



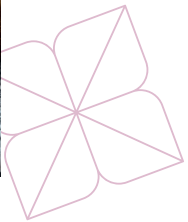
RESPOND

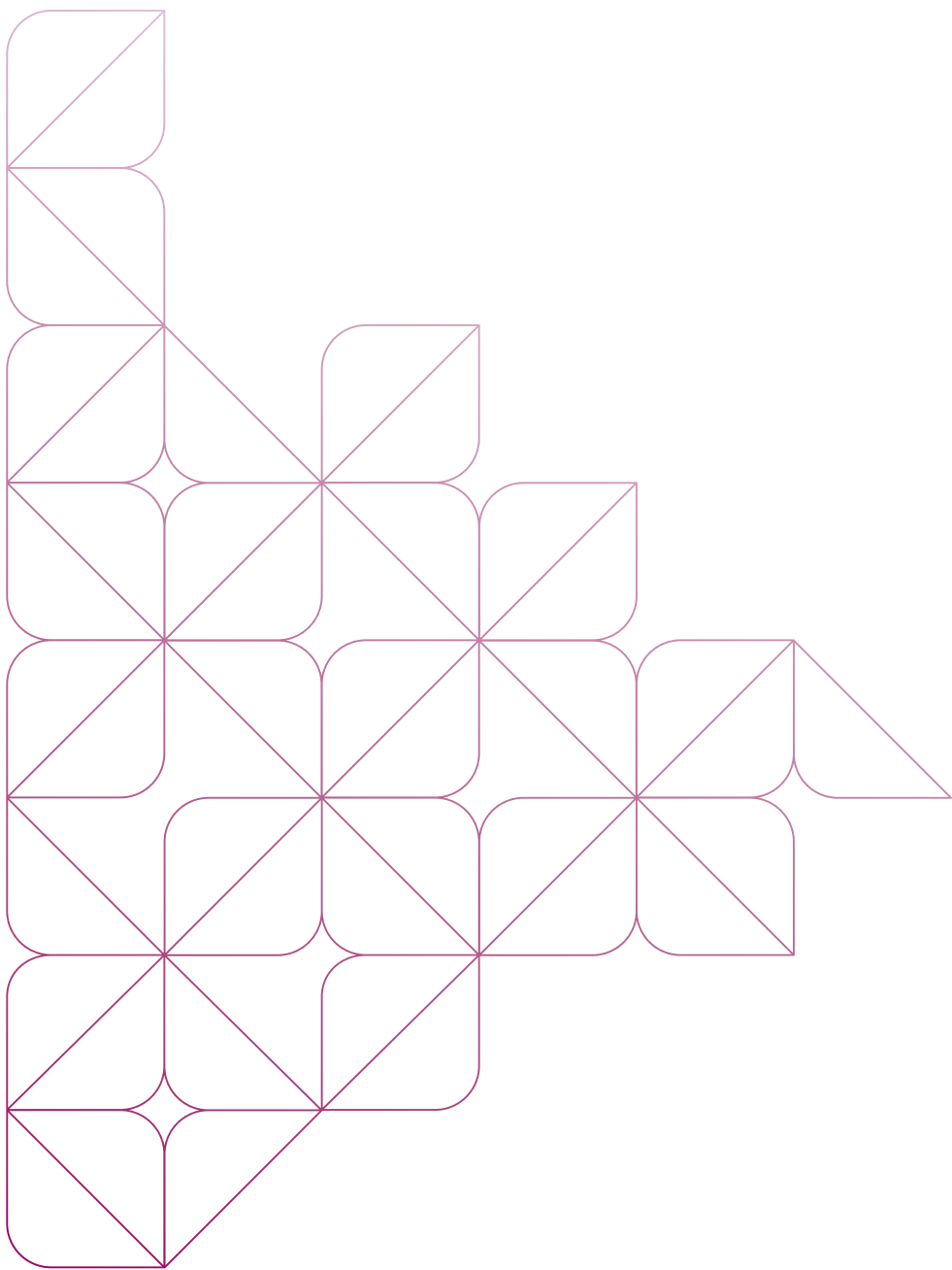


УСПІШНІ ЗМІНИ з покращення якості послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції

Приклади
з восьми пріоритетних регіонів
Проекту RESPOND

Київ 2017





ЗМІСТ

КОЛАБОРАТИВ З ПИТАНЬ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ СТРАТЕГІЇ ПРИСКОРОНОГО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ (FAST-TRACK) 5

ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ПОСЛУГАХ З ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ПЕРЕНАПРАВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ 10

Тестування на ВІЛ двома швидкими тестами або ІФА вузькими спеціалістами або фахівцями ПМСД у Дніпропетровській області 10

Оцінка ризику інфікування ВІЛ лікарями-спеціалістами та надання ПТВ за ініціативою медичних працівників у Київській області..... 12

Тестування на ВІЛ двома швидкими тестами або ІФА вузькими спеціалістами або фахівцями ПМСД у місті Києві 14

Оцінка вузькими спеціалістами та фахівцями ПМСД ризику інфікування ВІЛ у Кіровоградській області..... 16

Тестування на ВІЛ статевих партнерів ЛЖВ у Миколаївській області 18

Тестування з ініціативи медичного працівника вузькими спеціалістами (фтизіатр, дерматовенеролог, нарколог, гінеколог) в Одеській області 20

Оцінка вузькими спеціалістами ризику інфікування ВІЛ у Херсонській області 22

ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ЗАЛУЧЕННІ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ..... 24

Залучення ЛЖВ до медичної допомоги у службі СНІДу перед випискою з протитуберкульозних та наркологічних диспансерів у Дніпропетровській області..... 24

Співпраця з НУО (супровід соціальним працівником) для залучення ЛЖВ до системи медичних послуг у Запорізькій області 26

Збільшення часу роботи сайтів АРТ, надання лабораторних послуг під час одного візиту пацієнта та покращення логістики між сайтами АРТ та лабораторіями у Запорізькій області 28

Повернення пацієнтів, які загубились з-під медичного нагляду, до системи медичних послуг за допомогою письмових нагадувань, смс-повідомлень та телефонних дзвінків у Київській області 30



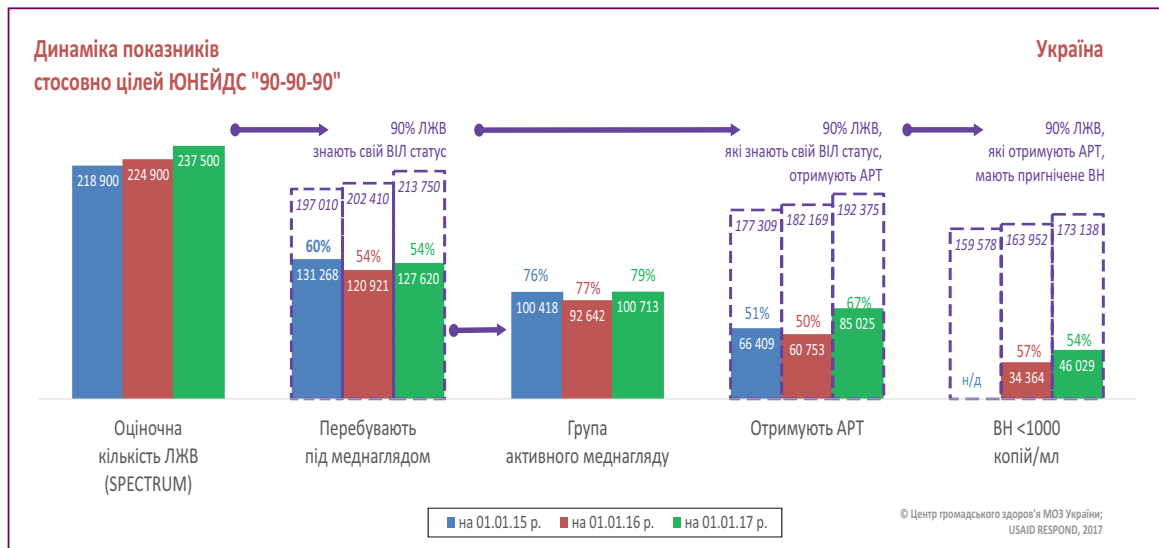
| | |
|--|-----------|
| Проведення необхідних лабораторних аналізів (ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) за один візит пацієнта до кабінету «Довіра»/сайту АРТ у місті Києві | 32 |
| Залучення лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) до медичного нагляду за ЛЖВ у Миколаївській області | 34 |
| Розсилка СМС, телефонні дзвінки та надсилання листів з нагадуванням пацієнтам у Миколаївській області | 36 |
| Взяття ЛЖВ, виявлених під час госпіталізації, на диспансерний облік у службі СНІДу до їх виписки зі стаціонару в Одеській області | 38 |
| Забезпечити проведення необхідних лабораторних тестів (ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) під час одного візиту пацієнта до кабінету довіри/сайту АРТ в Херсонській області | 40 |
| ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ЛІКУВАННІ | 42 |
| Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ у Дніпропетровській області | 42 |
| Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ у Запорізькій області | 45 |
| Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ у Кіровоградській області | 47 |
| Призначення АРТ та зміна схеми лікування на сайті АРТ у Київській області | 49 |
| Розширити мережу місцевих сайтів АРТ та перевести до них пацієнтів з Центру СНІДу у місті Києві | 51 |
| Телефонні нагадування та патронажні візити для пацієнтів, що пропускають прийоми на сайті АРТ у Миколаївській області | 53 |
| Децентралізація початку та ведення АРТ з обласного Центру СНІДу до місцевих сайтів АРТ в Одеській області | 55 |
| Призначення АРТ та зміна схеми лікування на сайті АРТ у Херсонській області | 57 |



КОЛАБОРАТИВ З ПИТАНЬ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ СТРАТЕГІЇ ПРИСКОРОНОГО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ (FAST-TRACK)

ЕПІДЕМІЯ ВІЛ І ЗАХОДИ У ВІДПОВІДЬ НА НЕЇ В УКРАЇНІ

Україна посідає друге місце в Європі за масштабами епідемії ВІЛ-інфекції. За оцінками, в країні налічується 237 500 людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). Епідемія в Україні сконцентрована в ключових групах: люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), жінки комерційного сексу, чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), та статеві партнери представників цих груп. Станом на кінець 2015 року 30% з оціночної кількості ЛЖВ отримували антиретровірусну терапію (АРТ). З 27 регіонів України на п'ять припадає 58% з оціночної кількості ЛЖВ (високий тягар епідемії), а ще в шести регіонах мешкає 21% ЛЖВ (середній тягар епідемії).



Уряд України, який очолює відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції, фінансує послуги з тестування на ВІЛ, клінічну допомогу в лікувально-профілактичних закладах, та 45% вартості антиретровірусної терапії (АРТ) у 2016 році. Решта АРТ покривається за рахунок грантів Глобального фонду та Надзвичайного плану Президента США в боротьбі зі СНІДом (PEPFAR). Неурядовий сектор, який фінансується Глобальним фондом та іншими донорами, забезпечує аутріч-роботу з ключовими групами на базі спільнот, заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, скринінгу, переадресації клієнтів та неклінічної допомоги. В рамках PEPFAR також надається технічна підтримка Урядові України та основним реципієнтам Глобального фонду силами Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) та інших агенцій Уряду США.

Проект USAID RESPOND впроваджувався організаціями Pact і FHI 360 у 2012–2017 рр. з ме-

тою покращення послуг у зв'язку з ВІЛ-інфекцією для ключових груп населення в Україні. RESPOND надавав технічну допомогу з питань покращення якості державних медичних послуг; послуг профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, які надають неурядові організації (НУО), разом з проведенням досліджень у сфері науки про впровадження; а також сприяв розвитку потенціалу НУО та надавачів послуг з державного сектору.

МІЖНАРОДНІ СТРАТЕГІЇ З ПРОТИДІЇ ВІЛ

У 2014 році ЮНЕЙДС оголосила про початок впровадження стратегії прискороного подолання епідемії ВІЛ-інфекції Fast Track до 2030 року. В основі цієї стратегії лежить підхід «Лікування як профілактика» і міститься заклик починати антиретровірусну терапію на ранньому етапі, тобто відразу після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, оскільки це є найефективнішим

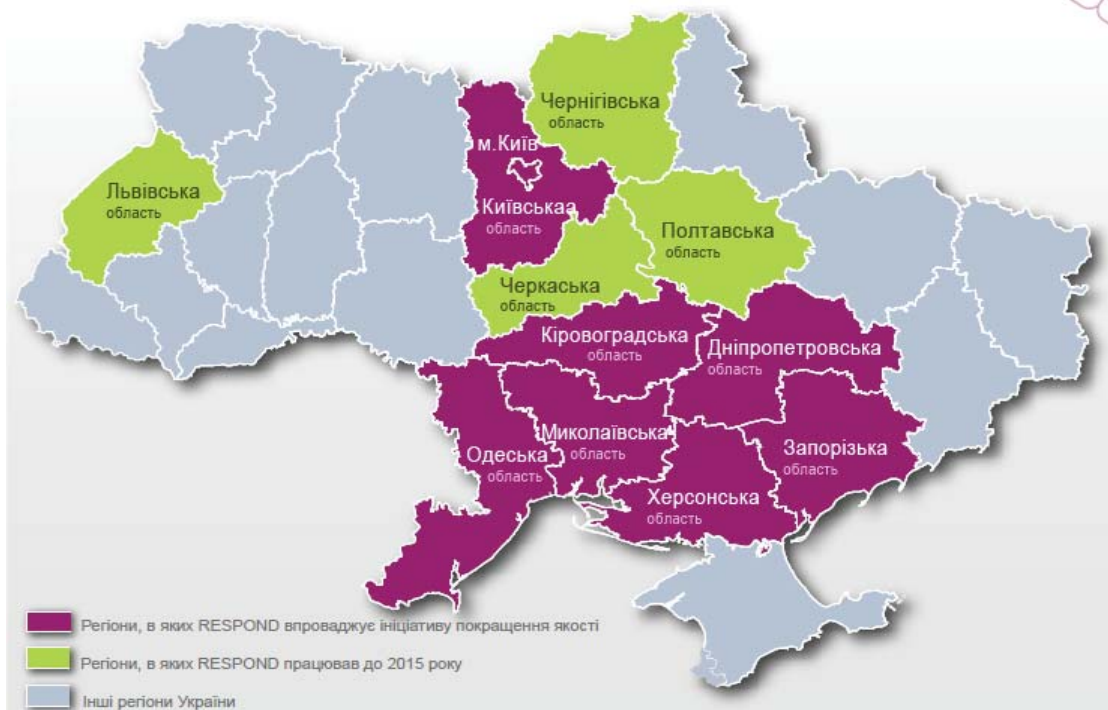
засобом подолання епідемії. Стратегія Fast Track має такі цілі: 90% ЛЖВ мають знати свій ВІЛ-статус; 90% ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус, мають отримувати АРТ; і 90% тих, хто отримує АРТ, повинні мати невизначальне вірусне навантаження. Крім того, у 2014 році PEPFAR оприлюднив власну стратегію «Покоління, вільне від СНІДу», також відому під назвою PEPFAR 3.0. Посилаючись на цілі стратегії ЮНЕЙДС з прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції, стратегія PEPFAR передбачає розширення масштабів АРТ («застосовувати правильні підходи»), приділяючи особливу увагу в середині країн регіонам з найвищим тягарем ВІЛ-інфекції («в правильних місцях») та демонструючи прогрес на шляху досягнення цілей «90–90–90» у вибраних країнах до 2016 року («в правильний час»).

Для досягнення цих сміливих цілей проект USAID RESPOND у 2015 році розпочав масштабний **колаборатив з питань покращення якості послуг в Україні**, узгоджений з цілями стратегій прискореного подолання ВІЛ-інфекції і PEPFAR 3.0. Мета колаборативу – зменшити прогалини в тестуванні на ВІЛ, АРТ та її ефективності в порівнянні з цілями «90–90–90», зокрема серед

ЛЖВ-ЛВІН, в обраних регіонах з високим та середнім тягарем ВІЛ-інфекції. Передумовами для застосування колаборативу були такі чинники: (1) ЛВІН є основною рушійною силою епідемії ВІЛ в Україні; (2) АРТ є найефективнішим інструментом контролю за епідемією ВІЛ; (3) АРТ буде доступною для розширення в Україні; (4) різні групи ЛЖВ отримають користь від розширення масштабів АРТ; (5) внаслідок стигми та дискримінації ЛВІН мають найнижчі шанси на отримання користі від розширення масштабів лікування, якщо не вжити спеціальних заходів для їх охоплення; та (6) досягнення цієї мети потребуватиме змін у системі надання послуг.

ЩО ТАКЕ КОЛАБОРАТИВ З ПИТАНЬ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ?

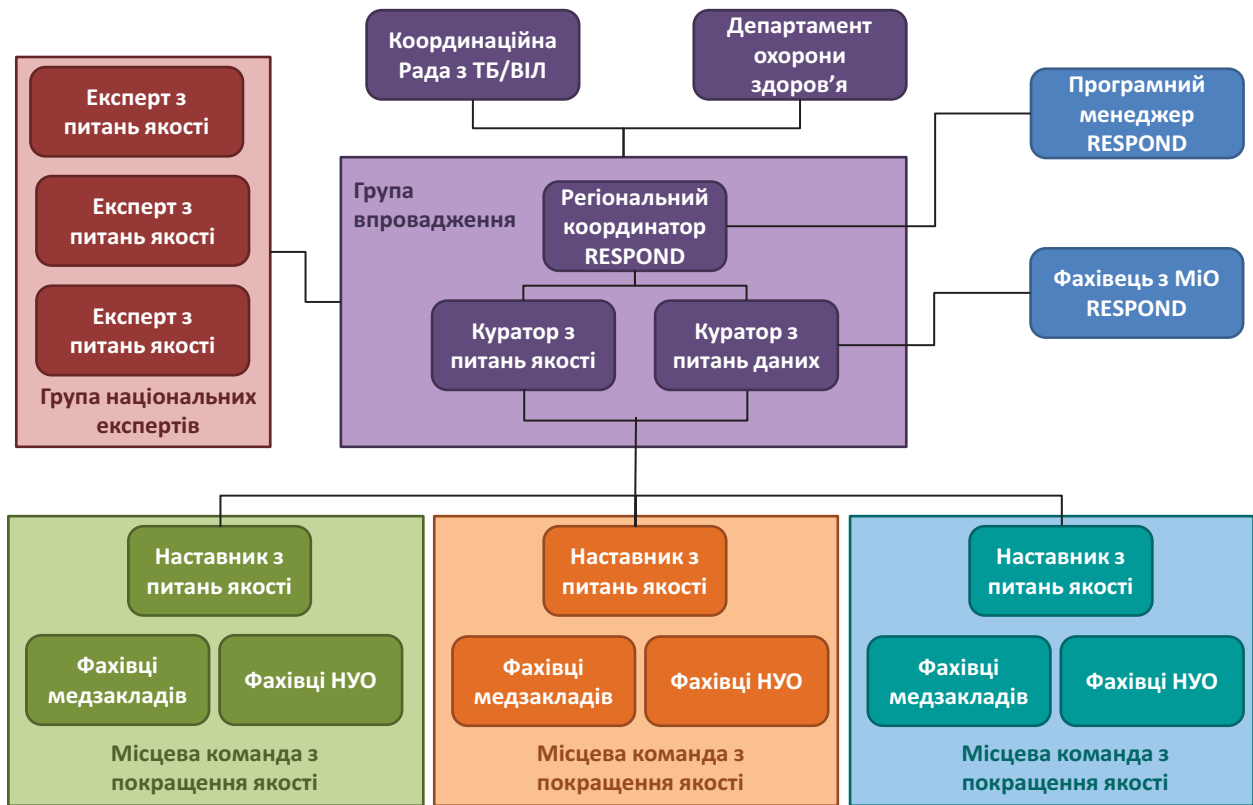
Колаборатив з питань покращення якості – це спільна робота з поліпшення ВІЛ-послуг у спільнотах, лікувально-профілактичних закладах та НУО восьми регіонів України з високим та середнім тягарем ВІЛ-інфекції. Заходи з покращення охоплюють весь спектр послуг у зв'язку з ВІЛ – від тестування до отримання послуг з допомоги, лікування та підтримки.



Діяльність колаборативу в регіонах базувалась на 155 місцевих командах з покращення якості: від 5 в місті Києві до 39 у Дніпропетровській і 48 в Одеській областях. Команди з покращення якості діяли при центрах СНІДу та сайтах АРТ, в яких надаються послуги з тестування на ВІЛ та лікування. Кожну місцеву групу очолю-

вав лікар з сайту АРТ (**наставник з питань покращення якості**), а до їх складу входили представники служби первинної медичної допомоги та лікарі-спеціалісти (фтизіатри, шкірвенерологи, акушери-гінекологи та наркологи), співробітники НУО, які надають психосоціальну допомогу, та представники ЛЖВ.

РЕГІОНАЛЬНА СТРУКТУРА КОЛАБОРАТИВУ З ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

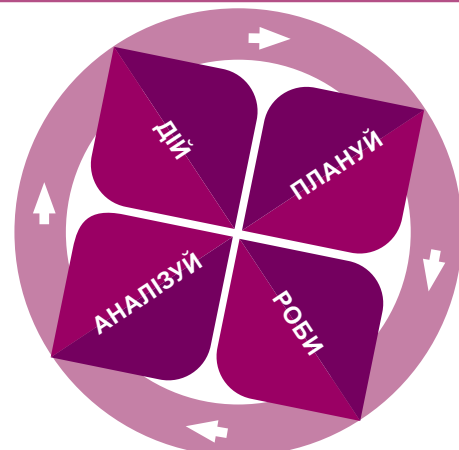


Регіональні групи впровадження проекту з покращення якості (РГВ) надавали технічну допомогу відповідним місцевим командам з покращення якості. До складу РГВ входили **регіональний координатор**, один чи більше **кураторів з покращення якості**, та один чи два **куратори з якості даних** залежно від розміру регіону та кількості АРТ-сайтів. РГВ інформували місцеві органи влади (департаменти охорони здоров'я та ради з питань ВІЛ/ТБ) про хід роботи та забезпечували їхню підтримку діяльності колаборативу. РГВ отримували підтримку з боку **національних експертів з покращення якості** та співробітників проекту USAID RESPOND.

Співпраця та обмін знаннями між місцевими та регіональними групами з покращення якості, які реалізовували цикли ПРАД, забезпечувались в рамках щоквартальних регіональних чи міжрегіональних навчальних семінарів.

ЩО ТАКЕ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ?

Заходи колаборативу ґрунтувалися на моделі покращення якості, метою якої є приведення ВІЛ-послуг до певного набору стандартів (зокрема, «90–90–90») при задоволенні очікувань пацієнтів. Модель покращення якості передбачає декілька етапів: (1) аналіз проблеми для визначення цілей та завдань; (2) розробка системи МіО для вимірювання покращень; (3) розробка окремих змін чи пакетів змін; та (4) впровадження й вимірювання змін упродовж безперервного циклу «плануй–роби–аналізуй–дій» (ПРАД).



ЕТАПИ РОБОТИ КОЛАБОРАТИВУ З ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

Для реалізації цього масштабного колаборативу з покращення якості проект USAID RESPOND і його партнери на місцевому, регіональному та національному рівнях здійснили такі кроки:

- (1) Проведено **вісім регіональних зустрічей з розробки плану покращення якості** з представниками всіх зацікавлених сторін, включаючи регіональні органи влади, медичних фахівців, НУО, Всеукраїнську мережу «100% життя», представників пацієнтів, Український Центр громадського здоров'я (ЦГЗ), інших виконавчих партнерів USAID та Глобального фонду.
- (2) Підписано **вісім меморандумів про взаєморозуміння** між проектом USAID RESPOND, ЦГЗ, обласними департаментами охорони здоров'я та обласними центрами СНІДу з визначенням цілей, ролей та сфер відповідальності учасників колаборативу.
- (3) Проведено навчання 164 **місцевих наставників** та 33 **регіональних кураторів з питань якості** по методології покращення якості.
- (4) Розроблено та ухвалено **вісім регіональних «статутів» (дорожніх карт) з покращення якості**, у яких докладно визначено прогалини в регіональних каскадах ВІЛ-послуг з огляду на цілі «90–90–90», наведено аналіз їхніх причин і плани можливих змін, визначено конкретні сайти та осіб, які впроваджуватимуть колаборатив з покращення якості в регіоні.
- (5) Розроблено, проведено пілотування та проаналізовано **пакет з 42 змін** впродовж трьох циклів ПРАД, починаючи з 1 січня 2016 року. Кількість пакетів змін варіювала в кожному циклі від 5 до 27, залежно від регіону.
- (6) **Підтримано місцеві НУО** з метою покращення їхніх психосоціальних послуг та забезпечення кейс-менеджменту для ЛЖВ; послуг з тестування на ВІЛ для статевих партнерів ЛЖВ та ЛВІН; залучення, надання послуг з тестування на ВІЛ та спрямування ЧСЧ для отримання медичної допомоги; посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ.
- (7) Проведено **щоквартальні регіональні та міжрегіональні навчальні семінари** для учасників колаборативу з метою обміну знаннями та досвідом.
- (8) Розроблено **методичні рекомендації «Застосування моделі поліпшення якості надання послуг на рівні закладу охорони здоров'я в Україні (на прикладі поліпшення континууму послуг для ВІЛ-інфікованих осіб)**.
- (9) Затверджено 39-годинний **цикл тематичного вдосконалення** для керівників закладів охорони здоров'я з застосування моделі поліпшення якості послуг.



УСПІШНІ ЗМІНИ У СФЕРІ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ

Зміни у сфері покращення якості стосувалися подолання трьох основних прогалин континууму ВІЛ-послуг: (1) тестування на ВІЛ та скерування пацієнтів; (2) залучення ЛЖВ до медичної допомоги; (3) початок АРТ та забезпечення прихильності до лікування. Зі 42 змін з цього пакету, 14 виявились найбільш ефективними для усунення прогалин у каскаді послуг у зв'язку з ВІЛ. Інші зміни досі перевіряються в рамках циклів ПРАД, а на навчальних семінарах розробляються нові зміни.

1. Тестування на ВІЛ та скерування пацієнтів:

- Оцінка ризику інфікування ВІЛ лікарями-спеціалістами та надання ПТВ за ініціативою медичних працівників
- Тестування на ВІЛ двома швидкими тестами або ІФА вузькими спеціалістами або фахівцями ПМСД
- Тестування на ВІЛ статевих партнерів ЛЖВ

2. Залучення ЛЖВ до медичної допомоги:

- Збільшення часу роботи сайтів АРТ, надання лабораторних послуг під час одного візиту пацієнта та покращення логістики між сайтами АРТ та лабораторіями;
- Проведення необхідних лабораторних аналізів (ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) за один візит пацієнта до кабінету «Довіра»/сайту АРТ
- Взяття ЛЖВ, виявлених під час госпіталізації, на диспансерний облік у службі СНІДу до їх виписки зі стаціонару
- Повернення пацієнтів, які загубились з-під медичного нагляду, до системи медичних послуг за допомогою письмових нагадувань, СМС-повідомлень та телефонних дзвінків
- Залучення лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) до медичного нагляду за ЛЖВ
- Співпраця з НУО (супровід соціальним працівником) для залучення ЛЖВ до системи медичних послуг

3. Початок АРТ і забезпечення прихильності до лікування:

- Передача пацієнтів на АРТ із центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ
- Розширення мережу місцевих сайтів АРТ
- Децентралізація початку та ведення АРТ з обласного Центру СНІДу до місцевих сайтів АРТ

Історії успіху діяльності в регіонах є свідченням ефективних змін у сфері покращення якості. Цей успіх ілюструють показники процесу, специфічні для кожного регіону, які відображають позитивні тенденції, або перевищення базових медіанних значень, які вимірювались перед впровадженням змін. Кожен показник процесу також являє собою внесок до показника наступ-

ного рівня – показника результату, прив'язаного до відповідної прогалини у каскаді послуг у зв'язку з ВІЛ.

