



unicef



УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
СОЦІАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ  
імені  
Олександра Яременка  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ

**Огляд національного законодавства та існуючих практик  
щодо правил проведення консультування і тестування на ВІЛ  
для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику**

**Київ 2013**

**Авторський колектив:**

О.М. Балакірева, канд. соціол. наук, голова правління УІСД імені Олександра Яременка  
Т.В. Бондар, канд. соціол. наук, директор УІСД імені Олександра Яременка  
О.В. Цвілій, магістр соціальної роботи та соціальної політики  
А.В. Судакова, спеціаліст з управління соціальними проектами УІСД імені Олександра Яременка  
О.Т. Сакович, керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва ЮНІСЕФ в Україні

Підготовлено в рамках проекту  
**Дитячого Фонду ООН ЮНІСЕФ**  
**«Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику»**

**Рецензенти:**

О.М. Мешкова, кандидат медичних наук, заслужений лікар, заступник генерального директора НДСЛ «ОХМАТДИТ» МОЗ України з організаційно-методичної роботи  
О.М. Савчук, доцент, кандидат психологічних наук, викладач Школи соціальної роботи ім. професора Володимира Полтавця НаУКМА

**Редактор:**

М.М.Ілляш

Дану публікацію можна без обмежень цитувати та копіювати з науковою метою, за умови посилання на ЮНІСЕФ та УІСД ім. Олександра Яременка.

Дана публікація видана в межах спільного проекту ЄС та ЮНІСЕФ «Розбудова потенціалу неурядових організацій з питань профілактики ВІЛ/СНІД, лікування та догляду людей, які живуть з ВІЛ»

**Огляд національного законодавства та існуючих практик щодо правил проведення консультивання і тестування на ВІЛ для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику:** аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К.: Версо 04, 2013. – 36 с.

У звіті подано аналіз національного законодавства щодо консультивання і тестування на ВІЛ та поширені практики у сфері надання медичної допомоги та соціальних послуг з метою визначення правових, політичних та сервісних прогалин, пов'язаних з доступом підлітків, у тому числі підлітків груп ризику до існуючих сервісів та послуг з ДКТ.

Огляд містить алгоритм надання послуг та дій в рамках чинного законодавства для надавачів послуг, який може використовуватися в практичній діяльності, а також конкретні рекомендації щодо необхідних змін до законодавства з метою зняття бар'єрів для ПГР на шляху до отримання послуг з ДКТ.

© Український інститут соціальних досліджень  
ім. Олександра Яременка, 2013

© Представництво Дитячого фонду ООН  
(ЮНІСЕФ) в Україні, 2013

## ЗМІСТ

Понятійний апарат.....	4
Абревіатури.....	6
Подяки.....	7
Вступ.....	8
1. Стислий виклад результатів.....	9
2. Аналіз національного законодавства і правил стосовно роботи з КіТ на ВІЛ серед підлітків, у тому числі ПГР, в контексті загальних підходів до КіТ: визначення послуг з КіТ та особливостей їх надання для підлітків, у тому числі ПГР.....	10
3. Аналіз розроблених міжнародними та українськими громадськими організаціями методичних рекомендацій щодо порядку і змісту надання КіТ для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику.....	15
4. Практичний досвід надання послуг з КіТ підліткам груп ризику (медичний компонент).....	15
5. Аналіз основних бар'єрів надання послуг з КіТ з точки зору фахівців медичної сфери.....	18
6. Рекомендації (алгоритм) надавачам послуг щодо медичного компоненту надання КіТ.....	23
7. Практичний досвід послуг КіТ підліткам груп ризику (соціальний компонент).....	26
8. Аналіз бар'єрів щодо надання КіТ підліткам груп ризику з точки зору представників установ та організацій соціальної сфери.....	26
9. Рекомендації (алгоритм) надавачам послуг щодо надання соціальних послуг.....	29
10. Підсумкові рекомендації.....	32
11. Використані джерела.....	35

## Понятійний апарат

**Анонімне консультування та тестування** – консультування без визначення відомостей щодо ідентифікації особи (результати тестування та паспортні дані – прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; місце проживання, роботи або навчання тощо).

**Активна профілактика** – профілактика поширення ВІЛ шляхом здійснення заходів стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків, використання презервативів.

**ВІЛ-інфекція** – захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм.

**ВІЛ-статус** – наявність чи відсутність інфікування ВІЛ за результатами лабораторного обстеження.

**Групове консультування/інформування (ГК/І)** – добровільне передтестове консультування, що проводиться для групи осіб, які мають загальну мету тестування (особи, що обстежуються для отримання довідки; вагітні тощо) з метою їх інформування про шляхи передачі ВІЛ, ризику інфікування, процедуру тестування та навчання профілактичним заходам.

**ДКТ** – добровільне консультування у вигляді надання консультативної допомоги з медичних, психологічних, юридичних тощо проблем, медичної, соціальної та інших видів допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, інших державних і комунальних установах, організаціях та закладах, медичних закладах інших форм власності, об'єднаннях громадян та тестування на ВІЛ-інфекцію у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що мають обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України

**Добровільна згода** – рішення про проходження тесту на ВІЛ-інфекцію, прийняте пацієнтом за умови виключення будь-якого примусу.

**Інформована згода** – згода на тестування, надана пацієнтом, який був у змозі прийняти усвідомлене рішення, після отримання під час передтестового консультування у зрозумілій для нього формі інформації про мету та процедуру тестування, шляхи передачі ВІЛ, заходи профілактики та наслідки виявлення ВІЛ-інфекції.

**Консультант** – працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організації або закладу, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після відповідної підготовки може проводити консультування до та після тесту на ВІЛ.

**Громадські/неурядові організації** – організації, в тому числі міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку, встановленого Законами України "Про благодійництво та благодійні організації" (531/97-ВР), "Про об'єднання громадян" (2460-12), що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

**Пацієнт** – особа (незалежно від статі), яка отримує послуги ДКТ у медичних закладах (або клієнт, що отримує такі послуги в немедичних установах, закладах та організаціях, об'єднаннях громадян).

**Підлітки груп ризику** (вікова група 10–19 років) – це діти та молоді люди (дівчата та хлопці), які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ, а саме:

- підлітки, які вживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію;
- підлітки, які практикують незахищені статеві контакти, в тому числі внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та має незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;

- хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками, в тому числі за винагороду.

**Передтестове консультування** – консультування перед проходженням тесту на ВІЛ.

**Післятестове консультування** – консультування після отримання результату тесту на ВІЛ.

**Послуги КіТ<sup>1</sup>** – добровільне консультування у вигляді надання консультативної допомоги з медичних, психологічних, юридичних тощо проблем, медичної, соціальної та інших видів допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, інших державних і комунальних установах, організаціях та закладах, медичних закладах інших форм власності, об'єднаннях громадян та тестування на ВІЛ-інфекцію у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що мають обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

**Супервізія** – керівництво, спостереження та контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення належної якості консультування.

**Тестування** – проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл/антигенів до ВІЛ (тесту на ВІЛ) з використанням традиційних (ІФА) або швидких тестів у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних закладів охорони здоров'я, акредитованих у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

---

<sup>1</sup> Поняття ДКТ і КіТ вживаються паралельно, їх відмінність полягає лише в тому, що в першому випадку – консультування і тестування обов'язково добровільні, а в другому передбачається консультування і тестування, як за ініціативи клієнта, так і за ініціативи медичного працівника.

## Абревіатури

<b>ВІЛ</b>	Вірус імунодефіциту людини
<b>ВООЗ</b>	Всесвітня організація охорони здоров'я
<b>ІПСШ</b>	Інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>ІФА</b>	Імуноферментний аналіз
<b>ДКТ</b>	Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
<b>КДМ</b>	Клініка, дружня до молоді
<b>КІТ</b>	Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
<b>Мінсім'ямолодьспорт</b>	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
<b>Мінсоцполітики</b>	Міністерство соціальної політики України
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>НУО</b>	Неурядові організації
<b>ПГР</b>	Підлітки груп ризику
<b>ПКС</b>	Працівники комерційного сексу
<b>СІН</b>	Споживачі ін'єкційних наркотиків
<b>СНІД</b>	Синдром набутого імунодефіциту, IV стадія ВІЛ-інфекції
<b>ЧСЧ</b>	Чоловіки, що мають секс з чоловіками
<b>УІСД ім. О. Яременка</b>	ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»
<b>УОЗ</b>	Управління охорони здоров'я
<b>ЦСССДМ</b>	Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
<b>ЦСПР</b>	Центр соціально-психологічної реабілітації
<b>ЮНЕЙДС</b>	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
<b>ЮНІСЕФ</b>	Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ)
<b>USAID</b>	Агентство США з міжнародного розвитку
<b>PATH</b>	МО «Програма оптимальних технологій в охороні здоров'я»

## Подяки

В ході дослідження активно велась співпраця авторського колективу з Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально-небезпечних захворювань, насамперед з робочою групою з питань ДКТ, що діє при Держслужбі. Завдяки цій співпраці ряд рекомендацій, які виникали в ході дослідження уже почали реалізовуватись під час розробки нової редакції Порядку КіТ. Авторський колектив вдячний фахівцям Держслужби та робочій групі за їх виважені коментарі та пропозиції щодо Огляду та готовність враховувати висновки дослідження в нормотворчому процесі, насамперед, висловлюємо подяку керівнику даної робочої групи – Єщенко Олені Григорівні.

Колектив проекту щиро вдячний широкому колу експертів з державних та недержавних організацій, які брали активну участь у робочих зустрічах/консультаціях з обговорення Огляду:

1. Анопрієнко Олені Василівні, завідуючій Центру медико-психологічної, соціально-реабілітаційної допомоги
2. Голоцван Олені Анатоліївні, лікарю вищої категорії, психотерапевту, сексологу, кандидату медичних наук, міжнародному тренеру з питань збереження сексуального та репродуктивного здоров'я, консультант-експерт ЮНІСЕФ / Міністерства Охорони Здоров'я України з питань сертифікації КДМ
3. Журавель Тетяні Василівні, заступнику Голови Ради, голові виконавчого комітету ВГЦ «Волонтер»
4. Крисову Леоніду Петровичу, головному спеціаліст напряму соціальної роботи з особами з проблемою ВІЛ\СНІД відділу соціального інспектування та соціальної роботи з сім'ями КМЦСССДМ
5. Лучинській Ользі Віталіївні, лікарю Кабінету довіри Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом
6. Мельник Наталі Анатоліївні, завідуючій КДМ Дніпровського району м.Київ
7. Солдатенковій Оксані Вікторівні, в.о. Центру "Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД"

Безмежна вдячність експертам, які взяли участь у дослідженні та надали щирі та компетентні відповіді під час глибинних інтерв'ю - фахівцям закладів та організацій, на базі яких надаються послуги з КіТ на ВІЛ, а також експертам регіонального та національного рівнів.

## Вступ

Боротьба з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні визнана одним із головних пріоритетів державної політики, закріплених у відповідних документах – Законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»[1] та Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки [3]. Серед очікуваних результатів Загальнодержавної програми в тому числі є: охоплення медичними послугами з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу 60 відсотків представників груп ризику; удосконалення механізму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед осіб віком від 15 до 24 років з метою підвищення рівня їх обізнаності щодо безпечної статевої поведінки, що дасть змогу збільшити до 60 відсотків кількість осіб, які самостійно можуть визначитися із запобіганням передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом; забезпечення розвитку мережі спеціалізованих служб і закладів з надання медичних та соціальних послуг ВІЛ-інфікованим.

Вікові характеристики представників груп ризику, а отже і зумовлені ними поведінкові особливості, не бралися до уваги під час розробки та впровадження заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу як на рівні зазначеної Загальнодержавної програми, так і на рівні планів заходів міністерств, відповідальних за її реалізацію, та планів діяльності всеукраїнських та міжнародних організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. При цьому саме серед представників дітей та молоді, особливо серед тих, хто є споживачами ін'єкційних наркотиків, працівниками комерційного сексу або тими, хто зазнає сексуальної експлуатації, чоловіками, які мають секс з чоловіками, особами, що перебувають у місцях позбавлення волі, бездоглядними та безпритульними дітьми і молоддю ризикована поведінка та накладання кількох видів ризикованої поведінки є найбільш поширеними [20].

Разом з тим, підлітки груп ризику мають велику кількість бар'єрів на шляху до отримання необхідної допомоги (як медичної, так і соціальної). З одного боку, ці бар'єри зумовлені недосконалістю законодавства та наявних сервісів, з іншого – психологічними бар'єрами та самостигматизацією самих підлітків.

Статистичні дані свідчать про те, що в останні роки спостерігається стала тенденція до зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 роки серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – з 2007-го по 2011 рік: відповідно 15%; 13%; 12%; 11% та 9%, що може свідчити про деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану [17]. Проте постає питання, чи стосується ця тенденція також підлітків груп ризику. За оціночними даними, чисельність підлітків, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, становить 50 000 осіб; дівчат, які надають сексуальні послуги за винагороду, – 15 000 осіб, хлопців, які практикують секс з чоловіками/хлопцями, – 20 000 осіб [20]. При цьому, результати дослідження «Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні», що проводилось УІСД ім. О. Яременка на замовлення UNICEF у 2009 році, свідчать про те, що в розрізі груп ризику питома вага випадків ВІЛ-інфекції серед підлітків-ПКС становить 11%, ЧСЧ – 5%, СІН – 40% у дівчат і 30% у хлопців [19].

