

МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ДРУЖНІ ДО ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

Спикер: Олена Мешкова

Інформація о спикере: доцент Навчально-наукового центру - Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, канд. мед.н., Заслужений лікар України, лікар-педіатр вищої категорії.

18 вересня 2019 року

Цикл вебінарів для спеціалістів, які працюють з дітьми, підлітками та молоддю складається з наступних тем:



I. Медичні послуги, дружні до підлітків та молоді

- Основи “дружнього підходу” в наданні медичної допомоги підліткам та молоді.
- Питання поточного законодавства щодо надання медичної допомоги підліткам.
- Основи ефективної взаємодії між медичними працівниками та підлітками.
- Розвиток дитини в процесі дорослішання.
- Статеве дозрівання підлітків. Етапи формування сексуальності.
- Ризикова поведінка підлітків. Адикції.
- ВІЛ-інфекція та підлітки.
- Мета, завдання, принципи та порядок проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Мотиваційне інтерв’ювання
Принцип конфіденційності під час ДКТ
- Алкоголь, тютюнопаління та підлітки.
- Психоактивні речовини (ПАР) та підлітки
- Основи раціонального харчування. Порухення харчової поведінки.
- Сучасні методи профілактичної роботи з підлітками.

II. Насильство над дитиною

- Насильство над дитиною, як чинник деструктивного впливу на формування особистості;
- Насильство над дітьми та підлітками. Види насильства;
- Ознаки жорстокого поводження, насилля над підлітками;
- Особливості консультування дітей та підлітків, які зазнали насильство;
- Актуальні питання профілактики насильства над дітьми та підлітками.

- Розширена ініціатива ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини» в Україні і в світі. Досягнення та Виклики сучасності.
- Родопомічні практики та їх вплив на грудне вигодовування.
- Підтримка матерів, що годують грудьми. Основи ефективного консультування.
- Грудне вигодовування та захворювання матері. Медикаменти та грудне вигодовування.
- Вигодовування дітей старше 6-ти місяців. Терміни, правила введення прикорму.
- Міжнародне зведення правил збуту замінників грудного молока, як засіб захисту та пропаганди грудного вигодовування. Аналіз незалежного анкетування матерів.

I. Основи “дружнього підходу” в наданні медичної допомоги підліткам і молоді.

II. Характеристика “дружніх до молоді” послуг.

Соціальна вагомість здоров'я дітей підліткового віку обумовлена тим, що вони представляють репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал держави.

Сьогодні підлітки та молодь – це діти, що народились у складний час кінця 90-х років минулого сторіччя та початку 2000 років та живуть в період стрімкого поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб. Розпад Радянського Союзу, створення нових незалежних держав, в тому числі України, демократичні зміни, що відбуваються, призвели до виникнення ринкових відносин та, відповідно, до зміни соціально-економічних умов в суспільстві. Багато факторів ризику пов'язані із бідністю та поганим харчуванням, статевою поведінкою, вживанням алкоголю та наркотиків, табакокурінням, депресіями, травмуваннями тощо.

Моделі поведінки, які наслідують підлітки, впливають на все їх життя та здоров'я наступних поколінь. Все це наклало свій відбиток на здоров'ї та соціалізації дітей, призвело до росту сімейної дезадаптації, а також до збільшення кількості сімей, що опинились в кризовій ситуації

	11 років		13 років		15 років		17 років		Серед усіх
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	
Найкраще можливе життя **	81,3	78,9	77,4	75,4	74,2	66,4	71,4	65,4	74,5
Ні те, ні інше ***	16,2	17,4	21,3	21,7	23,3	30,9	26,7	31,6	22,9
Найгірше можливе життя ****	2,5	3,7	1,3	2,9	2,5	2,7	1,9	3,0	2,6
Середнє значення, схождение	8,05	8,04	7,67	7,62	7,46	7,19	7,53	7,18	7,62

**За результатами соціологічного дослідження ГО «Українського інституту соціальних досліджень імені О. О. Яременка» в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), 2018 р.*

Відчуття смутку протягом останніх 12 місяців

Такий щоденний смуток або безнадійність, що респонденти переставали займатися звичними справами, упродовж двох тижнів поспіль або більше відчувала четверта частина всіх опитаних (кожна третя дівчина (31,1%) та кожен п'ятий хлопець (21%)). З віком частка молодих людей, які мали такі відчуття смутку протягом останніх 12 місяців, зростає (від 22,4% серед 11-річних до 26,8% серед 17 річних).