З роботою колаборативу та його результатами у восьми регіонах можна ознайомитись на сайті проекту USAID RESPOND за посиланням: repond.org.ua/ukr/collaborative



ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ПОСЛУГАХ З ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТА ПЕРЕНАПРАВЛЕННІ ПАЦІЄНТІВ

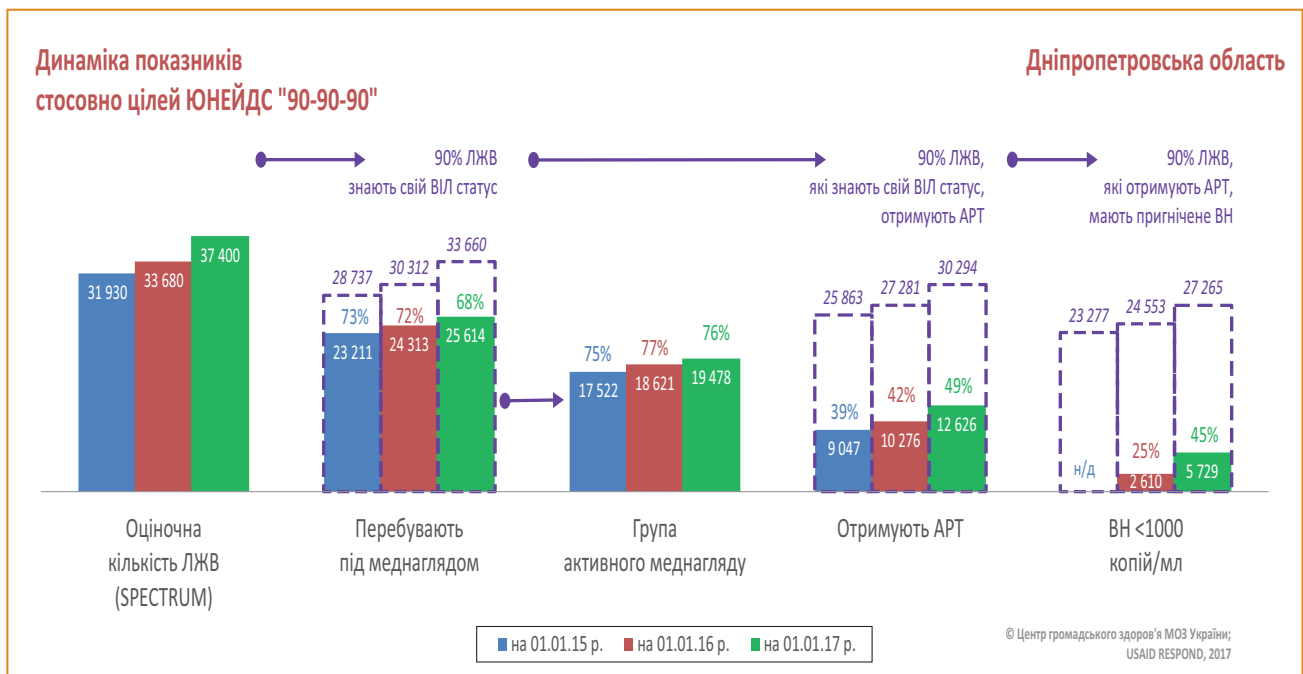


ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ДВОМА ШВИДКИМИ ТЕСТАМИ АБО ІФА ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ АБО ФАХІВЦЯМИ ПМСД У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Дніпропетровській області станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному

обліку в обласній службі СНІДу складала понад 11 600 осіб або 50%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку не менш як до 80% від їх загальної оціночної кількості станом на грудень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у тестуванні на ВІЛ у Дніпропетровській області є те, що не всі фахівці ПМСД та вузькі спеціалісти (як фтизіатри, венерологи та гінекологи) здійснюють оцінку ризикованої до інфікування ВІЛ поведінки та тестування на ВІЛ з ініціативи медпрацівника. Хоча заходи з покращення ситуації вживалися в області вже кілька років поспіль, але досягти 100% охоплення фахівців та пацієнтів не вдавалося.

Для вирішення даної проблеми регіональна команда з покращення якості впроваджувала з січня 2016 року наступні заходи: (1) залучення вузьких спеціалістів та фахівців ПМСД до надання послуг із тестування на ВІЛ, що включає їх нав-

чання оцінці ризиків інфікування ВІЛ та клінічних показань до тестування, а також навичкам консультування та тестування з використанням швидких тестів та ІФА; (2) Розповсюдження інформаційних матеріалів для пацієнтів щодо важливості тестування на ВІЛ; (3) Забезпечення фахівців ПМСД та вузьких спеціалістів алгоритмом оцінки ризикованої поведінки та клінічних показань до тестування на ВІЛ; (4) Забезпечення фахівців ПМСД та вузьких спеціалістів швидкими тестами, наданими міжнародними донорами; (6) Адвокація закупівлі швидких тестів закладами ПМСД за кошти власного бюджету; (7) Розробка чи оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта з урахуванням ролі фахівців ПМСД та вузьких спеціалістів у наданні послуг із тестування на ВІЛ.

Масштаби заходів з покращення

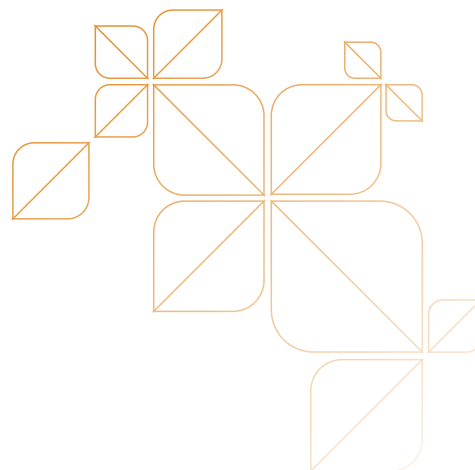
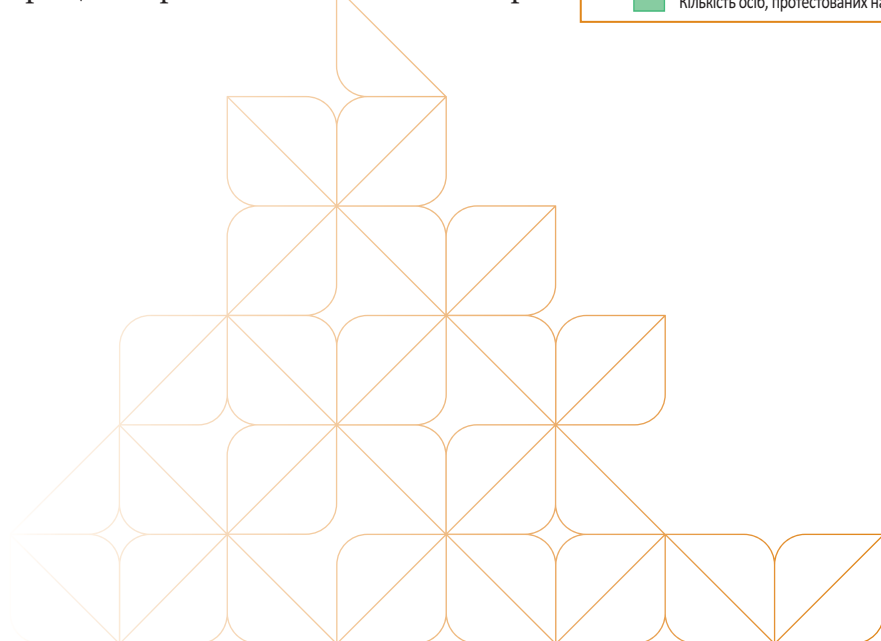
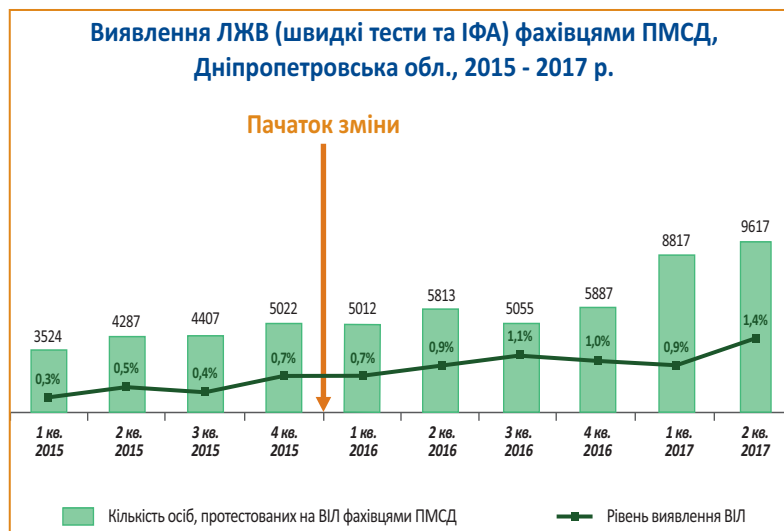
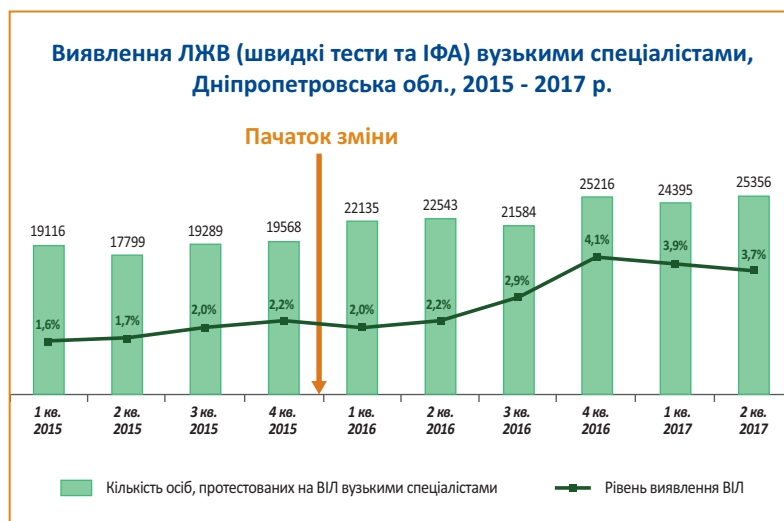
Усі 39 локальних команд у Дніпропетровській області, включаючи лікарів сайтів АРТ, фтизіатрів, венерологів, наркологів, гінекологів та фахівців ПМСД були залучені до впровадження даної зміни.

Заходи з покращення: опис та результати

Впровадження зміни покращило надання послуг із тестування на ВІЛ за ініціативи медпрацівника фахівцями ПМСД та вузькими спеціалістами. Кількість осіб, протестованих вузькими спеціалістами, зросла більше ніж на 20%, починаючи з останнього кварталу 2015 року. Аналогічний показник для фахівців ПМСД демонструє майже подвійне зростання за той самий період. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції також зріс як в первинній ланці, так і в спеціалізованих службах, що стало результатом впровадження скринінгу на ризиковану поведінку та клінічні показання до тестування на ВІЛ. Втім, рівень виявлення фахівцями ПМСД залишається більш низьким за показник спеціалізованих служб, так як саме до останніх з більшою ймовірністю звертаються особи з ризикованою до ВІЛ поведінкою. Тим не менш, додаткових зусиль потребуватиме покращення рівня виявлення саме пер-

винною ланкою шляхом більш ретельного скринінгу на ризиковану поведінку та клінічні показання до тестування на ВІЛ.

В результаті описаних зусиль, 44 з 55 центрів ПМСД (80%) у Дніпропетровській області закупили швидкі тести.



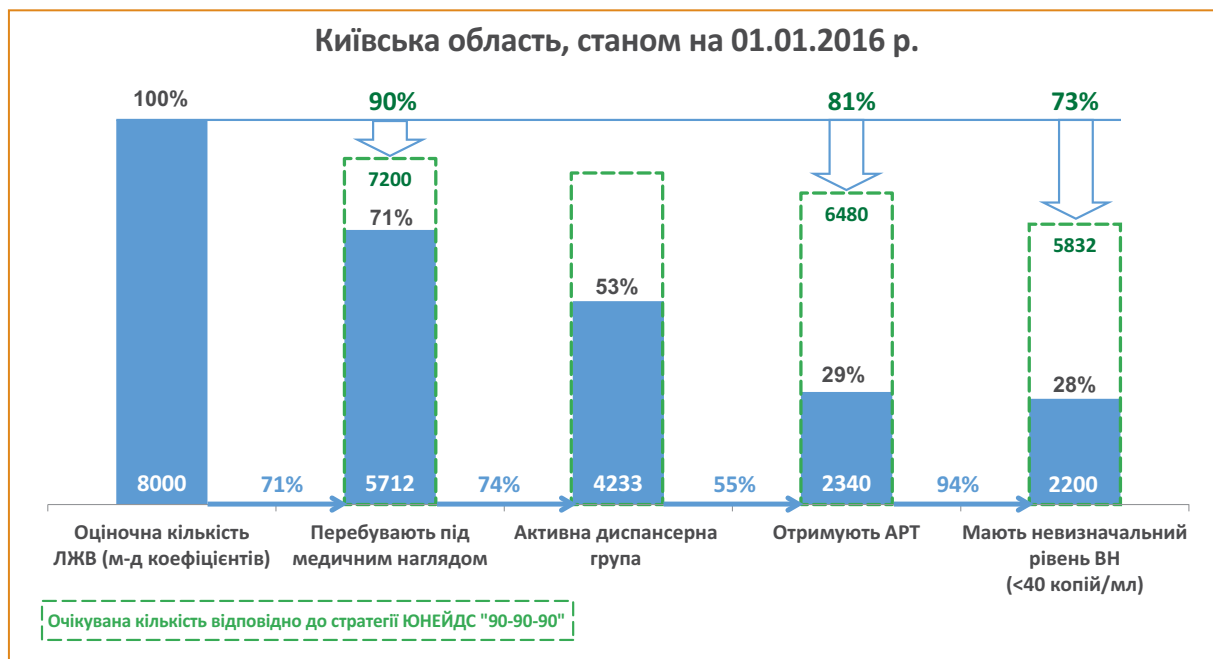


ОЦІНКА РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ЛІКАРЯМИ-СПЕЦІАЛІСТАМИ ТА НАДАННЯ ПТВ ЗА ІНІЦІАТИВОЮ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, в Київській області 8 000 осіб живуть з ВІЛ. Станом на 1 січня 2016

року 5 700 ЛЖВ (71%) знали свій ВІЛ-статус і перебували на обліку у службах СНІДу області. Це означає, що не виявлено ще 19% випадків для досягнення цілі «90% ЛЖВ, які знають свій статус».



Системні питання і протестовані зміни

Команди з покращення якості в Київській області визначили, що однією з основних причин прогалини з виявленням випадків була відсутність оцінки ризику ВІЛ-інфікування і надання ПТВ за ініціативою медичних працівників у спеціалізованих закладах (таких як протитуберкульозні, шкірно-венерологічні, наркологічні диспансери та акушерсько-гінекологічні служби – АГС). Для вирішення цієї проблеми місцеві команди з покращення якості в Київській області за підтримки Проекту РЕСПОНД впровадили такі зміни: (1) провели навчання медичних спеціалістів на теми клінічних показань та скринінгу ризикованої поведінки щодо ВІЛ; (2) провели навчання медичних спеціалістів з питань надання ПТВ; (3) серед медичних спеціалістів розповсюдили допоміжні робочі матеріали на тему скринінгу на ризик інфікування ВІЛ; і (4) розробили та оновили місцеві протоколи і маршрути пацієнтів з метою відображення ролі спеціалізованих служб у наданні ПТВ.

Масштаби заходів з покращення

У впровадженні змін взяли участь усі 13 команд з покращення якості в Київській області, включаючи лікарів на сайтах АРТ, спеціалістів з ТБ, ІПСШ, наркології та АГС. За підтримки Проекту РЕСПОНД 43 спеціалісти з Київської області пройшли навчання з питань скринінгу на ризик інфікування ВІЛ і надання ПТВ за ініціативою медичного працівника.

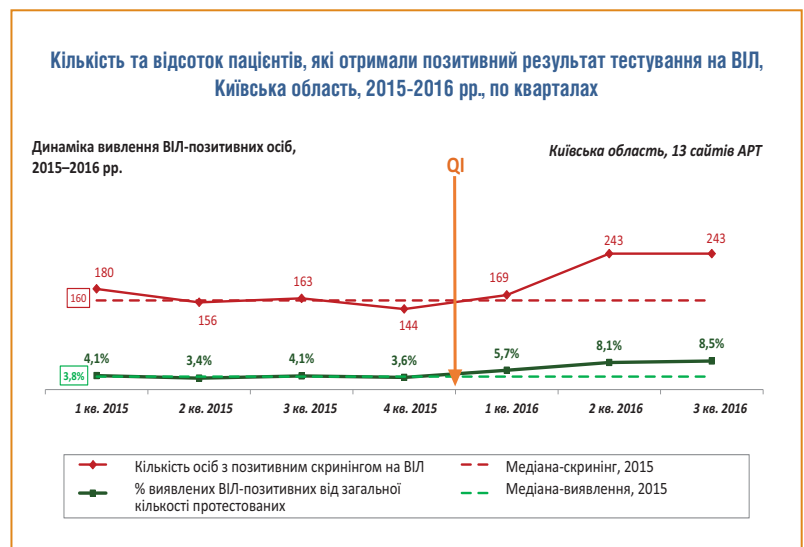
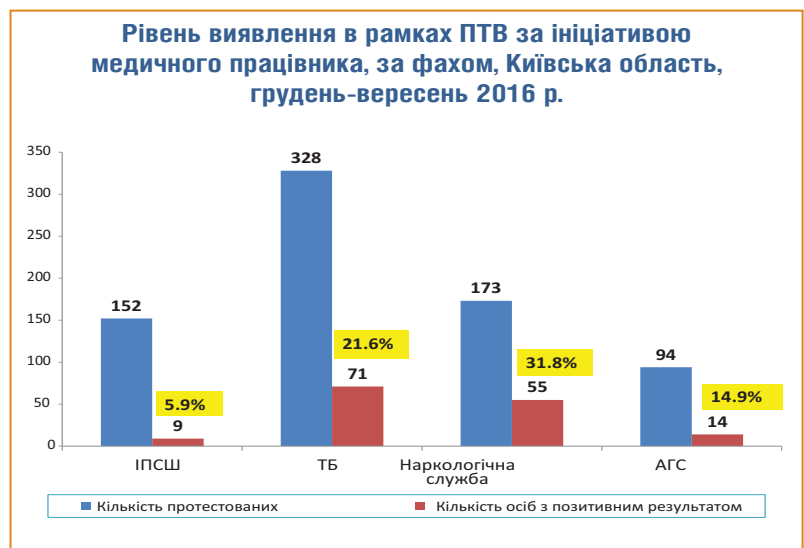
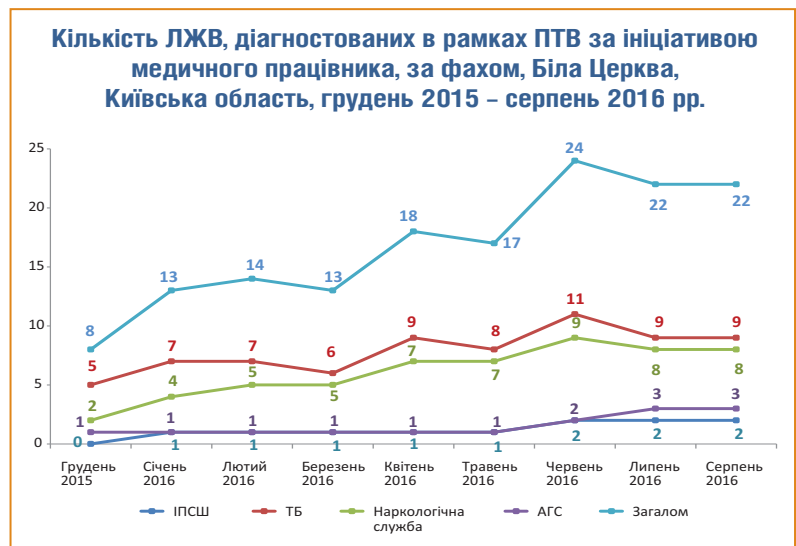
Заходи з покращення: опис та результати

Завдяки впровадженим змінам зросла кількість ЛЖВ, у яких ВІЛ-інфекцію було діагностовано спеціалістами, котрі пропонували ПТВ (див. діаграму нижче, на якій відображено ситуацію на сайті покращення якості в місті Біла Церква Київської області). Здійснені зміни дозволили тестувати людей як за медичними показаннями, так і за ознаками ризикованої поведінки.

Загалом в області запропоновані спеціалістами послуги з тестування на ВІЛ дозволили отримати високі показники виявлення випадків: від 6% у ШВД до 32% у наркологічній службі (див. графік нижче).

Засвоєні уроки і наступні кроки

Завдяки цим змінам у Київській області підвищилася кількість тестувань на ВІЛ та кількість виявлених ВІЛ-позитивних випадків порівняно з середніми цифрами за 2015 рік (див. графік нижче). Зміни, які впроваджувалися вперше, довели свою ефективність і надалі будуть офіційно впроваджуватись на наявних та нових сайтах АРТ, які незабаром планується відкрити в області відповідно до наказу обласного управління охорони здоров'я, підписаного в серпні 2016 року.



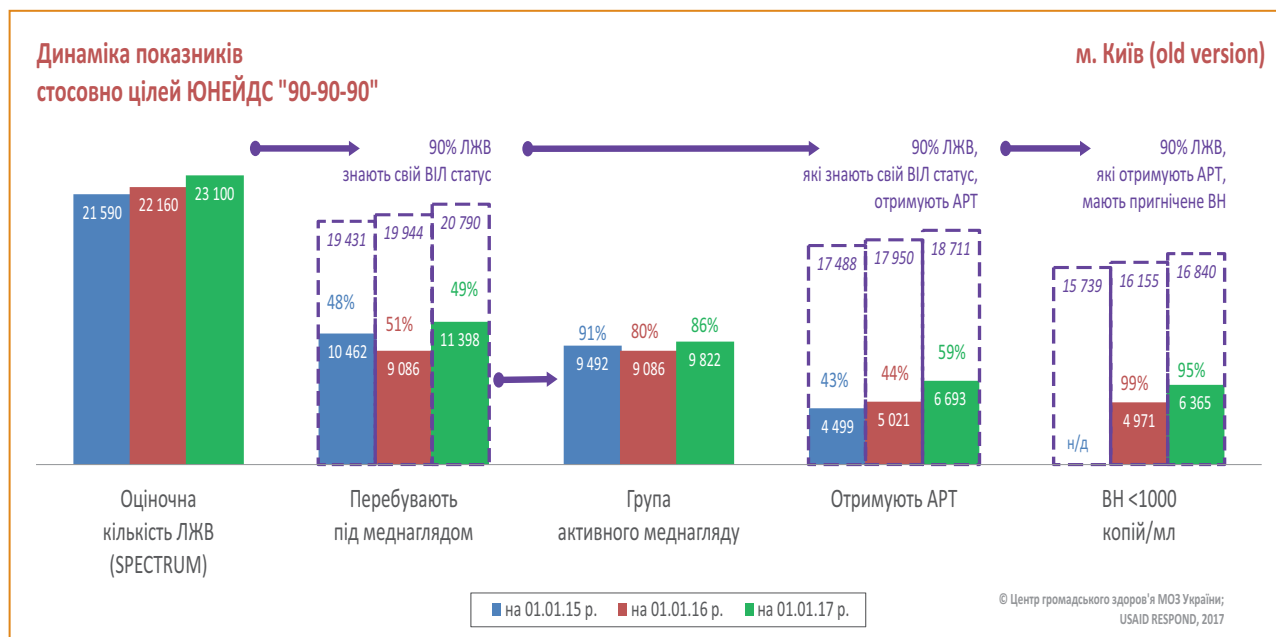


ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ДВОМА ШВИДКИМИ ТЕСТАМИ АБО ІФА ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ АБО ФАХІВЦЯМИ ПМСД У МІСТІ КИЄВІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У м. Київ станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в обласній

службі СНІДу складала понад 11 600 осіб або 50%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку не менш як до 65% від їх загальної оціночної кількості станом на січень 2018 року.



Системні питання та протестовані зміни

У м. Київ наступні фактори спричинили прогалину у тестуванні на ВІЛ та перенаправленні: (1) Послуги із тестування на ВІЛ не надаються лікарями ПМСД та більшістю вузьких спеціалістів (за виключенням фтизіатрів та венерологів); (2) Вузьким спеціалістам та лікарям ПМСД бракує знань та вмінь із тестування на ВІЛ; (3) Відсутність швидких тестів у лікувальних закладах; (4) За відсутності швидких тестів, тестування з використанням ІФА доступне лише раз на тиждень, так як вимагає транспортування біоматеріалу до лабораторії.

Для вирішення даних проблем, регіональна команда з покращення якості впровадила наступні кроки: (1) Залучення вузьких спеціалістів та фахівців ПМСД до надання послуг із тестування на ВІЛ, що включає їх навчання оцінці ризиків інфікування ВІЛ та клінічних показань до тестування, а також навичкам консультування та

тестування з використанням швидких тестів та ІФА; (2) Оптимізація маршрутів пацієнта для тестування на ВІЛ у всіх лікувальних закладах; (3) Більш часте транспортування зразків крові до лабораторії; (4) Забезпечення всіх лікувальних закладів та персоналу, задіяного у тестуванні на ВІЛ, швидкими тестами, закупленими коштом міського бюджету та/або наданими АНФ.

Масштаби заходів з покращення

Усі чотири локальні команди з покращення якості впроваджували зміну починаючи з січня 2017 року. Понад 200 фахівців було навчено наданню послуг із тестування на ВІЛ.

Заходи з покращення: опис та результати

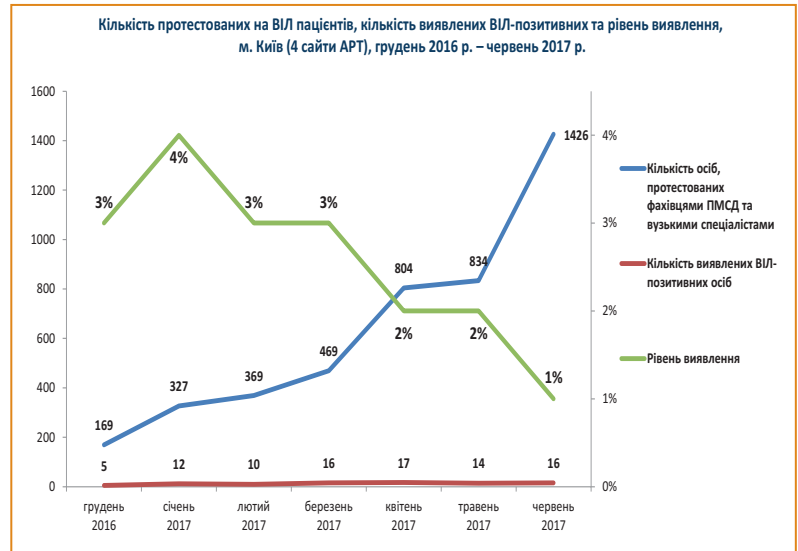
Команди з покращення якості щомісячно відстежували зміну за двома індикаторами:

- Кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькими спеціалістами та фахівцями ПМСД.
- Кількість та частка виявлених ВІЛ-позитивних.

В результаті, за період із грудня 2016 року по червень 2017 року кількість осіб, протестованих на ВІЛ вузькими спеціалістами та фахівцями ПМСД, зросла майже у 12 разів. Головним успіхом даної зміни можна вважати залучення широкого кола медичних фахівців до тестування на ВІЛ. Також збільшилась частота транспортування біоматеріалу з усіх медичних закладів. Значною мірою зросли охоплення послугами з тестування на ВІЛ та їх доступність у чотирьох районах міста.

Проте, зі збільшенням кількості пацієнтів, протестованих на ВІЛ, та помірній кількості виявлених з-поміж них ВІЛ-позитивних, рівень виявлення зменшився з 3-4% до 1-2%. Цей спад відображає «криву практичного навчання» надавачів послуг до тестування на ВІЛ, які тільки розпочали впроваджувати скринінг пацієнтів на ризиковану поведінку та тестування на ВІЛ з ініціативи медпрацівника. Також, загалом рівень виявлення ВІЛ-інфікованих осіб фахівцями ПМСД є нижчим за аналогічний показник для вузьких спеціалістів. Таким чином, залучення

до тестування на ВІЛ значної кількості фахівців ПМСД об'єктивно знижує рівень виявлення, особливо на ранніх етапах. Очікується, що рівень виявлення зросте з часом, коли фахівці стануть більш досвідченими у проведенні скринінгу на ризиковану поведінку та клінічні показання до тестування на ВІЛ, а також у консультування пацієнтів.



Засвоєні уроки та наступні кроки

Надання послуг із тестування на ВІЛ фахівцями ПМСД та вузькими спеціалістами було включено як окрему активність до Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017 – 2021 рр., розробленої у відповідності до ініціативи UNAIDS з прискореного подолання епідемії ВІЛ-інфекції у великих містах Fast Track Cities. Швидкі тести будуть закуплені з міського бюджету Києва, а тестування на ВІЛ із їх використанням увійде до рутинної практики всіх лікувальних закладів міста.