Завданням даного огляду є на основі оцінки практик КіТ на ВІЛ, що використовуються в Україні, надати конкретні рекомендації для надавачів послуг та розробити алгоритм надання послуг та дій в межах чинного законодавства України, які можна використовувати в практичній діяльності, а також надати рекомендації щодо необхідних змін до законодавства з метою подолання бар'єрів для підлітків груп ризику на шляху до отримання послуг з КіТ.

Дослідження здійснювалося серед підліткової когорти 10–19 років з розподілом за віковими групами: 10–13 років, 14–17 років та 18–19 років. Обрані вікові межі відповідають поняттю «підліток» за визначенням ВООЗ. Розподіл на 3 підгрупи пов'язаний з різним



правовим статусом підлітка в рамках кожної з виділених підгруп, що тягне за собою різні можливості щодо отримання медичних послуг, зокрема з КіТ на ВІЛ.

До дослідження залучались фахівці закладів та організацій, на базі яких надаються послуги з КіТ на ВІЛ, а також експерти регіонального та національного рівнів. Таким чином, з одного боку, була можливість почути спеціалістів, що працюють безпосередньо з клієнтами, а з іншого – осіб, що впливають на політику на національному та регіональному рівнях у сфері протидії ВІЛ інфекції/СНІДу, зокрема, щодо КіТ.

Усього було опитано 49 фахівців з Одеси, Миколаєва, Донецька, Києва, Житомира, Сум та Маріуполя. З них 1 – соціальний педагог профтехучилища, 3 підліткових педіатри на базі поліклінік, 10 фахівців КДМ, 8 – фахівців кабінетів «Довіра» (в тому числі і на базі Центрів СНІДу), 2 – фахівці ЦСССДМ, 12 – представники НУО, 3 – експерти обласних управлінь охорони здоров'я, 10 – національних експертів (у тому числі 2 – представники МОЗ).

## **1. Стислий виклад результатів**

Аналіз національного законодавства показав, що можливості отримання послуг з КіТ у підлітків залежать, насамперед, від віку. На сьогоднішній день підлітки починаючи з 14 років, можуть отримувати ці послуги самостійно (без залучення батьків/законних представників) і навіть анонімно. У той час як до досягнення підлітком 14-річного віку обов'язковою є згода батьків/законних представників на проведення КіТ на ВІЛ. У ході аналізу також було виявлено ряд невідповідностей між нормативними документами, що потребує подальшого опрацювання на рівні міністерств з метою внесення необхідних змін.

Оцінка існуючих практик показує, що в більшості (але не всі!) спеціалісти достатньо обізнані щодо правового поля роботи з підлітками, разом з тим, було виявлено чимало бар'єрів на шляху до отримання послуг з КіТ для підлітків. Серед них:

1. недостатня поінформованість підлітків як щодо проблематики ВІЛ, так і щодо можливості отримати послуги (насамперед це стосується сільської місцевості та ПГР);
2. психологічний бар'єр щодо звернення по послуги з КіТ;
3. незручний для підлітків графік роботи медичних закладів та відсутність фінансових можливостей у підлітка з сільської місцевості оплатити проїзд до місця отримання послуги;
4. відсутність професійної підготовки у значної частини фахівців щодо особливостей роботи з підлітками, зокрема ПГР;
5. нестача кадрів та їх плінність;
6. недостатня поширеність серед медиків навичок і практики аутич-роботи з підлітками з використанням мобільних амбулаторій/клінік;
7. неможливість отримати у більшості медичних закладів та в ЦСССДМ увесь комплекс послуг з КіТ, включно з результатом тестування, в ході одного візиту;
8. незначна кількість НУО, чиї послуги орієнтовані на підлітків;
9. залежність змісту послуг, які надають НУО, від визначених донорами пріоритетів, які рідко поширюються на підлітків;
10. необхідність залучати службу у справах дітей для дотримання формальностей із залученням законних представників для ПГР;
11. відсутність чітко визначеної на національному рівні політики щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в підлітковому середовищі та серед ПГР і як наслідок – нескоординовані дії спеціалістів на місцях.

На основі проведеного аналізу законодавства та усталених практик щодо КіТ запропоновано рекомендації та алгоритми роботи для медичних та соціальних працівників.

Виходячи з інтерв'ю експертів, було визначено перелік рекомендацій. Частина тих, які стосувалися нормативно-правової бази, ще під час дослідження вдалося запропонувати та погодити з робочими групами, які працюють над новою редакцією Порядку КІТ та змінами до Закону про ВІЛ.

Окрім пропозицій щодо нормативно-правової бази від експертів надійшли такі пропозиції щодо організації надання послуг з КІТ:

12. Для донорських організацій: поширити практику використання мобільних амбулаторій для надання послуг з КІТ підліткам, у тому числі ПГР, забезпечити пріоритетність надання послуг підліткам у ході реалізації проектів НУО та впровадити практику проведення «круглих столів», повторних семінарів та робочих груп для фахівців щодо обміну досвідом та регулярного оновлення знань спеціалістів, що проходили навчання з КІТ на ВІЛ, організувати навчання з питань КІТ для всіх спеціалістів, що працюють у сфері надання соціально-медичних послуг підліткам;
13. Місцевим органам влади: забезпечити комплексність КІТ на ВІЛ (і консультування, і тестування) на базі КДМ та ЦСССДМ, насамперед з використанням швидких тестів, забезпечити підліткам, в тому числі підліткам груп ризику відшкодування витрат на проїзд у ході отримання послуг з КІТ, посилити координацію роботи працівників медичної та соціальної сфери, зробити більш зручним для підлітків графік роботи медичних закладів, що надають послуги з КІТ;
14. Організаціям, що проводять навчання консультантів з КІТ та фінансують проекти, спрямовані на надання послуг підліткам: максимально поширити серед консультантів КІТ навчально-методичний посібник, виданий ЮНІСЕФ «**Підросстки груп ризику к інфіцированню ВІЧ**» (книга для учасника та книга для тренера), що дозволить консультантам надавати послуги з КІТ з урахуванням як правових, так і психологічних особливостей підліткової когорти клієнтів ([www.unicef.org/ukraine/ukr/Trainer.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Trainer.pdf) та [www.unicef.org/ukraine/ukr/Participant.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Participant.pdf))

Щодо інформування цільової групи:

15. Використовувати сучасні інформаційні технології для поширення інформації для підлітків (Інтернет, у тому числі соціальні мережі, онлайн-консультування);
16. Подавати інформацію в цікавому для підлітків форматі, наприклад повчальні історії з життя підлітків у вигляді коміксів тощо.

## **2. Аналіз національного законодавства і правил стосовно роботи з КІТ на ВІЛ серед підлітків, у тому числі ПГР, в контексті загальних підходів до КІТ: визначення послуг з КІТ та особливостей їх надання для підлітків, у тому числі ПГР**

Національне законодавство щодо КІТ на ВІЛ ґрунтується на кількох базових нормативних документах. Насамперед це Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2], Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [1] та Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» [3]. Разом з тим, коли іде мова про надання медичних послуг особам до 18 років, необхідно враховувати особливості правового статусу даної категорії з розподілом на дві вікові групи: молодше 14 років та від 14 до виповнення 18 років. Ці особливості вписані в Цивільному [4] та Сімейному [5] кодексах.

Основним нормативно-правовим актом щодо КІТ на ВІЛ є наказ Міністерства охорони здоров'я «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» [6], який визначає Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Даний

документ визначає основні принципи КіТ (це добровільність, конфіденційність, анонімність, доступність та відсутність дискримінації, достовірність та повнота інформації, професійна та технічна досконалість, мобілізація ресурсів), процедуру, зміст, загальні вимоги до консультування і тестування, перелік організацій, в яких можуть надаватись послуги КіТ та порядок супервізії консультантів з КіТ.

Проблематичним, в окремих випадках, може бути дотримання принципу добровільності. Адже наказ передбачає можливість медичного огляду неповнолітніх віком до 18 років на прохання їх батьків/законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. При цьому не розглядається можливість відсутності згоди на такий огляд з боку самого неповнолітнього. Особливо неприйнятною може бути ситуація, коли підліток уже досяг 14 років і має за Законом право на самостійне отримання послуг з КіТ, а його, проти волі, примушують пройти тестування на ВІЛ. У такому разі дуже важливо, щоб підліткові в доступній формі була донесена інформація про необхідність тестування або іншого обстеження та шляхом мотивації отримана його згода на тестування. Адже стаття 150 Сімейного кодексу зобов'язує батьків «піклуватися про здоров'я дитини, її фізичний, духовний та моральний розвиток». Отже, їх ініціатива щодо тестування має бути підтримана з боку медиків, проте так само важливим є завдання дотримання принципу добровільності, яке постає перед консультантом.

Порядок КіТ також визначає особливості консультування окремих груп клієнтів, зокрема підлітків та представників груп ризику (серед них: споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, ЧСЧ). Разом з тим, не виписані особливості консультування підлітків, які практикують ризиковану поведінку, притаманну представникам груп ризику, хоча, зважаючи на накладання вікових особливостей на особливості соціального статусу та поведінкових практик, консультування даної категорії клієнтів має низку особливостей.

Державною службою з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань у 2011 році було видано методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію [16]. Проте в даному виданні тема підлітків груп ризику також не була висвітлена. Єдине, на що варто звернути увагу: до осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, було віднесено дітей вулиці.

Окрім МОЗ, міністерством, яке відповідає за формування політики та організацію заходів щодо роботи з підлітками, зокрема з ПГР, було Мінсім'ямолодьспорт. У 2010 році Державною соціальною службою у справах сім'ї, дітей та молоді було розроблено «Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу» [15], який у подальшому було затверджено протокольним рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції СНІДу. У цьому документі усі заходи, в тому числі і щодо КіТ, фокусувалися саме на підлітках. Проте з реорганізацією, а практично – ліквідацією даного Міністерства та Держсоцслужби як його складової подальша доля цього документа не визначена: хто є правонаступником та виконавцем виписаних заходів – незрозуміло.

КіТ може здійснюватися в будь-яких медичних закладах, але насамперед ці послуги є одним з основних видів діяльності кабінетів «Довіра» [7]. Крім того, для підлітків ці послуги надають клініки, дружні до молоді [9]. Спільний наказ Мінсім'ямолодьспорту та МОЗ серед функцій ЦСССДМ щодо надання соціальних послуг щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу визначає дотестове та післятестове консультування [10].

Зважаючи на відмінності у статусах підлітків в залежності від їх віку, варто проаналізувати нормативно правову базу окремо щодо декількох вікових категорій:

18–19 років – підлітки даної вікової категорії, відповідно до положень Цивільного кодексу України [4], є повнолітніми, а отже, право- та дієздатними, що дозволяє їм отримувати

послуги з КіТ без будь-яких обмежень та без необхідності залучати будь-яку третю сторону в ході КіТ.

14–17 років – щодо даної вікової категорії підлітків існує розбіжність у вимогах, визначених Законом України про ВІЛ [1] та Порядком КіТ [6]. Згідно з частиною 2 статті 6 нової редакції Закону «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». Це означає, що для надання послуг з КіТ підліткам починаючи з 14 років немає додаткових вимог, зокрема щодо присутності законних представників або їх прохання про проведення КіТ. Водночас, Порядок КіТ ще не приведений у відповідність до нової редакції Закону. В ньому прописано: «Специфікою консультування підлітків є те, що ... медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років може проводитись на прохання чи за згодою їх батьків/законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду; у разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітнього віком до 18 років, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це його батьків або інших законних представників.» Таким чином, чинний Порядок КіТ обмежує доступ підлітків до послуг з КіТ, порівняно із Законом. Однак Закон має вищу юридичну силу, ніж Наказ, тому до моменту приведення Порядку у відповідність до Закону, консультанти з КіТ мають керуватися у своїх діях саме Законом.

Варто зазначити, що з лютого 2012 року, відповідно до Наказу Державної соціальної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, діє група з питань консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Наразі дана група працює над розробкою нової редакції Порядку КіТ. Передбачається, що нова редакція Порядку буде приведена у відповідність до профільного Закону.

10–13 років – усі нормативно-правові акти вказують на необхідність залучення законних представників підлітка даного вікового проміжку в процесі надання послуг з КіТ – це має бути їх запит, письмова згода або безпосередня присутність. Так, стаття 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вказує: «Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників», згідно з частиною 3 статті 6 Закону про ВІЛ «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...». Чинний Порядок КіТ має ті ж самі обмеження щодо КіТ для дітей, молодших 14 років, що і Закони (див. попередню вікову категорію).

