



Альянс
громадського здоров'я



ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ОЦІНКА ПОТРЕБ ПРОВАЙДЕРІВ ПОСЛУГ З ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

Київ
2023

Автори звіту:

Тетяна Яблоновська (1)

Оксана Ковтун (2)

Ольга Максименко (1)

Таміла Мотузка (1)

Інна Волосевич (1)

(1) ТОВ «ІНФОСАПІЄНС»

(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Верстка: Ірина Сухомлинова**Літературна редакція:** Валентина Божок

Оцінка потреб провайдерів послуг з виявлення ВІЛ в Україні: звіт за результатами дослідження / Волосевич І., Ковтун О., Максименко О., Мотузка Т., Яблоновська Т. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2023. – 42 с.



Підготовка звіту стала можливою за технічної підтримки проєкту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні», що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я», за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Дана публікація підтримана Угодою про співробітництво NU2GGH002114 з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC). Відповідальність за її зміст лежить винятково на авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).



ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	4
1 ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОЄКТИ З ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ	5
2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	6
2.1. Мета і завдання	6
2.2. Дизайн дослідження	7
2.3. Вибірка та географія дослідження	7
2.4. Збір та аналіз даних	8
2.5. Етичні питання	9
2.6. Період проведення дослідження	9
3 РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ <i>(Координатори команд)</i>	10
3.1. Зміни в діяльності провайдерів ВІЛ-послуг/функціонуванні проектних команд з початку війни росії проти України	10
3.2. Організаційна спроможність і кадровий ресурс	14
3.3. Емоційне вигорання та психологічна підтримка	15
3.4. Фінансове та матеріально-технічне забезпечення	16
3.5. Взаємодія з партнерами та донорами	21
3.6. Бар'єри, що перешкоджають ефективному наданню ВІЛ-послуг	23
3.7. SWOT-аналіз сильних і слабких сторін, можливостей та загроз	24
4 РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО КОМПОНЕНТУ <i>(фахівці команд)</i>	25
4.1. Характеристики фахівців проектних команд	25
4.2. Задоволеність різними аспектами роботи	28
4.3. Психологічний стан та навантаження фахівців команд	32
4.4. Взаємодія всередині команди та у межах проекту	34
4.5. Сприйняття та оцінка впровадження проєктів	37
5 РЕКОМЕНДАЦІЇ	40



ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

CDC	Centers for Disease Control and Prevention / Центри контролю та профілактики захворювань Сполучених Штатів Америки
CIRI	Community Initiated Retention Intervention / Інтервенція «Кейс-менеджмент з метою формування прихильності»
CITI	Community Initiated Treatment Intervention / Інтервенція з кейс-менеджменту
ESOMAR	European Society of Marketing Research Professionals / Європейська асоціація дослідників громадської думки і маркетингу
IRB	Institutional Review Board / Комісія з питань етики
MCF	Mobile Case Finding / Оптимізоване виявлення випадків ВІЛ за участю регіональних мобільних команд швидкого реагування
NRG	New Risks Groups / Нові ризиковані групи
OCF	Optimized Case Finding / Оптимізоване виявлення випадків ВІЛ
PEPFAR	The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief / Надзвичайний план Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом
PrEP	Pre-exposure Prophylaxis / Доконтактна профілактика
SWOT-аналіз	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats Analysis / Аналіз сильних і слабких сторін, можливостей та загроз
Альянс	Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВПО	Внутрішньопереміщена особа
ГІ	Глибинне інтерв'ю
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ЛВНІ	Люди, які вживають наркотики ін'єкційно
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту людини
СП	Секс-працівники
ФОП	Фізична особа-підприємець
Центр СНІДу	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом

1 ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОЄКТИ З ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ

Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я» (*Альянс*) за фінансової підтримки CDC реалізує проєкти з виявлення випадків вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) – Optimized Case Finding (*OCF, Оптимізоване виявлення випадків ВІЛ*) та Mobile Case Finding (*MCF, Оптимізоване виявлення випадків ВІЛ за участю регіональних мобільних команд швидкого реагування*).