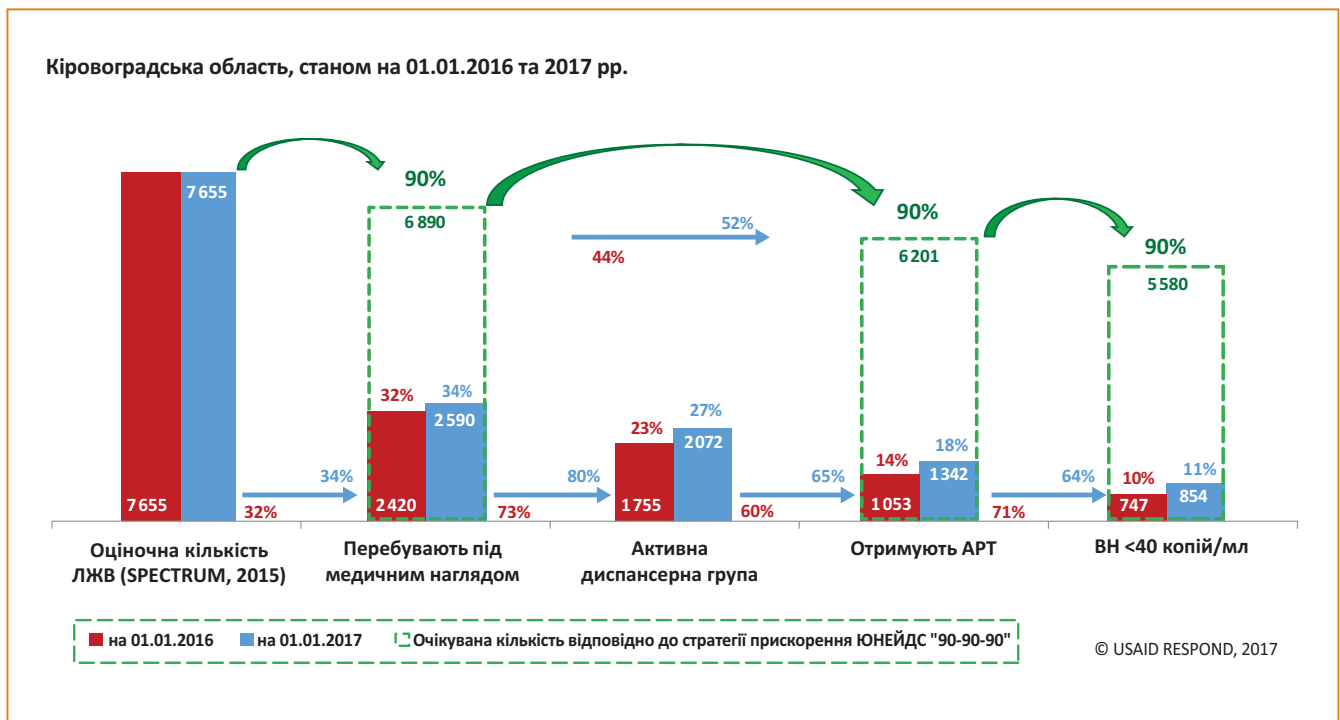


ОЦІНКА ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ТА ФАХІВЦЯМИ ПМСД РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Кіровоградській області станом на 1 січня 2016 року налічувалось 2420 ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку в обласній службі СНІ-

Ду (або 32% від їх загальної оціночної кількості у 7655 осіб). Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки диспансерної групи до 90% від загальної кількості ЛЖВ станом на вересень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Кіровоградська регіональна команда з покращення якості визначила наступні фактори причинами виникнення прогалини:

- 1) Замала кількість сайтів АРТ, де проводиться тестування, – всього два станом на 1 жовтня 2016 року.
- 2) Відсутність оцінки вузькими спеціалістами ризику інфікування ВІЛ унеможливує виявлення ЛЖВ, недоступних для традиційних підходів у тестуванні.
- 3) Відсутність у районах системи перенаправлення пацієнтів для тестування з амбулаторій на сайти АРТ.

Для усунення визначених проблем регіональна команда з покращення якості у Кіровоградській області здійснювала наступні кроки:

- 1) Три нові сайти АРТ було відкрито у м. Олександрія, Маловисківському та Новоукраїнському районах.
- 2) Лікарі-інфекціоністи з цих трьох сайтів пройшли навчання з консультивання і тестування (КіТ) за підтримки проекту USAID RESPOND.
- 3) Вузькі спеціалісти пройшли навчання з оцінки ризикованої до ВІЛ поведінки та клінічних показань до тестування.
- 4) Також вони отримали алгоритм проведення скринінгу для визначення потреб пацієнта у тестуванні на ВІЛ.
- 5) Розроблено та оновлено локальні протоколи і маршрути пацієнта з урахуванням ролі вузьких спеціалістів у перенаправленні та тестуванні пацієнтів на ВІЛ.

Масштаби заходів з покращення

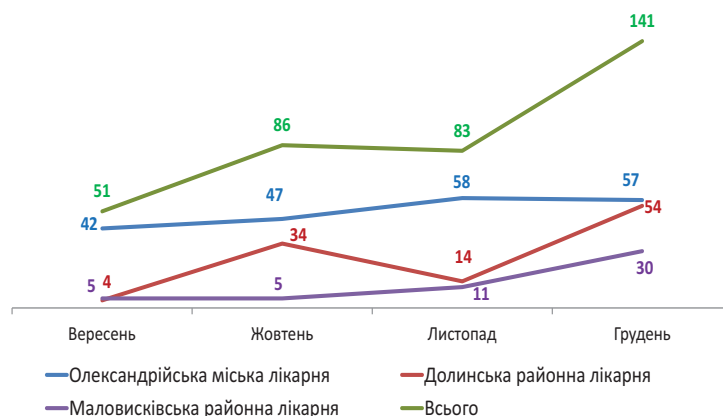
Усі п'ять команд з покращення якості у Кіровоградській області (включаючи фахівців сайтів АРТ, вузьких спеціалістів та лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) було залучено до впровадження зміни.

Заходи з покращення: опис та результати

Завдяки впровадженій зміні зросла кількість направлень вузькими спеціалістами на сайти АРТ для отримання послуг з КіТ. Це демонструє наведений нижче графік з сайтів у мм. Мала Виска, Долинка та Олександрія. Вузькі спеціалісти перенаправляли пацієнтів на тестування як за клінічними показаннями, так і за результатами скринінгу на ризиковану поведінку.

Очікувалось, що на регіональному рівні більш активне та ефективне направлення пацієнтів вузькими спеціалістами сприятиме зростанню кількості протестованих у жовтні-грудні 2016 року. Однак, дане зростання розпочалось раніше, і стало результатом масштабного тестування осіб, що прибували з зони АТО на Сході України.

Кількість направлень вузькими спеціалістами на тестування на ВІЛ, Маловисківський, Долинський та Олександрійський райони Кіровоградської області, 2016 р.



Динаміка тестування на ВІЛ на 5 сайтах АРТ, Кіровоградська обл., 2015-2016 рр.



Засвоєні уроки та наступні кроки

Описана зміна з покращення якості збільшила число осіб, направлених на тестування вузькими спеціалістами. В подальшому останніх буде забезпечено швидкими тестами для безпосереднього тестування, не вдаючись до направлень пацієнтів на сайти АРТ. Для впровадження даної ініціативи найближчим часом всі вузькі спеціалісти пройдуть навчання з КіТ.

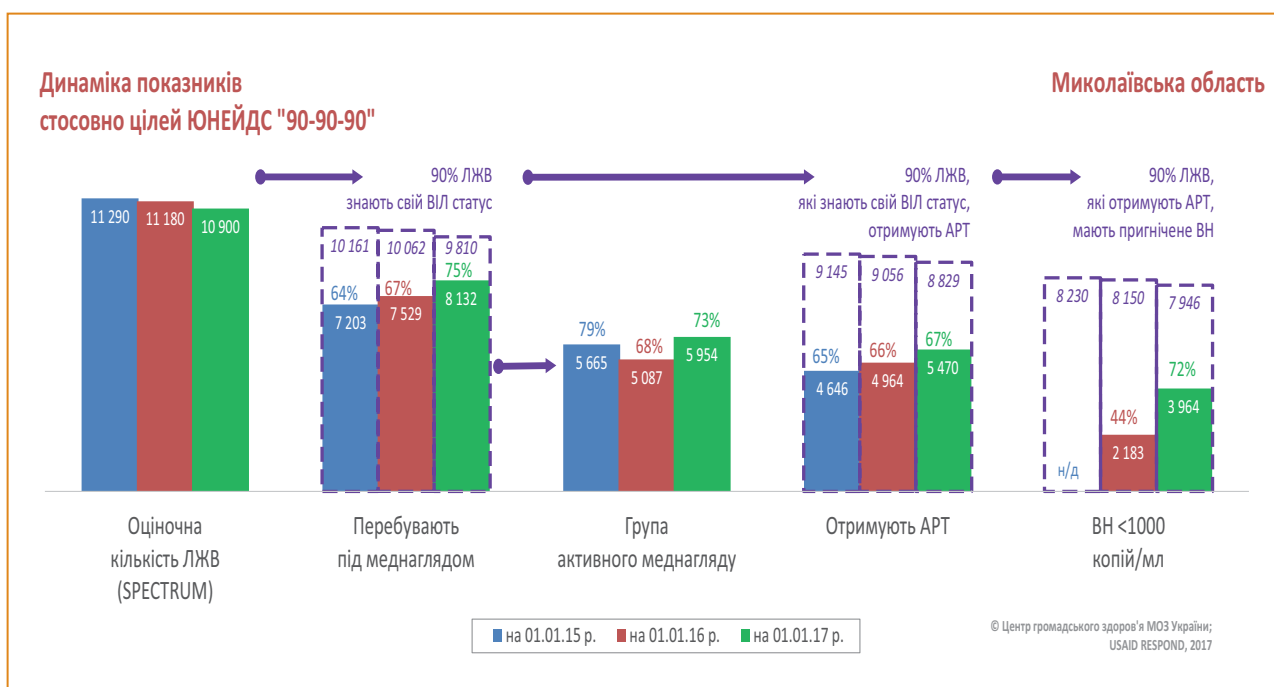


ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ СТАТЕВИХ ПАРТНЕРІВ ЛЖВ У МИКОЛАЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Миколаївській області станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в

обласній службі СНІДу складала майже 2 800 осіб або 25%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку не менш як до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у тестуванні на ВІЛ у Миколаївській області є низький рівень охоплення послугами із тестування статевих партнерів ЛЖВ. Самі ж ЛЖВ мають складнощі з обговоренням власного ВІЛ-статусу зі статевими партнерами, враховуючи наявний у суспільстві рівень стигматизації та дискримінації. У той же час, статеві партнери ЛЖВ залишаються групою із вкрай високим ризиком інфікування ВІЛ.

Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості провела тренінги із мотиваційного консультування та допомоги ЛЖВ у розкритті статусу статевим партнерам для лікарів сайтів АРТ. Окрім того, на трьох сайтах АРТ проект USAID RESPOND підтримав втручання Миколаївського відділення Мережі «100% життя», спрямоване на статевих партнерів ЛЖВ.

Масштаби заходів з покращення

Десять сайтів АРТ у Миколаївській області взяли участь у тестуванні зміни, три з яких також було посилено діяльністю Миколаївського відділення Мережі «100% життя».

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни за двома наступними індикаторами:

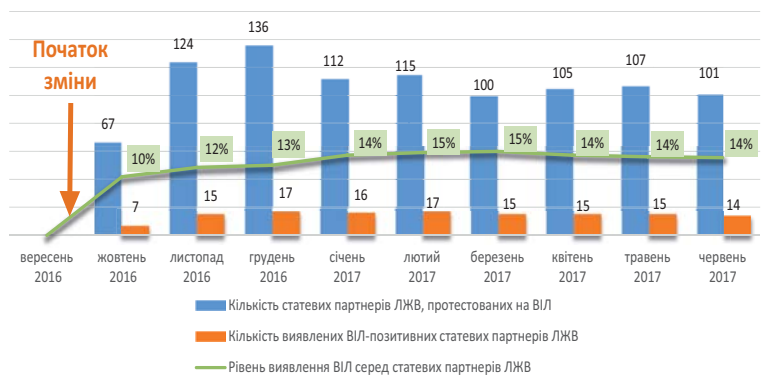
- Кількість статевих партнерів ЛЖВ, протестованих на ВІЛ.
- Кількість ВІЛ-позитивних результатів серед протестованих статевих партнерів ЛЖВ.

Впровадження даної зміни дало змогу ефективно охопити статевих партнерів ЛЖВ послугами із тестування на ВІЛ. Протягом більш як дев'яти місяців, із жовтня 2016 року по червень 2017 року, 967 статевих партнерів ЛЖВ було протестовано на десяти сайтах АРТ. Із них 131 отримав позитивний результат, що дало рівень виявлення у 13,5%.

Засвоєні уроки та наступні кроки

Хоча багато ЛЖВ приводили на тестування тільки своїх чоловіка/дружину, а не всіх статевих партнерів, зміну все ж можна вважати успішною. На рівні області вона сприяла зменшенню прогалини у тестуванні на ВІЛ із 33% станом на 1 січня 2016 року до 25% на 1 січня 2017 року (див. крос-секційний каскад). Всі десять сайтів АРТ продовжать надавати послуги з консультування і тестування на ВІЛ статевим партнерам ЛЖВ, водночас покращуючи співпрацю з НУО, здатними посилити їх діяльність власними заходами.

Кількість статевих партнерів ЛЖВ, протестованих на ВІЛ, кількість виявлених ВІЛ-позитивних та рівень виявлення ВІЛ серед них, 10 сайтів АРТ Миколаївської обл., вересень 2016 р. – червень 2017 р.



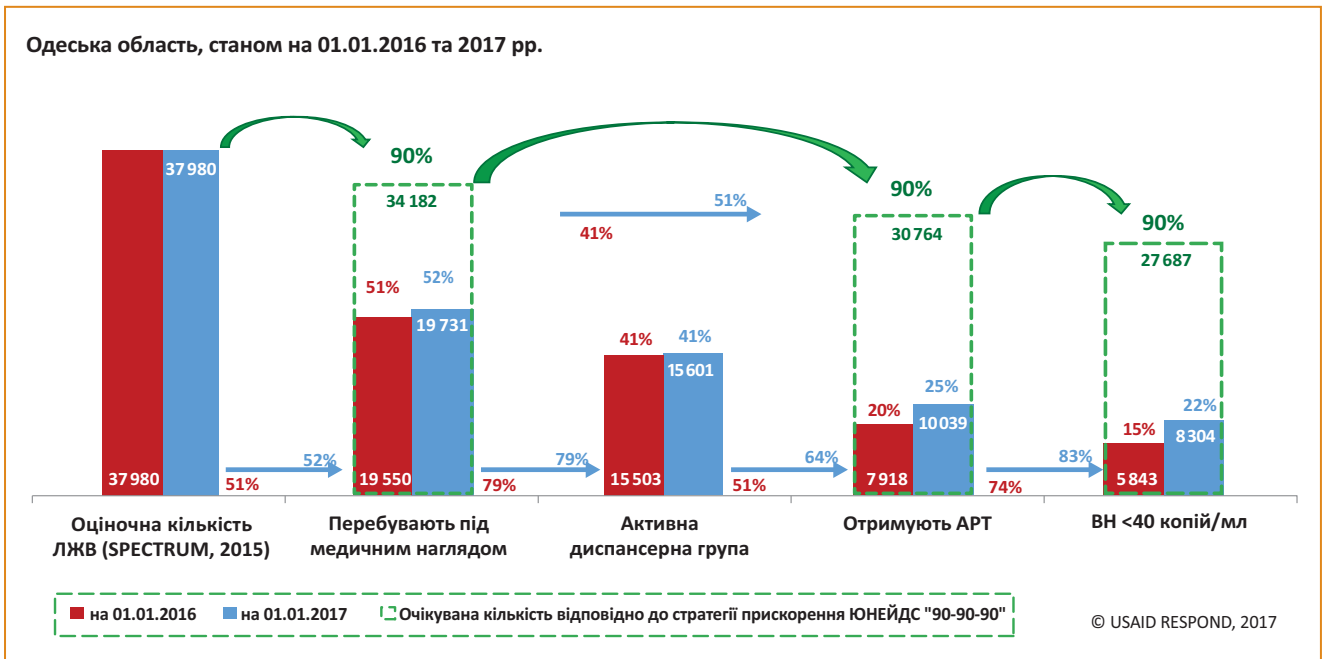


ТЕСТУВАННЯ З ІНІЦІАТИВИ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ (ФТИЗІАТР, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ, НАРКОЛОГ, ГІНЕКОЛОГ) В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

В Одеській області станом на 1 січня 2016 року налічувалось 19 550 ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку в обласній службі

СНІДу (або 51% від їх загальної оціночної кількості у 37 980 осіб). Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки диспансерної групи до 80% від загальної кількості ЛЖВ станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Основні причини для прогалини у тестуванні в Одеській області, визначені регіональною командою з покращення якості, – це відсутність як оцінки ризику інфікування ВІЛ, так і тестування з ініціативи вузьких спеціалістів (таких як фтизіатри, дерматовенерологи, наркологи та гінекологи).

Для вирішення даних проблем локальні команди з покращення якості в Одеській області здійснюють наступні кроки:

- 1) Навчання вузьких спеціалістів скринінгу на клінічні показання та ризиковану до інфікування на ВІЛ поведінку.
- 2) Навчання вузьких спеціалістів тестуванню на ВІЛ.
- 3) Розробка та розповсюдження серед вузьких спеціалістів алгоритму проведення скринінгу для визначення потреб пацієнта у тестуванні на ВІЛ.

- 4) Забезпечення вузьких спеціалістів швидкими тестами.
- 5) Розробка або оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта з урахуванням ролі вузьких спеціалістів у тестуванні на ВІЛ.

Масштаби заходів з покращення

Усі 28 локальних команд з покращення якості в Одеській області (включаючи фахівців сайтів АРТ, вузьких спеціалістів та лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) було залучено до впровадження зміни. За підтримки проекту USAID RESPOND, 125 місцевих лікарів навчилися використовувати алгоритм скринінгу на ризиковану поведінку та проводити тестування з ініціативи медичного працівника.

Заходи з покращення: опис та результати

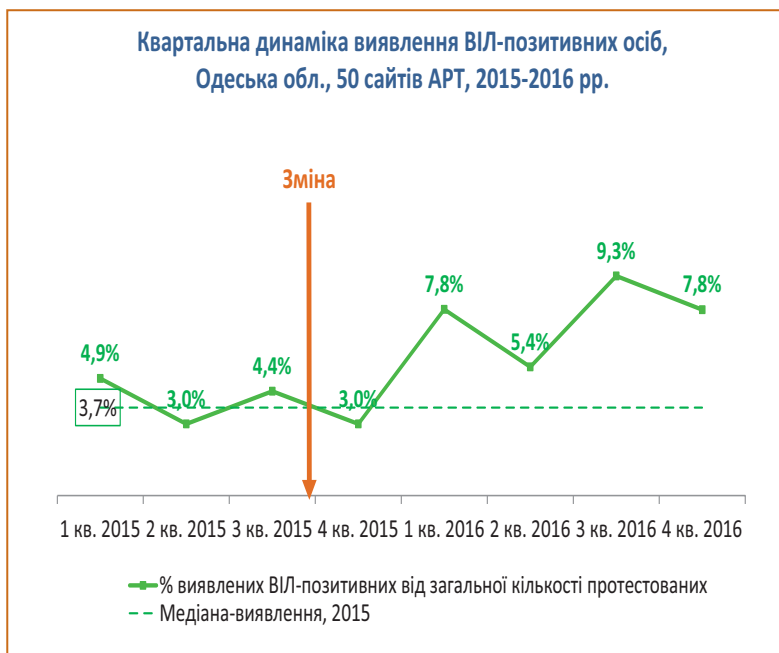
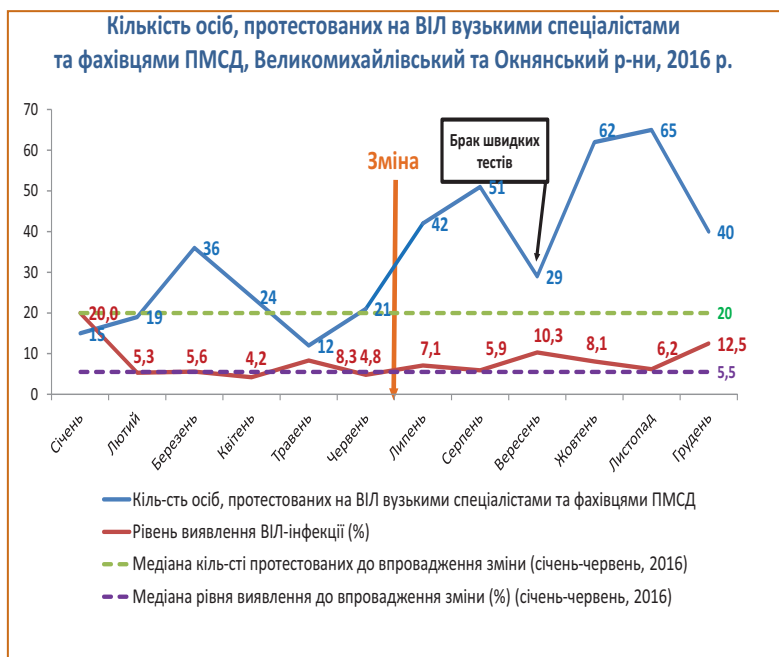
Впроваджена зміна сприяла зростанню кількості тестувань, проведених з ініціативи вузьких спеціалістів, що показано на графіку з Окнянського та Великомихайлівського сайтів з покращення якості в Одеській області. Тестування пацієнтів здійснювалось як за клінічними показаннями, так і за наявністю ризикованої поведінки.

Засвоєні уроки та наступні кроки

Використання вузькими спеціалістами скринінгу на ризиковану поведінку та клінічні показання до тестування на ВІЛ сприяло зростанню рівня виявлення ВІЛ-інфекції в Одеській області.

Описана зміна довела свою ефективність, тож в подальшому її буде інституціолізовано та впроваджено на всіх сайтах АРТ в Одеській області. В якості наступних кроків, з початку 2017 року районними лікарнями буде закуплено швидкі тести коштом місцевих бюджетів, відповідно до потреб, визначених в ході впровадження даної зміни.

На обласному рівні результатом даної зміни можна вважати помірний успіх у частковому заповненні прогалини між оціночною кількістю ЛЖВ та диспансерною групою, з 49% станом на 1 січня 2016 року до 48% на 1 січня 2017 року (див. крос-секційний каскад)



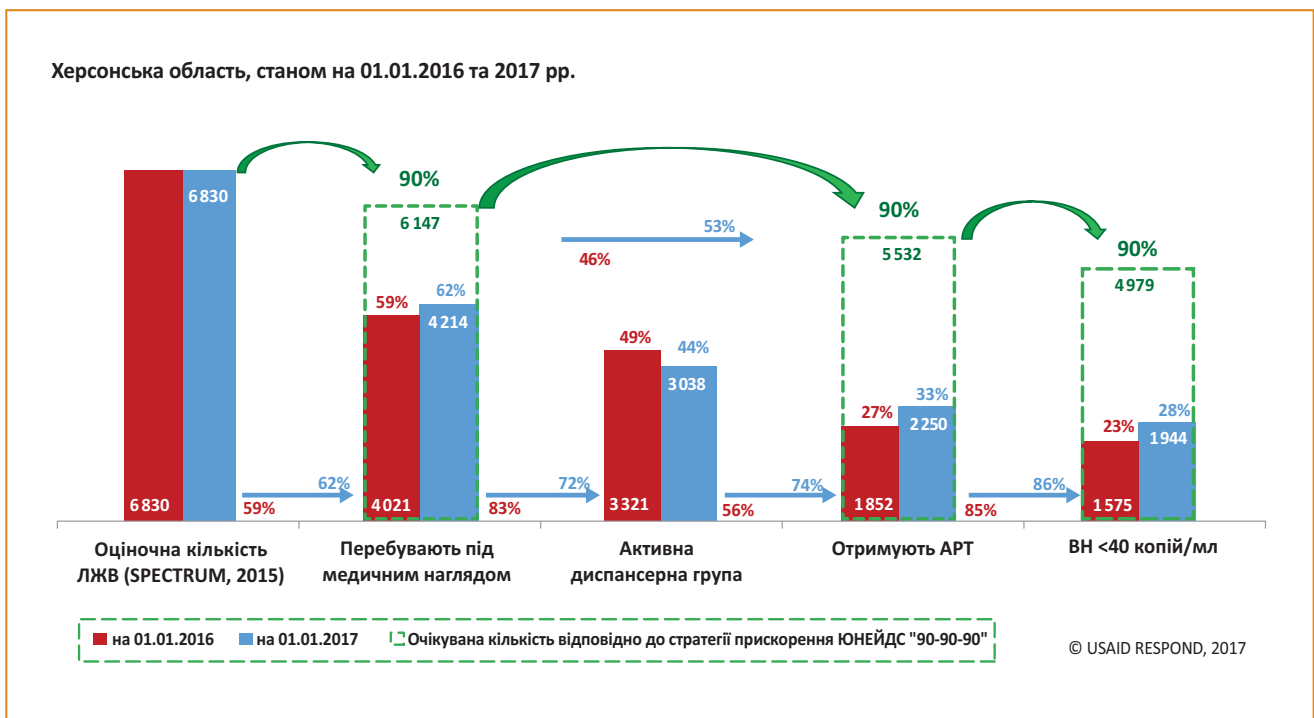


ОЦІНКА ВУЗЬКИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ У ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Херсонській області станом на 1 січня 2016 року налічувалось 4021 ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку в обласній службі СНІ-

Ду (або 59% від їх загальної оціночної кількості у 6830 осіб). Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки диспансерної групи до 80% від загальної кількості ЛЖВ станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Як основну причину прогалини у тестуванні регіональна команда з покращення якості визначила низький рівень навичок скринінгу на ризиковану до інфікування на ВІЛ поведінку у вузьких спеціалістів (таких як фтизіатри, дерматовенерологи, наркологи та гінекологи). Робота по заповненню регіональною командою даної прогалини включала наступні кроки:

- Вузькі спеціалісти отримали алгоритм проведення скринінгу для визначення потреб пацієнта у тестуванні на ВІЛ, розроблений фахівцями проекту USAID RESPOND.

- Лікарі пройшли навчання із використання скринінгу на ризиковану поведінку.
- Пацієнтам, з визначеним ризиком інфікування ВІЛ, пропонувалось пройти тестування.

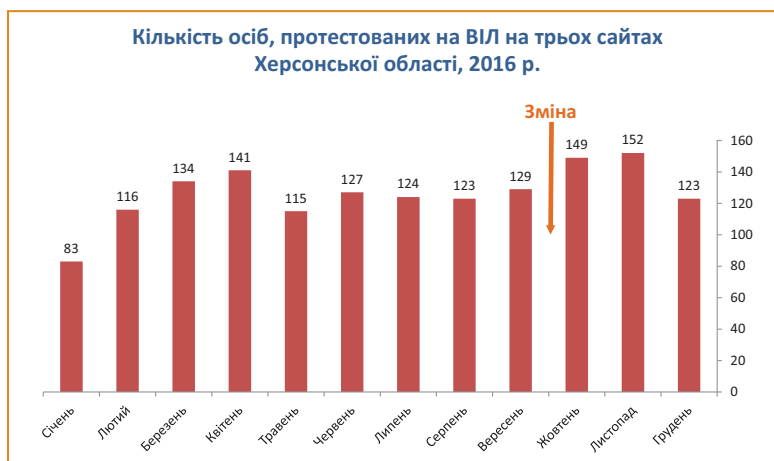
Масштаби заходів з покращення

Три з дванадцяти локальних команд з покращення якості розпочали впроваджувати пілотні зміни, спрямовані на підвищення рівня тестування серед пацієнтів з високим ризиком інфікування ВІЛ. Зміни впроваджувались на сайтах АРТ у Херсонській міській лікарні імені Є. Є. Карабелеша, Великоолександрівській та Генічеській міських лікарнях.

Заходи з покращення: опис та результати

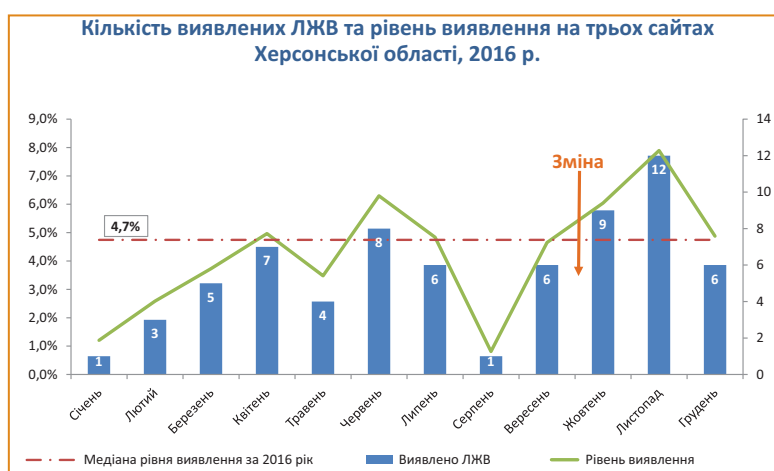
Впровадження зміни відстежувалось щомісячно за показниками кількості протестованих на трьох зазначених сайтах та кількості/частці осіб, що отримували позитивний результат тесту.