Наказом МОЗ і Мінсім'ямолодьспорту про медичне обслуговування дітей у притулках і центрах соціально-психологічної реабілітації [13] затверджено Схему обстеження дітей, які перебувають у закладах соціального захисту, у лікувально-профілактичних закладах. Серед обов'язкових обстежень, які мають пройти діти, коли потрапляють до вказаних закладів, є аналіз крові на ВІЛ-інфекцію. Як відомо, до притулків потрапляють діти на час визначення їх законних представників та встановлення подальшого місця перебування (інтернатний заклад, опіка/піклування, прийомна сім'я, дитячий будинок сімейного типу тощо), при цьому, на період їх перебування у притулку/ЦСПР, за керівником даного закладу не закріплено статусу їх законного представника. У результаті, даний наказ вступає в протиріччя з нормами законодавства, що вимагають офіційної згоди законних представників на обстеження дитини віком до 14 років. Крім того, одним з положень даного наказу визначено, що результати обстеження дітей в лікувально-профілактичних закладах мають доводитись до відома педагогічного персоналу. Таким чином, передбачається розголошення статусу дитини, що, у

свою чергу, є неприпустимим з точки зору законодавства стосовно ВІЛ. При цьому порядок передачі цих даних із забезпеченням конфіденційності в подальшому цим нормативно-правовим актом не передбачений.

У випадках, коли законні представники дитини не встановлені, а їй іще не виповнилось 14 років, КІТ проводиться з дозволу органів опіки та піклування, що надається за клопотанням служби у справах дітей. Це визначено статтею 65 Цивільного кодексу України [4], де вказується: «До встановлення опіки або піклування і призначення опікуна чи піклувальника опіку або піклування над фізичною особою здійснює відповідний орган опіки та піклування».

Національне законодавство не містить чітких вказівок щодо дій фахівців у випадку, коли дитина до 14 років має законних представників, але залучити їх до процесу КІТ з певних причин неможливо (вони виявляють байдужість щодо стану здоров'я дитини або свідомо виступають проти обстеження на ВІЛ). У статті 170 Сімейного кодексу України [5] йдеться про «відібрання дитини від батьків без позбавлення їх батьківських прав», зокрема, у разі, «якщо залишення дитини є небезпечним для її життя, здоров'я». Конкретно випадки, які можна вважати небезпечними для життя і здоров'я, не вписані. Проте Служба у справах дітей, як орган що здійснює заходи щодо захисту прав, свобод і законних інтересів дітей та веде облік дітей, які опинились у складних життєвих обставинах (відповідно до Закону України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей»), може ініціювати тестування дитини на ВІЛ, маючи офіційне підтвердження від медичного закладу про необхідність такого тестування та загрозу здоров'ю і життю дитини у разі його непроведення.

Тоді в силу може вступити частина 2 статті 170 Сімейного кодексу України, в якій визначено: «У виняткових випадках, при безпосередній загрозі для життя або здоров'я дитини, орган опіки та піклування або прокурор мають право постановити рішення про негайне відібрання дитини від батьків.»

У цьому разі орган опіки та піклування зобов'язаний негайно повідомити прокурора та у семиденний строк після постановлення рішення звернутися до суду з позовом про позбавлення батьків чи одного з них батьківських прав або про відібрання дитини від матері, батька без позбавлення їх батьківських прав. Таким чином, у даному випадку мають бути вжиті спільні заходи з боку Служби у справах дітей, медичного закладу та органів опіки і піклування.

Окрема інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям є складовою міжгалузевого Наказу п'яти міністерств «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» [14]. Цим наказом також затверджується Типове положення про мультидисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям. Щоправда, прописані в Положенні завдання мультидисциплінарної команди та функції її членів стосуються роботи з дитиною, ВІЛ-позитивний статус якої уже визначено. Етап діагностики не розписаний.

У згаданому Положенні зазначається: «Медична допомога пацієнтам віком до 14 років або недієздатним особам здійснюється за заявою/письмовою згодою її законних представників. Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою відповідно до статті 284 Цивільного кодексу України. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного згідно із статтею 285 Цивільного кодексу України. При письмовій відмові батьків або законного представника від обстеження дитини, яка має загрозливий життю стан та клінічні ознаки ВІЛ-інфекції, лікар ініціює обстеження і подальше спостереження у встановленому порядку». Таким чином, керуючись даним Наказом, зокрема Інструкцією, медичні працівники мають право проводити додаткові обстеження та лікування (у разі потреби) підлітка віком 14 років і старше без обов'язкового залучення батьків та ініціювати обстеження на ВІЛ дитини, коли законні представники виступають проти. Інструкція також передбачає, що «При отриманні позитивних результатів обстеження на ВІЛ-інфекцію у дитини

старше чотирнадцяти років рішення про надання інформації щодо її ВІЛ-статусу батькам або законному представнику приймає пацієнт». Разом з тим, якщо батьки або інші законні представники звернуться до медичного закладу із запитом щодо стану здоров'я дитини, їм має бути надана уся необхідна інформація. Таку інформацію (згідно з цією ж інструкцією) медичні працівники мають право не надавати лише в разі, коли йдеться про дитину, віком 14 років і старше «у випадках, якщо це може зашкодити інтересам, здоров'ю або подальшому лікуванню дитини. Відповідне рішення міждисциплінарної команди обґрунтовується та вноситься до медичної карти».

Згідно з Порядком КіТ [6] «право проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України». Ці заклади охорони здоров'я можуть проводити тестування також у мобільних пунктах та амбулаторіях [11]. Крім того, наказ МОЗ, затверджений у 2010 році [12], надає можливість проводити тестування на ВІЛ швидкими тестами «всім організаціям/установам (лабораторіям) на території України незалежно від відомчої належності та форм власності, що здійснюють на безоплатній основі тестування на серологічні маркери вірусу імунодефіциту людини». Таким чином, окрім медичних закладів КіТ (за умови використання швидких тестів) можуть проводити також в неурядових організаціях, в тому числі на базі мобільних пунктів і амбулаторій та в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Щоправда, у випадку роботи мобільних пунктів від неурядових організацій або центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виникає питання щодо утилізації витратних матеріалів для обстеження: оскільки витратні матеріали є власністю організації, що впроваджує проект, медичні заклади не мають права утилізувати їх за свій кошт. Вони можуть утилізувати лише свої матеріали. Це питання дуже гостро стоїть перед організаціями, що реалізують проекти з використанням мобільних пунктів.

#### Навчання персоналу:

Чинний Порядок КіТ передбачає, що консультанти мають пройти спеціалізоване навчання, проте порядок цього навчання та установи, що мають право його здійснювати Порядком не визначені. За інформацією, отриманою від Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика читається курс тематичного удосконалення для лікарів з питань проведення КіТ на ВІЛ. Цей блок уніфікований, він затверджений як навчальна програма ВНЗ, тобто система освіти з питань КіТ імплементована в державну систему післядипломної освіти лікарів. Крім того, в поточному році було впроваджено новий курс тематичного удосконалення в рамках післядипломної освіти щодо основ консультування і тестування на ВІЛ на базі Львівського медичного національного університету імені Данила Галицького. Закріпленої на рівні нормативно-правового акту процедури отримання сертифіката консультанта з КіТ немає. З 2010 року кафедрою дитячих та підліткових захворювань при Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика введений дистанційний курс тематичного удосконалення для педіатрів та сімейних лікарів «Надання медико-соціальних послуг підліткам та молоді». Цей курс складається з 10 занять, два з яких частково, а одне повністю присвячені КіТ на ВІЛ. У цілому, питанням КіТ приділяється 8 годин, що становить п'яту частину курсу. За словами експерта-викладача даного курсу, спеціалісти після нього не готові проводити КіТ, але курс допомагає їм отримати необхідну в їх роботі інформацію щодо ВІЛ та зрозуміти важливість мотивації підлітків до отримання послуг з КіТ.

Окрім навчання на курсах післядипломної освіти для медиків існує можливість пройти тренінги з КіТ, що проводять міжнародні організації, серед яких Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, UNICEF, PATH. В усіх цих випадках організації, які проводили дане навчання,

діяли на підставі меморандумів, укладених з МОЗ, та погоджували з цим Міністерством програми тренінгів. Також у рамках 6-го раунду гранту Глобального фонду нетривалий час (2007–2008 роки) навчання з КіТ на ВІЛ проводив Державний інститут розвитку сім'ї та молоді при Мінсім'ямолодьспорт. Це навчання проводилося для представників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та неурядових організацій.

### **3. Аналіз розроблених міжнародними та українськими громадськими організаціями методичних рекомендацій щодо порядку і змісту надання КіТ для підлітків, у тому числі підлітків груп ризику**

Окрім нормативних документів українськими та міжнародними організаціями було видано ряд методичних рекомендацій щодо КіТ. Такі рекомендації були розроблені в рамках Проекту USAID «Визначення політики з питань здоров'я», міжнародною організацією PATH та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні [24; 25; 28] Проте у виданнях USAID і PATH не виписувалися питання консультування підлітків, в тому числі підлітків груп ризику. Основним завданням цих рекомендацій було наголосити на окремих розділах Порядку КіТ та в деяких моментах розширити розуміння прописаного в Порядку. У виданих Альянсом методичних рекомендаціях щодо застосування швидких тестів серед груп клієнтів, яким надають послуги з КіТ неурядові організації, в тому числі з використанням мобільних пунктів, згадуються діти вулиці. Разом з тим, коли йде перелік груп ризику, з якими НУО через Альянс працюють в рамках грантів Глобального фонду з боротьби з ВІЛ, туберкульозом і малярією, діти вулиці вже не згадуються, іде мова лише про СІН, ПКС, ЧСЧ, ув'язнених, а також про осіб, які мали статеві контакти з представниками перелічених категорій.

На час підготовки даного огляду UNICEF було видано вже згаданий вище навчально-методичний посібник «Подростки груп риска к инфицированию ВИЧ», що складається з двох книг: для учасника та для тренера [29]. Видання, на відміну від попередніх, сфокусоване саме на підлітках та особливостях роботи з ними, зокрема в ньому є розділ, присвячений КіТ на ВІЛ. У цьому розділі висвітлені правові основи надання послуг з КіТ підліткам, зміст та алгоритм КіТ, особливості консультування підлітків.

Таким чином, необхідно відзначити, що більшість наявних методичних рекомендацій та посібників не містять інформації щодо специфіки консультування підлітків, у тому числі підлітків груп ризику, та аналізу нормативно-правового забезпечення роботи з даною категорією клієнтів. Тож нещодавно виданий навчально-методичний посібник UNICEF, в якому є уся необхідна інформація щодо роботи з підлітками, потребує якнайширшого розповсюдження серед спеціалістів, що працюють з даною категорією клієнтів, в тому числі, надають послуги з КіТ на ВІЛ.

### **4. Практичний досвід надання послуг з КіТ підліткам груп ризику (медичний компонент)**

**КДМ.** Одними із закладів, орієнтованих саме на підлітків, в тому числі на підлітків груп ризику, та молодь, є клініки, дружні до молоді (КДМ). Вікові межі клієнтів КДМ, відповідно до положення про заклад, становлять від 10 до 24 років [9]. У КДМ клієнтам надаються не лише медичні, а й інформаційні, психологічні, соціальні та юридичні послуги. Комплекс послуг залежить від структури штату клініки, який затверджується місцевим управлінням охорони здоров'я і відрізняється в залежності від обсягів фінансування закладу (фінансування КДМ здійснюється з місцевих бюджетів).

Персонал КДМ має необхідну підготовку як для роботи з підлітками, так і для проведення КіТ. Навчання для них організовували переважно міжнародні та всеукраїнські неурядові організації. За результатами навчання КіТ консультанти отримали сертифікат.

Крім того, спеціалісти КДМ проходять навчання на щорічних семінарах при Охматдиті починаючи з 2006 року. Додатково, зважаючи на значну потребу спеціалістів, таке навчання проводилося на базі обласних та міських СНІД-центрів.

Супервізія процесу КіТ здійснюється насамперед у межах закладу, іноді залучаються спеціалісти СНІД-центру, приїждять представники громадських та міжнародних організацій. Загалом, КДМ кожні три роки проходять сертифікацію. У плані сертифікації передбачені також проведення КіТ на ВІЛ та профілактична робота з підлітками.

Послуги КіТ на ВІЛ пропонуються в кожній з КДМ, які взяли участь в дослідженні. За словами національних експертів, КіТ на ВІЛ є обов'язковим напрямком роботи всіх КДМ України. Близько 50% клінік мають власний маніпуляційний кабінет та спеціалістів, що дозволяє надавати послугу КіТ комплексно. Приблизно 40% – мають такий кабінет на території лікувального закладу, де вони працюють. При цьому найчастіше після дотестового консультування здійснюється безпосередній супровід підлітка до цього кабінету для проведення тестування на ВІЛ. І близько 10% КДМ не мають маніпуляційних кабінетів та спеціалістів (одна з таких КДМ взяла участь у дослідженні). В основному вони працюють на основі договорів зі СНІД-центрами, куди переадресовують клієнтів для проходження тестування.

Консультування, як до-, так і післятестове, проводять медики, психологи, отримавши при цьому результати тестування підлітка, в тому числі з лабораторії. На проведенні КіТ наполягають, насамперед, у випадках, якщо у підлітка виявляють ІПСШ, якщо консультант дізнається від підлітка про практикування ним ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ. Інформацію про можливість безкоштовно і конфіденційно отримати послугу з КіТ також містять плакати на стінах клініки.

КіТ підлітків, які перебувають у стаціонарній установі (наприклад, інтернат, притулок і т.п.), проводять за ініціативою керівника цієї установи, переважно з виїздом консультанта на місце.