Серед студентів ЗФПО таких була третина, тоді як серед учнів ЗЗСО кожен четвертий (25,4%) учень повідомив про такий стан. За останні роки спостерігається незначне зниження частки тих, хто відчував себе настільки сумним, що не міг займатися звичними справами

**За результатами соціологічного дослідження ГО «Українського інституту соціальних досліджень імені О.О. Яременка» в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), 2018 р.*

Чому підлітки не звертаються за медичними послугами

- Вони вважають, що послуги по охороні репродуктивного здоров'я існують тільки для шлюбних пар;
- Вони соромляться заходити в центри, де послуги надаються не тільки молоді;
- Вони побоюються, що не буде дотримана конфіденційність;
- Вони бояться медичних процедур, особливо гінекологічного і урологічного огляду;
- Вони бояться, що персонал буде налаштований до них вороже;
- Вони не володіють інформацією щодо ризику ІПСШ, вагітності, тому не знають, коли треба звернутись у клініку;
- Вони не знають, де знаходяться потрібні медичні заклади і які послуги вони надають;
- Вони не можуть відвідати ці заклади, тому що до них важко дістатися;
- Вони не можуть дозволити собі послугу через її високу вартість.



**Які служби
необхідні підлітку?**

- Прийом всіх, які звернулися.
- Відсутність перевантаження.
- Можливість заздалегідь домовитися про звернення.
- В місцях очікування - друкована продукція, стенди.
- Широка реклама послуг (*в школах, ПТУ, інших навчальних закладах*).

- Відомо, що молодь загалом не дуже часто звертається до різних послуг, а якщо вже йде туди, то дуже неохоче. Тому важливо забезпечити всеохоплюючі та інтегровані послуги **в одному закладі** – зайшовши до якого, молодь могла б отримати *комплекс послуг*.
- Для забезпечення повного задоволення як соціальних, так і медичних потреб доцільно забезпечити наступне:

- надання лікувально-діагностичної допомоги
- психологічне консультування
- консультування з питань профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції
- добровільне консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ)
- соціальний супровід та інші соціальні послуги
- юридичне консультування
- переадресацію до інших медичних закладів.

Міжнародними критеріями та характеристиками щодо надання «дружніх до молоді послуг визначено, що:

- вони доступні та орієнтовані на дітей підліткового віку та підходять їм;
- їх можна отримати в доступний час та в доступному місці;
- допомога розрахована на відвідувачів незалежно від статі, соціального статусу, віросповідання та етнічної належності;
- вони надаються в доступній для дітей підліткового віку формі;
- розраховані на ті цільові групи, які є найбільш уразливими, та на тих, які потребують допомоги;
- є комплексними та ефективними;
- надаються безкоштовно або за доступними цінами в закладах, які мають право надавати платні послуги відповідно до ліцензії



Міжнародний досвід створення та функціонування служб для підлітків та молоді

Міжнародний досвід створення та функціонування служб для підлітків та молоді

За матеріалами Дитячого Фонду ООН/ЮНІСЕФ перші моделі служб, що працюють у профілактичному напрямку з підлітками, з 1972 року вже функціонували в США, з 1993 року в – Англії, Швеції та інших країнах. На сьогодні служби, які будують свою роботу на принципах дружнього підходу до молоді, створюються і працюють в різних країнах СНД (Молдові, Біларусі, Вірменії, Грузії, Казахстані та ін).

Вони не є альтернативою і не мають за мету замінити для підлітків існуючі служби, наприклад, дитячі поліклініки.

Ці служби:

- Доповнюють одна одну для досягнення єдиної мети – збереження здоров'я молодого покоління.
- Можуть бути структурною частиною дитячих лікувально-профілактичних та соціальних закладів

Розглянемо системи надання медико-соціальних послуг в деяких країнах.

Швеція. Для осіб молодше 20 років у більшості регіонів Швеції медична допомога є безкоштовною. Молодь може користуватись послугами будь-якої медичної служби без дозволу або повідомлення батьків. На усіх дітей молодше 20 років із одної родини повинні оплачуватися лікарські препарати на суму 1800 SEK на рік (біля 170 євро), після чого вони являються безкоштовними. Профілактичне обслуговування, яке включає послуги охорони здоров'я, а саме сексуального і репродуктивного здоров'я в школі, надаються безкоштовно.