Як видно на графіку, з початку впровадження зміни рівень виявлення ВІЛ-інфекції знаходиться вище медіани.



Засвоєні уроки та наступні кроки

На обласному рівні впроваджена зміна сприяла заповненню прогалини у частці диспансерної групи від загальної оціночної кількості ЛЖВ з 41% станом на 1 січня 2016 року до 38% на 1 січня 2017 року. В подальшому дану зміну буде поширено на всі сайти АРТ у Херсонській області.





ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ЗАЛУЧЕННІ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



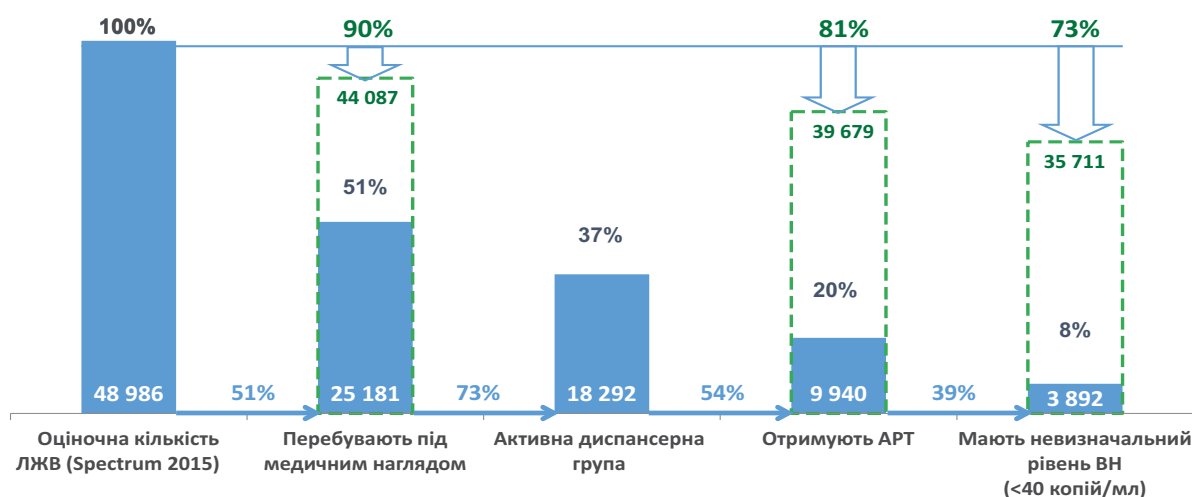
ЗАЛУЧЕННЯ ЛЖВ ДО МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СЛУЖБІ СНІДУ ПЕРЕД ВИПИСКОЮ З ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ ДИСПАНСЕРІВ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, у Дніпропетровській області 49 000 осіб живуть з ВІЛ, у тому числі 25 200 (51%) осіб перебувають на обліку в службі СНІДу області станом на 1 січня 2016 року. За

підтримки Проекту РЕСПОНД 37 груп з надання послуг (включаючи сайти АРТ, спеціалістів, надавачів первинної медичної допомоги (ПМД) та НУО) почали впроваджувати заходи з покращення якості, щоб до березня 2017 року досягти показника 60% залучення до медичної допомоги та програми лікування.

Дніпропетровська область, станом на 01.01.2016 р.



Системні питання і протестовані зміни

Регіональна команда з покращення якості з'ясувала, що однією з причин прогалини між залученням до медичної допомоги та початком лікування є втрата для подальшого нагляду ЛЖВ, виявлених у протитуберкульозних, наркологічних та інших медичних закладах, після їхньої виписки з цих закладів. Ця втрата відбувається внаслідок відсутності уніфікованого реєстру ЛЖВ, спільного для цих закладів та служби СНІДу, відсутності співпраці цих закладів зі службою СНІДу, а також з огляду на вимоги щодо

збереження конфіденційності даних про пацієнтів, які унеможливають передачу інформації про пацієнта з одного закладу до іншого без інформованої згоди пацієнта.

Для вирішення цієї проблеми команди з покращення якості визначили, які конкретні зміни необхідно впровадити в регіоні, і здійснили такі кроки: (1) почали вимагати від пацієнтів, яких уперше виявили в стаціонарах, підписувати форму інформованої згоди на передачу їхніх особистих даних до служби СНІДу під час їхнього лікування в протитуберкульозних чи наркологічних диспансерах; (2) сприяли тому, щоб стаціонарні медичні заклади закінчили

підготовку документації, необхідної для залучення ЛЖВ, які проходять лікування у стаціонарі, до лікування і догляду в службі СНІДу; (3) забезпечили передачу заповнених реєстраційних форм зі стаціонарів до служб СНІДу, розташованих найближче до місця проживання пацієнтів, перед їхньою випискою з лікарні; та (4) впровадили посаду спеціаліста з ВІЛ (лікаря-інфекціоніста) у протитуберкульозних і наркологічних диспансерах.

Масштаби заходів з покращення

До впровадження цих змін було залучено сім сайтів АРТ у Дніпропетровській області – обласні та міські протитуберкульозні та наркологічні диспансери в Дніпрі, Кривому Розі, Нікополі та Павлограді.

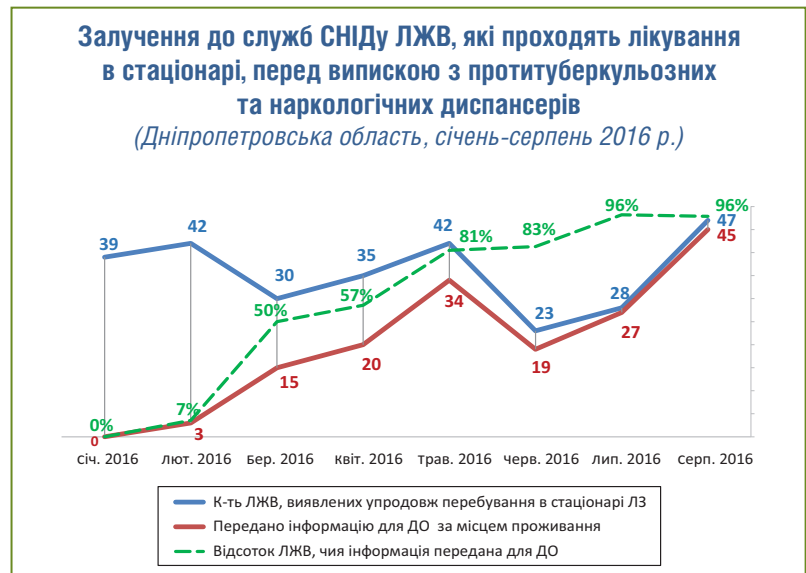
Засвоєні уроки і наступні кроки

Впроваджені у Дніпропетровській області зміни сприяють зменшенню прогалини у залученні ЛЖВ до медичної допомоги шляхом направлення ЛЖВ, які проходили лікування в стаціонарах, до служб СНІДу за місцем проживання перед їхньою випискою з протитуберкульозних і наркологічних закладів. Якщо ЛЖВ не зверталися до служби СНІДу після виписки з лікарні, місцевий сайт АРТ мав можливість відстежити їхнє перебування за допомогою контактної інформації, яка містилася в реєстраційних документах і була надана лікарнями. Якщо ЛЖВ розпочинали АРТ під час госпіталізації, місцевий сайт АРТ міг заздалегідь спланувати надання їм необхідних АРВ-препаратів. Наступним кроком обласна команда з покращення якості вважає впровадження цих змін у Дніпропетровській обласній клінічній лікарні.

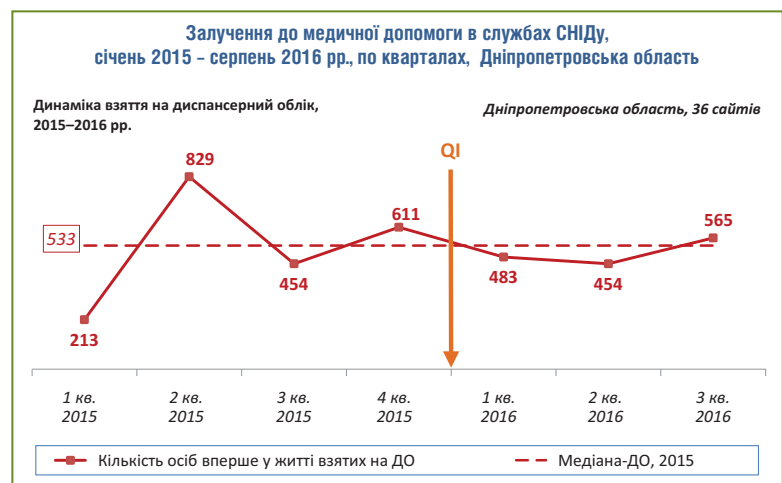
Утім, ці зміни зумовили лише обмежений вплив на залучення пацієн-

Заходи з покращення: опис та результати

Результати впровадження змін відстежувалися щомісяця. Частка ЛЖВ, залучених до служб СНІДу перед випискою з семи протитуберкульозних та наркологічних закладів, за вісім місяців 2016 року підвищилася з 0 до 96% (див. діаграму нижче).



тів до лікування на обласному рівні (див. діаграму нижче). Загальна кількість ЛЖВ, направлених у 2016 році до служб СНІДу в області, досі залишається на середньому рівні 2015 року. Це пояснюється тим, що в січні–серпні 2016 року в області бракувало лабораторних матеріалів для підтверджувальних тестів ІФА. Цей дефіцит гальмував залучення ЛЖВ до послуг з допомоги та лікування в більшості закладів, адже ці заклади не могли надавати їм медичну допомогу без підтверджувальних тестів ІФА. Регіональні партнери у Дніпропетровській області очікують значне зростання кількості ЛЖВ, які пройдуть тестування та будуть залучені до лікування в І кварталі 2017 фінансового року, оскільки у вересні 2016 року область отримала лабораторні матеріали для проведення підтверджувальних тестів ІФА.



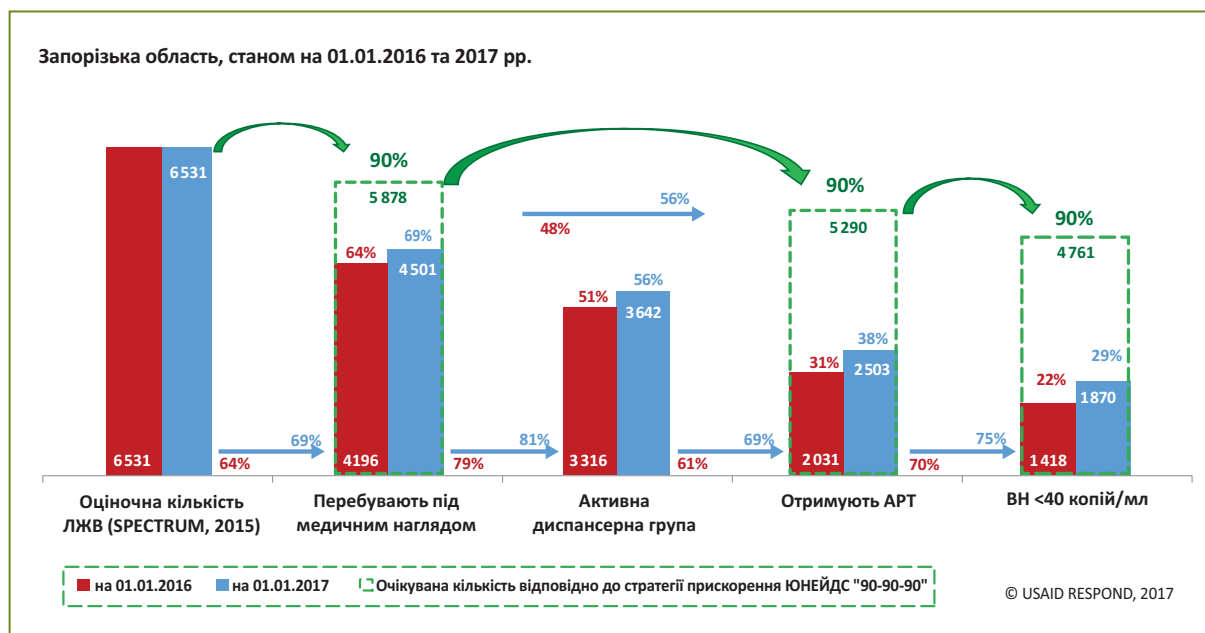


СПІВПРАЦЯ З НУО (СУПРОВІД СОЦІАЛЬНИМ ПРАЦІВНИКОМ) ДЛЯ ЗАЛУЧЕННЯ ЛЖВ ДО СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Запорізькій області станом на 1 січня 2016 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансер-

ному обліку та активною диспансерною групою складала 880 осіб, або 21%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки активної диспансерної групи до 95% до 2020 року.



Системні питання та протестовані зміни

Команда з покращення якості при Мелітопольському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом визначила рівень взаємодії між Центром СНІДу та ЛЖВ з диспансерної групи як недостатній, що призводить до «випадіння» пацієнтів із континууму послуг.

Для вирішення даної проблеми з червня 2016 року локальна команда розширила робоче навантаження та години праці патронажної медсестри СНІД-центру. Медсестра стала отримувати з Центру СНІДу інформацію щодо пацієнтів, які пропускають прийоми, або використовувати відповідні дані з електронного інструменту реєстрації пацієнтів STMA (Simplified Treatment Management Application). Далі згідно цих даних медсестра проводить патронажні візити на дому, спрямовані на повернення пацієнтів до активної диспансерної групи.

Масштаби заходів з покращення

Зміну впроваджувала одна команда з покращення якості – при Мелітопольському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

Заходи з покращення: опис та результати

Зміна відстежувалась щомісячно за показниками ефективності патронажної медсестри у поверненні пацієнтів до системи медпослуг з використанням візитів та телефонних нагадувань. Наведений нижче графік з періоду червень-грудень 2016 року показує ефективність даного підходу. До впровадження зміни медсестра забезпечувала повернення до активної диспансерної групи 24% ЛЖВ, що «загубились», але з червня цей показник сягнув 69%.

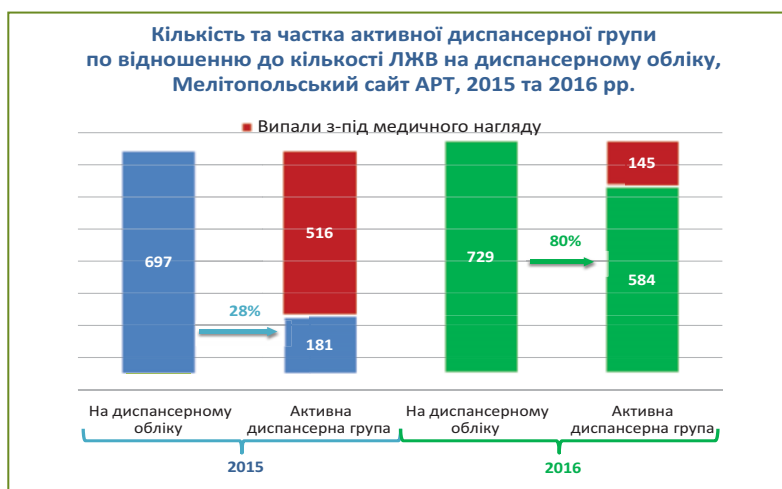
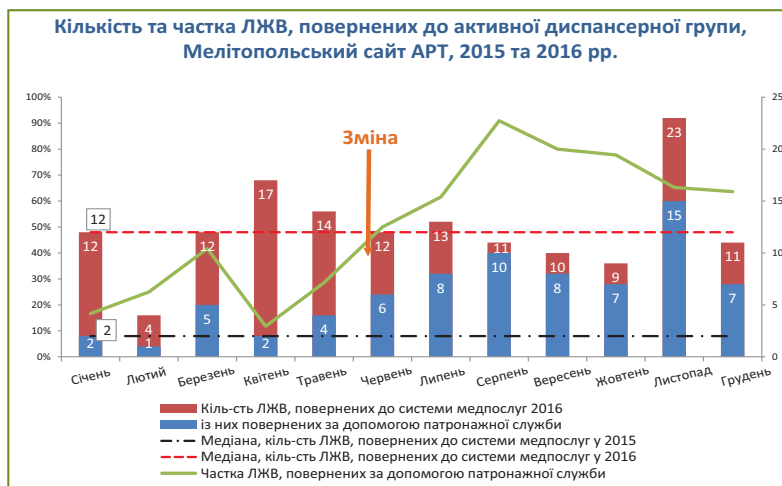
На рівні області дана зміна з покращення якості зменшила прогалину у частці активної диспансерної групи від кількості зареєстрованих ЛЖВ з 21% у 2015 році до 19% у 2016 (див. крос-секційний каскад).

Засвоєні уроки та наступні кроки

В результаті впровадження зміни частка активної диспансерної групи зросла до 81% від кількості ЛЖВ на диспансерному обліку.

Зміна сприяла заповненню прогалини у кількості ЛЖВ під медичним наглядом, повертаючи пацієнтів до системи медпослуг із щонайменше одним прийомом на рік. Наведений нижче графік показує збільшення кількості та частки активної диспансерної групи з 2015 по 2016 рік.

Залучення патронажної медсестри стало ефективною відповіддю на виклики перед системою ВІЛ-послуг в області. В подальшому для заповнення описаної прогалини кейс-менеджери з місцевого відділення БО «Мережа 100% життя» братимуть участь у поверненні пацієнтів до активної диспансерної групи. Цю діяльність заплановано в рамках ініціативи «Посилення континууму ВІЛ-послуг на сайтах АРТ», що впроваджується за підтримки проекту USAID RESPOND.



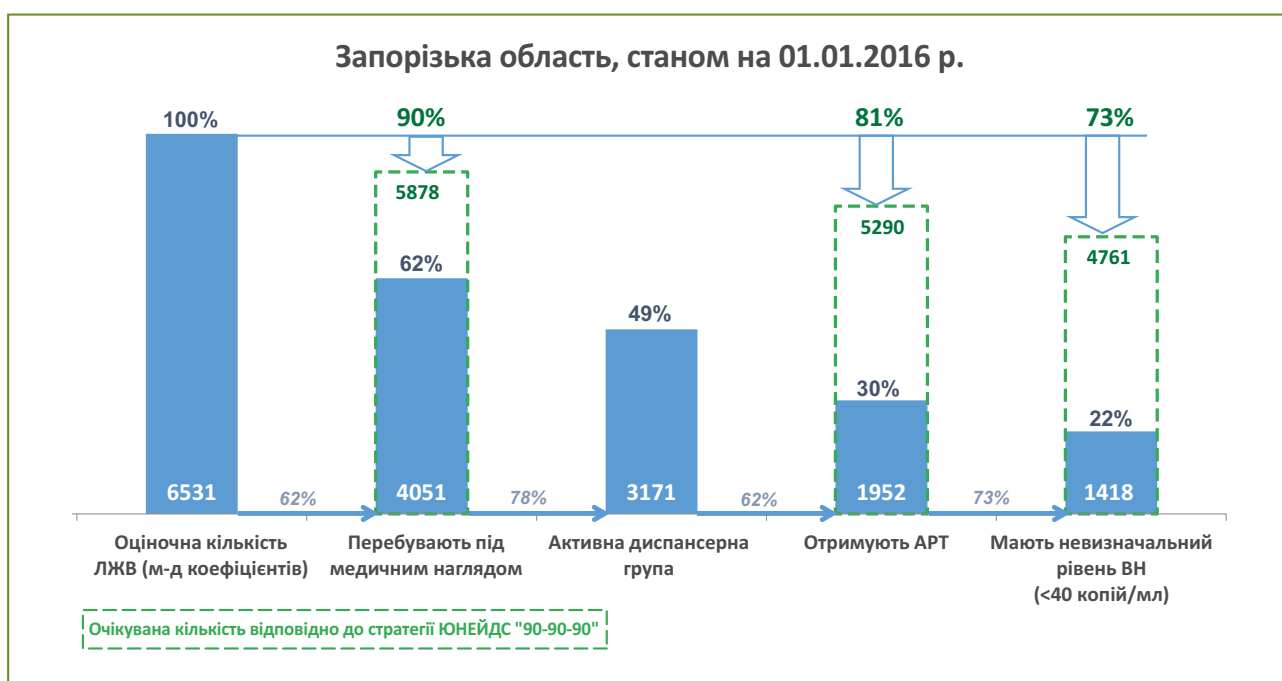


ЗБІЛЬШЕННЯ ЧАСУ РОБОТИ САЙТІВ АРТ, НАДАННЯ ЛАБОРАТОРНИХ ПОСЛУГ ПІД ЧАС ОДНОГО ВІЗИТУ ПАЦІЄНТА ТА ПОКРАЩЕННЯ ЛОГІСТИКИ МІЖ САЙТАМИ АРТ ТА ЛАБОРАТОРІЯМИ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

Оціночна кількість ЛЖВ в Запорізькій області становить 6 500 осіб. Станом на 1 січня 2016 року 4 000 осіб (62%) перебували на обліку в службі СНІДу області, а 3 200 осіб (49%) були залучені до медичної допомоги з подальшим спостережен-

ням щонайменше впродовж року. За підтримки Проекту РЕСПОНД 12 місцевих команд з покращення якості (включаючи представників сайтів АРТ, спеціалістів, працівників ПМД та НУО) розпочали впровадження заходів з покращення якості, щоб до березня 2017 року взяти на облік 80% ЛЖВ впродовж 30 днів після отримання позитивних результатів скринінгу на ВІЛ.



Системні питання і протестовані зміни

Команди з покращення якості в Запорізькій області визначили, що основними причинами прогалини у залученні ЛЖВ до медичної допомоги були такі: (1) коротка тривалість роботи сайтів АРТ, що обмежує доступ ЛЖВ до послуг; (2) необхідність численних візитів для проходження різних лабораторних тестів; та (3) тривалий час очікування результатів тестування на ВІЛ та інших лабораторних тестів, спричинений нечастим транспортуванням матеріалів до центральної лабораторії.

Для зменшення цієї прогалини у залученні ЛЖВ до медичної допомоги команди з покращення якості в Запоріжжі впровадили такі зміни:

- (1) збільшили час роботи кабінетів «Довіра»/сайтів АРТ з двох до восьми годин на день;
- (2) оптимізували транспортування біоматеріалів до лабораторії: їх почали відвозити туди щонайменше раз на тиждень;
- (3) забезпечили повідомлення про позитивні результати тестів на ВІЛ з центральної лабораторії до районних сайтів АРТ за допомогою електронної пошти впродовж одного дня;
- (4) почали проводити лабораторні тести, необхідні для взяття на облік (підтверджувальні тести ІФА, CD4 та біохімічний аналіз крові) впродовж одного візиту ЛЖВ до кабінету «Довіра»/сайту АРТ.

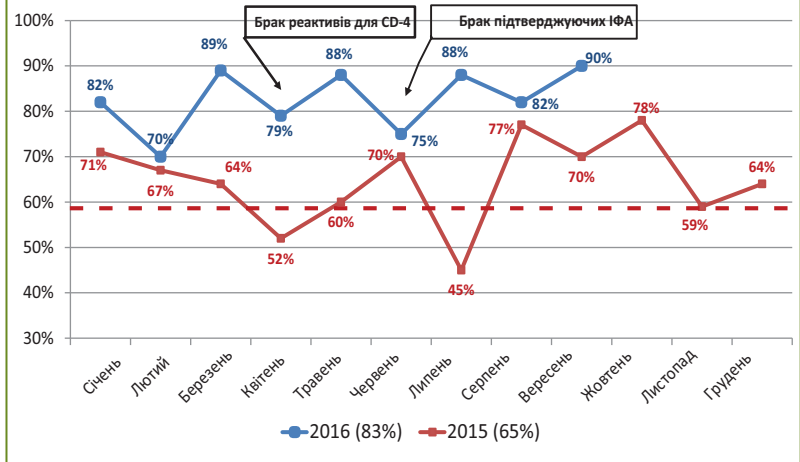
Масштаби заходів з покращення

Усі 12 команд з покращення якості в Запорізькій області (включаючи представників сайтів АРТ, спеціалістів з ТБ, ПСШ, наркології та АГС, працівників ПМД, двох НУО та представників ЛЖВ) впроваджують ці зміни для подолання розриву в залученні пацієнтів до медичної допомоги. Дев'ять команд з покращення якості (на сайтах у містах Токмак, Енергодар, Василівка, Пологи, Куйбишев, у Мелітопольському, Бердянському та Запорізькому протитуберкульозних диспансерах) впровадили зміни (1)–(3), а сайти з покращення якості в Бердянській міській лікарні, Мелітопольському міському та Запорізькому обласному центрах СНІДу впровадили зміну (4).

Заходи з покращення: опис та результати

Результати описаних змін відображено на графіку нижче. Щомісячні відсотки ЛЖВ, взятих на облік у службах СНІДу впродовж 30 днів після скринінгу на ВІЛ у 2016 році, перевищують середні показники 2015 року, таким чином демонструючи покращення ситуації. Обсяги покращення у 2016 році були дещо обмеженими внаслідок кількох відомих факторів, включаючи нестачу лабораторних матеріалів для тестування на CD4 та проведення підтверджувальних тестів ІФА відповідно у квітні та червні.

Відсоток ЛЖВ, зареєстрованих в службах СНІДу впродовж 30 днів після скринінгу на ВІЛ, січень 2015 – вересень 2016 рр., Запорізька область



Аналогічним чином, кількість осіб, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ і яких було взято на облік у службах СНІДу за три квартали 2016 року, перевищує середні показники 2015 року, що є доказом покращення.

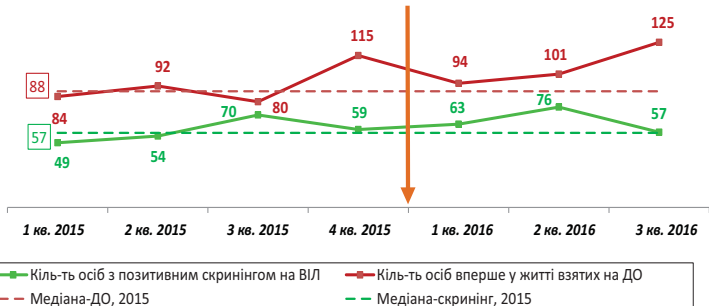
Засвоєні уроки і наступні кроки

Зміни, впроваджені в Запорізькій області, відображено в показнику результату – кількості ЛЖВ, яких узято на облік у службах СНІДу, – і цей показник у 2016 році перевищує середні показники 2015 року (див. графік нижче).

Ці зміни вважаються успішними з огляду на залучення ЛЖВ до медичної допомоги. Їх буде офіційно впроваджено на всіх наявних, а також чотирьох нових сайтах АРТ, які планується відкрити наприкінці 2016 року. Така інституціалізація здійснюватиметься шляхом внесення описаних змін до обласних нормативних актів про сайти АРТ, як вимоги до СОП на сайтах АРТ.