У разі позитивного результату тестування, в ході післятестового консультування підлітка, який досяг 14 років, мотивують повідомити результат батькам чи комусь із значимих дорослих.

Фахівці з КДМ вказали на потребу детальнішого роз'яснення щодо роботи з ПГР в Протоколі КіТ та в ході навчання.

**Кабінети «Довіра».** Спеціалісти кабінетів «Довіра», в тому числі на базі СНІД-центрів надають послуги з КіТ. Серед їх клієнтів є також підлітки. Консультують підлітків незалежно від віку, а тестують починаючи з 14 років. Разом з тим, 2 респонденти зазначили: якщо підлітки віком до 14 років є клієнтами соціальних служб чи громадських організацій і приходять у супроводі соціального працівника, то їм надають повний комплекс послуг КіТ, не заглиблюючись в юридичні формальності та не визначаючи, чи має соціальний працівник, який супроводжує підлітка, статус його законного представника. Також практикується надання послуг з КіТ підліткам, які перебувають в інтернатних закладах, притулках та приймальниках-розподільниках на основі домовленостей з даними закладами. В такому разі підлітки також приходять за послугами КіТ у супроводі представника даного закладу.

Послуги підліткам віком до 14 років, які не перебувають під опікою соціальних закладів чи організацій, надаються в присутності батьків або за їх письмової згоди. На частину консультації, яка стосується тем, щодо яких підліток не хоче ставити до відома батьків, їх просять вийти з кабінету. Результат тестування доводиться до відома батьків або інших законних представників підлітка. Якщо ж підлітку виповнилося 14 років, його просто мотивують повідомити про позитивний результат когось зі своїх близьких.

Варто зазначити, що в усіх кабінетах довіри, які брали участь у дослідженні, послуги з КіТ надаються комплексно: і консультування, і тестування. Проводиться тестування як швидкими



тестами, так і шляхом забору крові для підтвердження діагнозу швидких тестів чи в разі необхідності видати довідку про ВІЛ-статус на прохання клієнта. Це зменшує витрати часу клієнтів, оскільки за один візит можна отримати увесь комплекс КіТ на ВІЛ.

Супервізія процесу КіТ здійснюється насамперед у межах закладу, іноді приїздять представники громадських та міжнародних організацій.

**НУО.** Медсестра, яка працює в НУО та проводить тестування на ВІЛ, кілька разів наголосила на тому, що вона працює лише з клієнтами, які досягли 18-річного віку.

**Дитячі поліклініки.** Підліткові педіатри працюють з підлітками починаючи з 14 років. У рамках своєї роботи вони, в тому числі, здійснюють консультування щодо ВІЛ-інфекції як з виїздами в навчальні заклади, так і під час прийому пацієнтів. Два з трьох опитаних підліткових педіатрів здійснюють переадресацію підлітків до КДМ або кабінету довіри з метою отримання ними послуг з КіТ. В одній поліклініці педіатр сам надає такі послуги, тестування при цьому здійснюється в тому ж закладі. Ще один педіатр зазначила, що раніше вони надавали послуги з КіТ, але на даний момент зменшилося фінансування поліклініки і тести на ВІЛ перестали закуповувати. У тих випадках, коли здійснюється переадресація, спеціалісти обов'язково з'ясовують для себе, чи звернувся підліток по дану послугу, чи ні. Один зі спеціалістів зазначив, що в результаті переадресації по послугу з КіТ звертається лише близько 20% направлених. Окрім інформації щодо КіТ, отриманої в ході консультації педіатра, підлітки можуть дізнатися про КіТ на ВІЛ та заклади, де ці послуги надаються, з плакатів на стінах поліклініки. Два з трьох спеціалістів зазначили проблему недостатньої координації з іншими службами, зокрема із соціальною: вони не знають, до кого зі спеціалістів звертатися, якщо у підлітка під час консультування виявляється соціальна проблема, яку лікар вирішити не в змозі.

**Обласні управління охорони здоров'я (УОЗ).** Фахівці, які курують питання педіатрії та охорони материнства і дитинства на рівні області, слабо залучені до процесу надання послуг з КіТ. Лише один з трьох опитаних фахівців знайомий з Протоколом КіТ. Зоною їх відповідальності є організаційна робота на рівні області, в тому числі щодо роботи КДМ та підліткових педіатрів, а також проведення інформаційно-профілактичної роботи в області, насамперед на базі навчальних закладів. Фахівці вказують на наявність неузгоджень у нормативно-правових документах та потребу в збірниках нормативних документів з аналізом та рекомендаціями щодо використання відповідних положень у конкретних випадках під час роботи з підлітками.

В областях наявні мобільні амбулаторії, на базі яких надається широкий спектр послуг, в тому числі КіТ на ВІЛ. Але вони працюють в рамках проектів Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і не відомо, чи буде ця діяльність фінансуватися після завершення цих проектів, а саме з допомогою цих амбулаторій здійснюється вихід на найбільш важкодоступні групи, в тому числі ПГР.

**Національні експерти.** Експертами зазначалося, що ПГР є однією з ключових груп, з якою необхідно працювати в контексті протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Раніше, до 2011 року, на рівні міністерств відповідальним за дану соціальну групу було Мінсім'ямолодьспорт, на сьогоднішній час такого міністерства не існує. Наступником у роботі з цією категорією населення має стати Мінсоцполітики, проте досі для опитаних експертів незрозумілим є зміст цієї роботи та не відомі відповідальні за її виконання. Відсутність достатньої уваги до цієї групи може нанівець звести тенденцію до зниження кількості нових випадків ВІЛ інфекції серед молоді, особливо молодих людей віком 15–24 роки. З точки зору національних експертів-медиків, забезпечення доступу до представників цієї цільової групи та мотивація їх до отримання послуг з КіТ є основним завданням неурядових організацій.

Основними закладами, де підлітки, у тому числі ПГР, можуть отримати послуги з КіТ, експерти називають кабінети довіри та КДМ. На сьогодні в Україні працює більше 700 кабінетів довіри і 104 КДМ. Також згадували про роботу телефонів довіри при СНІД-центрах та КДМ.

Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань здійснює постійний моніторинг виконання усіх нормативних документів, в том у числі і Протоколу КіТ. Насамперед, це збір статистичних даних, в яких відображається також інформація щодо підлітків. Ще однією формою роботи є моніторингові візити, які здійснюються раз на 2 роки. У разі виникнення необхідності здійснюються додаткові візити з метою розібратися в проблемній ситуації на місці. В ході моніторингових візитів перевіряється якість послуг та виконання регламентуючого порядку.

## **5. Аналіз основних бар'єрів надання послуг з КіТ з точки зору фахівців медичної сфери**

### Статус підлітка

*Клініки, дружні до молоді.* Переважна більшість опитаних спеціалістів наголошують на тому, що вони працюють з підлітками лише після досягнення 14 років, хоча, відповідно до Положення про заклад, їх клієнтами є «діти віком 10–18 років і молоді люди віком 18–24 роки» [9]. У деяких випадках послуги надаються і молодшим клієнтам, але в такому разі обов'язково із залученням батьків. Якщо такі підлітки не мають законного представника, послуги їм надаватися не будуть. Двоє з 6 консультантів вагалися щодо можливості самостійного анонімного тестування підлітків віком 14–15 років, один вважає, що це точно можна робити з 15 років, інший – з 16. Зважаючи на анонімність послуг, статус підлітка (сирота чи позбавлений батьківського піклування, інвалід і т.п.) не впливає на надання послуг з КіТ, перешкодою може стати лише вік молодше 14 років.

*Кабінети «Довіра».* Виходячи з відповідей респондентів, переважно, починаючи з 14 років, послуги підліткам надаються в повному обсязі. Ці послуги можуть надаватися навіть анонімно. Проблеми виникають у разі виявлення позитивного результату, тоді необхідні документи, щоб поставити на облік. Якщо документи є, то, за словами консультантів, не обов'язковим є навіть залучення батьків та повідомлення їм даної інформації. У випадку відсутності документів, коли йдеться про дітей вулиці, постановка на облік, подальше обстеження та лікування стають неможливими.

Що стосується підлітків молодших 14 років, за словами медичних фахівців, їх по послуги КіТ звертається незначна кількість. Якщо при цьому підлітків супроводжують соціальні працівники, їм надають послуги з КіТ з використанням швидких тестів, не вимагаючи дозволу представників служби у справах дітей або органів опіки. В інших випадках під час надання послуг з КіТ мають бути присутні батьки або інші законні представники підлітка. За словами одного з консультантів, у разі відсутності в підлітка віком до 14 років законних представників, його обстеження можливе на основі рішення комісії. Один консультант вказала на те, що послуги дітям без батьківського піклування та інвалідам надає лише за присутності опікуна чи представника відповідального органу.

Ще один консультант, наводячи приклад надання послуг з КіТ, клієнтові віком 15 років, зазначила, що при цьому залучалися батьки, а також зазначила, що до 18 років батькам обов'язково повідомляється про позитивний результат тестування. Щоправда, при цьому вказувалось на можливість отримання послуг з КіТ анонімно починаючи з 14 років. Респондент наполегливо переконувала, що бар'єрів, зокрема юридичних, для отримання підлітками послуг з КіТ немає. Так само не бачить юридичних бар'єрів консультант, яка надає послуги з КіТ лише за умови згоди батьків аж до досягнення підлітком 18 років та обов'язково повідомляє батьків про результати тестування. Про анонімне тестування до 18 років у цьому випадку, звичайно, мова йти не може.

*Дитячі поліклініки.* Клієнтами підліткових педіатрів є підлітки починаючи з 14 років. Вони працюють з ними без присутності батьків, в тому числі це стосується тестування на ВІЛ. Проте,

спеціаліст поліклініки, на базі якої надаються послуги з КіТ, зазначив, що дітейсирит/позбавлених батьківського піклування та інвалідів самостійно (тобто без залучення законних представників) тестують починаючи з 18 років. Якщо є потреба протестувати підлітка з притулку або інтернату, це робиться із залученням представника даного закладу.

*Обласні управління охорони здоров'я.* Фахівці обласних управлінь охорони здоров'я також наголошують на необхідності залучення батьків або інших законних представників під час надання послуг з КіТ дітям до 14 років. При цьому один з респондентів зазначив, що в разі, якщо дитина не має законного представника, достатньо лише її особистого підпису, що суперечить заявам консультантів, які безпосередньо надають послуги з КіТ, та нормативно-правовій базі, яка дає це право лише з досягненням 14-річного віку. Така заява пояснюється недостатньою залученістю працівників УОЗ до питань КіТ для підлітків. Двоє фахівців вважають, що громадські організації, за умови відповідного навчання, можуть проводити консультування і тестування, один вказує на те, що це прерогатива медиків. Відкритим питанням для фахівців залишається, що робити, якщо батьки підлітка віком старше 14 років наполягають на обстеженні, а сам підліток такої згоди не дає.

*Національні експерти.* Кожен другий експерт з медичних питань згадував про проблему тестування на ВІЛ підлітків до 14 років та в цілому невідповідність національної нормативно-правової бази потребам підлітків. Більше половини зазначало недостатню деталізацію процесу надання КіТ підліткам у відповідному національному протоколі.

Доступність послуг (територіальне розташування, наявність інформації щодо можливості отримання послуг, готовність консультантів з КіТ працювати з даною цільовою групою)

*Клініки, дружні до молоді.* Усі респонденти з КДМ запевняють, що в їхньому населеному пункті послуги з КіТ на базі клініки, дружньої до молоді, є доступними, але при цьому вказують на проблеми щодо територіальної доступності в невеликих містах і селах, де КДМ немає. Адже підлітки часто не мають коштів на проїзд і взагалі не знають про існування такого закладу та таких послуг. Також є проблемою віддаленість КДМ від центру, особливо у великому місті, де дістатися до закладу з іншого кінця міста буває непросто. Інформацію про КДМ підлітки отримують від самих же працівників, коли ті приходять до навчальних закладів з метою проведення профілактичної роботи та поширення інформації про діяльність КДМ. На жаль, за словами респондентів, трапляються випадки, коли керівники навчальних закладів не дають можливості проводити таку роботу: не всі готові чути в стінах свого закладу лекції про безпеку статевих стосунків, дехто вважає, що про ВІЛ/СНІД уже всі все знають.

Однією з проблем є «розірваність» послуги КіТ: не всі (2 з 6) КДМ, де проводилось інтерв'ювання, мають в наявності швидкі тести на ВІЛ (наскільки зрозуміло з відповідей респондентів, ці тести надаються КДМ в рамках проектів НУО), чотири з шести надають послуги КіТ комплексно, використовуючи ІФА. Решта дві або здійснюють лише забір крові, яку потім направляють в лабораторію для аналізу, або просто перенаправляють клієнта для тестування до іншого медичного закладу. Таким чином, підлітку необхідно піти в інше місце здати кров та прийти ще раз – по результат і післятестову консультацію. Не всі з даних достатньо вмотивовані, аби докладати додаткових зусиль для з'ясування свого ВІЛ-статусу: частина клієнтів внаслідок розриву в часі та місці знаходження знаходяться поза статистикою.