Усі громади пропонують послуги контрацепції. У 225 з 290 муніципалітетів при так званих «молодіжних центрах» організовані служби охорони здоров'я, дружні до молоді. Для одержання статусу «акредитованої», згідно до Асоціації молодіжних центрів (FSUM), в молодіжному медичному центрі на кожні 3500 молодого населення повинна бути одна акушерка, один соціальний робітник і (або) психолог та лікар, працюючий неповний робочий день. Верхня вікова межа зазвичай складає 23 роки. Основною сферою діяльності молодіжних медичних центрів є укріплення здоров'я і проблеми сексуального та репродуктивного здоров'я, але в них також пропонується психологічна підтримка і консультування, особливо в крупних центрах.

Велика Британія (Глазго). Існує шість моделей послуг охорони здоров'я молоді, кожна з яких має свої переваги і недоліки. Більшість Партнерств в області суспільної охорони здоров'я використовують більше однієї моделі. Данні моделі включають:

- Стаціонарні послуги з охорони здоров'я молоді: медичні послуги у рамках існуючих служб охорони здоров'я.
- Стаціонарні послуги з охорони здоров'я молоді: профілактика та просвіта у рамках існуючих служб охорони здоров'я.
- Стаціонарні послуги з охорони здоров'я молоді: профілактика та просвіта у рамках більш широкого обслуговування молоді.
- Робота з молоддю на місцях з питань охорони здоров'я: загальна.
- Робота з молоддю на місцях з питань охорони здоров'я: цільова.
- Розвиток служб охорони здоров'я для широких верст населення.

В керівних принципах мова йдеться про те, що хоча дослідження і встановило перешкоди, з якими стикається молодь під час звернення до служб первинної медичної допомоги, дані факти не знайшли відображення в розробці «дружніх для молоді» послуг. Поки що немає доказів того, що якась модель краще іншої, рівно як і фактів, які демонструють сприятливий вплив «дружніх до молоді» ініціатив на здоров'я молоді.

Шотландія. Служба охорони здоров'я та надання інформації для молоді надає унікальні комплексні послуги в рамках великого міського центру, до якої молодь звертається самостійно, а також за допомогою громадських організацій з виїздом на місця. На початку 1990-х років, була виявлена потреба в наданні службою охорони здоров'я неформальних і конфіденціальних послуг та інформаційних послуг виключно молоді.

Проект «The Corner» виник у результаті цих консультацій, як відповідна дія на встановлену проблему. Так робота з молоддю здійснюється мультидисциплінарною командою, що складається із спеціалістів у сфері догляду, охорони здоров'я, медико-соціальних дисциплін, суспільного розвитку та роботи з молоддю. Проект базується на принципах Конвенції ООН про права дитини та діє у відповідності з наважливими інтересами молоді.

Міжвідомче партнерство в рамках проекту направлено на забезпечення актуальності і «дружності до молоді», а також постійного перегляду та покращення послуг. Молодь грала і продовжує грати головну роль у відтворенні, плануванні і впливу на послуги та на напрямки діяльності в рамках проекту. Основною цільовою групою є підлітки віком 11-18 років.

Португалія. У середині 2005 року Міністерство освіти прийняло рішення перетворити виховання здоров'я в португальських школах в регулярний, тривалий, стійкий процес, а також сформувати робочу групу (GTES), відповідальну за розробку спеціальних пропозицій, щоб до 2007 року включити курс виховання здоров'я до програми навчання усіх шкіл країни.

Команда GTES почала свою діяльність у червні 2005 року. Були визначені чотири основні проблеми, що потребують пріоритетного втручання:

- Вживання психоактивних речовин;
- Статеве життя/профілактика ІПСШ та ВІЛ;
- Харчування та фізична активність;
- Попередження насилля і благополуччя / психічне здоров'я;

Португалія. Існує безліч різноманітних моделей організації надання послуг охорони здоров'я, «дружніх до молоді», в рамках Національної служби охорони здоров'я.

На рівні первинної медичної допомоги в муніципалітетах існують спеціальні служби охорони здоров'я молоді, як незалежні, так і діючі при місцевих центрах охорони здоров'я і молодіжних центрах.

Що стосується спеціалізованих послуг, «дружніх до підлітків» в рамках педіатричних відділень, перша така клініка була відкрита у 1996 році – амбулаторна підліткова клініка при Шпиталі Святої Марії. Це була перша в країні підліткова поліклініка, що діяла в рамках педіатричного відділення. Вона з'явилась внаслідок усвідомлення повної відсутності в країні служб охорони здоров'я, «дружніх до підлітків».