Кількість осіб, які отримали позитивний результат скринінгу на ВІЛ та були зареєстровані в службах СНІДу, по кварталах, 2015-2016 рр., Запорізька область

Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб, та взяття на диспансерний облік, 2015–2016 рр. Zaporizhzhya Region, 12 QI sites



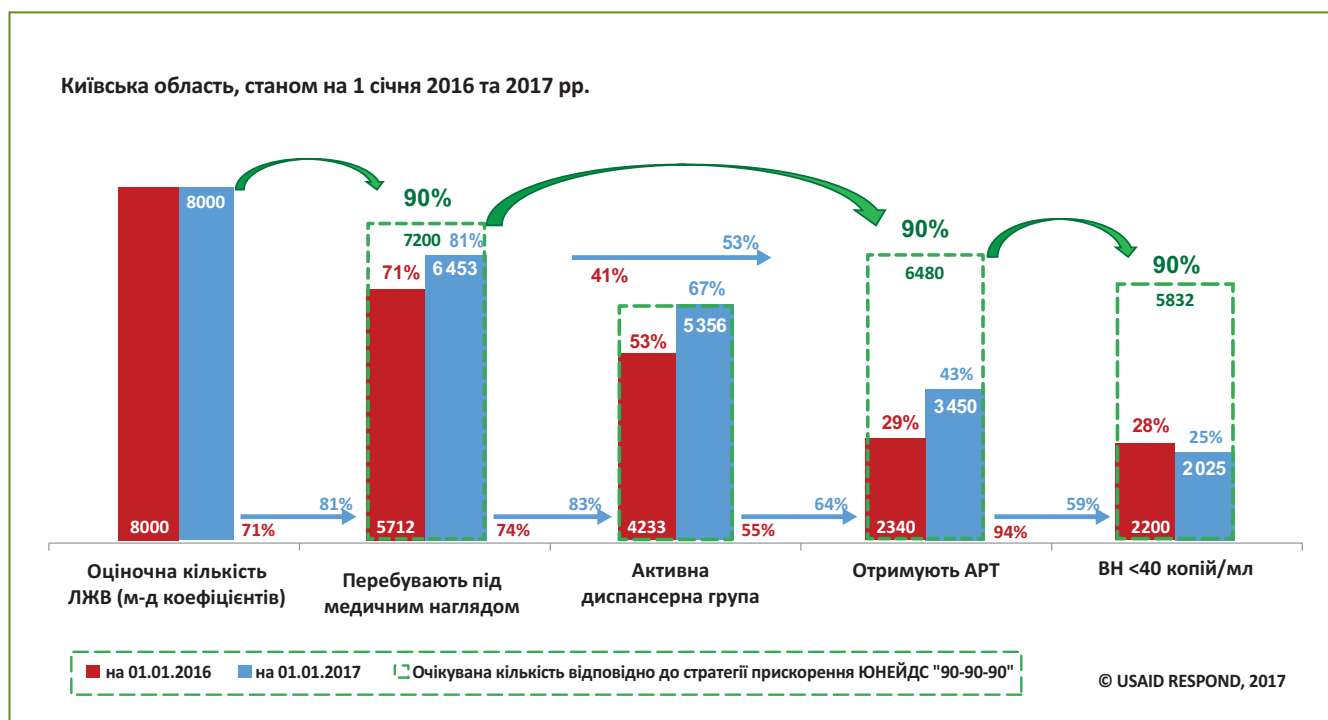


ПОВЕРНЕННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ЗАГУБИЛИСЬ З-ПІД МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ, ДО СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗА ДОПОМОГОЮ ПИСЬМОВИХ НАГАДУВАНЬ, СМС-ПОВІДОМЛЕНЬ ТА ТЕЛЕФОННИХ ДЗВІНКІВ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Київській області станом на 1 січня 2016 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному

обліку та активною диспансерною групою складала понад 1 400 осіб, або 26%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки активної диспансерної групи до 94% станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Як одну з головних причин «випадіння» пацієнтів з континууму послуг регіональна команда з покращення якості визначила те, що пацієнти часто забувають про прийоми на сайті АРТ. Це є наслідком відсутності на сайтах ефективного механізму утримання у системі медпослуг, а також конкуруючі життєві пріоритети пацієнтів. Для заповнення даної прогалини регіональна команда розробила низку змін спрямовану на пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку, але не відвідують СНІД-центр чи сайт АРТ належним чином. Пацієнтам, які загубилися з-під медичного нагляду ще 2004 року, медсестри та/або соціальні працівники телефонували, нагадуючи про необхідність відвідувань сайтів АРТ. Два сайти (у мм. Бровари та Біла Церква) також використовували патронаж пацієнтів на

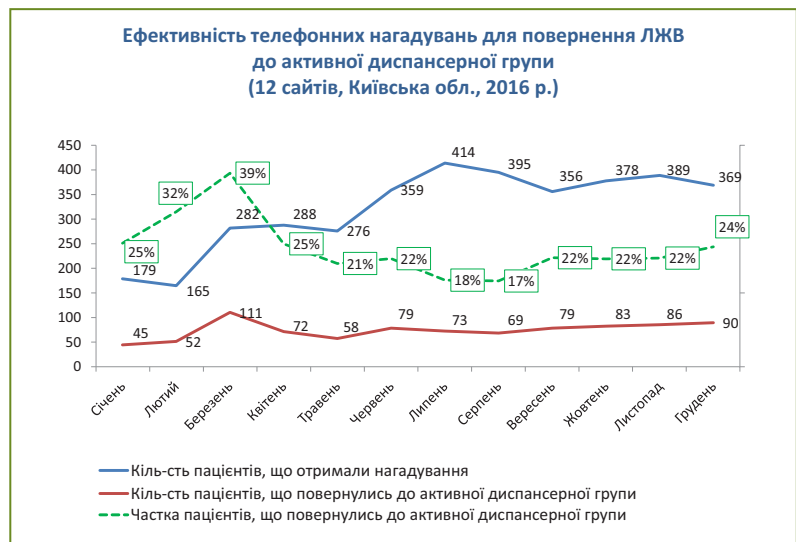
дому в якості додаткового методу залучення. Пацієнти, яких не було вдома під час візиту, отримували листи із нагадуванням про прийом у лікаря на місцевому сайті. При цьому, в листах не згадувалась ВІЛ-інфекція на випадок прочитання сторонньою особою.

Масштаби заходів з покращення

Дванадцять сайтів АРТ у Київській області (сайти АРТ у мм. Біла Церква, Бориспіль, Бровари, Ірпінь, Боярка, Фастів, Вишгород, Миронівка, Обухів, Ржищів, Васильків та Київський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом) долучились до впровадження змін. На всіх сайтах АРТ для повернення пацієнтів до активної диспансерної групи використовувались телефонні дзвінки, а також патронаж на дому і листи-нагадування в якості додаткових заходів.

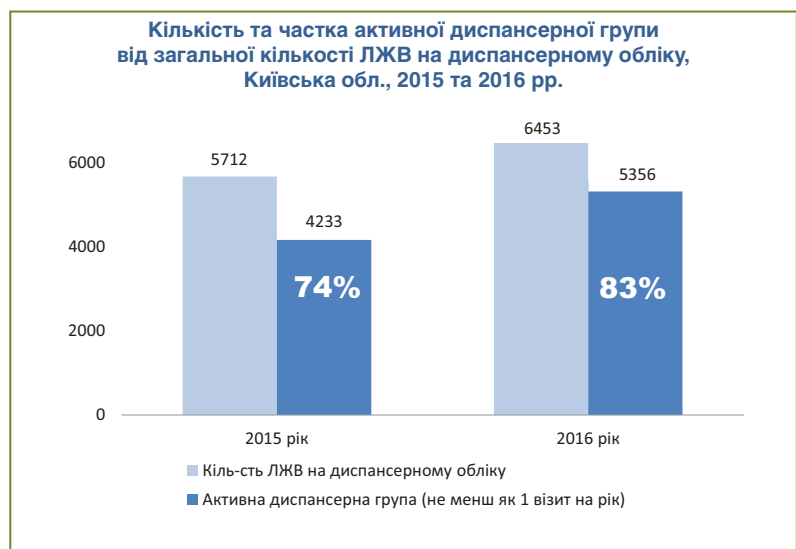
Заходи з покращення: опис та результати

Впровадження зміни відстежувалось за двома показниками: кількість телефонних нагадувань та кількість пацієнтів, що прийшли на прийом після нагадування. Наведений нижче графік показує ефективність телефонних дзвінків пацієнтам у 2016 році: 17-39% пацієнтів поверталися до активної диспансерної групи завдяки заходам із залучення до системи мед-послуг.



Засвоєні уроки та наступні кроки

Зміни, впроваджені у Київській області, сприяли заповненню прогалини у частці активної диспансерної групи від кількості зареєстрованих ЛЖВ з 26% у 2015 році до 17% у 2016 (див. крос-секційний каскад). Як результат, 83% пацієнтів з диспансерної групи здійснюють щорічно принаймні один візит на сайт АРТ.



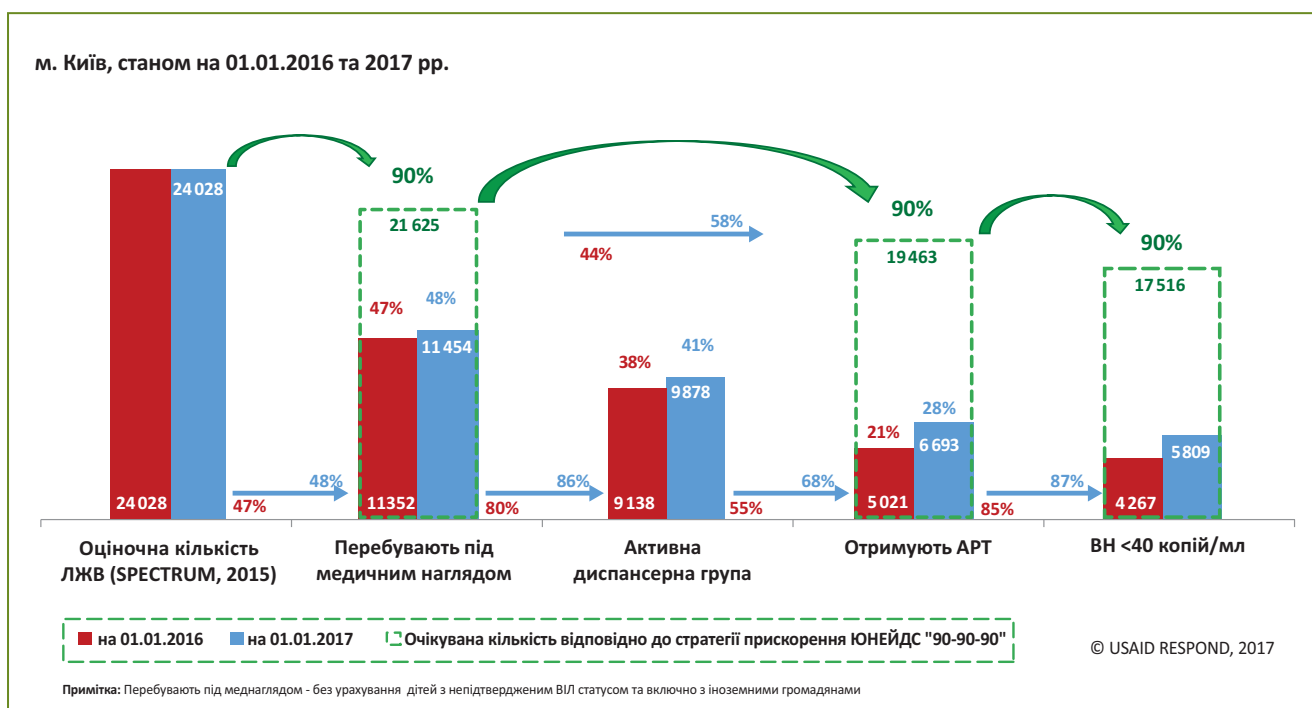


ПРОВЕДЕННЯ НЕОБХІДНИХ ЛАБОРАТОРНИХ АНАЛІЗІВ (ІФА, CD4 ТА БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ) ЗА ОДИН ВІЗИТ ПАЦІЄНТА ДО КАБІНЕТУ «ДОВІРА»/САЙТУ АРТ У МІСТІ КИЄВІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Києві станом на 1 січня 2016 року налічувалось 11 352 ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку у службі СНІДу (або 47% від їх загаль-

ної оціночної кількості у 24 028 осіб). Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки диспансерної групи принаймні до 60% від загальної кількості ЛЖВ станом на квітень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Для взяття на диспансерний облік у службі СНІДу та подальшого призначення АРТ, пацієнт повинен отримати результати підтверджувальних аналізів: ІФА, CD4 та біохімічного аналізу крові. З огляду на це, регіональна команда з покращення якості визначила наступні причини низького рівня взяття ЛЖВ на диспансерний облік:

- 1) Тривалий період очікування результатів підтверджувального ІФА (3-7 днів).
- 2) Лабораторні аналізи призначаються лише після отримання результатів підтверджувального ІФА.
- 3) Всі процедури для взяття на облік вимагають від пацієнта численних візитів до лікувального закладу.
- 4) Обмежений час роботи забору крові.
- 5) Деякі аналізи платні.

У відповідь на вищенаведені виклики, локальні команди з покращення якості запроваджували наступні зміни:

- Всі аналізи, необхідні для взяття на облік, здійснюються в ході одного візиту пацієнта до служби СНІДу.
- На 3 години збільшено робочий час забору крові: 08:00 – 13:00 замість 08:00 – 10:00.
- Всі аналізи є безкоштовними для пацієнта.

Для впровадження зміни у кожному з лікувальних закладів було видано накази головних лікарів та затверджено нові маршрути пацієнта.

Масштаби заходів з покращення

Чотири сайти АРТ (тобто, вся служба СНІДу м. Київ) розпочали впровадження зміни у жовтні 2016 року.

Заходи з покращення: опис та результати

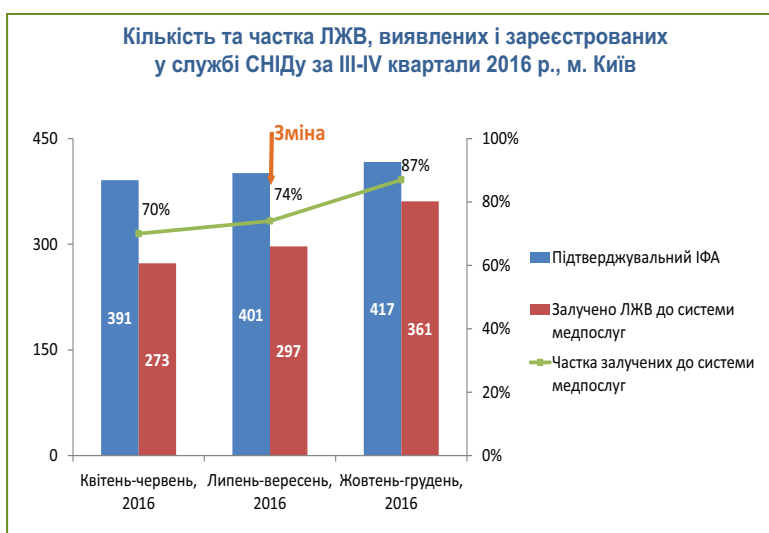
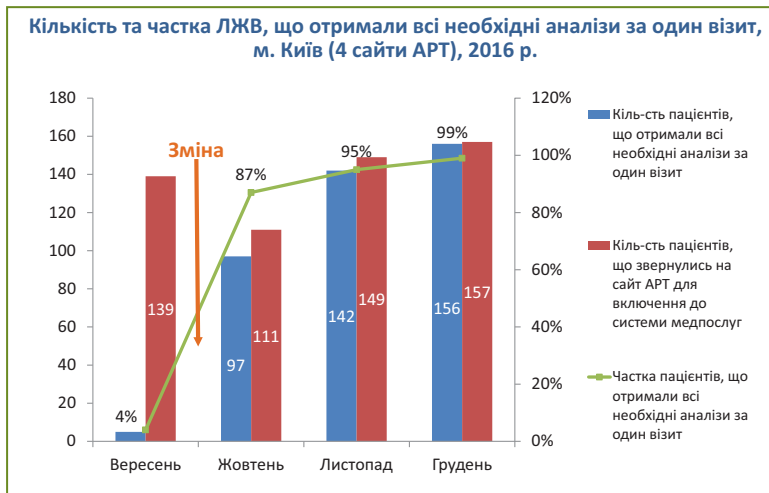
Регіональна команда з покращення якості відстежувала ефективність зміни за наступними індикаторами:

- Кількість та частка пацієнтів, що отримали всі необхідні аналізи за один візит.
- Кількість та частка нових пацієнтів, взятих на облік.

Наведений нижче графік показує, що в середньому 94% всіх пацієнтів, які звернулись до служби СНІДу у жовтні-грудні 2016 року, отримали всі необхідні аналізи за один візит.

Когортний аналіз по м. Київ показує 13-відсоткове зростання у залученні до системи медпослуг за три місяці – з 74% до 87%.

На рівні області дана зміна з покращення якості сприяла заповненню прогалини у частці диспансерної групи від загальної оціночної кількості ЛЖВ з 53% станом на 1 січня 2016 року до 52% на 1 січня 2017 року (див. крос-секційний каскад).



Засвоєні уроки та наступні кроки

Впроваджена зміна сприяла більш ефективному залученню нових пацієнтів до системи медпослуг, зменшивши кількість візитів до служби СНІДу, необхідних для взяття на облік. Значний показник частки пацієнтів, що отримали всі аналізи за один візит, підтверджує доцільність та актуальність даної зміни.

Даний підхід буде запроваджено як стандарт надання послуг на двох сайтах АРТ, запланованих до відкриття у Києві у 2017 році.

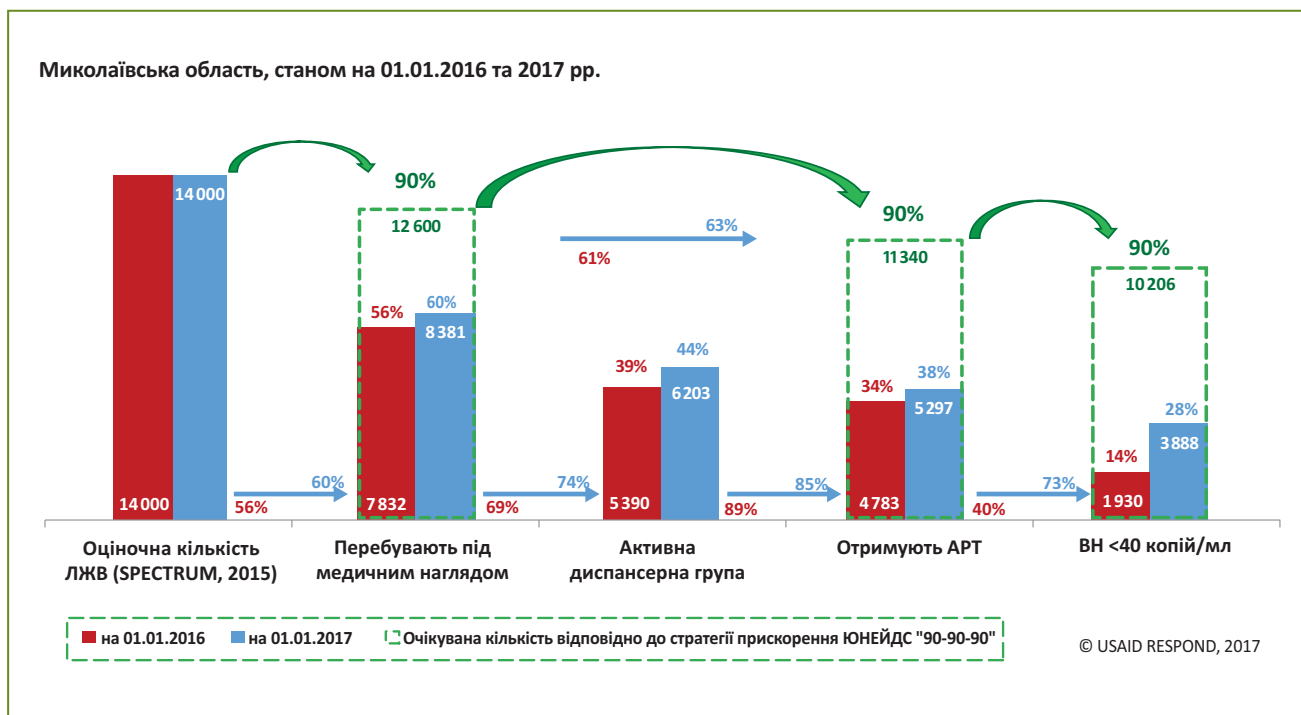


ЗАЛУЧЕННЯ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (ПМСД) ДО МЕДИЧНОГО НАГЛЯДУ ЗА ЛЖВ У МИКОЛАЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Миколаївській області станом на 1 січня 2016 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансер-

ному обліку та активною диспансерною групою складала понад 2 400 осіб, або 31%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні активної диспансерної групи станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Регіональна команда з покращення якості у Миколаївській області визначила відсутність нагадувань пацієнтам про прийом на сайті АРТ як одну з ключових причин того, що пацієнти «випадають» з континууму послуг. Для вирішення даної проблеми було запроваджено систему відстеження пацієнтів. Вона орієнтована на тих, хто перебуває на диспансерному обліку, але не з'являється на прийом (прогалина в утриманні в системі послуг), а також на пацієнтів, які проживають у сільській місцевості або далеко від сайтів АРТ.

Впровадження системи відстеження/нагадування пацієнтам включало наступні кроки:

- Отримання згоди лікарів ПМСД у сільській місцевості на їх участь у поверненні до медичного нагляду пацієнтів, які з нього «випали».

- Складання фахівцями сайтів АРТ щомісячних списків пацієнтів, які пропускають прийом, з подальшою передачею цих списків до служби ПМСД.
- Домашні візити лікарів ПМСД до пацієнтів з метою нагадування про заплановані або пропущені прийоми на сайтах АРТ.

Запорукою успіху стали ефективна співпраця між керівництвом служб ПМСД та профілактики і боротьби зі СНІДом, чітко визначені стандарти та процедури, а також регулярні координаційні зустрічі фахівців обох служб.

Масштаби заходів з покращення

Сім з одинадцяти сайтів АРТ у Миколаївській області впроваджували дану зміну: локальна команда у Баштанці розпочала впровадження у червні 2016 року, ще шість команд долучились із серпня 2016 року.

Заходи з покращення: опис та результати

Регіональна команда з покращення якості відстежувала впровадження зміни за двома індикаторами, представленими на графіку:

- Кількість ЛЖВ, відвіданих на дому фахівцями ПМСД з метою нагадування про прийом на сайті АРТ.

Кількість пацієнтів, що прийшли на прийом після візиту лікаря.

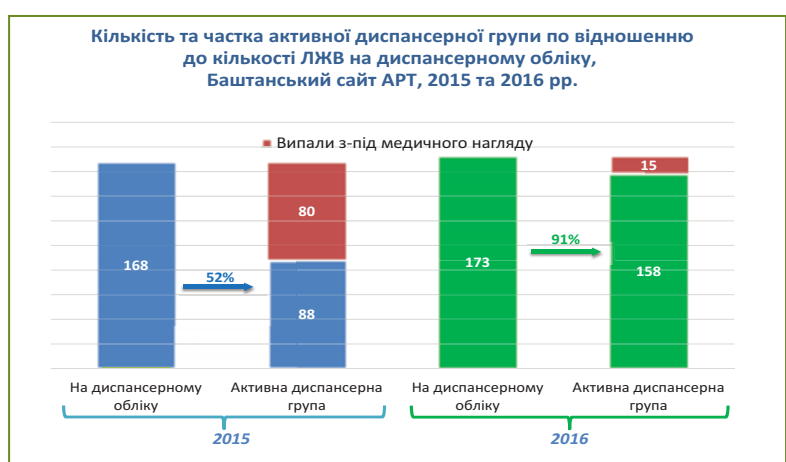
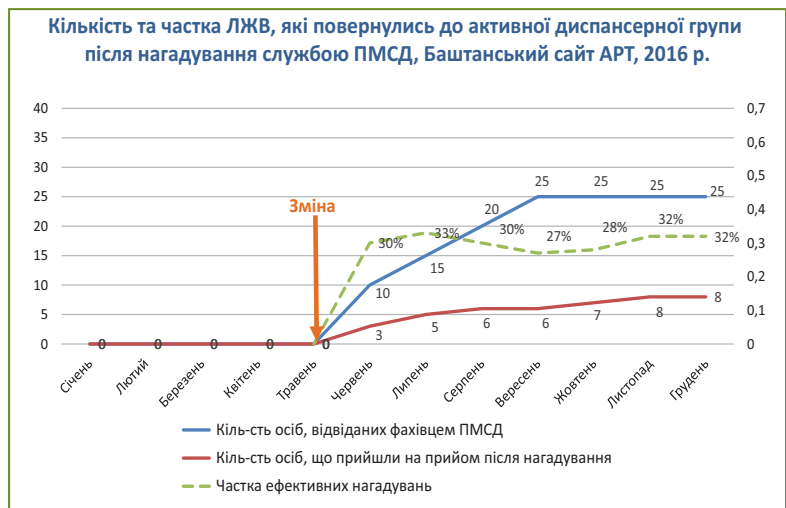
Графік показує результати системи відстеження пацієнтів за сім місяців на Баштанському сайті АРТ. Впровадження описаної зміни сприяло зростанню на 30% частки ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом.

Як результат, на Баштанському сайті АРТ активна диспансерна група збільшилась із 52% від загальної кількості пацієнтів на диспансерному обліку у 2015 році до 91% у 2016 році.

Решта шість сайтів продемонстрували збільшення активної диспансерної групи від, у середньому, 73,4% у 2015 році до 83,4% у 2016.

Засвоєні уроки та наступні кроки

На рівні області дані зміни сприяли зменшенню прогалини у частці активної диспансерної групи від загальної кількості ЛЖВ з 31% у 2015 році до 26% до кінця 2016 року.



Систему відстеження пацієнтів буде інституціолізовано та поширено на інші 4 сайти АРТ. Окрім того, командою з покращення якості у Миколаївській області заплановано організацію видачі АРТ фахівцями ПМСД, додатково до системи нагадувань та відстеження пацієнтів.



РОЗСИЛКА СМС, ТЕЛЕФОННІ ДЗВІНКИ ТА НАДСИЛАННЯ ЛИСТІВ З НАГАДУВАННЯМ ПАЦІЄНТАМ У МИКОЛАЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, станом на 1 січня 2016 року в Миколаївській області 14 000 осіб жили з ВІЛ, у тому числі 7 800 осіб (56%) перебувають на обліку в службі СНІДу області, і лише 5 400 осіб (39%) регулярно відвідують центр СНІДу та сайти АРТ для обстеження. За підтримки Проек-

ту РЕСПОНД дев'ять команд з покращення якості, до складу яких увійшли співробітники сайтів АРТ, лікарі-спеціалісти, працівники служби ПМД та представники НУО, розпочали заходи з покращення якості, щоб до березня 2017 року залучити до медичної допомоги 73% ЛЖВ (які, за визначенням, повинні були перебувати на обліку у службі СНІДу та регулярно відвідувати лікаря).



Системні питання та протестовані зміни

На думку місцевих команд з покращення якості в Миколаєві, однією з основних причин недостатнього залучення до медичної допомоги було те, що пацієнти забували при призначений час відвідання лікарів. Це відбувалося внаслідок відсутності подальшого спостереження з боку сайту АРТ та наявності інших пріоритетів у житті пацієнтів. Для вирішення цього питання місцеві команди з покращення якості розробили кілька комунікаційних заходів та перевірили їхню ефективність на сайтах АРТ. Ці заходи включали надсилання пацієнтам СМС-повідомлень і листів або телефонні дзвінки до них. Заходи були спрямовані на пацієнтів, які отримали позитивні результати тестування, але не стали на облік, а також на тих пацієнтів, які перебували на обліку, але не

відвідували лікарів для подальшого обстеження хоча б раз на рік.

Для впровадження цих змін місцеві команди з покращення якості спочатку склали перелік з іменами і телефонними номерами пацієнтів, втрачених для подальшого спостереження (тобто тих, які не перебували на обліку чи пропускали візити до лікаря). Після цього команди з покращення якості розробили текст для СМС-повідомлень і телефонних дзвінків, щоб запобігти випадковому розкриттю конфіденційної інформації у випадку, якщо інша людина прочитала таке повідомлення чи відповіла на дзвінок. Потім медичні працівники чи соціальні працівники НУО (у разі їх наявності) надсилали ці повідомлення пацієнтам для нагадування про наступний візит до лікаря. Останнім заходом для впровадження цієї зміни стало постійне оновлення переліку пацієнтів, втрачених для подальшого спостереження.

Масштаби заходів з покращення

Всі дев'ять сайтів АРТ в Миколаївській області впроваджували ці зміни. Кожен сайт адаптував зміни відповідно до власних ресурсів: працівники 6 сайтів надсилали СМС-повідомлення, працівники 3 сайтів дзвонили пацієнтам на мобільні телефони, а ще один сайт розсилав їм листи на додаток до дзвінків.

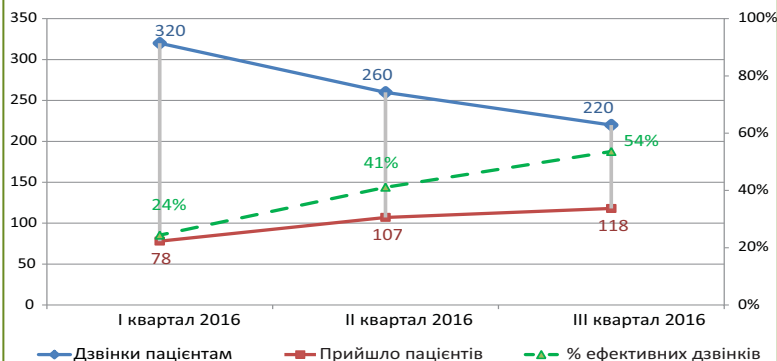
Заходи з покращення: опис та результати

Прогалина в залученні до медичної допомоги відстежувалась щоквартально за допомогою лінійного графіка, який показував кількість надісланих повідомлень чи зроблених дзвінків та кількість клієнтів, які відвідали лікаря після таких нагадувань. На графіку нижче відображено ефективність СМС-повідомлень і телефонних дзвінків за певний проміжок часу.

Засвоєні уроки і наступні кроки

Зміни, впроваджені в Миколаївській області, сприяли зменшенню прогалини у кількості людей, залучених до ВІЛ-послуг, або за рахунок їх взяття на облік, або завдяки тому, що вони знову почали відвідувати лікаря для обстеження хоча б раз на рік. Як показано на графіку нижче, кількість ЛЖВ, які перебувають на обліку в обласній службі СНІДу в 2016 році, після впровадження цих змін перевищувала середні показники 2015 року. Кількість людей, взятих на облік у 2016 році, значно перевищила кількість людей, які отримали позитивний результат тестування, оскільки значний відсоток таких осіб повернувся до подальшого спостереження в медичних закладах.