Усі консультанти, які брали участь у дослідженні, декларують готовність працювати з ПГР, проте один з консультантів вказав на те, що вони не працюють з наркозалежними, а ще один виключив з числа клієнтів КДМ підлітків, які мають статеві стосунки з чоловіками. Загалом, з інтерв'ю видно, що представники груп ризику рідко звертаються до КДМ. Спеціалісти пов'язують це, насамперед, з низькою цінністю здоров'я для цих підлітків і як наслідок – відсутність розуміння необхідності стежити за своїм здоров'ям, звертатися по допомогу. Часто

таких підлітків приводять соціальні працівники інших закладів чи організацій або ж їх законні представники.

Одним з основних бар'єрів щодо звернення підлітка до КДМ, за словами експертів, є психологічний: страх розголосу результатів обстеження та змісту консультування, особливо це стосується підлітків, які практикують секс з чоловіками. У більшості випадків вони приховують факт таких стосунків.

*Кабінет «Довіра».* Спеціалісти, які працюють у кабінетах «Довіра», вважають послуги з КіТ достатньо доступними. Щоправда, один із спеціалістів вказував на потребу в компенсації проїзду підліткам до місця отримання послуги, оскільки відсутність коштів на транспорт є перешкодою на шляху до послуг. Також стосовно КіТ для ПГР було наголошено на ефективності використання мобільних пунктів, оскільки такі підлітки самі по послуги не приходять, тому треба їхати до них або забезпечувати їх супровід соціальними працівниками. Відсутність супроводу також призводить до втрати клієнтів: підліток приходить, здає кров на аналіз, а потім не приходить по результат. Якщо послуги КіТ надавались анонімно, особливо дитині вулиці, знайти потім даного клієнта практично нереально.

Інформаційні перешкоди щодо отримання послуг з КіТ, за словами більшості фахівців, існують, але вони не є визначальними, оскільки, при бажанні, можна отримати необхідну інформацію. Підліток, який хоче пройти тестування на ВІЛ, може дізнатися про місце надання такої послуги з Інтернету, від друзів, під час заходів з профілактики, які медики проводять в навчальних закладах. Проблемою може бути усвідомлення підлітком своїх ризиків та потреби в обстеженні.

Усі 8 консультантів з КіТ вказали на те, що працюють з усіма категоріями підлітків, незалежно від того, які типи ризикованої поведінки ті практикують. Один з консультантів зазначив, що за останні роки значно збільшилась кількість клієнтів-хлопців, які практикують секс з чоловіками.

Як і фахівці КДМ, спеціалісти з кабінетів «Довіра» вказують на психологічні бар'єри у підлітків щодо звернення за послугами. У більшості респондентів у ході інтерв'ю прозвучало слово «страх». Насамперед, підлітки бояться розголосу та повідомлення про факт звернення та результат обстеження батькам і в навчальні установи. Крім того, додатковим бар'єром на шляху до консультування і тестування на ВІЛ є розташування кабінету довіри безпосередньо в СНІД-центрі. Страх перед хворобою та закладом, що її уособлює, стає на перешкоді до отримання допомоги.

*Дитячі поліклініки.* З одного боку, дитяча поліклініка є найбільш доступним закладом, зокрема територіально, з іншого боку, не всі поліклініки мають можливість надати послугу з КіТ на ВІЛ. Інші здійснюють переадресацію. Інформація щодо місця, де можна отримати таку послугу, підлітку надається в повному обсязі. Дитячі педіатри працюють з підлітками всіх груп, при цьому важко сказати, наскільки підготовленими вони є щодо психологічних аспектів роботи з ПГР, оскільки в ході інтерв'ю вони в основному згадували про інформування стосовно фізіологічних особливостей підліткового віку та можливих медичних наслідків.

*Обласні управління охорони здоров'я.* Усі фахівці УОЗ вказали на наявність інформаційних та психологічних бар'єрів у підлітків на шляху до отримання послуг з КіТ. Наголошувалось на тому, що інформаційно-профілактична робота медиками ведеться на громадських засадах, як додаткове навантаження до основної роботи. Це призводить до розрізненості та епізодичності цієї роботи. Разом з тим, дещо виправити цю ситуацію могла б належна координація такої роботи, але її немає. Порушувалось питання щодо віддаленості медичних закладів від значної кількості сільських населених пунктів та відсутності у підлітків коштів на проїзд. Один з опитаних фахівців визначав як бар'єр брак тест-систем.

Ще один бар'єр – незручний для підлітків графік роботи медичних закладів: коли це стосується тестування можна пройти переважно лише в першій половині дня, коли підліток знаходиться на навчанні. Підліток хоче отримати послуги з КіТ конфіденційно або навіть анонімно, але якщо не буде присутній на навчанні, то це може стати відомим його батькам і викличе з їх боку небажані для нього питання.

*Національні експерти.* Переважна більшість опитаних експертів вказала на наявність інформаційних та психологічних бар'єрів для підлітків, насамперед ПГР, в отриманні послуг з КіТ. 5 з 9 вказали на наявність територіальних та організаційних бар'єрів – важкодоступність таких послуг для жителів віддалених населених пунктів. Було зазначено, що на національному рівні відсутня інформаційна кампанія саме для підлітків, натомість, є загальна інформаційна кампанія з профілактики ВІЛ серед широких кіл молоді. Складовими такої кампанії є різноманітні акції «Не дай СНІДу шанс»: це концерти, розповсюдження різноманітних брошур, Інтернет, соціальна реклама. Наголошувалося на відсутності достатньої обізнаності серед підлітків щодо діяльності КДМ, де найлегше отримати необхідні їм послуги, в тому числі без документів.

Один з експертів порушив питання орієнтованості послуг на вимоги або організації, що виділяє кошти, або контролюючої організації (зокрема, контрольно-ревізійні управління). При цьому потреби підлітка втрачають пріоритетність у ході визначення змісту послуг та форми їх надання.

#### Забезпечення кадрами та рівень їх підготовки

Варто зазначити, що практично усі фахівці виявили бажання взяти участь у тренінгах або інших навчальних заходах щодо особливостей роботи з підлітками та, зокрема, ПГР.

*Клініки, дружні до молоді.* У різних КДМ працює різна кількість спеціалістів, якщо в одних спектр послуг достатньо широкий, то інші вказують на нестачу, наприклад, юристів, медсестер і т.д. Крім того, лікарі працюють в КДМ на умовах часткової зайнятості, отже не щодня і не повний день. У деяких КДМ це призводить до наявності черг: клієнти змушені записуватись на два тижні наперед.

Незважаючи на те, що працівники КДМ проходили навчання з питань роботи з підлітками, частина з них окреслює поняття «підліток» та «дитина», виходячи з власних уявлень, а не спираючись на класифікацію ВООЗ та національну нормативно-правову базу. Разом з тим, усі респонденти вказали на можливість самостійного звернення підлітка починаючи з 14 років. В тому числі, це стосувалось КіТ. Усі згадували про Протокол КіТ, проте номер наказу більшість не пам'ятає або плутає.

Про якісь методичні рекомендації чи посібники щодо КіТ згадали лише 2 респонденти, вказавши, що це було видання UNICEF, точну назву жоден респондент не вказав.

*Кабінет «Довіра».* Більшість фахівців кабінетів «Довіра», які брали участь у дослідженні, проходили спеціалізоване навчання щодо особливостей роботи з підлітками, у тому числі ПГР, та мають сертифікати консультантів з КіТ. Майже всі вони проходили тренінги з КіТ, які організував Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, один з респондентів також проходив тренінг від РАТН. Деякі з них згадували також про навчання на базі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Не зважаючи на зазначене навчання, лише половина спеціалістів правильно зазначили вік, що відповідає поняттю «дитина», а підлітковим більшість вважає вік з 14 до 18 років. Швидше за все, це пов'язано з тим, що в наказі МОЗ «Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку» підлітковий вік визначається з 15 до досягнення 18 років. Таким чином, існують розбіжності між трактуванням поняття «підліткового віку» медиками кабінетів довіри та практикою визначення вікових меж на міжнародному рівні.

З Протоколом КіТ (наказ МОЗ № 415) знайомі всі опитані спеціалісти, двоє також вказало, що вони знайомі з методичними рекомендаціями, які видавав Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та UNICEF. Один з фахівців відзначив, що часто користується збірником нормативно-правових актів у сфері захисту прав дітей, що був виданий за підтримки UNICEF.

Під час інтерв'ю фахівці зазначали такі проблеми, пов'язані з кадрами: нестача фахівців, що періодично призводить до виникнення черг, плінність кадрів та потреба постійно навчати нові кадри, від чого якість навчання може знижуватись. Один фахівець зазначив потребу в додаткових посадах аутич-працівників, щоб працювати в мобільних пунктах максимально наближено до клієнтів, що є особливо актуальним для ПГР.

*Дитячі поліклініки.* усі підліткові педіатри проходили додаткову підготовку щодо роботи з підлітками. Щоправда, вона стосувалася насамперед медичних аспектів. Педіатр поліклініки, в якій надаються послуги з КіТ, виявила обізнаність щодо Протоколу КіТ, проте про додаткове навчання і сертифікат консультанта не згадувала.

*Обласні управління охорони здоров'я.* Неукомплектованість кадрами фахівці УОЗ визначали як один з бар'єрів у доступності послуг з КіТ. Також не вирішеними залишаються реформи медичної галузі, зокрема розподіл функцій між педіатрами та сімейними лікарями. Фахівці вказують на те, що вже після проведення цієї реформи можна буде чітко розподілити обов'язки між медиками, у тому числі щодо консультування на тему ВІЛ-інфекції.

*Національні експерти.* Наявність бар'єрів, пов'язаних з кадровим потенціалом, зазначив кожен з опитаних експертів. Були згадані як відсутність достатньої кількості посад та необхідного переліку спеціалістів, так і невідповідність кадрів до роботи саме з підлітками, особливо з ПГР. Хоча в навчальному модулі для консультантів КіТ є розділ, що стосується консультування підлітків, він дуже поверхневий та короткий, причому, це стосується як модуля державної післядипломної медичної освіти, так і модуля Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД. Крім того, кожен другий експерт назвав бар'єром відсутність координації між медичними та соціальними службами: зараз, внаслідок реформування соціальної служби, спільна робота медичних закладів та ЦСССДМ не координується централізовано та ведеться лише на місцевому рівні із системою центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Проте, відсутність чіткої політики на національному рівні ускладнює процес укладання договорів про співпрацю ЦСССДМ з медичними закладами, які здійснюють КіТ на ВІЛ.

Узагальнивши відповіді експертів, можна зробити висновок, що найбільш поширеними бар'єрами на шляху отримання послуг з КіТ для підлітків є:

1. правовий статус підлітка до досягнення 14 років, який не дозволяє отримувати медичну допомогу самостійно;
2. недостатня поінформованість підлітків щодо проблематики ВІЛ, насамперед у сільській місцевості та серед ПГР, та, як наслідок, неспроможність оцінити ступінь ризикованості своєї поведінки щодо інфікування ВІЛ, відсутність інформації щодо закладів, які надають послуги з КіТ;
3. психологічний бар'єр щодо звернення по послуги з КіТ, як результат браку цінності здоров'я та страху "викриття" з боку батьків;
4. відсутність фінансових можливостей у підлітка із сільської місцевості оплатити проїзд до місця отримання послуги;
5. незручний для підлітків графік роботи медичних закладів: переважно, коли це стосується тестування, вони працюють у першій половині дня, коли підліток знаходиться на навчанні;

6. необізнаність консультантів щодо можливостей надавати послуги з КіТ без залучення батьків починаючи з 14 років (в тому числі це пов'язано з відсутністю чіткого визначення поняття “підліток” в українському законодавстві та розбіжністю з визначенням МОЗ підліткового віку: 15–17 років, з відмінностями в правовому статусі по досягненні 14 років);
7. відсутність навчання щодо особливостей роботи з підлітками, зокрема ПГР, (насамперед, психологічних) для медиків (окрім працівників КДМ);
8. нестача кадрів, що періодично призводить до черг, плінність кадрів та потреба постійно навчати нові кадри, від чого якість послуг може знижуватись;
9. недостатня поширеність серед медиків навичок аутрич-роботи з підлітками з використанням мобільних амбулаторій/клінік;
10. слабка координація медичної та соціальної служб або ж, навіть, відсутність такої координації;
11. недостатній супровід підлітків у ході переадресації для отримання послуг з КіТ;
12. у більшості випадків – неможливість отримати увесь комплекс послуг з КіТ, включно з результатом тестування, в ході одного візиту (не всі повертаються по результат, особливо ПГР);
13. відсутність чітко визначеної на національному рівні політики щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в підлітковому середовищі та серед ПГР і як наслідок – нескоординовані дії спеціалістів на місцях;
14. слабка обізнаність і як наслідок – незацікавленість в питаннях забезпечення КіТ для підлітків на рівні управлінь охорони здоров'я.