Загальною метою проєктів OCF та MCF є підвищення ефективності стратегії тестування на ВІЛ-інфекцію людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), та членів їхніх соціальних мереж, покращення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) ВІЛ-позитивних ЛВНІ за допомогою їх активного залучення до програм медичного супроводу, а також задоволення їхніх потреб та потреб їхніх партнерів шляхом надання пакету наступних послуг:

- ▶ асистоване тестування за допомогою швидких тестів для виявлення антитіл до ВІЛ та гепатиту С;
- ▶ консультації з приводу зниження рівня ризикованої поведінки щодо передачі ВІЛ, що пов'язана зі вживанням наркотиків ін'єкційним шляхом та незахищеними статевими контактами.

Обидва проєкти реалізуються через пошук ВІЛ-позитивних ЛВНІ та їхніх партнерів, а також представників інших уразливих груп, які з меншою ймовірністю взаємодіють із системою охорони здоров'я, і подальшого залучення до тестування членів їхніх соціальних мереж. Кожний наступний клієнт запрошує інших представників уразливих груп із числа своїх знайомих взяти участь у проєкті. Відмінності у проєктах полягають у тому, що OCF реалізується на базі неурядових організацій, тоді як MCF представлений мобільними командами, які відповідно до маршрутів здійснюють виїзди в міста і райони областей.

Проєкти OCF та MCF доповнюють іншими інтервенціями Альянсу за підтримки CDC – Community Initiated Treatment Intervention (*CITI, Інтервенція з кейс-менеджменту*) та Community Initiated Retention Intervention (*CIRI, Кейс-менеджмент з метою формування прихильності*), що забезпечує повний континуум послуг для ВІЛ-позитивних клієнтів від моменту виявлення до успішного лікування.

- ▶ Інтервенція CITI передбачає безпосередній супровід ВІЛ-позитивної особи кейс-менеджером та навігацію до призначення АРТ. Результатом інтервенції є отримання клієнтом АРТ у закладах охорони здоров'я.
- ▶ Інтервенція CIRI є підходом соціального супроводу, мета якого не лише навігація особи до призначення АРТ, а й формування та підтримка прихильності до лікування. Інтервенція передбачає індивідуальні та групові сесії з метою формування поведінки, орієнтованої на здоров'я, сталого прийому АРТ, зниження вірусного навантаження до невизначуваного рівня та супровід клієнта протягом першого року прийому АРВ-препаратів. Результатом є невизначуваний рівень вірусного навантаження (<40 копій/мл) на шостому та дванадцятому місяцях лікування.

2 МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. МЕТА І ЗАВДАННЯ

Мета дослідження – визначити потреби провайдерів послуг з виявлення ВІЛ-інфекції для ефективного надання послуг ключовим групам населення в умовах повномасштабної війни росії проти України (на прикладі проєктів OCF та MCF за фінансування CDC).

Серед завдань дослідження:

- ▶ визначення основних змін в роботі провайдерів ВІЛ-послуг/функціонуванні проєктів і організацій з початку війни росії проти України;
- ▶ виділення актуальних потреб провайдерів на індивідуальному, організаційному та системному рівнях для ефективного надання ВІЛ-послуг ключовим групам;
- ▶ визначення потреб провайдерів ВІЛ-послуг у підвищенні потенціалу (затребувані знання і навички) та технічній допомозі;
- ▶ визначення затребуваних з боку провайдерів ВІЛ-послуг зміни у роботі проєктів, що сприятимуть ефективному досягненню результатів;
- ▶ з'ясування внутрішніх та зовнішніх бар'єрів, що перешкоджають ефективному наданню ВІЛ-послуг, та можливих способів і шляхів подолання;
- ▶ здійснення SWOT-аналізу з визначенням сильних і слабких сторін, можливостей та загроз провайдерів у контексті ефективного надання ВІЛ-послуг;
- ▶ визначення та пріоритизація потреб провайдерів ВІЛ-послуг у середній (рік-два) та довготривалій (3–5 років) перспективах;
- ▶ визначення існуючих та можливих способів задоволення потреб та надання відповідних рекомендацій.