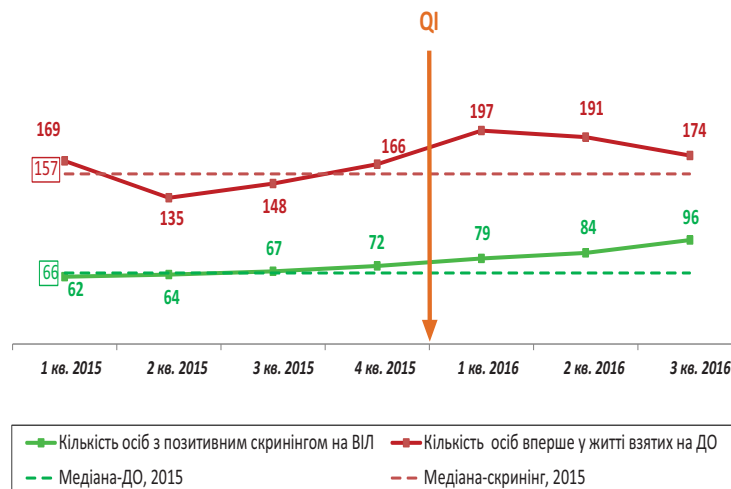
Кількість та відсоток ЛЖВ, втрачених для подальшого спостереження, з якими було встановлено зв'язок за допомогою СМС-повідомлень чи телефонних дзвінків і які після цього відвідали лікаря, Миколаївська область, 2016 р.



Кількість пацієнтів, які отримали позитивний результат скринінгу на ВІЛ та були зареєстровані в службах СНІДу, Миколаївська область, 2015-2016 рр., по кварталах

Динаміка виявлення ВІЛ-позитивних осіб та взяття на диспансерний облік, 2015-2016 рр.

Миколаївська область, 9 сайтів АРТ



Для офіційного затвердження послуги телефонних нагадувань було оновлено форму інформованої згоди, до якої було додано пункт про подальшу можливість надсилання СМС-повідомлень і телефонних дзвінків всім уперше виявленим ЛЖВ. Вартість мобільних послуг залишається однією з проблем для офіційного застосування цього підходу, оскільки наразі ці витрати відшкодовуються окремим надавачам послуг Проектом РЕСПОНД.

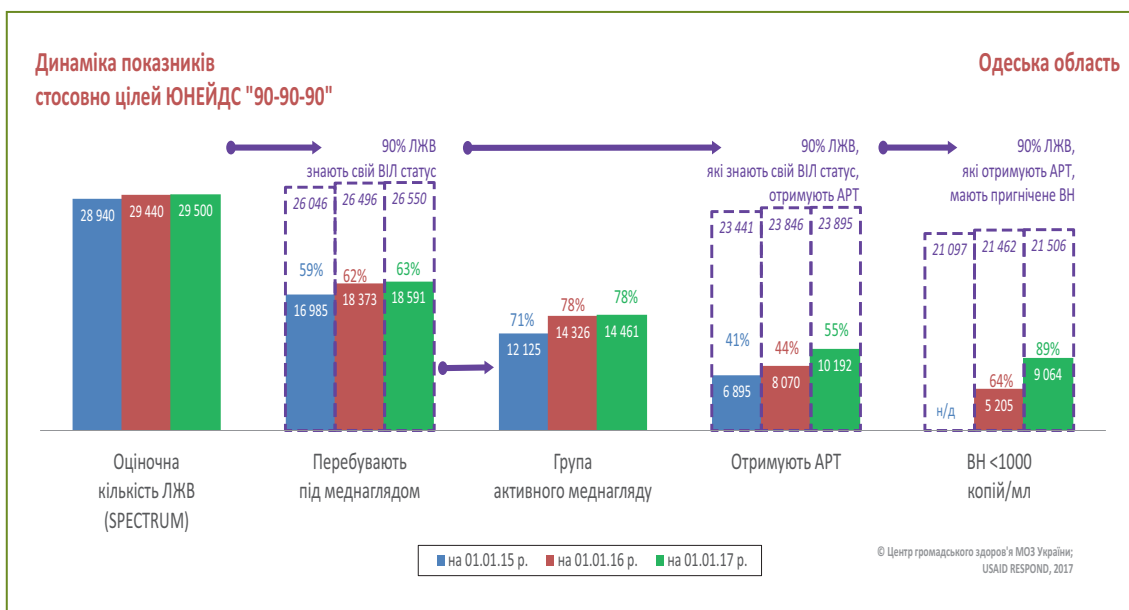


ВЗЯТТЯ ЛЖВ, ВИЯВЛЕНИХ ПІД ЧАС ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ, НА ДИСПАНСЕРНИЙ ОБЛІК У СЛУЖБІ СНІДУ ДО ЇХ ВИПИСКИ ЗІ СТАЦІОНАРУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

В Одеській області станом на 1 січня 2017 року різниця між оціночною кількістю ЛЖВ та кількістю пацієнтів на диспансерному обліку в об-

ласній службі СНІДу складала майже 11 000 осіб або 37%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на диспансерному обліку до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у залученні до медичних послуг в Одеській області, стало те, що ВІЛ-позитивні особи, виявлені під час госпіталізації, не встають на диспансерний облік до виписки зі стаціонару, «випадаючи» таким чином з-під медичного нагляду. Дана ситуація зумовлена відсутністю у стаціонарах швидких тестів, тоді як результати ІФА можуть прийти вже після виписки пацієнта.

Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості вживала наступних заходів: (1) Навчання вузьких спеціалістів стаціонарів оцінці ризикованої щодо ВІЛ поведінки та клінічних показань до тестування на ВІЛ, а також надання їм розробленого алгоритму оцінки; (2) Розробка чи оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта з урахуванням ролі вузьких спеціалістів у тестуванні на ВІЛ; (3) Забезпечення вузьких спеціалістів стаціонарів швидки-

ми тестами, наданими АНФ; (4) Запровадження процедури взяття ВІЛ-позитивної особи на диспансерний облік у службі СНІДу до виписки зі стаціонару. Процедура включає консультацію пацієнта лікарем СНІД-центру, проведення всіх необхідних аналізів крові, результати яких надходять безпосередньо до СНІД-центру, та введення даних пацієнта до реєстру служби СНІДу.

Масштаби заходів з покращення

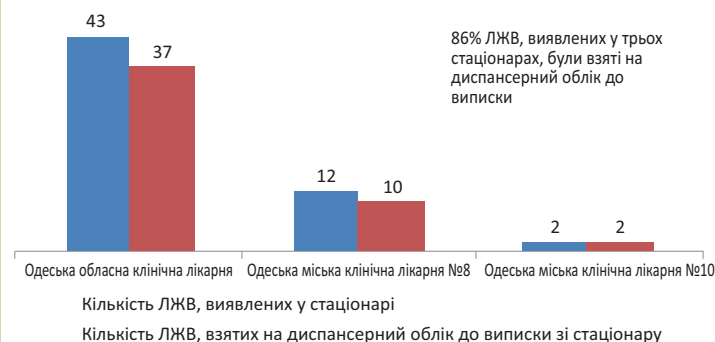
Зміна впроваджувалась у трьох лікарнях з найбільшим обігом пацієнтів: Одеська обласна клінічна лікарня та одеські міські лікарні №8 та 10.

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували зміну за показником загальної кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів стаціонару, ви-

явлених та взятих на облік у службі СНІДу до виписки. Нижченаведений графік показує, що за перше півріччя 2017 року 86% ЛЖВ, виявлених у всіх трьох лікувальних закладах, були взяті на диспансерний облік до виписки зі стаціонару.

Взяття на диспансерний облік серед ЛЖВ, виявлених у стаціонарі, Одеська обл., (3 лікувальні заклади), січень-червень 2017 р.



Якщо виявлена ВІЛ-позитивна особа не звертається до служби СНІДу після виписки, тоді персонал місцевого сайту АРТ може зв'язатися з нею, використовуючи контактні дані, отримані при надходженні у стаціонар, та повернути до системи медичних послуг.

Засвоєні уроки та наступні кроки

Помірний результат зміни на обласному рівні пояснюється незначною кількістю лікувальних закладів, задіяних у її впровадженні. Тим не менш, зміна довела свою ефективність, тож її буде поширено на інші районні лікарні, що очікувано призведе до збільшення кількості ЛЖВ, залучених до системи медичних послуг у другому півріччі 2017 року.

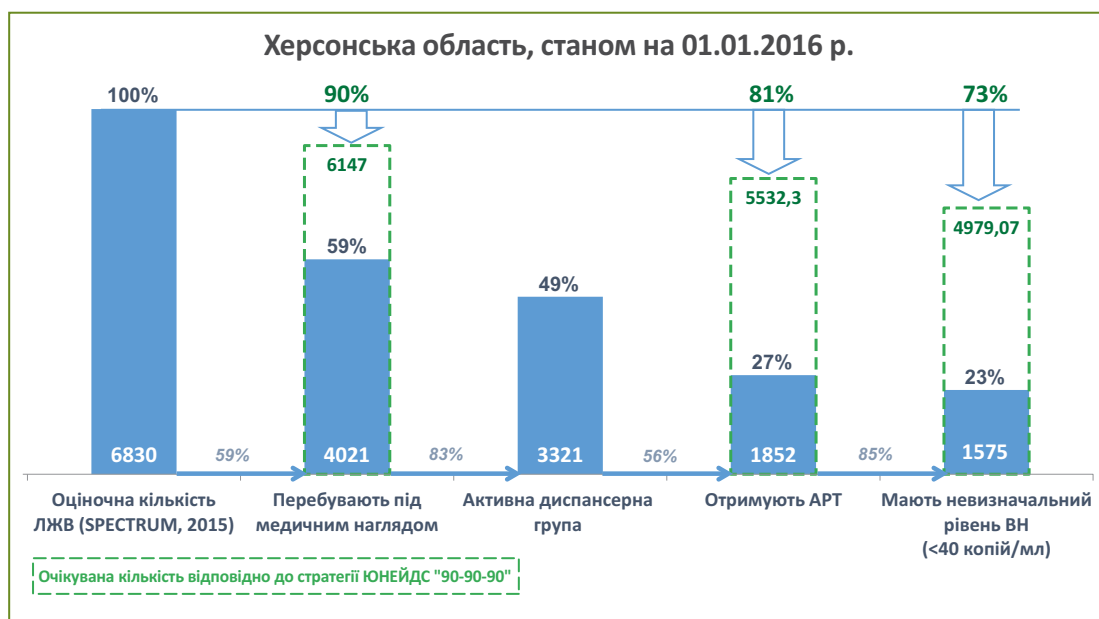


ЗАБЕЗПЕЧИТИ ПРОВЕДЕННЯ НЕОБХІДНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ТЕСТІВ (ІФА, CD4 ТА БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВИ) ПІД ЧАС ОДНОГО ВІЗИТУ ПАЦІЄНТА ДО КАБІНЕТУ ДОВІРИ/САЙТУ АРТ В ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, станом на 1 січня 2016 року в Херсонській області 6 800 осіб жили з ВІЛ; з цього числа лише 4 000 осіб (59%) перебували на обліку в службі СНІДу області. За підтримки

Проекту РЕСПОНД 11 місцевих команд з покращення якості, до складу яких входили співробітники сайтів АРТ, лікарі-спеціалісти і працівники служби ПМД, розпочали впровадження заходів з покращення якості, щоб до квітня 2017 року залучити до медичної допомоги у службі СНІДу щонайменше 65% від оціночної кількості ЛЖВ.



Системні питання і протестовані зміни

Обласна команда з покращення якості визначила такі причини низького рівня взяття на облік осіб, які отримали позитивні результати скринінгу на ВІЛ: (1) для взяття на облік у службах СНІДу (центрі СНІДу чи на сайті АРТ) необхідно мати кілька типів лабораторних аналізів: результати підтверджувального тесту ІФА, тесту на CD4 та біохімічного аналізу крові; (2) ці тести проводяться в різних місцях в різний час, один за одним, для чого доводиться відвідувати лабораторії декілька разів; часто таких осіб втрачають у процесі лабораторної обробки аналізів ще до того, як вони стають на облік або визначається, що вони відповідають критеріям для початку АРТ.

Для вирішення цього питання команди з покращення якості внесли зміни до місцевих прото-

колів, які передбачають проведення необхідних лабораторних тестів упродовж одного візиту особи до кабінету «Довіра»/сайту АРТ після отримання позитивних результатів скринінгу на ВІЛ.

Масштаби заходів з покращення

Десять місцевих команд з покращення якості розпочали впровадження цих змін у січні 2016 року, а одинадцята команда долучилася до цієї діяльності у квітні 2016 року.

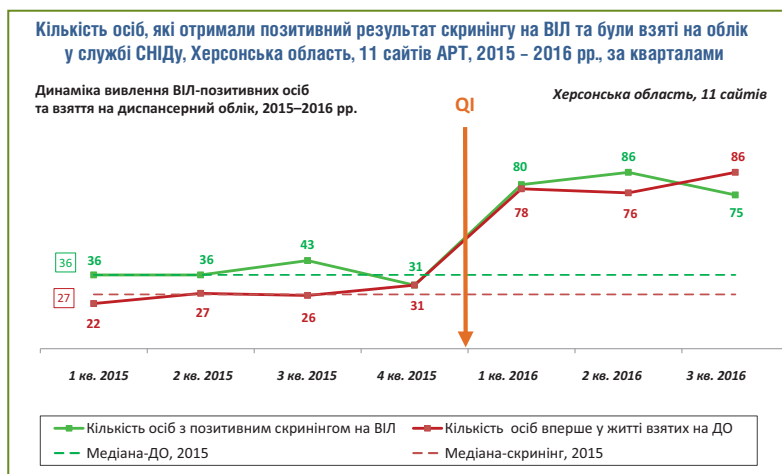
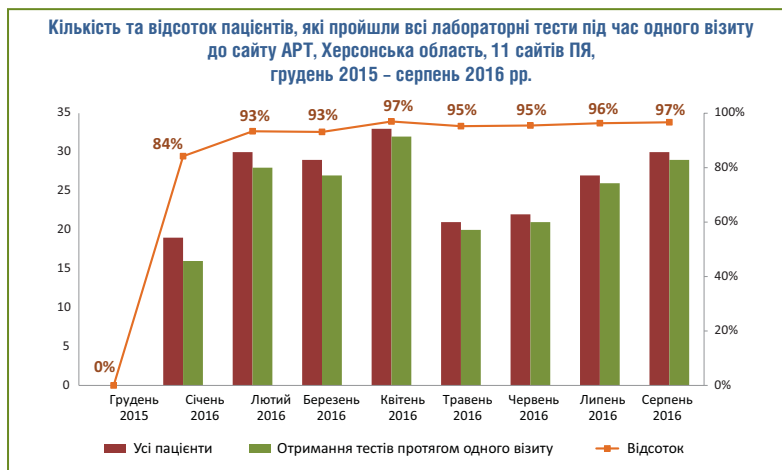
Заходи з покращення: опис та результати

Результати впровадження цих змін відстежувалися щомісяця. На графіку нижче показано, що за 8 місяців 2016 року в середньому 94% осіб пройшли всі тести впродовж одного візиту.

Засвоєні уроки і наступні кроки

Впроваджені зміни дозволили підвищити рівень взяття ЛЖВ на облік у службах СНІДу. Квартальна кількість людей, взятих на облік у 2016 році, перевищувала середні показники 2015 року (див. графік нижче). Частково це можна пояснити кількістю нових ЛЖВ, яких було виявлено завдяки іншим змінам. Втім, скорочення розриву між кількістю осіб, які отримують позитивні результати тестування, та кількістю взятих на облік ЛЖВ можна пояснити лише покращенням практики взяття на облік.

На основі цих результатів обласний центр СНІДу впровадив ці зміни на двох нових сайтах, які відкрито в області в 2016 році.





ПОДОЛАННЯ ПРОГАЛИН У ЛІКУВАННІ

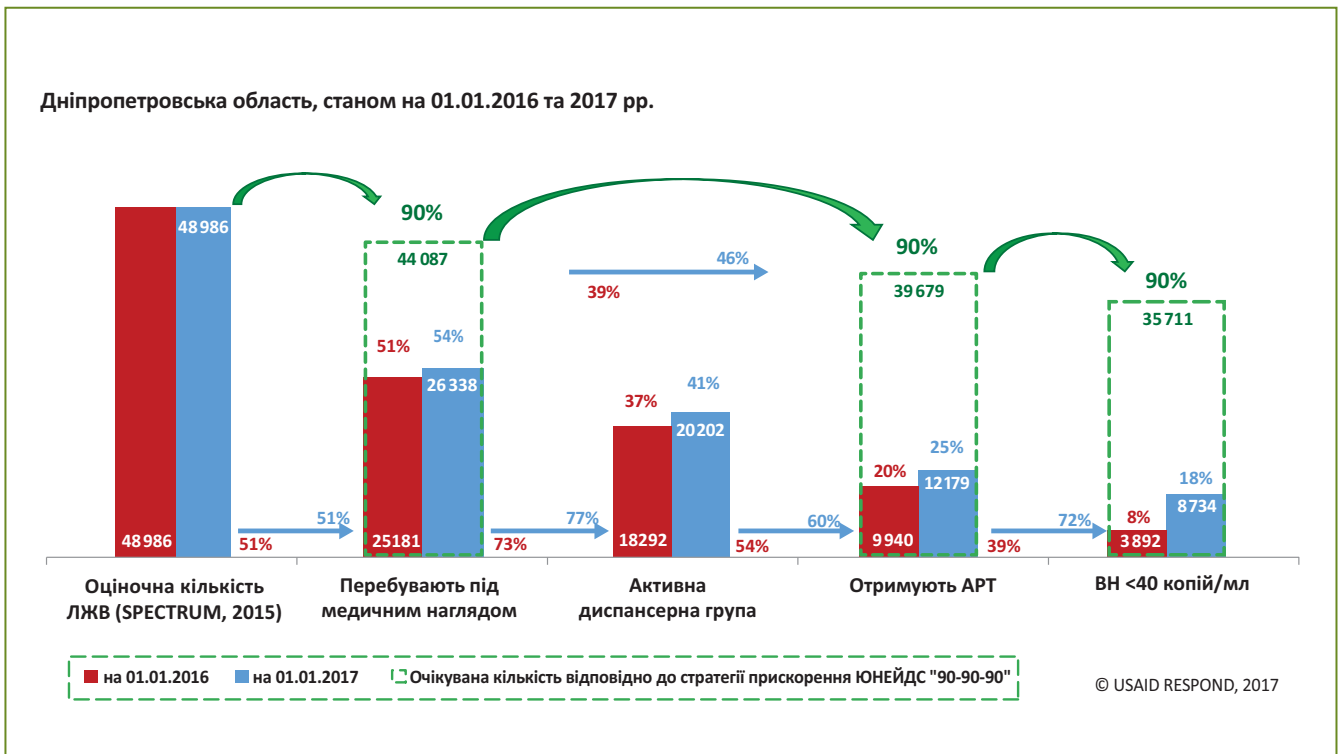


ПЕРЕДАЧА ПАЦІЄНТІВ НА АРТ ІЗ ЦЕНТРІВ СНІДУ ДО МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Дніпропетровській області станом на 1 січня 2016 року різниця між диспансерною групою та

її часткою на АРТ складала понад 15 000 осіб, або 61%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 72% станом на березень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Регіональна команда з покращення якості визначила концентрацію послуг на трьох найбільших в області сайтах АРТ як основну причину низького охоплення послугами з лікування. Хоча всього у Дніпропетровській області діють 40 сайтів АРТ, де фахівці призначають терапію та працюють над формуванням і підтримкою прихильності, 70% ЛЖВ отримують послуги з лікування саме на цих трьох сайтах. Станом на липень 2016 року при Дніпропетровському обласному центрі профілактики і боротьби зі СНІДом налічувалось понад 1200 пацієнтів на

АРТ. Для Дніпровського та Криворізького міських центрів СНІДу цей показник складав понад 2500 та 3000 пацієнтів відповідно. Така диспропорція склалась історично, адже СНІД-центри передували появі сайтів АРТ і були єдиними установами, що надавали доступ до АРТ.

Концентрація послуг навколо трьох центрів СНІДу означає для пацієнтів значні витрати коштів та часу на дорогу, що серйозно ускладнює доступ до лікування. Для лікарів це призводить до надмірного робочого навантаження – понад 1000 пацієнтів на одного лікаря. Так, наприклад, три інфекціоністи Криворізького міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом

обслуговують понад 9500 ЛЖВ, з яких 3125 отримують АРТ, тоді як інші сайти приймають від 20 до 100 пацієнтів на одного лікаря. Таке перевантаження стає причиною тривалих черг, скорочення часу на прийом, меншої кількості пацієнтів на АРТ та недостатньої прихильності до лікування.

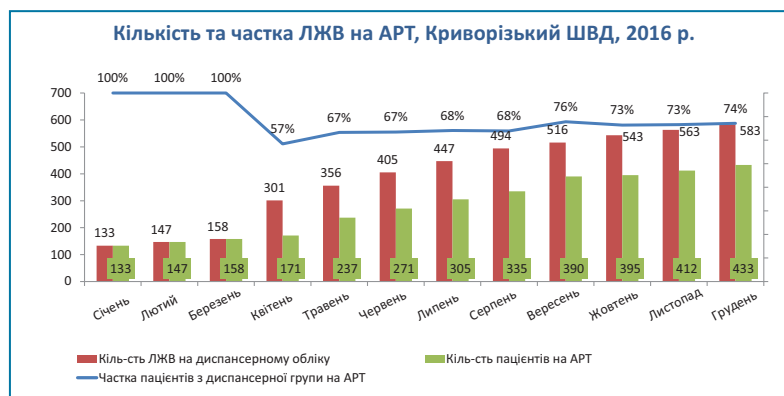
Щоби збільшити охоплення послугами з лікування, регіональна команда з покращення якості запланувала децентралізацію ВІЛ-послуг шляхом переведення ЛЖВ, незалежно від того, чи приймають вони терапію, із Центрів СНІДу до місцевих сайтів АРТ, ближче до місць проживання та роботи. Пацієнтам, що ще не отримують АРТ, її буде призначено на місцевих сайтах, ті ж, хто вже на терапії, зможуть продовжити лікування там. Зменшення робочого навантаження на лікарів центрів СНІДу дасть їм змогу залучити нових пацієнтів до лікування.

Масштаби заходів з покращення

Децентралізація ВІЛ-послуг з трьох центрів СНІДу на 37 місцевих сайтів АРТ розпочалась у січні 2016 року і наразі триває. Найбільш визначним прикладом, який і описує дана історія успіху, можна вважати перенаправлення ЛЖВ з Криворізького міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом на сайт АРТ Криворізького шкірно-венерологічного диспансеру.

Заходи з покращення: опис та результати

Децентралізація ВІЛ-послуг на сайт АРТ Криворізького ШВД відстежувалась помісячно за показниками загальної кількості та частки ЛЖВ на диспансерному обліку та на АРТ. За період з січня по грудень 2016 року диспансерна група на даному сайті збільшилась у чотири рази – зі 133 пацієнтів до 583. Також зросла частка пацієнтів на АРТ – з 57% на початку процесу децентралізації до 74% у грудні 2016 року.



Впровадження даної зміни включало наступні етапи:

- 1) Підписання угоди про децентралізацію між Криворізьким міським центром профілактики і боротьби зі СНІДом та сайтом АРТ при шкірно-венерологічному диспансері.
- 2) Запровадження при міському СНІД-центрі прийомних годин лікаря сайту АРТ для пацієнтів з відповідних районів міста з мотивацією їх до переведення.
- 3) Введення додаткової ставки лікаря на сайті АРТ з лютого 2017.

В результаті децентралізації робоче навантаження лікарів Криворізького міського центру профілактики і боротьби зі СНІДом знизилось із 1067 пацієнтів на АРТ на одного лікаря до 917. Також майже вдвічі зросла кількість нових випадків призначення АРТ – з 46 у січні до 82 у грудні.

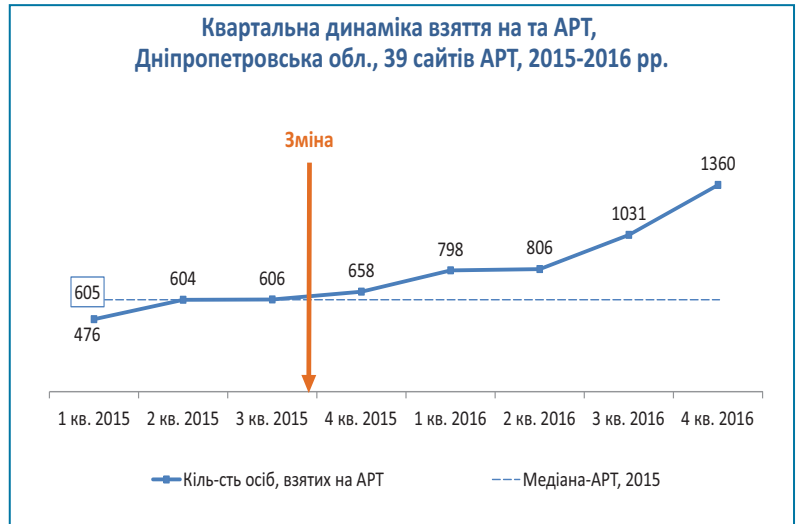
На обласному рівні дана зміна сприяла зменшенню прогалини між диспансерною групою та її часткою на АРТ з 61% станом на січень 2016 до 54% на 1 січня 2017 року (див. крос-секційний каскад).

Засвоєні уроки та наступні кроки

Децентралізація сприяла більш рівномірному розподілу пацієнтів між сайтами АРТ та зменшенню робочого навантаження на великих сайтах на користь менших. Це значною мірою посилює спроможність центрів СНІДу до призначення лікування новим пацієнтам.

Кількість пацієнтів на АРТ у Дніпропетровській області зростала у 2,5 рази щоквартально, з січня по грудень 2016 року (див. наступний графік). Цьому сприяла нова поставка антиретровірусних препаратів, що надійшла у липні-серпні за підтримки PEPFAR, і призначалась для нових пацієнтів на терапії.

Враховуючи досягнутий успіх децентралізації послуг, у 2017 році дана зміна набуде поширення регіональною командою з покращення якості. Вона так само буде сфокусована на трьох центрах СНІДу з найвищим показником робочого навантаження. Додаткових зусиль потребуватиме дотримання конфіденційності даних пацієнта та попередження стигматизації і дискримінації ЛЖВ на місцевих сайтах АРТ. Водночас, щоби мати мотивацію до переведення туди, пацієнти повинні бути впевненими у високій якості лікування та надання послуг на місцях.



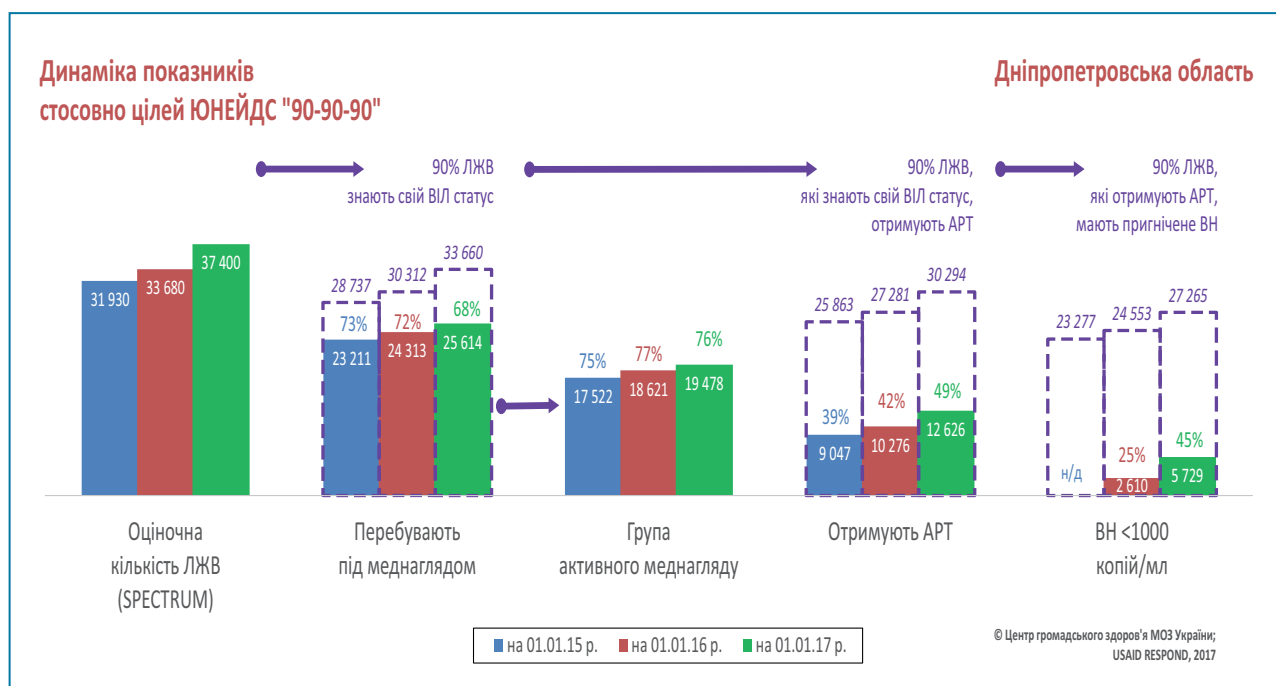


ПЕРЕДАЧА ПАЦІЄНТІВ НА АРТ ІЗ ЦЕНТРІВ СНІДУ ДО МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Запорізькій області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу та кількі-

стю пацієнтів на АРТ складала понад 1 700 осіб або 41%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 72% від їх загальної оціночної кількості станом на жовтень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з причин прогалини у лікуванні у Запорізькій області стала централізація послуг навколо Обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом. Необхідність витратити час та гроші на його відвідування для пацієнтів з віддалених районів призводить до того, що багато з них не отримують АРТ.