#### **6. Рекомендації (алгоритм) надавачам послуг щодо медичного компоненту надання КіТ**

Виходячи з аналізу нормативної бази та існуючих практик щодо надання послуг КіТ на ВІЛ, медичним працівникам, які надають дані послуги, можна запропонувати такий алгоритм дій:

1. Залучення підлітків до отримання послуг КіТ на ВІЛ може відбуватися по-різному. Це може бути:
  - самостійне звернення підлітка до медичної установи по послуги з КіТ чи інші послуги (в такому разі можливе перенаправлення всередині закладу: наприклад, дівчинка звернулась до гінеколога, а він направив її на проходження КіТ);
  - звернення батьків чи інших законних представників підлітка (в тому числі це може бути звернення керівника інтернатного закладу);
  - переадресація підлітка від іншого закладу: медичного, соціального, навчального; при цьому можливий супровід підлітка представником даного закладу, проте присутнім під час консультації та тестування цей представник бути не повинен, хіба що підліток сам виявляє таке бажання;
  - мотивування підлітків до отримання послуг з КіТ в ході аутрич-роботи (робота в мобільних амбулаторіях, пунктах, в місцях скупчення підлітків, наприклад, в навчальних закладах).
2. Подальше надання послуг КіТ (дотестове консультування та тестування) залежить від віку підлітка:
  - 14–19 років – підлітки мають право на самостійне, в тому числі анонімне, проходження КіТ;
  - 10–13 років – необхідним є залучення законних представників підлітка – це має бути їх запит, письмова згода або безпосередня присутність; у разі, якщо законні представники дитини не встановлені, КіТ проводиться з дозволу органів опіки та піклування, що надається за клопотанням служби у справах дітей, оскільки саме

вони є тимчасовими законними представниками дитини; у разі, коли дитина до 14 років має законних представників, але залучити їх до процесу КІТ з певних причин неможливо (вони виявляють байдужість щодо стану здоров'я дитини або свідомо виступають проти обстеження на ВІЛ), служба у справах дітей із залученням органів опіки та піклування може ініціювати тестування дитини на ВІЛ. Для цього вони надсилають запит і отримують офіційне підтвердження від медичного закладу про необхідність такого тестування та загрозу здоров'ю і життю дитини.

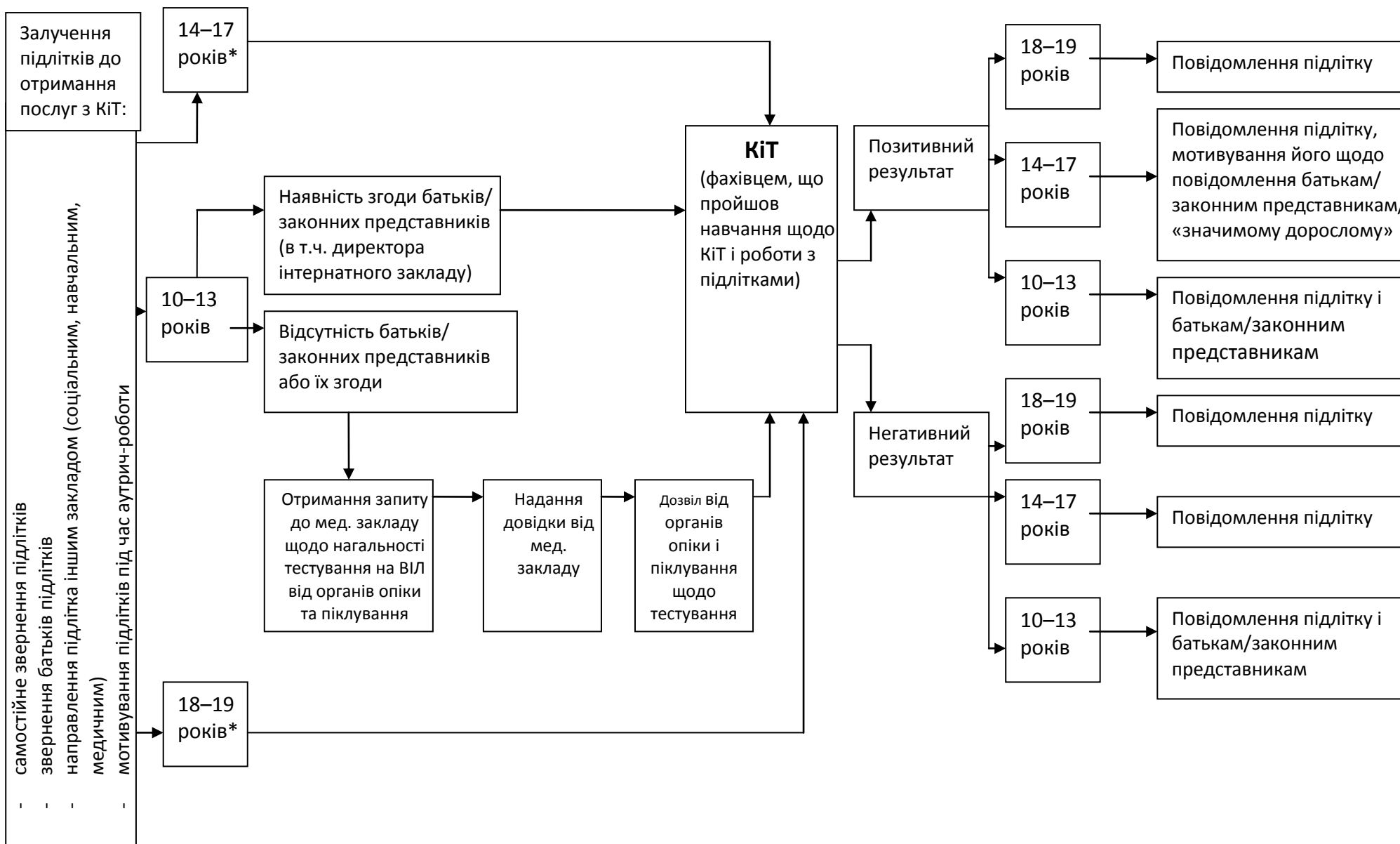
3. Післятестове консультування, зокрема повідомлення результату, також дещо відрізняється в залежності від віку:

- 18–19 років – результати тестування нікому, окрім підлітка, не повідомляються;
- 14–17 років – у разі підтвердження ВІЛ-позитивного статусу підлітка варто мотивувати до розкриття свого статусу батькам/законним представникам або значимим дорослим, проте без його згоди залучати їх не можна;
- 10–13 років – результати тестування в обов'язковому порядку повідомляються батькам/законним представникам підлітка.

Дані рекомендації базуються на чинному правовому полі та досвіді діяльності надавачів послуг з КІТ. Нижче вони представлені схематично у вигляді алгоритму.



### Алгоритм надання послуг щодо медичного компонента КіТ



\*Можливе анонімне надання послуг з КіТ.

## **7. Практичний досвід послуг КіТ підліткам груп ризику (соціальний компонент)**

У соціальній сфері КіТ на ВІЛ здійснюють неурядові організації та центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Ще під час підготовки інтерв'ю виявилось, що не так просто знайти неурядові організації, які надають послуги, зокрема з КіТ, підліткам. Більшість організацій працюють з клієнтами починаючи з 18 років. У тих організацій, що працюють з підлітками, схожий алгоритм роботи: дотестове (а іноді і післятестове) консультування робить соціальний працівник, паралельно мотивуючи клієнта обстежитись, тестування і післятестове консультування (з метою зберегти конфіденційність інформації) робить залучений до проекту організації лікар, маніпуляції може проводити медсестра або ж сам лікар. Організації в більшості працюють з інфекціоністами та дерматовенерологами. Таким чином, НУО може забезпечити весь комплекс послуг з КіТ. Ці послуги надаються переважно на базі мобільних пунктів/амбулаторій, іноді додатково на базі громадського центру організації або ж соціальні працівники возять чи супроводжують підлітків до СНІД-центру. Переважно тестування ведеться швидкими тестами, хоча можливий і забір крові з подальшим повідомленням результату через певний час у ході повторного візиту клієнта.

На відміну від неурядових організацій, відповідно до положення про заклад, усі центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді працюють з підлітками, проте часто вони мають значно менше ресурсів для надання послуг з КіТ, хоча формально в Порядку КіТ вони прописані як заклад, що може надавати такі послуги. Переважно ці послуги зводяться до дотестового консультування та переадресації в медичний заклад, де роблять тестування та післятестове консультування. Іноді підліток може повернутися по додаткову допомогу. Тоді отримує і післятестове консультування. Одна з респондентів з ЦСССДМ вказала на те, що в них був короткий досвід тестування на базі мобільної амбулаторії, але це було кілька років тому. Представник ЦСССДМ з Києва теж описав позитивний досвід роботи з підлітками на базі мобільного пункту, вказавши на те, що це постійна складова роботи їхнього центру. Проте, як зазначали експерти, на жаль, в Україні такий досвід є, швидше, винятком, ніж правилом. ЦСССДМ, за словами респондентів, тісно співпрацюють з КДМ.

## **8. Аналіз бар'єрів щодо надання КіТ підліткам груп ризику з точки зору представників установ та організацій соціальної сфери**

### Статус підлітка

*ЦСССДМ.* Зважаючи на саму назву закладу та положення про його діяльність, віковий статус підлітка не є бар'єром для отримання послуг в ЦСССДМ. Починаючи з 14 років дотримуються принципу анонімності, повідомляють батькам лише в тому разі, якщо підліток дав на це згоду. Молодше 14 років – залучають батьків або інших законних представників.

*НУО.* Не так багато НУО готові працювати з підлітками. Це пов'язано з додатковою відповідальністю, невизначеністю нормативно-правового регулювання діяльності, потребою в додатковій підготовці кадрів щодо специфіки роботи з даною віковою категорією. Особливо гостро стоїть проблема щодо наявності організацій, готових працювати з ПГР, молодшими 14 років, оскільки для даної категорії типові для роботи з ПГР проблеми подвоюються. Представники 2 організацій в інтерв'ю заявили, що їх проект спрямований на роботу з дорослими представниками груп ризику. При цьому один з них повідомив, що вони категорично не працюють з особами, молодшими 18 років, а інший сказав, що надають послуги з КіТ починаючи з 14 років, оскільки це дозволено законодавством, але цілеспрямовано з цією категорією не працюють, лише за зверненням. Відповідно, звітності про кількість підлітків, яким

було надано послуги, не ведеться, вони ідуть в загальну звітність з розподілом за групами ризику (СІН або ПКС). Ще один спеціаліст вказав на те, що вони працюють у СІЗО, в тому числі з підлітками, але їх проект не є націленим саме на них.

Практично всі фахівці як з ЦСССДМ, так і з НУО зазначили наявність нормативно-правових бар'єрів щодо надання послуг підліткам, особливо ПГР, оскільки сюди додаються ще й проблеми з відсутністю документів та законних представників. Проблемою є неможливість підтвердити діагноз, поставити на облік, почати лікування без документів. На відновлення документів іде занадто багато часу, а медичної допомоги підліток може потребувати терміново. Респонденти згадували навіть фатальні наслідки такої бюрократії. Також фахівці зазначали неузгодженість різних нормативно-правових актів між собою.

#### Доступність послуг (територіальне розташування, наявність інформації щодо можливості отримання послуг, готовність консультантів з КіТ працювати з даною цільовою групою)

Щодо територіальних бар'єрів спеціалісти соціальної сфери, як і їх колеги-медики, наголошують на актуальності такого бар'єра для підлітків, що є жителями сільської місцевості та невеликих міст. У межах населених пунктів, де працюють організації, більшість респондентів вважає, що таких проблем немає.

Більшість опитаних фахівців вказали на наявність інформаційних бар'єрів для підлітків, зокрема ПГР, особливо в сільській місцевості. В організації, що цілеспрямовано спеціалізується на роботі ПГР, зазначили, що часто такі пацієнти не вміють читати, тому інформацію для них необхідно подавати в картинках. Підлітки, які вміють читати, теж краще сприймають інформацію, подану у вигляді коміксів. Дуже широко підлітки користуються Інтернетом, фахівці зазначали, що цей ресурс недостатньо використовується для поширення інформації щодо ВІЛ та КіТ. Насправді, за словами респондентів, на сьогоднішній день це найоптимальніший канал для донесення інформації підлітковій аудиторії. Інтернетом користуються навіть ПГР, вони нерідко ночують в Інтернет-клубах.

Опитаний у ході дослідження соціальний педагог профтехучилища наголосив на нестачі інформації. З одного боку, він повідомляє підлітків про наявність послуги з КіТ на ВІЛ, мотивує їх до обстеження, з іншого – він не здійснює безпосередньо переадресацію в конкретний заклад до конкретного спеціаліста.

Більше половини фахівців соціальної сфери, які взяли участь у дослідженні (як НУО, так і ЦСССДМ), вказали на наявність організаційних бар'єрів. Серед них зазначались такі: нестача приміщень для індивідуального консультування під час КіТ; недостатня кількість організацій, готових надавати послуги підліткам; відсутність достатнього фінансування цього напрямку роботи на всіх рівнях; відсутність гарантій, що підлітки отримуватимуть такі послуги після припинення фінансування з боку міжнародних фондів; відсутність супутніх сервісів для підлітків (проживання, побутові послуги, соціально-педагогічна робота, відновлення документів).

У тих організаціях, де постійно надаються послуги підліткам, у тому числі й ПГР, консультанти з КіТ під час інтерв'ю виражали готовність працювати з різними категоріями підлітків. Найчастіше серед їхніх клієнтів трапляються підлітки, які практикують незахищені статеві контакти з великою кількістю партнерів, в тому числі за винагороду, споживачі наркотиків (не лише ін'єкційних). Серед клієнтів дуже рідко трапляються хлопчики, які мають статеві стосунки з чоловіками, багато фахівців таких клієнтів взагалі не могли пригадати. Ті ж із соціальних працівників, хто працював з ними, як і медики вказують на цілковиту закритість цієї групи.