Враховуючи вдалий опит Шпиталю Святої Марії, Португалія взялась за реорганізацію своїх служб з охорони здоров'я, прагнучи створити умови для комплексного обслуговування молоді в рамках педіатричних відділень (ПВ) повсюдно.

Швейцарія . Багатопрофільне відділення здоров'я підлітків при Університетському медичному центрі Лозани було засновано у 1998 році. Його діяльність була в наданні всебічній медико-санітарної допомоги підліткам у віці 12-20 років, в сприянні епідеміологічних та клінічних досліджень, в проведенні до – та післядипломних курсів підготовки, а також у виконанні ролі довідкового центру з питань здоров'я підлітків. Біля 12 – 15 осіб, що працюють у відділенні, приймають щорічно 700 – 800 підлітків, дотримуються критеріїв, що встановлені для служб, дружніх до молоді. В 2005 році персонал центру вирішив добровільно розпочати процес отримання сертифікацій. .

Протягом наступних років процедури сертифікації мали подальший розвиток, удосконалювались під постійним контролем і значно впливали на поліпшення якості охорони здоров'я управління персоналом і виконання бюджету. Весь персонал відділення бере участь в процесі та глибоко переконаний, що впровадження такого інструменту управління якості у відділенні має додаткові переваги.

Грузія . Початок незалежності Грузії перейшов в труднощі перехідних років, які були загострені військовим конфліктом переселенням людей з зон конфлікту недостатністю фінансових ресурсів та економічною кризою. Стан здоров'я населення, особливо репродуктивного здоров'я, явився приводом для турботи із за зростання материнської смертності, небезпечних абортів та підліткової вагітності.

Створення такої ситуації пояснюється частково обмеженим доступом до системи охорони репродуктивного здоров'я та інформації, особливо у молоді. Уряд Грузії розпочав амбіційні та складні процеси реформування, які були прискорені за останні 5 років. Фонд ООН в області народонаселення (ЮНФПА) підтримує грузинський уряд в його зусиллях щодо досягнення програми дій з питань поліпшення материнського здоров'я та досягнення універсально доступу до охорони репродуктивного здоров'я. Один з важливих аспектів програми – охорона сексуального і репродуктивного здоров'я.

ЮНФПА запровадив «дружні до молоді» медичні інформаційні центри у всіх областях країни при підтримці спільного проекту Європейського Союзу під назвою «Ініціатива репродуктивного здоров'я молоді на південному Кавказі».

Грузія . Стратегія дружніх до молоді послуг стосується тем, пов'язаних з укріпленням здібностей набувачів послуг охорони репродуктивного здоров'я, покращенням структур та умов медичних установ і заохочення участі молоді в проектуванні, виконанні та контролі над програмою.

Було прийнято рішення створити два типи послуг охорони репродуктивного здоров'я молоді:

- «дружні до молоді» інформаційні центри в сфері репродуктивного здоров'я при грузинських університетах, що повинні поліпшити доступ до якісної інформації;
- запровадити «дружні до молоді» медичні інформаційні центри в сфері репродуктивного здоров'я в столиці і всіх десяти областях Грузії;

Профілактично-просвітницька робота— це також один з основних напрямків діяльності інформаційних центрів. Мета профілактичної роботи полягає в тому, щоб підвищувати рівень інформування цільової групи, запобігати розвитку ризикової поведінки, формувати навички відповідального ставлення до свого здоров'я.

ТАКИМ ЧИНОМ,

Для підлітків та молоді користь від роботи служб, дружніх до молоді, полягає в тому, що вони здобувають реальну можливість самотійно одержати медичну й психологічну допомогу, інформацію про збереження здоров'я, а отже, легше пройти період дорослішання.

Реалізацією ідеології дружньої клініки є надання допомоги підліткам і молоді через розуміння їх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, націлених на збереження здоров'я.

З метою реалізації Плану спільних заходів:

1997 рік - Угода між Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та Урядом України щодо впровадження ініціативи з питань розвитку „дружніх до молоді” служб охорони здоров'я



В Україні існуючі на сьогодні КДМ є структурним підрозділом закладу охорони.

