність лікування, вилікуваний пацієнт, зниження захворюваності на дільниці лікаря, тощо).

**6.**      Реорганізація та раціоналізація робочого часу та навантаження лікарів, шляхом:

-          звільнення надавачів ПМД від виконання обов’язків, які не пов’язані з консультуванням та діагностикою щодо стану здоров’я хворого та призначенням лікування (наприклад заповнення документації, виписка довідки або рецепту). На думку експертів виконання цих обов’язків повністю повинно бути покладено на середній медичний персонал (медсестер);

-          налагодження попереднього запису пацієнтів на прийом з попередньою фіксацією причин звернення. Це дасть змогу уникнути витрат робочого часу лікаря на надання послуг, які може надати середній медичний персонал (виписка рецепту, довідки і т.д.),

-          забезпечення можливості проведення дистанційних консультацій лікарем в режимі онлайн або в режимі телефонної розмови. Для цього необхідно визначити часовий проміжок в робочий час лікаря, коли лікар зможе надати короткі консультації пацієнтам в процесі лікування, без необхідності візиту до медичного закладу;

-          забезпечення функціонування налагодженої системи логістики препаратів до медичного закладу ПМД;

-          підбір та навчання середнього медичного персоналу, який міг би допомагати лікарю здійснювати забір біологічного матеріалу, проведення відповідного тестування, тощо.

Після проведення відповідного навчання та запровадження додаткової мотивації з метою підвищення  готовності надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, представники експертної аудиторії рекомендують проведення окремих досліджень з метою:

-          комплексної оцінки професійних знань та навичок лікарів щодо надання послуг профілактики та лікування соціальних захворювань;

-          оцінки рівня задоволення надавачів ПМД впровадженою системи мотивації до надання послуг профілактики та лікування соціальних захворювань.

1. [↑](#footnote-ref-1)