### Забезпечення кадрами та рівень їх підготовки

**ЦСССДМ.** У дослідженні брали участь лише 2 представники ЦСССДМ. Обидва вони пройшли навчання щодо КіТ: навчання організували PATH та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Один з них пам'ятає номер наказу, яким затверджено Протокол з КіТ, інший не згадав про Протокол, як про документ, яким він керується в своїй діяльності. Опитані фахівці таким чином проводять віковий розподіл: діти – 0–9 років та 0–18 років, підлітки – 10–18 та 10–19 років. Один з фахівців вказав на наявність кадрових проблем.

Супервізія надання послуг з КіТ, за словами опитаних експертів, не здійснюється.

**НУО.** Цікавим є той факт, що близько третини національних експертів вважають кадри НУО не надто професійними, пов'язуючи це з недостатньою освітою, значною плінністю кадрів, в тому числі навчених, внаслідок нестабільності фінансування. Разом з тим, опитування показує, що з 12 опитаних фахівців НУО лише 2 не були знайомі з протоколом КіТ, а 6 навіть згадали номер наказу, яким він затверджений. 10 фахівців проходили навчання та мають відповідний сертифікат консультанта КіТ. Найчастіше це навчання проводив Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, дехто брав участь у тренінгах UNICEF та PATH. У тих випадках, коли фахівці такого сертифіката не мають, вони особисто не надають послуги з КіТ, а здійснюють менеджмент проектів. Але значна частина менеджерів теж має такі сертифікати, оскільки проходили це навчання.

Навчання щодо підлітків та ПГР зокрема пройшло 7 фахівців. Організаторами такого навчання також були Альянс та UNICEF.

Одиниці згадували посібники Альянсу як додаткові матеріали щодо проведення КіТ, якими вони користуються.

Більша частина опитаних фахівців визначає поняття “дитина” як особа до досягнення 18-річного віку, посилаючись на законодавство України. Є такі, що обмежуються 14 або 16 роками. Щодо підліткового віку, то тут було багато варіантів відповіді: 12–18 років, 16–18, 10–19, 14–18 та 14–16 років. При цьому фахівці використовували різну аргументацію своїх відповідей.

Про кадрові проблеми в ході опитування згадали лише 4 фахівці, вказуючи, насамперед, на їх нестачу, а не на рівень підготовки. Разом з тим, усі фахівці зазначили, що готові взяти участь у різноманітних навчальних заходах з метою підвищення свого професійного рівня.

Супервізія КіТ в неурядових організаціях здійснюється СНІД-центром, представниками донорів (згадувався Альянс) та шляхом анкетування клієнтів. Зважаючи на те, що в більшій мірі цю послугу, навіть у НУО, надають медики, варто також враховувати супервізію, яка здійснюється на їхньому робочому місці.

На основі відповідей експертів можна зробити висновок про найбільш поширені бар'єри на шляху отримання послуг з КіТ для підлітків, а саме:

Для медичного персоналу:

1. правовий статус підлітка до досягнення 14 років, який не дозволяє отримувати медичну допомогу самостійно;
2. недостатня поінформованість підлітків щодо проблематики ВІЛ, насамперед у сільській місцевості та серед ПГР, та, як наслідок, неспроможність оцінити ступінь ризикованості своєї поведінки щодо інфікування ВІЛ, відсутність інформації щодо закладів, які надають послуги з КіТ;
3. психологічний бар'єр щодо звернення за послугами з КіТ як результат браку розуміння цінності здоров'я та страху “викриття” з боку батьків;
4. територіальний бар'єр для підлітків з сільської місцевості (віддаленість місця, де можна отримати послугу);
5. нестача кадрів;
6. слабка координація медичної та соціальної служб.

Для працівників соціальної сфери:

1. незначна кількість НУО, чиї послуги орієнтовані на підлітків, особливо на підлітків молодше 14 років;
2. необхідність обов'язково залучати медиків до процесу тестування і підлаштовуватись під їх графік роботи, що може бути незручним для клієнтів;
3. залежність змісту послуг, які надають НУО, від пріоритетів донорів, які рідко поширюються на підлітків;
4. необхідність залучати службу у справах дітей для дотримання формальностей із залученням законних представників, що забирає багато додаткового часу;
5. для ЦСССДМ – недостатній супровід підлітків у ході переадресації для отримання послуг з КіТ;
6. неможливість отримати увесь комплекс послуг з КіТ, включно з тестуванням, на базі більшості ЦСССДМ внаслідок обмежених ресурсів;
7. проблематичність подальшого обстеження підлітка (насамперед ПГР) для підтвердження діагнозу і постановки на облік унаслідок відсутності наступності в наданні послуг між фахівцями медичних та соціальних служб, неналагодженого належним чином процесу переадресації включно із супроводом;
8. відсутність гендерного підходу в консультуванні підлітків.

## **9. Рекомендації (алгоритм) надавачам послуг щодо надання соціальних послуг**

Складові алгоритму<sup>2</sup> дій працівників соціальної сфери, що надають послуги з КіТ на ВІЛ, багато в чому збігаються з алгоритмом для медичних працівників. Це пояснюється єдиним правовим полем, в якому працюють спеціалісти. Проте окремі компоненти відрізняються. Отже, для фахівців соціальної сфери:

1. Залучення підлітків до отримання послуг КіТ на ВІЛ може відбуватися таким чином:
  - самостійне звернення підлітка до установи/організації, що надає соціальні послуги, за послугами КіТ чи іншими послугами (в такому разі можливе перенаправлення всередині закладу або переадресація, а по можливості – супровід, до інших закладів, де надають послуги з КіТ: наприклад, дівчинка звернулась до психолога, а він направив її на проходження КіТ);
  - звернення батьків чи інших законних представників підлітка (в тому числі це може бути звернення керівника інтернатного закладу);
  - переадресація підлітка від іншого закладу: соціального, навчального; при цьому можливий супровід підлітка представником даного закладу, проте присутнім під час консультації та тестування цей представник бути не повинен, хіба що підліток сам виявляє таке бажання;
  - мотивування підлітків до отримання послуг з КіТ у ході аутич-роботи (робота в місцях скупчення підлітків, в тому числі з використанням мобільних амбулаторій/пунктів, в тому числі в навчальних закладах).
2. Подальше надання послуг КіТ (дотестове консультування та тестування) залежить від віку підлітка:
  - 14–19 років – підлітки мають право на самостійне, в тому числі анонімне, проходження КіТ;
  - 10–13 років – необхідним є залучення законних представників підлітка – це має бути їх запит, письмова згода або безпосередня присутність;

---

<sup>2</sup> Для зручності користування далі наводиться увесь алгоритм, а не описуються відмінності.

у разі, коли законні представники дитини не встановлені, для того, щоб забезпечити підлітку можливість пройти КіТ, залучається служба у справах дітей, яка, у свою чергу, подає клопотання до органів опіки і піклування – вони тимчасово мають статус законного представника дитини та можуть дати дозвіл на проведення КіТ для підлітка; паралельно соціальною службою/організацією спільно зі службою у справах дітей проводиться пошук законних представників підлітка, відновлення документів, направлення його до притулку;

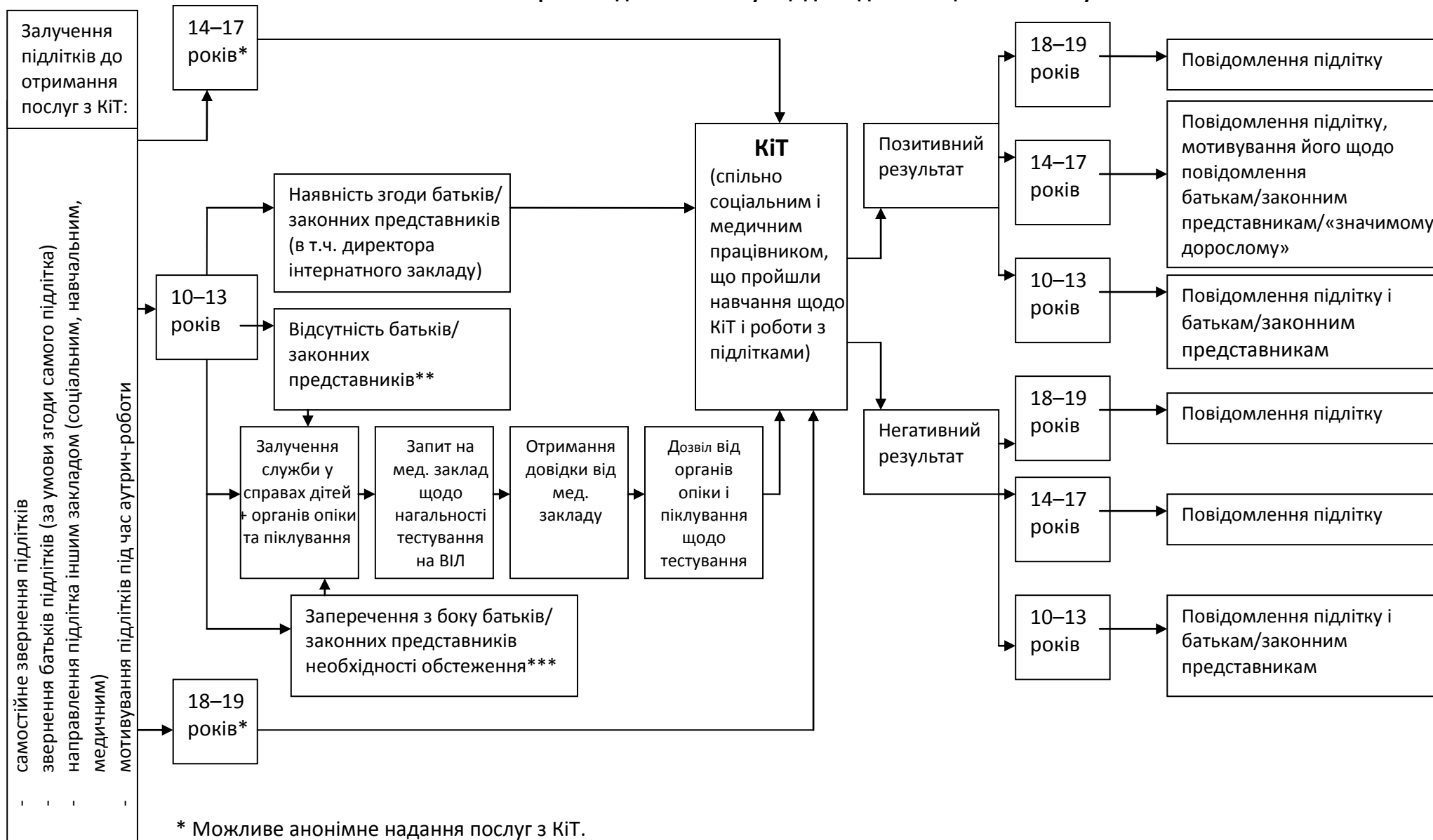
коли дитина до 14 років має законних представників, але залучити їх до процесу КіТ з певних причин неможливо (вони виявляють байдужість щодо стану здоров'я дитини або свідомо виступають проти обстеження на ВІЛ), також необхідно звертатися до служби у справах дітей, яка із залученням органів опіки та піклування може ініціювати тестування дитини на ВІЛ. Для цього вони надсилають запит до медичного закладу про необхідність такого тестування та загрозу здоров'ю і життю дитини. Після отримання відповідного офіційного підтвердження (довідки) від медичного закладу, службою у справах дітей ініціюється вилучення дитини від законних представників спільно з представниками органів внутрішніх справ та проводиться КіТ на основі запиту органів опіки та піклування.

3. Післятестове консультування, зокрема повідомлення результату, також дещо відрізняється, в залежності від віку:
- 18–19 років – результати тестування нікому, окрім підлітка, не повідомляються;
  - 14–17 років – у разі підтвердження ВІЛ-позитивного статусу підлітка варто мотивувати до розкриття свого статусу батькам/законним представникам або значимим дорослим, проте без його згоди залучати їх не можна;
  - 10–13 років – результати тестування в обов'язковому порядку повідомляються батькам/законним представникам підлітка.

У ході використання алгоритму необхідно враховувати, чи надається послуга з КіТ на базі соціальної установи/організації в повному обсязі, включно з тестуванням. Якщо тестування не проводиться, то спеціалісти обмежуються дотестовим консультуванням та здійснюють переадресацію до медичного закладу для проходження тестування і післятестового консультування. У випадку, якщо підліток ще раз звернувся до установи/організації, уже після проходження тестування, готовий розкрити свій статус та хоче отримати після-тестове консультування, спеціалісти установи/організації мають надати йому таку послугу.

Нижче запропоновані рекомендації приведено схематично у вигляді алгоритму.

### Алгоритм надавачам послуг щодо надання соціальних послуг



\* Можливе анонімне надання послуг з КіТ.

\*\* Паралельно проводиться пошук законних представників підлітка, відновлення документів, направлення його до притулку.

\*\*\* Паралельно з батьками/законними представниками проводиться відповідна робота службою у справах дітей (у разі встановлення загрози життю та здоров'ю дитини ініціюється вилучення дитини спільно з представниками органів внутрішніх справ).