Щоби зробити послуги АРТ більш доступними для пацієнтів, було впроваджено наступні кроки: (1) Відкрито сім нових сайтів АРТ: п'ять – у 2016 році (при Мелітопольському та Бердянському тубдиспансерах та у Більмацькому, Андріївському та Пологівському районах) і два – у 2017 році (Михайлівський та Кам'яно-Дніпровський райони); (2) Медичний персонал районних сайтів АРТ пройшов навчання із призначення АРТ та зміни схем лікування; (3) Обласний та локальні

протоколи оновлено з метою призначення лікування та зміни схем АРТ на місцевих сайтах АРТ; (4) Пацієнти на АРТ за згодою переводяться переважно із Запорізького обласного СНІД-центру до районних сайтів АРТ ближче до місць проживання пацієнтів.

Масштаби заходів з покращення

Чотири місцеві сайти АРТ впроваджували зміну із травня 2016 року, ще три долучились у січні 2017 року. Всього зміну із децентралізації послуг з лікування впроваджувало сім районних сайтів АРТ.

Заходи з покращення: опис та результати

Сім сайтів АРТ відстежували зміну за наступними індикаторами:

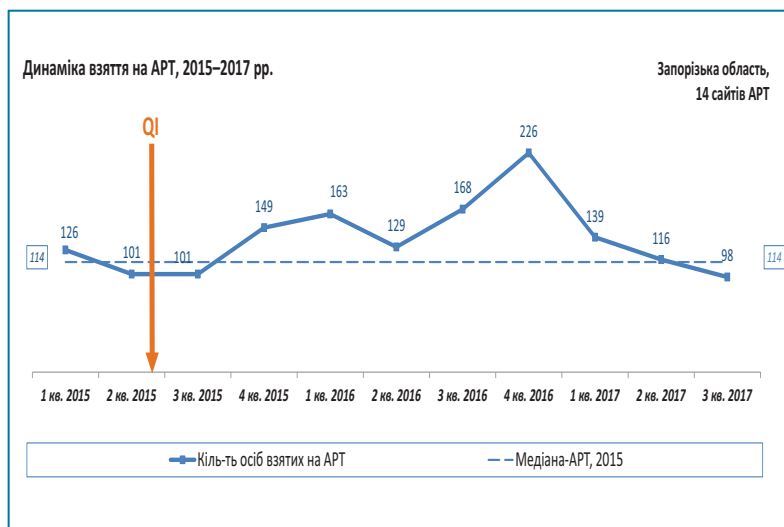
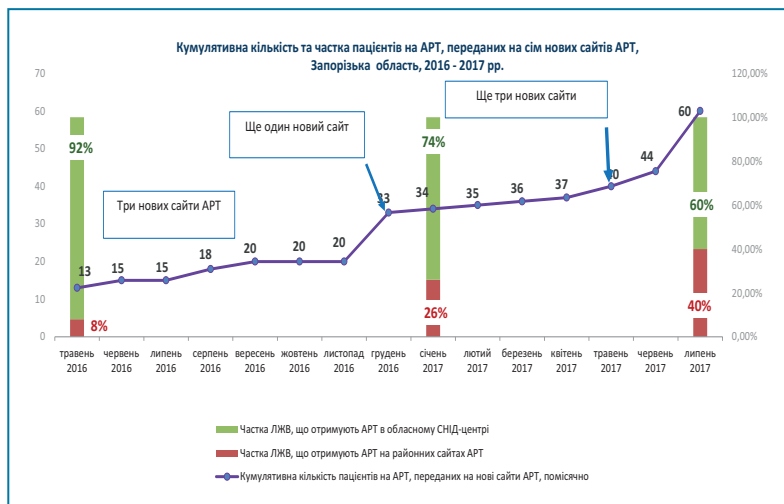
- Кількість пацієнтів, переданих до місцевих сайтів АРТ.
- Частка пацієнтів, що отримують АРТ на місцевих сайтах.

У період з травня 2016 року по червень 2017 року кількість пацієнтів на АРТ на районних сайтах зросла у шість разів, з 13 до 79. Із них 60 було переведено з обласного СНІД-центру, а 19 – взято на терапію за місцем проживання. Серед диспансерної групи районних сайтів АРТ частка ЛЖВ, що отримують там терапію, зросла з 8% до 40%.

Засвоєні уроки та наступні кроки

На обласному рівні, дана зміна сприяла зменшенню прогалини у лікуванні з 48% станом на 1 січня 2016 року до 41% на 1 січня 2017 року. Вона також дозволила збільшити щоквартальну кількість ЛЖВ, які розпочинають отримувати АРТ. Через дефіцит АРВ-препаратів в області, рівень охоплення послугами з лікування помітно спав із січня 2017 року. ЛЖВ беруть на терапію тільки замість тих, хто припинив лікування.

Враховуючи початковий успіх зміни із децентралізації послуг з лікування, регіональна команда з покращення якості планує відкриття п'яти нових сайтів АРТ у районах області. Поточний план передбачає залучення на АРТ 291 нових ЛЖВ до кінця 2017 року та ще 1 162 – до кінця 2018 року.



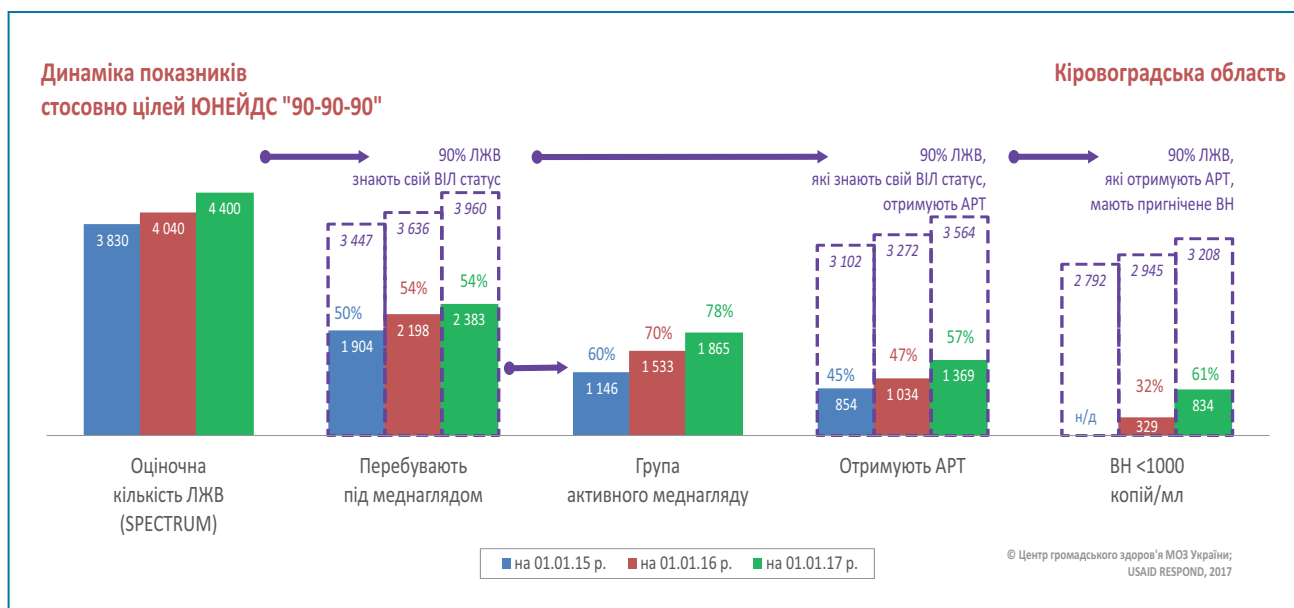


ПЕРЕДАЧА ПАЦІЄНТІВ НА АРТ ІЗ ЦЕНТРІВ СНІДУ ДО МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Кіровоградській області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу та кількі-

стю пацієнтів на АРТ складала понад 1 000 осіб або 43%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 75% від їх загальної оціночної кількості станом на жовтень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Головною причиною прогалини у лікуванні у Кіровоградській області стало те, що єдиний локальний сайт АРТ при Долинській ЦРЛ виключно видавав АРВ-препарати, тоді як решта районних сайтів не мала персоналу, підготовленого з основ АРТ. Таким чином, щоб отримати послуги АРТ, пацієнти були змушені відвідувати Кіровоградський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІД, витрачаючи на це час та гроші, що у свою чергу перешкоджало ефективному лікуванню.

Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості провела низку тренінгів із призначення АРТ та зміни схеми лікування для персоналу чотирьох районних сайтів, ініціювала внесення змін до обласного та локальних протоколів, що дозволяли змінювати схеми лікування на місцях, впровадження посади соціального працівника в кожному із чотирьох районних сайтів, а також відкриття

трьох нових сайтів АРТ: у м. Олександрія та Маловисківському і Новоукраїнському районах. Далі пацієнти на АРТ за згодою переводились із обласного СНІД-центру до місцевих сайтів АРТ.

Масштаби заходів з покращення

Обласний СНІД-центр та чотири місцеві сайти АРТ впроваджували зміну із децентралізації послуг з лікування.

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували процес впровадження зміни поквартально за загальною кількістю пацієнтів на АРТ, переданих на місцеві сайти.

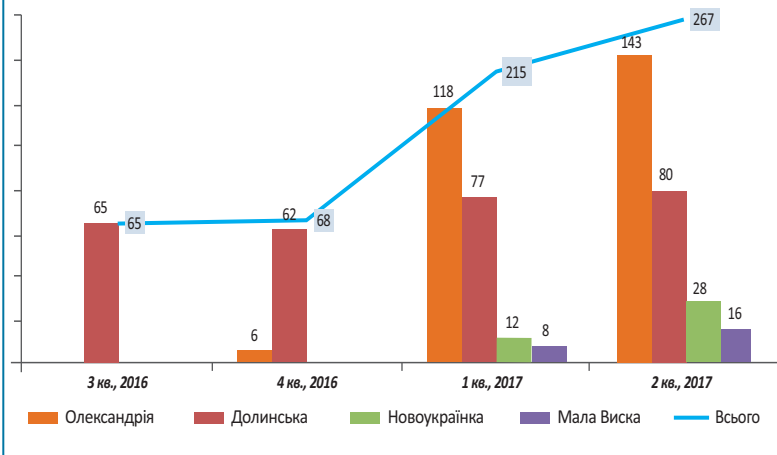
Нижченаведений графік показує загальну кількість у 267 пацієнтів на АРТ, яких було переведено з обласного СНІД-центру на сайти за місцем проживання.

Зміна мала тристоронній ефект, що полягав у наступному: (1) зменшення робочого навантаження на рівні обласного СНІД-центру, що сприяло призначенню АРТ новим пацієнтам; (2) зміцнення місцевого потенціалу до призначення та ведення схем АРТ; та (3) зменшення транспортних витрат для пацієнтів на АРТ, що покращило охоплення лікуванням та прихильність до нього. Ці результати призвели до 28-відсоткового збільшення загальної кількості пацієнтів на АРТ протягом дев'яти місяців: із 1 218 осіб у жовтні 2016 року до 1 553 осіб у липні 2017 року.

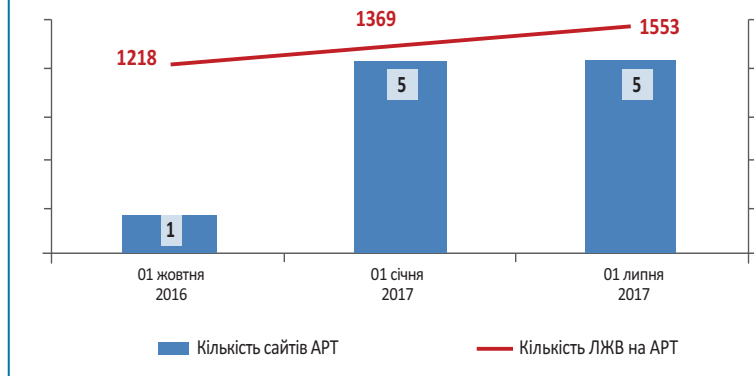
Засвоєні уроки та наступні кроки

На обласному рівні впровадження даної зміни сприяло зменшенню прогалини у лікуванні на 184 особи (або 7%) з початку 2017 року. З метою подальшого покращення доступу до лікування, Кіровоградська регіональна команда з покращення якості планує відкриття двох додаткових районних сайтів АРТ та залучення 300 нових пацієнтів на АРТ до кінця 2017 року. Описана зміна ввійде у рутинну практику на нових сайтах АРТ.

Кількість пацієнтів на АРТ, переведених із обласного СНІД-центру до районних сайтів АРТ, Кіровоградська обл., 2016 - 2017 рр.



Кількість сайтів, що призначають АРТ та змінюють схему лікування та загальна кількість ЛЖВ на АРТ у Кіровоградській обл., жовтень 2016 р. - липень 2017 р.



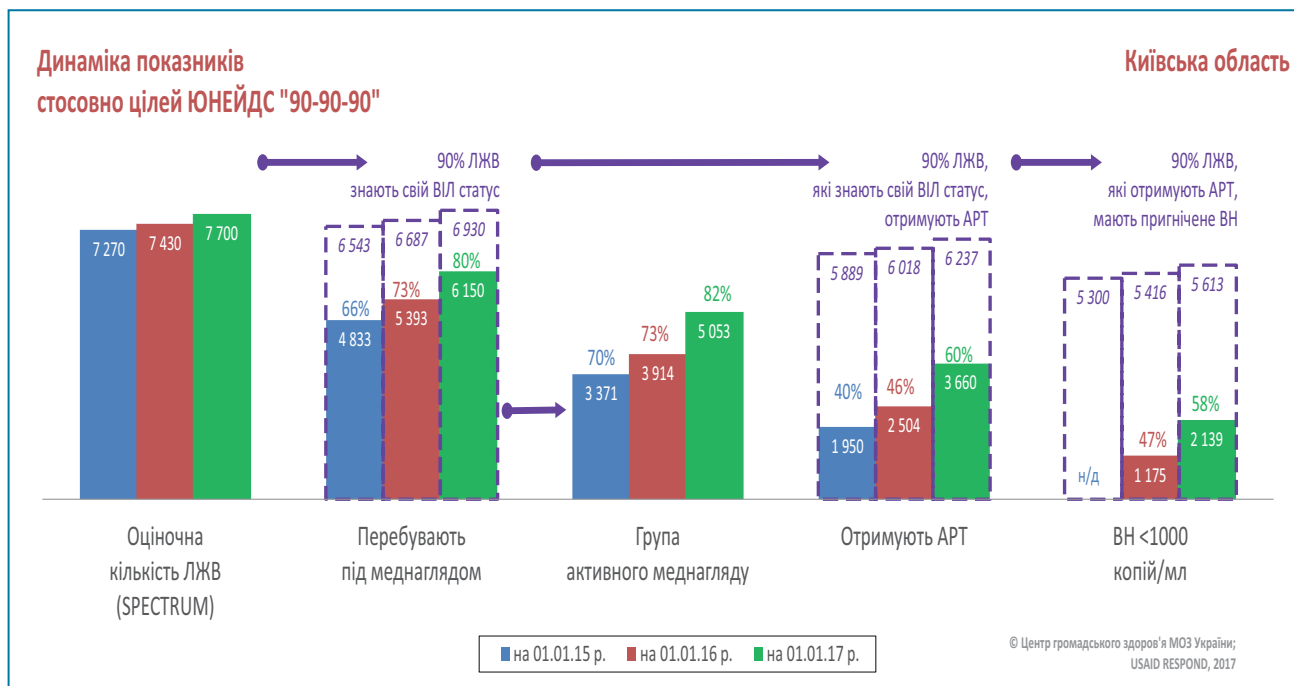


ПРИЗНАЧЕННЯ АРТ ТА ЗМІНА СХЕМИ ЛІКУВАННЯ НА САЙТІ АРТ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Київській області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерно-му обліку в обласній службі СНІДу та кількістю

пацієнтів на АРТ складала понад 2 500 осіб або 40%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з головних причин прогалини у лікуванні в області став брак доступу до послуг з АРТ на районному рівні за місцем проживання пацієнтів. Так, станом на 1 січня 2016 року, тільки сім із тринадцяти районних сайтів АРТ мали навчений персонал для призначення АРТ та зміни схеми лікування безпосередньо на сайті, тоді як решта шість із них надавали виключно послуги із тестування на ВІЛ та видавали АРВ-препарати. Із січня 2016 року по березень 2017 року відкрилось іще шість нових сайтів АРТ, що потребували впровадження тієї ж зміни. Пацієнти на АРТ із цих дванадцяти районів мусили відвідувати обласний СНІД-центр для отримання послуг з АРТ, витрачаючи на це час і гроші, що ставало перешкодою для успішного лікування.

Для вирішення даної проблеми, регіональна команда з покращення якості проводила тренінги з призначення АРТ та зміни схеми лікування

для персоналу дванадцяти сайтів, ініціювала оновлення локальних протоколів і маршрутів пацієнта та переведення пацієнтів на АРТ за їх згодою з обласного СНІД-центру до сайтів АРТ за місцем проживання.

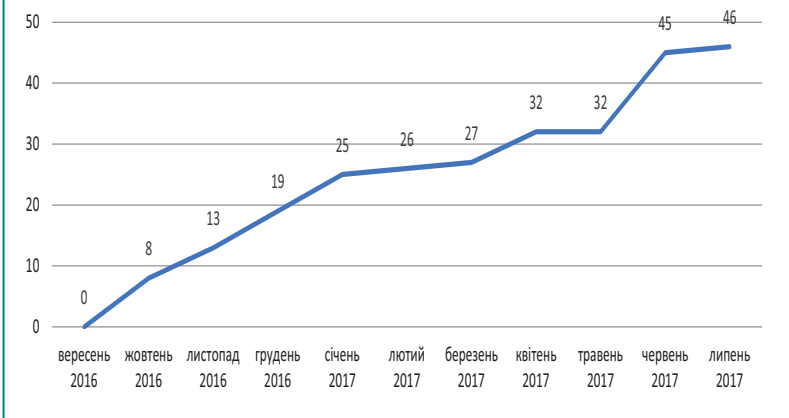
Масштаби заходів з покращення

Дванадцять сайтів АРТ у Київській області впроваджували зміну із призначення АРТ та зміни схеми лікування безпосередньо на сайті.

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни помісячно за загальною кількістю випадків призначення та ведення АРТ на районних сайтах. Як приклад взято сайт АРТ Білоцерківської районної лікарні, де кількість пацієнтів на АРТ зросла з 0 до 46 за період з вересня 2016 року по липень 2017 року.

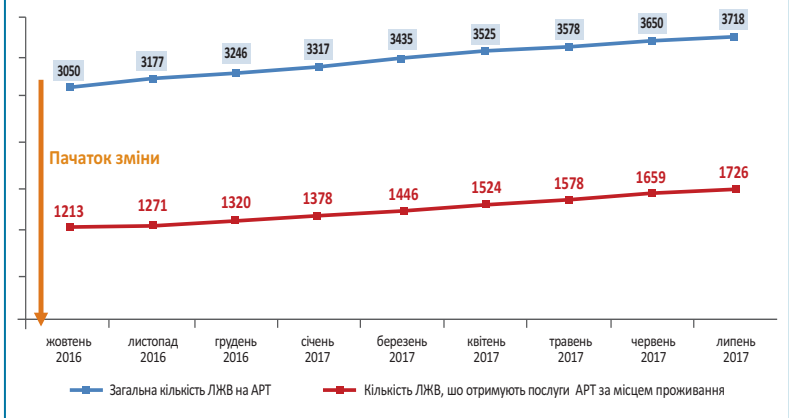
Загальна кількість пацієнтів на АРТ на сайті Білоцерківської ЦРЛ, Київська обл., вересень 2016 р. - липень 2017 р.



Засвоєні уроки та наступні кроки

Частка пацієнтів на АРТ, що обслуговуються на районних сайтах, від загального їх числа у Київській області зросла з 40% до 46% за період із жовтня 2016 року по липень 2017 року, а їх загальна кількість збільшилась на 513 осіб або 42%. Тоді як кількість пацієнтів на АРТ, що отримують послуги в обласному СНІД-центрі зросла всього на 155 осіб або 8%. Наведені дані демонструють краще охоплення послугами з АРТ на районному рівні.

Загальна кількість ЛЖВ на АРТ та кількість ЛЖВ на АРТ на районних сайтах, Київська обл" 19 сайтів АРТ, жовтень 2016 р. - липень 2017 р.



Описана зміна довела свою ефективність, тож увійде до рутинної практики у Київській області, включаючи нові сайти АРТ, заплановані до відкриття у 2018 році.

На обласному рівні, впровадження зміни сприяло 1-відсотковому зменшенню прогалини у лікуванні (див. крос-секційний каскад).

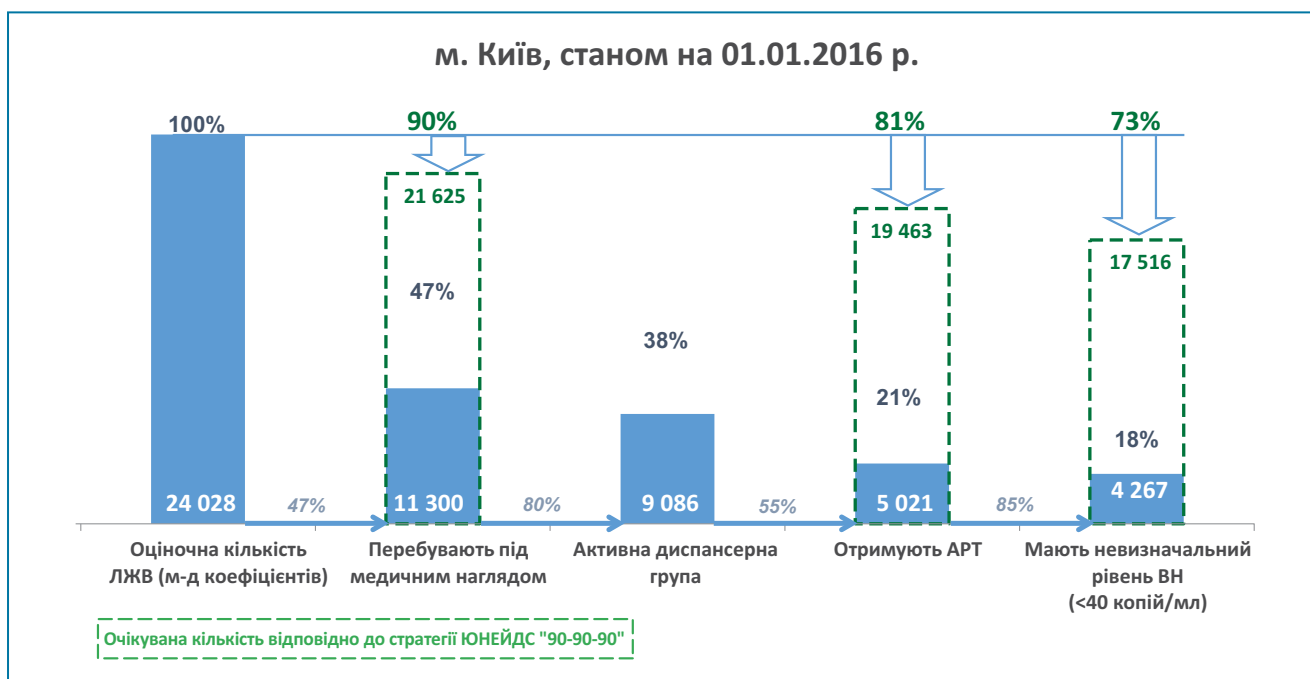


РОЗШИРИТИ МЕРЕЖУ МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ ТА ПЕРЕВЕСТИ ДО НИХ ПАЦІЄНТІВ З ЦЕНТРУ СНІДУ У МІСТІ КИЄВІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, станом на 1 січня 2016 року в місті Києві близько 24 000 осіб жили з ВІЛ, з яких лише 5 000 осіб (21%) отримували АРТ. За підтримки Проекту РЕСПОНД чотири

місцеві команди з покращення якості, до складу яких увійшли співробітники сайтів АРТ, лікарі-спеціалісти та представники НУО, розпочали заходи з покращення якості, щоб до березня 2017 року збільшити частку ЛЖВ, які отримують АРТ, до 72%.



Системні питання і протестовані зміни

Регіональна команда з покращення якості визначила, що головними причинами низького охоплення АРТ в Києві є: (1) кількість пацієнтів на одного лікаря сайту АРТ є найвищою в країні – понад 1 600 ЛЖВ на одного лікаря; (2) високий відсоток пацієнтів на АРТ на одного лікаря; та (3) концентрація послуг у міському центрі СНІДу, що вимагає від пацієнтів їздити до центру з віддалених районів міста. Міський центр СНІДу зі своїми сімома лікарями з сайтів АРТ вже досяг точки насичення: довгі черги пацієнтів, короткий час прийому одного пацієнта, що призводить до зниження якості послуг. Для того щоб більше людей почали отримувати АРТ, що очікується в рамках ініціативи Fast Track, до якої долучився Київ, потрібна децентралізація послуг. У січні 2016 року було відкрито новий

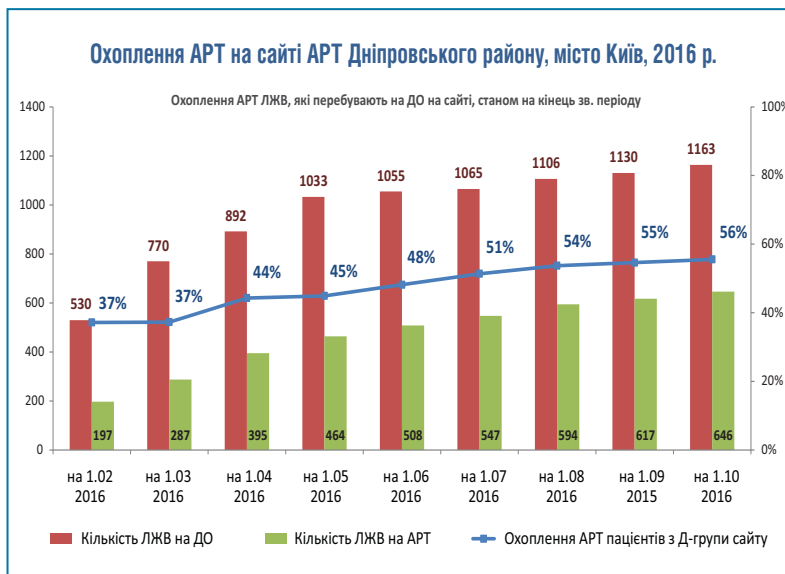
сайт АРТ у Дніпровському районі Києва. До його штату входять один лікар, дві медсестри, один медичний психолог та соціальний працівник з НУО. До цього нового сайту з центру СНІДу перевели (за їхньою згодою) пацієнтів – мешканців цього району і найближчих мікрорайонів, де ті з них, хто досі не отримував лікування, розпочали АРТ. Зменшення робочого навантаження на лікарів центру СНІДу також дозволило їм розпочати АРТ для нових пацієнтів.

Масштаби заходів з покращення

У центрі уваги під час впровадження цих змін були один новий сайт, який саме відкривався, два інші районні сайти, а також безпосередньо Київський міський центр СНІДу. Переведення пацієнтів до нових сайтів знизило навантаження на лікарів центру СНІДу і дозволило їм розпочати АРТ для нових пацієнтів.