Надає комплексну медико – психо – соціальну допомогу з проблем збереження здоров'я, зумовлених специфікою підліткового віку, на принципах *«дружнього підходу»*, які рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Дитячим фондом ООН – ЮНІСЕФ:

Добровільності, Доступності, Доброзичливості.

ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСЛУГ, ДРУЖНІХ ДО МОЛОДІ (ВООЗ)

- **РІВНОПРАВНІ:** Послуги надаються всім, хто їх потребує
- **ДОСТУПНІ:** Забезпечено легкий доступ до послуг
- **ПРИЙНЯТНІ:** Послуги виправдовують очікування користувачів послуг
- **ВІДПОВІДНІ:** Надається необхідна допомога у найбільш широкому потрібному обсязі
- **ЕФЕКТИВНІ:** Надані послуги сприяють позитивним змінам у стані здоров'я та покращують якість життя клієнта

ДОСТУПНІСТЬ :

- зручний час
- зручне місце
- низькі ціни або безкоштовність
- інформаційні матеріали

ДОБРОВІЛЬНІСТЬ:

- самостійне, усвідомлене звернення
- послуги обираються вільно
- право вибору
- анонімність

ДОБРОЗИЧЛИВІСТЬ:

- Повага
- без оцінок
- Емпатія
- Конфіденційність
- дотримання прав клієнта

- Розташування приміщення КДМ у центрі міста або поряд з маршрутом транспорту;
- Велика, помітна вивіска;
- Нейтральна назва КДМ;
- Скорочення часу очікування клієнтів: одночасна робота кількох однопрофільних кабінетів, дозвілля на період очікування (перегляд відеофільмів, реклами і т. ін.); розподіл потоків по віку і статі;
- Безкоштовність послуг або зниження вартості послуг, (обстеження і препаратів);
- Надання чіткої інформації про те, які види послуг, у який час і за яку ціну надаються;
- Розклад роботи повинен бути пристосований до реального життя молоді и чітко визначений в рекламі;
- Доступність до послуг , в т.ч. І без попереднього запису.

- Якщо є платні послуги, ціни повинні бути мінімальними та доступними для молоді;
- Комплексний підхід до визначення спектру послуг (опитування-інтерв'ю, соціологічні дослідження, статистика);
- Інформація про інші заклади, які надають допомогу або консультують з конкретних питань;
- Не просто прийом лікаря, а консультування, як послуга;
- Гендерна доступність, можливість вибору лікаря або консультанта;
- Позитивне відношення до молодих людей з обмеженими фізичними і ментальними можливостями;
- Коректне відношення до наркоспоживачів, гомосексуалів, осіб, залучених до секс-бізнесу, відсутність стигматизації, дискримінації;
- Адресне надання послуг;
- Проведення роботи в виїзній формі (у місті, області и т.д.);
- Охоплення більшої кількості представників цільової групи.

- Ефективна інформація, пов'язана з КДМ, повинна бути зрозумілою, точною, об'єктивною, доступною.
- КДМ пропонує набір послуг, з яких підліток може обрати для себе те, що йому найбільш підходить.
- Підлітки отримують інформацію про переваги і недоліки кожного методу лікування або обстеження для того, щоб прийняти самостійне, усвідомлене та інформоване рішення.
- Участь підлітка у дискусії із спеціалістом з приводу отриманої інформації, що допомагає зробити усвідомлений вибір.
- Персонал повинен з повагою ставитись до рішень, які приймає підліток.
- Участь молоді в роботі КДМ як структурний елемент в організації послуг.

РЕАЛІЗАЦІЯ *принципу* ДОБРОЗИЧЛИВОСТІ:

- Формування ідеології, заснованої на потребах цільової групи, яку чітко розуміє персонал;
- Сумісне навчання всього персоналу як групи однодумців, здатність працювати у мультідисциплінарній команді;
- Дотримання принципу конфіденційності послуг;
- У зв'язку з недосконалістю законодавства з питань здоров'я підлітків потрібно використовувати трактування, яке захищає права дитини;
- Створення комфортного середовища КДМ повинно мати позитивний вплив на підлітка;
- Назва Клініки допомагає створенню її позитивного іміджу;
- Залучення молоді до розробки інформаційних і рекламних матеріалів для їх ефективності;
- Інтер'єр Клініки відрізняється від традиційних лікарняних стін.