## 10. Підсумкові рекомендації

Узагальнення результатів опитування та конкретних міркувань і пропозицій опитаних фахівців дозволяє сформулювати низку рекомендацій щодо різних аспектів покращення послуг з КіТ, передусім стосовно удосконалення нормативно-правової бази.

Значна частина рекомендацій адресована МОЗ. Зокрема:

щодо внесення змін на рівні законів:

- ініціювати внесення змін до профільного Закону, в яких має бути чітко прописано, яким чином можна обстежувати і лікувати дитину, незалежно від віку, якщо існує пряма загроза здоров'ю та життю дитини, навіть у випадку, коли законні представники виступають проти запропонованих маніпуляцій (відповідні зміни було запропоновано робочій групі, що працює над змінами до Закону про ВІЛ);
- внести зміни до профільного Закону, що дозволять проводити обстеження та подальше взяття на облік і, у разі потреби, лікування підлітків до 14 років, які не мають батьків чи опікунів;
- у новій Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 рр. передбачити заходи, спрямовані на забезпечення доступності та належної якості послуг з КіТ для підлітків, насамперед ПГР та з числа сільського населення, зокрема: розширення мережі КДМ та залучення НУО з використанням механізму соціального замовлення;
- забезпечити узгодженість та взаємодоповнення заходів з протидії ВІЛ стосовно підлітків у різних загальнодержавних програмах (наприклад, Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та Програма «Здоров'я нації»);

щодо змін на рівні наказів:

- у наказі МОЗ щодо штатного розпису (наказ № 33 "Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я") виписати штати клінік, дружніх до молоді, включивши туди в тому числі персонал для проведення КіТ;
- у Типовому положенні про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям (наказ від 23.11 2007 року № 740/1030/4154/321/614а) передбачити завдання мультидисциплінарної команди та її окремих спеціалістів, щодо забезпечення діагностики дитини на ВІЛ, особливо у випадках, які потребують не лише медичної, але й соціальної допомоги. Нагальною також є інтенсифікація впровадження в практику згаданого міжгалузевого наказу, адже в ході дослідження лише одиниці з респондентів згадували про нього, при тому, що саме він дає чіткі інструкції медичним працівникам щодо правових особливостей КіТ та подальшого лікування підлітків у залежності від віку.

Слід зазначити, що впровадження ряду запропонованих фахівцями заходів розпочато МОЗ ще до опублікування даного огляду, а саме:

- проаналізовано нормативну базу на предмет наявності суперечностей та неузгоджень між Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» та підзаконними актами, зокрема Порядком КіТ, де досі присутня норма, що обмежує тестування дітей віком старше 14 років без згоди законного представника дитини (робоча група з питань консультування і тестування на ВІЛ при Держслужбі вже працює над новою редакцією Порядку КіТ, яку передбачається привести у відповідність до Закону, в тому числі щодо надання можливості підлітків проходити КіТ самостійно починаючи з 14 років);



- у новій редакції Порядку КіТ передбачено вдосконалення механізму взаємодії соціальних та медичних служб у ході обстеження підлітків на ВІЛ-інфекцію, що дозволить проводити обстеження, подальше взяття на облік і, в разі потреби, лікування підлітків до 14 років, які не мають батьків чи опікунів (відповідні пропозиції були надані робочій групі з питань консультування і тестування на ВІЛ при Держслужбі, яка працює над новою редакцією Порядку КіТ, та погоджені її членами. У новій редакції Порядку КіТ прописано: “тестування та консультування за ініціативою медичного працівника дітей до 14 років та осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними, проводиться за наявності усвідомленої інформованої згоди їх батьків або законних представників. Якщо законні представники дитини не встановлені, КіТ проводиться на запит органів опіки та піклування із залученням представника служби у справах дітей”);
- зміни до Порядку КіТ, визначатимуть, яким чином можна обстежувати дитину, незалежно від віку, навіть у випадку, коли законні представники виступають проти призначених маніпуляцій, у разі, якщо існує пряма загроза здоров’ю та життю дитини (в новій редакції Порядку КіТ, на основі пропозицій за результатами даного дослідження, прописано: “У випадках, коли медичні працівники констатують підозру у наявності ВІЛ-інфекції, а непроведення тестування та подальшого лікування несе пряму загрозу життю та здоров’ю дитини, але при цьому батьки усвідомлюють таку загрозу та не вживають необхідних заходів до встановлення діагнозу та лікування, КіТ може бути ініційоване представниками служби у справах дітей за наявності офіційного запиту від органів опіки та піклування. Медична установа має надати відповідну довідку про те, що тестування на ВІЛ є життєво необхідним для дитини, якщо воно не буде зроблено вчасно, це несе загрозу життю та здоров’ю дитини»);
- у Протоколі КіТ детальніше прописується розділ, що стосується консультування та тестування підлітків, виписавши особливості консультування підлітків, що практикують той чи інший вид ризикованої поведінки. При цьому, як варіант, запропоновано внести додаткові абзаци щодо консультування підлітків до решти розділів, присвячених цільовим групам, прописаним у Протоколі (в новій редакції Порядку КіТ, на основі пропозицій за результатами даного дослідження, прописано: “Під час консультування підлітків слід враховувати їх вікові особливості (загострення окремих рис характеру; підліткові поведінкові реакції, насамперед, уникання та спротив впливу дорослих; несформованість мотиваційної та емоційно-вольової сфери; часта зміна емоційних станів; низька здатність прогнозувати наслідки своєї поведінки) та соціально-психологічні характеристики (наявність та ступінь соціально-педагогічної занедбаності; несформованість розуміння цінності здоров’я; брак навичок звернення по допомогу та формулювання запиту; низька обізнаність з питань здоров’я та поведінкових ризиків), а також рівень їх інтелектуального розвитку. Відповідно, варто використовувати максимально доступну лексику та уникати незрозумілої для підлітків термінології або надавати детальні пояснення у разі її використання. Представники даної вікової категорії можуть бути серед усіх груп населення, які звертаються для отримання послуг КіТ, тому під час їх консультування необхідно враховувати рекомендації відповідних розділів даного Порядку, водночас пам’ятаючи про існуючі вікові особливості»).

Важлива рекомендація адресується Мінсоцполітики:

- на законодавчому рівні необхідно надати керівникам притулків для дітей та центрів соціально-психологічної реабілітації статусу офіційного представника дітей з визначеним правовим статусом дитини-сироти або дитини, позбавленої батьківського піклування.

Окремого розгляду потребують пропозиції працівників соціальної сфери щодо внесення змін до законодавства для надання можливості соціальному працівнику, який супроводжує дитину до 14 років, статусу законного представника в ході надання послуг з КіТ. Це питання розглядалось, у тому числі, на засіданні Робочої групи з КіТ. Воно викликало бурхливу дискусію: з одного боку, такий статус соціального працівника спростить та прискорить процедуру КіТ для дітей, чиї законні представники не встановлені, з іншого боку, чи може бути цей соціальний працівник у подальшому відповідальний за прихильність до лікування з боку дитини, якщо в ході діагностики виявиться потреба в призначенні АРТ? Діагностика ж без подальшого лікування, у разі його потреби, є неприйнятною. В ході дискусії фахівцями – членами робочої групи було прийняте рішення не надавати таких повноважень соціальному працівникові, натомість наголосити в новій редакції Порядку КіТ на необхідності залучення служби у справах дітей та органів опіки і піклування.

Що стосується можливості призначення лікування підлітку, що досяг 14-річного віку, за результатами аналізу правового поля України, фахівці схиляються до залучення законного представника. За відсутності згоди законних представників та в разі загрози здоров'ю дитини рекомендується надавати допомогу без такої згоди. При цьому, у разі звернення батьків по інформацію про стан здоров'я їх дитини, спеціалісти повинні надати їм таку інформацію.

Окрім пропозицій щодо удосконалення нормативно-правової бази експертами внесено низку конкретних рекомендацій щодо вдосконалення практики надання послуг з КіТ безпосередньо на місцях:

місцевим органам влади:

- забезпечити наближення послуг КіТ до жителів сільської місцевості: сімейні лікарі мають бути навчені КіТ на базі СНІД-центрів (на місцевому рівні в бюджети медичних закладів, що надають послуги з КіТ, необхідно закласти кошти на швидкі тести);
- забезпечити комплексність КіТ на ВІЛ (і консультування, і тестування) на базі КДМ, насамперед з використанням швидких тестів;
- підсилити координацію роботи працівників медичної та соціальної сфери з метою забезпечення інформування, мотивації та супроводу підлітків для обстеження на ВІЛ;
- внести зміни до графіка роботи медичних закладів, забезпечивши можливість тестування (забору крові) в другій половині дня та у вихідний, а не в той час, коли підліток знаходиться в навчальному закладі;
- забезпечити пріоритетність надання послуг підліткам, а також спеціалізацію окремих недержавних організацій на конкретних цільових групах, а не на запитах донорських організацій;

донорським організаціям, що фінансують роботу мобільних амбулаторій та навчання спеціалістів:

- поширити практику використання даних мобільних амбулаторій для надання послуг з КіТ підліткам, в тому числі ПГР, не обмежуючись наданням послуг лише повнолітнім клієнтам. При цьому необхідно збільшити кількість таких амбулаторій, впровадити спільну роботу на їх базі медиків та працівників ЦСССДМ;
- передбачити наявність серед консультантів як чоловіків, так і жінок з метою забезпечення гендерно-орієнтованого підходу в консультуванні підлітків;

- окрім тренінгів пропонується в подальшому за тими ж темами (підлітки, КіТ) проводити «круглі столи», повторні семінари, організувати групи взаємодопомоги фахівців для обміну досвідом.

організаціям, що проводять навчання консультантів з КіТ та фінансують проекти, спрямовані на підлітків, у тому числі ПГР:

- організувати навчання КіТ для всіх спеціалістів, що працюють в сфері надання соціально-медичних послуг підліткам;
- передбачити в рамках навчальних курсів відпрацювання консультантами навичок консультування підлітка у випадку, коли ініціаторами обстеження були батьки/законні представники, а сам підліток не дає своєї згоди на таке обстеження. Консультанти повинні вміти мотивувати підлітка до тестування та забезпечити дотримання принципу добровільності;
- максимально поширити серед консультантів КіТ навчально-методичний посібник, виданий ЮНІСЕФ, «**Подростки груп риска к інфіцированию ВИЧ», книга для учасника та книга для тренера**, що дозволить консультантам надавати послуги з КіТ з урахуванням як правових, так і психологічних особливостей підліткової когорти клієнтів ([www.unicef.org/ukraine/ukr/Trainer.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Trainer.pdf) та [www.unicef.org/ukraine/ukr/Participant.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Participant.pdf));

*Щодо інформування цільової групи для надавачів соціальних послуг:*

- використовувати сучасні інформаційні технології для поширення інформації для підлітків (Інтернет, у тому числі соціальні мережі);
- подавати інформацію в цікавому для підлітків форматі, наприклад повчальні історії з життя підлітків у вигляді коміксів.

## **11. Використані джерела**

1. Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»
2. Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я»:
3. Закон України від 19.02.2009 р. № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»
4. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435-IV
5. Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р. № 2947-III
6. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»
7. Наказ МОЗ України від 25.02.2008 р. № 102 «Про функціонування кабінетів „Довіра”
8. Наказ МОЗ України від 14.07.2009 р. №509 «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки та плану її реалізації»:
9. Наказ МОЗ України від 14.11.2005 р. № 604 «Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді»
10. Наказ Мінсім'ямолодьспорт, МОЗ України від 18.12.2006 р. № 1320/13194 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу»

11. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 114 «Про організацію надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях»
12. Наказ МОЗ України від 21.12.2010 р. № 1141 «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»
13. Наказ Міністерства молоді та спорту, МОЗ України від 28.09.2006 р. № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах»
14. Наказ МОЗ, Міністерства освіти, Міністерства молоді та спорту, Держдепартамент з питань виконання покарань, Міністерства праці від 23.11.2007 р. №740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»
15. Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІДу (Затверджений Національною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції СНІДу в 2010 році)
16. Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/Державна служба з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.–К., 2011.
17. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюл.–2012.–№ 37.
18. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд UNICEF.–К., 2008.
19. Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналітичний звіт [Електронний ресурс]/ UNICEF; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2008. – 192 с. – Режим доступу : [http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA\\_Report\\_ukr\\_druk.pdf](http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf)
20. Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / UNICEF; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2011.
21. Огляд міжнародної та української нормативно-законодавчої бази щодо прав ВІЛ-позитивних та уразливих до ВІЛ дітей/USAID.–К., 2007.
22. Аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення прав дітей та молоді, які живуть та працюють на вулиці, запобігання безпритульності та бездоглядності в Україні, USAID, 2011.
23. Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні/ПРООН.–К., 2008.
24. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/USAID.–К., 2007.
25. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ:В помощь консультанту/PATH.–К., 2008. – 105 с.
26. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні/ЮНЕЙДС.–К., 2009.
27. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналіт. огляд/UNICEF.–К., 2008.
28. Консультування і тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів в рамках профілактичних проектів серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.–К., 2012.
29. Навчально-методичний посібник «Подростки груп ризику к інфіцированию ВИЧ», книга для учасника та книга для тренера (UNICEF, 2012)