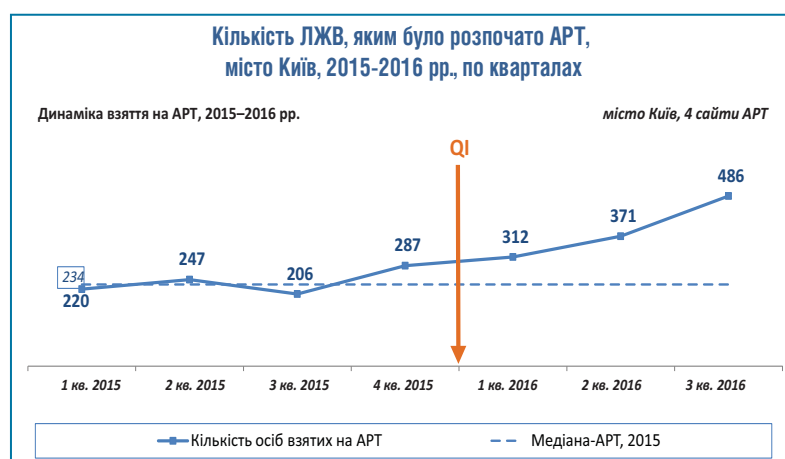
Заходи з покращення: опис та результати

Результати впровадження змін на сайті у Дніпровському районі відстежувались щомісяця з урахуванням кількості ЛЖВ, переведених з центру СНІДу чи вперше взятих на облік, кількості та відсотка ЛЖВ на АРТ. Кількість пацієнтів, взятих на облік на сайті впродовж січня–вересня 2016 року, подвоїлася, і так само майже вдвічі більше пацієнтів почали отримувати АРТ (їхня кількість зростає з 37% до 56%, див. графік нижче).



Засвоєні уроки і наступні кроки

Таке зростання кількості нових пацієнтів, які розпочали отримувати АРТ в місті Києві – майже на 40% (449 з 1169 осіб) – можна пояснити відкриттям нового сайту АРТ. Загалом кількість пацієнтів, які розпочали отримувати АРТ у Києві за останні три квартали, перевищила середні показники 2015 року, що демонструє покращення ситуації порівняно з минулим роком (див. графік нижче).



Децентралізація ВІЛ-послуг у місті Києві була потрібна вже давно. У 2017 фінансовому році вона триватиме в рамках ініціативи Fast Track, до якої долучився Київ, шляхом або відкриття нових сайтів АРТ, або передачі ведення ЛЖВ районним лікарям-інфекціоністам, або за рахунок впровадження обох підходів. Для підтримки цієї зміни в першому кварталі 2017 фінансового року Проект РЕСПО-НД проведе тренінг з основних питань АРТ для понад 50 лікарів-інфекціоністів міста Києва.

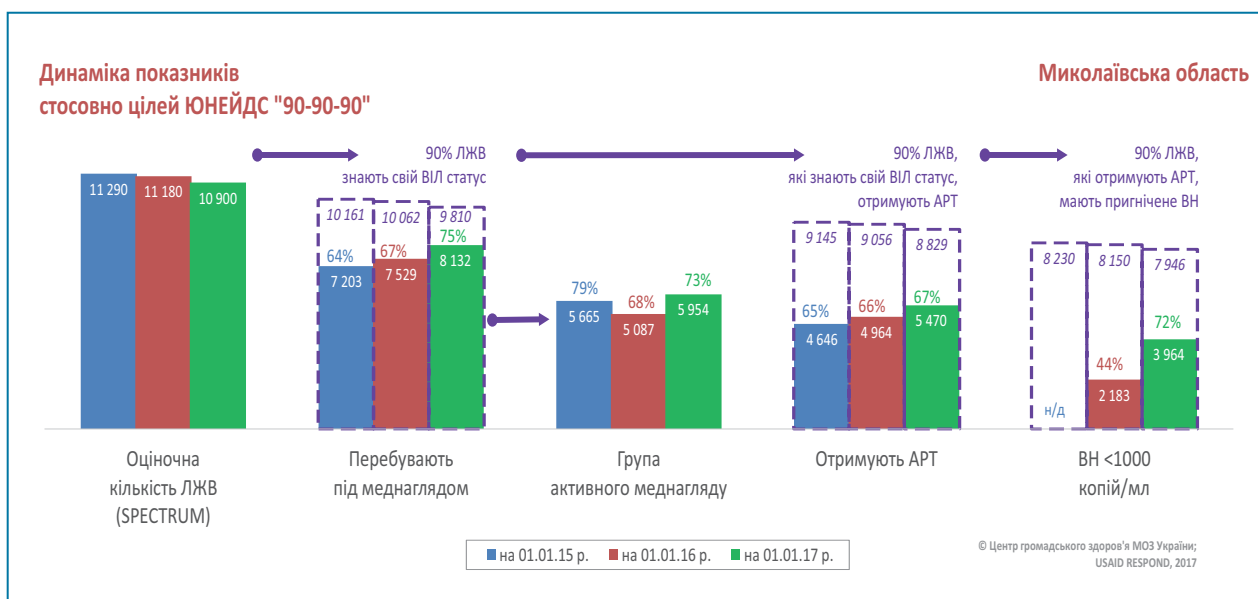


ТЕЛЕФОННІ НАГАДУВАННЯ ТА ПАТРОНАЖНІ ВІЗИТИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРОПУСКАЮТЬ ПРИЙОМИ НА САЙТІ АРТ У МИКОЛАЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Миколаївській області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на АРТ та кількістю ЛЖВ із невизначальним вірусним навантаженням складала понад 1 500 осіб або 28%.

Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ з невизначальним вірусним навантаженням до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на жовтень 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

У Миколаївській області регіональна команда з покращення якості як основну причину прогалини в ефективності лікування визначила тенденцію серед пацієнтів на АРТ забувати про необхідність відвідати сайт АРТ для поповнення запасу АРВ-препаратів, тим самими порушуючи режим лікування.

Для вирішення даної проблеми і покращення прихильності до лікування, локальні команди з покращення якості впроваджували наступні заходи:

- Ведення реєстру пацієнтів, які нещодавно пропустили прийом на сайті, не поповнивши запаси препаратів.
- Передача даних цих пацієнтів фахівцям ПМСД та соціальним працівникам НУО для подальшого контакту з пацієнтами шляхом телефонних дзвінків чи патронажних візитів.

- Надання пацієнтам консультацій з питань прихильності до лікування в ході телефонних дзвінків чи патронажних візитів.
- Ведення локальними командами індивідуальних планів з кейс-менеджменту для кожного пацієнта, що пропускає прийоми.

Масштаби заходів з покращення

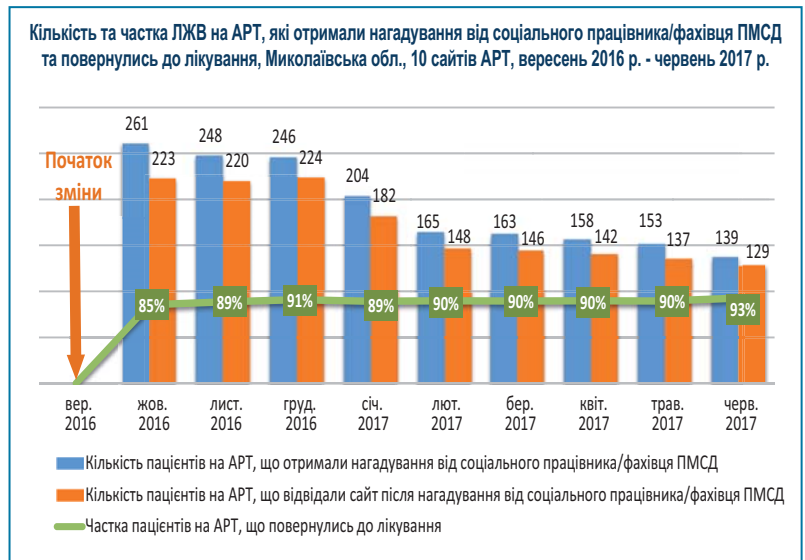
Десять сайтів АРТ у Миколаївській області тестували зміну із нагадування та формування прихильності до АРТ для пацієнтів, що пропускають прийоми на сайті.

Заходи з покращення: опис та результати

Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни за двома процесними індикаторами:

- Кількість пацієнтів на АРТ, що отримали нагадування телефонним дзвінком чи в ході патронажного візиту від соціального працівника НУО чи фахівця ПМСД.
- Кількість ЛЖВ, що відвідали сайт АРТ після нагадування.

Відповідно до реєстру на сайтах АРТ, 1 870 пацієнтів на АРТ пропустили прийом у період із жовтня 2016 року по червень 2017 року. Фахівці ПМСД та соціальні працівники НУО віднайшли та повернули до лікування 1 678 (90%) із них. Станом на 1 липня 2017 року, у Миколаївській області налічується 5 491 пацієнт на АРТ, із них 4 117 (75%) мають невизначальне вірусне навантаження. Ці дані показують 3-відсотковий прогрес до цілі у 90%, починаючи із січня 2017 року. Реальна ж частка пацієнтів з ефективним лікуванням може бути навіть більшою, так як деякі з них перебувають на АРТ менш ніж півроку.



Засвоєні уроки та наступні кроки

На рівні області впроваджена зміна сприяла зменшенню прогалини в ефективності лікування з 56% станом на 1 січня 2016 року до 25% на 1 липня 2017 року. Також, згідно інформації з сайтів АРТ, рівень прихильності до лікування серед ЛЖВ на АРТ зріс із 76% до 88%.

Дана зміна довела свою ефективність у підтримці прихильності до АРТ серед ЛЖВ, тож усі десять сайтів області будуть використовувати її як рутинну практику, посилюючи співпрацю між лікарями первинної ланки та НУО.

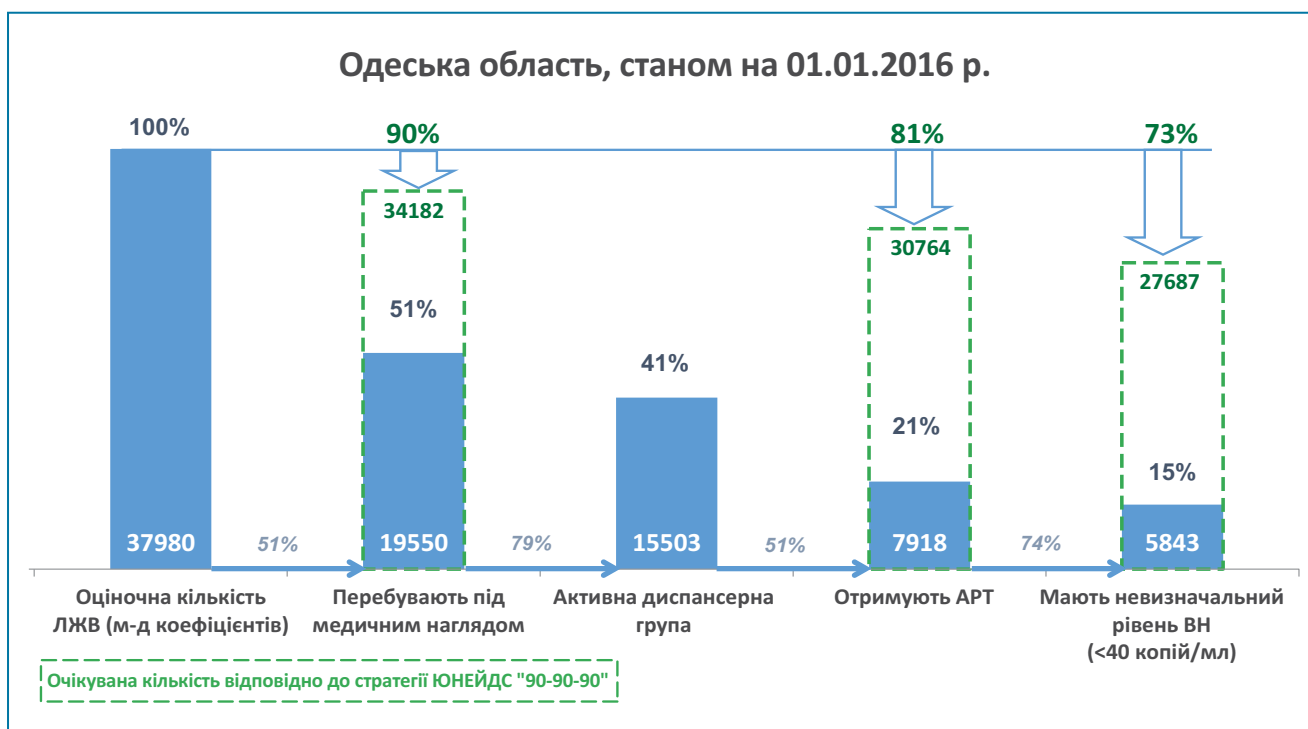


ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ ПОЧАТКУ ТА ВЕДЕННЯ АРТ З ОБЛАСНОГО ЦЕНТРУ СНІДУ ДО МІСЦЕВИХ САЙТІВ АРТ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

За офіційними оцінками, станом на 1 січня 2016 року в Одеській області 38 000 осіб жили з ВІЛ. З них лише 8 000 осіб (21%) отримували АРТ. За підтримки Проекту РЕСПОНД 41 центр надання

послуг (включаючи обласний центр СНІДу, 14 сайтів міського центру СНІДу, 2 протитуберкульозні диспансери і 24 місцеві сайти АРТ) розпочали заходи з покращення якості, щоб до 1 жовтня 2016 року забезпечити надання АРТ для 1 250 нових пацієнтів.



Системні питання і протестовані зміни

Обласна команда з покращення якості визначила, що основною причиною низького рівня отримання АРТ ЛЖВ, яких уже було залучено до медичної допомоги, була низька доступність ВІЛ-послуг для них внаслідок того, що вони мешкали далеко від обласного центру. Причинами низької доступності були: (1) обмежена кількість сайтів АРТ на рівні районів; (2) місцеві сайти АРТ лише видають АРВ-препарати, а для призначення та ведення АРТ пацієнтам доводиться їздити до обласного центру СНІДу; (3) обмежені та незручні години роботи для клієнтів місцевих сайтів АРТ (лікарі працюють неповний день).

Для вирішення цих проблем обласна команда з покращення якості впровадила такі зміни: (1)

проведено навчання лікарів-інфекціоністів на місцевих сайтах АРТ з питань початку та ведення АРТ; (2) оновлено обласні та місцеві протоколи, щоб дозволити ведення АРТ на всіх місцевих сайтах АРТ; та (3) проведено роботу з головними лікарями центральних районних лікарень з метою призначення штатних лікарів на повний робочий день на місцеві сайти АРТ.

Масштаби заходів з покращення

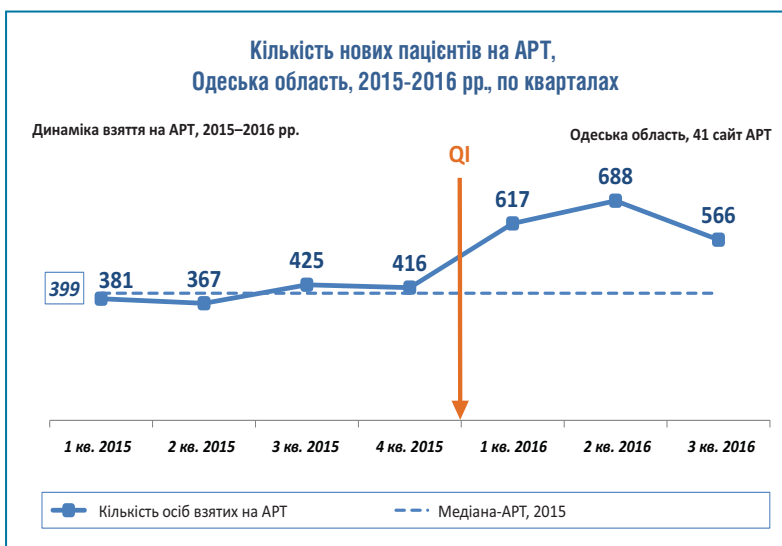
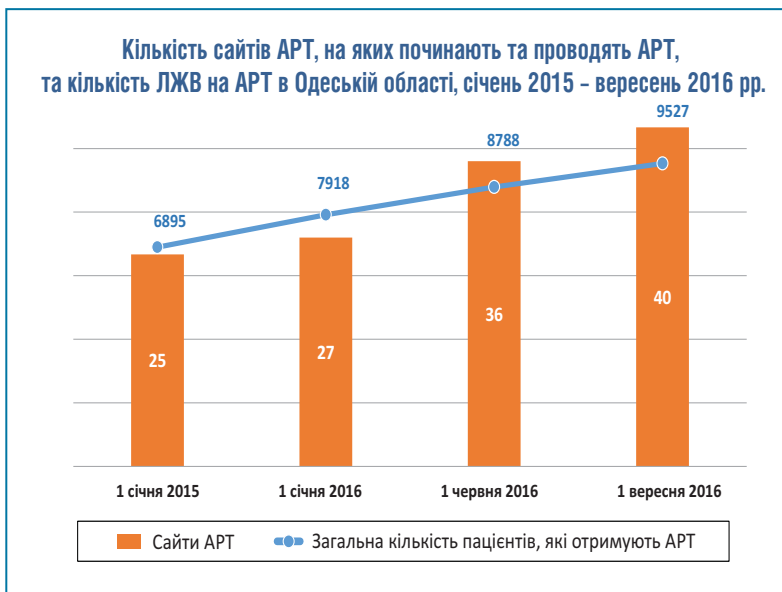
Заходи з покращення ситуації щодо початку АРТ охопили 13 сайтів АРТ: 12 сайтів в Одеській області та один АРТ сайт в Одесі. На 6 з 13 сайтів покращилась комплектація лікарями, хоча лише на трьох сайтах розпочали працювати штатні лікарі на повну ставку.

Заходи з покращення: опис та результати

Кількість сайтів АРТ, які можуть розпочинати АРТ і вести клієнтів на АРТ збільшилася в Одеській області з 27 у січні 2016 року до 40 в серпні 2016 року (див. діаграму нижче). З 1 січня до 1 жовтня 2016 року кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, зросла на 16% – з 7 918 до 9 179 осіб.

Засвоєні уроки і наступні кроки

Впроваджені зміни сприяли збільшенню числа нових пацієнтів на АРТ порівняно з аналогічним періодом 2015 року і дозволили скоротити прогалину в лікуванні в Одеській області (див. графік нижче). Досягненню цього результату також сприяли інші фактори, зокрема: (1) зміни в національному протоколі надання АРТ, прийняті у грудні 2015 року, завдяки яким було усунуто вимогу починати АРТ при числі CD4 < 350 клітин; та (2) покращення постачання АРВ-препаратів у рамках PEPFAR та надзвичайного фінансування Глобального фонду для поставок ліків (раніше постачання АРТ в регіоні було нестабільним). Для подальшого розширення доступу до АРТ наприкінці 2016 року в Одеській області планують відкрити вісім додаткових сайтів АРТ на районному рівні та залучити ще 2 500 пацієнтів до АРТ в період з 1 жовтня 2016 до 1 березня 2017 року. Протестовані зміни буде включено до практичних рекомендацій чи інструкцій щодо ведення хворих на нових сайтах.



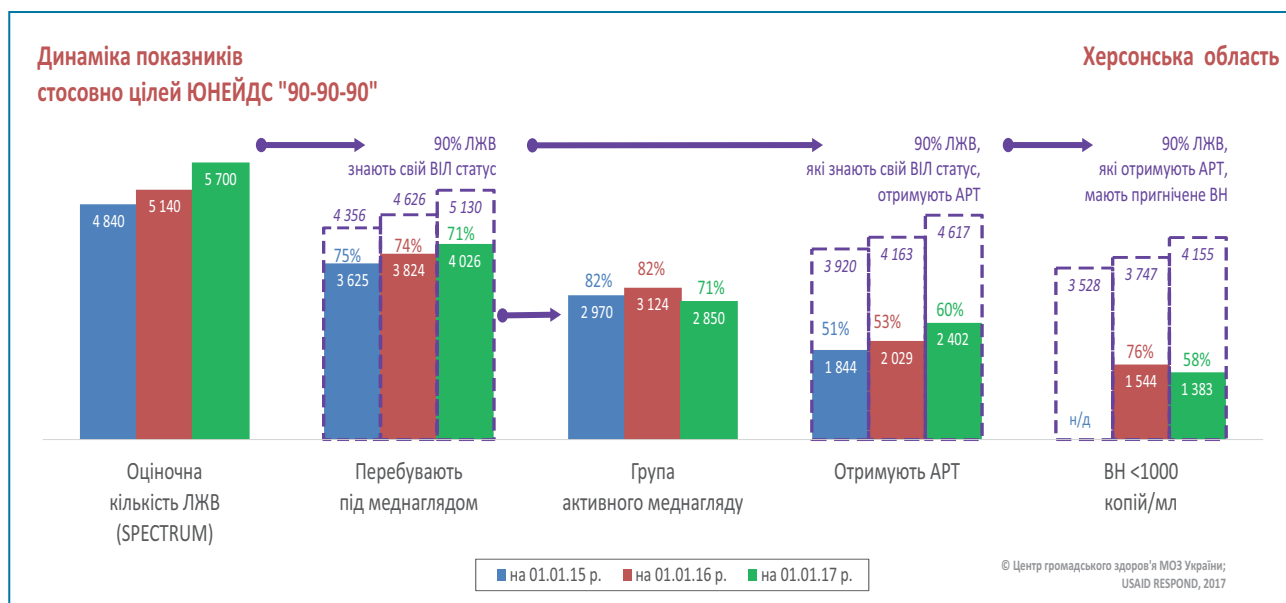


ПРИЗНАЧЕННЯ АРТ ТА ЗМІНА СХЕМИ ЛІКУВАННЯ НА САЙТІ АРТ У ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Опис проблеми і завдання щодо покращення

У Херсонській області станом на 1 січня 2017 року різниця між кількістю ЛЖВ на диспансерному обліку в обласній службі СНІДу та кількі-

стю пацієнтів на АРТ складала понад 1 600 осіб або 40%. Завдання регіональної команди з покращення якості полягає у збільшенні частки ЛЖВ на АРТ до 90% від їх загальної оціночної кількості станом на кінець 2017 року.



Системні питання та протестовані зміни

Однією з головних причин прогалини у лікуванні в області став брак доступу до послуг із АРТ на рівні районів. Так, станом на 1 січня 2016 року, тільки п'ять із дванадцяти районних сайтів АРТ мали змогу призначати терапію та змінювати схему лікування безпосередньо на сайті, тоді як решта сім із них надавали виключно послуги із тестування на ВІЛ та видавали АРВ-препарати. Пацієнтам із цих семи сайтів доводилось здійснювати 3-5 візитів до Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом тільки для взяття на АРТ, що, у свою чергу, призводило до значних витрат часу та грошей і ускладнювало процес лікування. Наразі, у шести районах області все ще немає сайтів АРТ.

Для вирішення даної проблеми, з вересня 2016 року регіональна команда з покращення якості проводила тренінги з призначення АРТ та зміни схеми лікування для персоналу семи сайтів,

ініціювала оновлення локальних протоколів та маршрутів пацієнта та переведення пацієнтів на АРТ за їх згодою з обласного СНІД-центру до сайтів АРТ за місцем проживання.

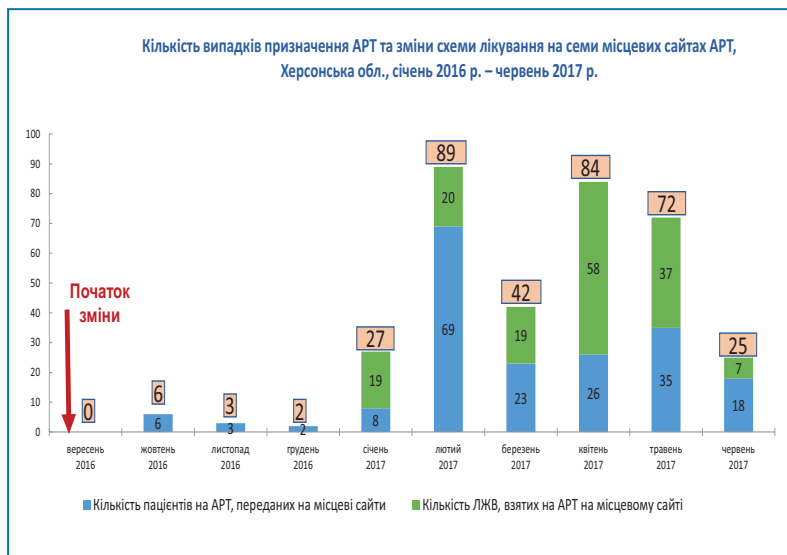
Масштаби заходів з покращення

Сім сайтів АРТ у Херсонській області взяли участь у тестуванні зміни із призначення АРТ та зміни схеми лікування безпосередньо на сайті.

Заходи з покращення: опис та результати

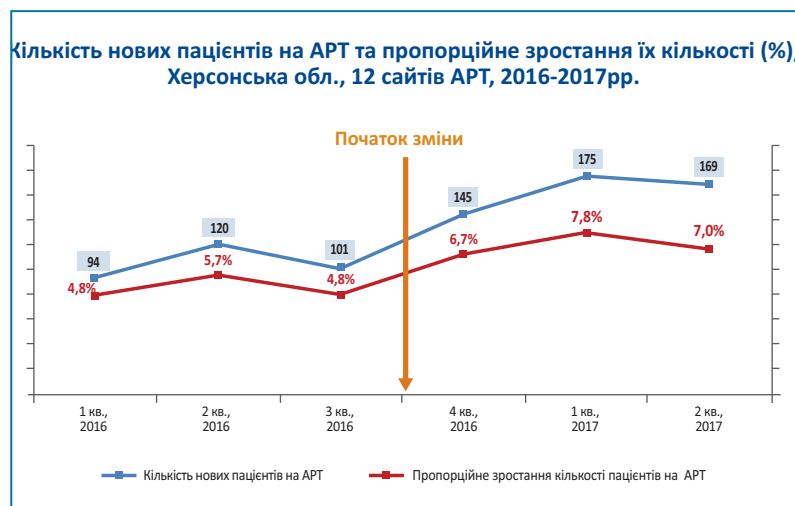
Локальні команди з покращення якості відстежували впровадження зміни помісячно за двома процесними індикаторами:

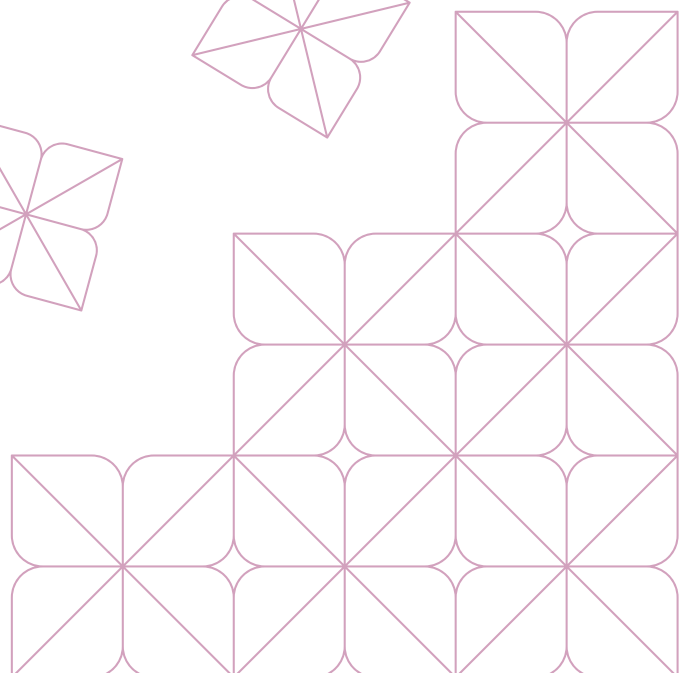
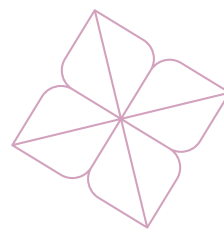
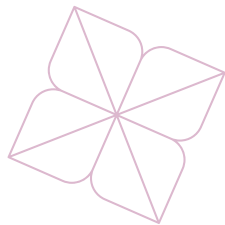
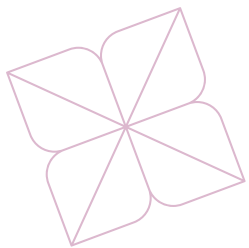
- Кількість ЛЖВ, взятих на АРТ на місцевому сайті.
- Кількість пацієнтів на АРТ, переведених із обласного СНІД-центру до місцевих сайтів АРТ.



Засвоєні уроки та наступні кроки

На рівні області дана зміна сприяла пропорційному зростанню кількості пацієнтів на АРТ, з 4,8% у січні 2016 року до 7% у липні 2017 року, також зменшивши прогалину у лікуванні з 47% до 40% із 1 січня 2016 року по 1 січня 2017 року (див. графік нижче та крос-секційний каскад). Загалом, послуги з АРТ стали більш доступними для ЛЖВ у Херсонській області. Зміна довела свою ефективність та увійде до рутинної практики, в тому числі – і на шести районних сайтах АРТ, запланованих до відкриття у 2018 році.





Публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду США.