СКЛАДОВІ УСПІШНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ КДМ



- Зниження показників загальної захворюваності підлітків.
- Зменшення показників інфікування ВІЛ, ІПСШ та захворюваності на СНІД.
- Зменшення кількості непланованих вагітностей.
- Формування моделі здорового способу життя серед підлітків та молоді

ПИТАННЯ ПОТОЧНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



Конвенція забезпечує базу для ефективної взаємодії та регламентує всі аспекти життя дитини

- **Стаття 12** – право брати участь у прийнятті рішень, що на тебе впливають
- **Стаття 24** – право на користування найбільш досконалыми послугами системи охорони здоров'я
- **Стаття 54** охоплює питання виживання та благополуччя дітей, їх розвиток, захист та участь у суспільному житті.



Затверджені Комітетом ООН з прав дітей
6 грудня 2016 року

Не повинно бути **жодних перешкод** у доступі до товарів, інформації та консультацій з питань сексуального і репродуктивного здоров'я та прав, наприклад, вимог щодо надання згоди або дозволу третьої сторони.

Підлітки повинні мати **доступ до конфіденційного консультування та тестування на ВІЛ**, а також до науково-обґрунтованих програм з профілактики та лікування ВІЛ, що їх здійснює кваліфікований персонал, який повною мірою поважає право підлітків на недоторканність приватного життя і недискримінацію.



Затверджені Комітетом ООН з прав дітей
6 грудня 2016 року

Медичні послуги повинні включати в себе:

- Інформацію стосовно ВІЛ-інфекції,
- Тестування і діагностику;
- Інформацію про методи контрацепції і використання презервативів;
- Догляд і лікування, в тому числі з застосуванням антиретровірусних та інших препаратів;
- Відповідні технології з догляду та лікування ВІЛ/СНІДу;
- Консультування з питань належного харчування;
- Надання моральної та психосоціальної підтримки.

Згідно ч. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України та ч. 1 ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я:

- Фізична особа, яка досягла 14 років та звернулась за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій
- *«Основи законодавства України про охорону здоров'я»,
«Про охорону дитинства»*

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Стаття 6. Право особи на тестування з метою виявлення ВІЛ, умови та порядок його проведення

- **п.2.** Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.
- **п.3.1** Тестування дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, **проводиться на прохання їх батьків або законних представників** та за наявності усвідомленої інформованої згоди. Батьки та законні представники зазначених осіб мають право бути присутніми під час проведення такого тестування, ознайомлені з його результатами та зобов'язані забезпечити збереження умов конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють.
- ✓ **п.3.** Тестування дітей віком до 14 років, які позбавлені батьківського піклування та перебувають під опікою у дитячих чи навчальних закладах з повним державним утриманням, проводиться в разі усвідомлення ними наслідків і переваг такого огляду на прохання їх законних представників та за умови наявності усвідомленої інформованої згоди таких осіб лише з метою призначення дітям лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Законні представники таких малолітніх осіб мають право бути ознайомлені з результатами зазначеного тестування та зобов'язані забезпечити збереження конфіденційності даних про ВІЛ-статус осіб, інтереси яких вони представляють.

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ від 02.06.2009 р. № 382
«Тимчасові стандарти надання медичної допомоги
підліткам та молоді в центрах/відділеннях/кабінетах
надання медичної допомоги підліткам та молоді»

НАКАЗ МОЗ УКРАЇНИ від 02.06.2009 р. N 383 «Про
удосконалення організації надання медичної допомоги
підліткам та молоді»

СПІЛЬНИЙ НАКАЗ Міністерства України у справах
молоді та спорту і Мін. охорони здоров'я України (від
30.03.05 №1\135)

СПІЛЬНИЙ НАКАЗ Міністерства України у справах сім'ї,
молоді та спорту та Мін. охорони здоров'я України (від
17.04.06 № 1209/228)

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

19.08.2005

Київ

№ 415

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
22 листопада 2005 р.
за N 1404/11684

**Про удосконалення добровільного
консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію**

Порядок диспансеризації населення

- **п.3.2.** При щорічних оглядах проводиться:
 - - у дівчат з 15 років (**за їх поінформованою згодою**) – пальцьове ректальне або бімануальне обстеження.....

Наказ МОЗ України
№ 1141 від 21.12.2010 р.

«Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» **Не чинний**

Наказ МОЗ України № 794 від 05.04.2019 р.
*зареєстровано в Міністерстві юстиції України
01 липня 2019 р. за N 698/33669*

«Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу»

4. Обстеження на ВІЛ-інфекцію здійснюється шляхом виявлення та підтвердження наявності серологічних маркерів ВІЛ (антитіл до ВІЛ 1/2, антигену р24 ВІЛ-1) з метою виявлення ВІЛ-інфекції в осіб старше 18 місяців;
5. Вибір методів дослідження під час тестування на ВІЛ залежить від наявності лабораторного обладнання у ЗОЗ та кількості зразків, що досліджуються протягом робочого дня. Якщо навантаження становить до 40 досліджень на день, рекомендовано застосування ШТ, якщо понад 40 досліджень на день - застосування інструментальних методів дослідження.

II. Скринінговий етап дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ
Застосування інструментальних методів досліджень передбачає:

13) особі, яка була обстежена на ВІЛ-інфекцію, **на її вимогу**, лікуючий лікар ЗОЗ або інший працівник, визначений відповідальним за його видачу в ЗОЗ, **видає результат** дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ ([форма N 503-10/о](#)).

2. Застосування ШТ передбачає:

1) для виявлення серологічних маркерів ВІЛ використовуються МВ для виявлення антитіл до ВІЛ 1/2 або для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ 1/2 та антигену р24 ВІЛ-1 (**комбіновані МВ або ШТ**);

2) обстеження осіб із використанням ШТ дозволяється здійснювати **як за місцем їх безпосереднього звернення, так і в умовах лабораторії**;

б) під час використання ШТ можуть бути отримані негативні, позитивні або недійсні результати. Якщо отримано **недійсні результати, дослідження повторюється з використанням ШТ того самого найменування**;

7) у разі отримання **негативного результату** дослідження надається **Довідка** про результат дослідження з виявлення серологічних маркерів ВІЛ ([форма N 503-10/о](#));

8) у разі отримання **позитивного результату** скринінгового дослідження здійснюються **підтверджувальні дослідження із застосуванням ШТ іншого виробника** на верифікаційному етапі для підтвердження наявності серологічних маркерів ВІЛ. **Якщо немає ШТ іншого виробника**, в особи здійснюють **забір венозної крові**,

- Споживачі ін'єкційних наркотиків
- Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
- Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
- Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків
- Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду
- Статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками

** До груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать (наказ МОЗ України від 08.02.2013 № 104)*

2. За умови застосування однієї з форм поведінки, наведених у п.1 цих Критеріїв, до ГПР щодо інфікування ВІЛ можуть бути віднесені особи, що перебувають у складних життєвих обставинах:

- Особи, які утримуються в установах виконання покарань;
- Бездомні;
- Іммігранти;
- Звільнені від відбування покарань у вигляді обмеження волі або позбавлені волі на певний строк;
- Безпритульні та бездоглядні діти, в т.ч. діти з сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, діти, які не отримують належного батьківського піклування;

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям "ВІЛ-інфекція"

(затверджено наказом МОЗ України №92)

п. 3.1.1. Діагностика ВІЛ-інфекції у дітей віком 18 місяців і старше, незалежно від ВІЛ-статуса матері, та у дітей віком до 18 місяців, чиї матері ВІЛ-серонегативні

Наказ МОЗ України № 92 від 24.02.2015 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям»

- 1) на прохання батьків дитини або самої дитини віком від 14 років і старше;**
- 2) за ініціативою медичного працівника у наступних випадках:**
 - Скринінгові дослідження (вагітність у дівчаток підліткового віку);
 - Клінічні /імунологічні показання – захворювання та стани, що виникають при імунодефіциті та/або схожі на прояви ВІЛ - інфекції, для лабораторного виявлення таких ознак.
 - При виявленні позитивного результату на ВІЛ спрямувати підлітка до структурного підрозділу ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу ВІЛ-інфікованим дітям
- 3) епідеміологічні показання — наявність ВІЛ-інфекції у близьких родичів, трансфузії крові та її продуктів в анамнезі, вживання наркотиків, ранні статеві стосунки, наруга над дитиною, тощо.**

Тестування на ВІЛ супроводжується дотестовим консультуванням з отриманням письмової інформованої згоди батьків (законних представників дитини) або самої дитини 14 років і старше - на проведення дослідження



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

19.03.2018

Київ

№ 504

Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги

Відповідно до статті 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я, абзацу тридцятого підпункту 8, пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінета Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267

НАКАЗУЮ:

Затвердити Порядок надання первинної медичної допомоги, що додається.



Дякую!



Эту презентацию и видеозапись вебинара
смотрите на сайте: knowledge.org.ua