У межах дослідження перелік можливих потреб передбачає три основні категорії:

- ▶ організаційний потенціал: структура і склад фахівців, особливості організаційного розвитку й функціонування команди, управління організацією, політики, процедури, моніторинг і контроль, фінансове адміністрування тощо,
- ▶ ресурсний потенціал: матеріальна база, фінанси, людські ресурси тощо,
- ▶ програмний потенціал: особливості реалізації програм і проєктів тощо.

2.2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження передбачало два компоненти – якісний і кількісний:

1. Якісний компонент – напівструктуровані глибинні інтерв'ю (ГІ) з координаторами проєкту OCF і мобільних команд MCF. З урахуванням безпекової ситуації в різних регіонах України інтерв'ю проводилися в онлайн-форматі через засоби дистанційного зв'язку (*наприклад, Zoom*).
2. Кількісний компонент – онлайн-опитування фахівців проєкту OCF і мобільних команд MCF. Онлайн-опитування проводилося з використанням програмного забезпечення ТОВ «ІНФОСАПІЄНС».

2.3. ВИБІРКА ТА ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження передбачало дві основні цільові групи:

- ▶ Координатори проєкту OCF та мобільних команд MCF – проєктів з виявлення ВІЛ, які реалізуються Альянсом за фінансової підтримки CDC
- ▶ Фахівці проєкту OCF та мобільних команд MCF – проєктів з виявлення ВІЛ, які реалізуються Альянсом за фінансової підтримки CDC.

Критерії включення учасників до ГІ:

- ▶ посада координатора проєктів OCF та MCF, які реалізуються Альянсом за фінансової підтримки CDC,
- ▶ надання усної інформованої згоди на участь у дослідженні та аудіозапис глибинного інтерв'ю (*усна згода, підтверджена підписом інтерв'юера*).

Критерії включення учасників до онлайн-опитування:

- ▶ приналежність до членів команд проєктів OCF та MCF, які реалізуються Альянсом за фінансової підтримки CDC (*кейс-файндер, кейс-менеджер, документатор, соціальний працівник*),
- ▶ відсутність досвіду участі в якісному компоненті дослідження,
- ▶ надання письмової інформованої згоди на участь у дослідженні.

Географія дослідження визначена з урахуванням регіонів роботи проєктів OCF та MCF і передбачала 10 регіонів: м. Київ, Дніпропетровська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Черкаська та Чернігівська області.

Загальний обсяг вибірки для глибинних інтерв'ю склав 30 координаторів проєктів OCF та MCF. В онлайн-опитуванні взяли участь 122 особи з числа фахівців відповідних проєктів.

**Таблиця 1.** Обсяг вибіркової сукупності дослідження

Регіон	ГІ			Онлайн-опитування		
	координатори ОСФ	координатори МСФ	усього	фахівці ОСФ	фахівці МСФ	усього
Київ	1	1	2	10	2	12
Київська	1	1	2	–	4	4
Дніпропетровська	5	4	9	22	18	40
Одеська	3	3	6	31	8	39
Львівська	–	1	1	–	1	1
Кіровоградська	1	1	2	4	4	8
Запорізька	1	1	2	4	2	6
Миколаївська	2	1	3	2	2	4
Чернігівська	–	1	1	–	3	3
Черкаська	1	1	2	3	2	5
Усього	15	15	30	76	46	122

2.4. ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ

Залучення респондентів до глибинних інтерв'ю (ГІ) та онлайн-опитування здійснювалося за підтримки Альянсу, а саме: на початку польового етапу дослідницька команда отримала перелік та контактні дані членів команд проєктів ОСФ та МСФ, відповідно до яких здійснювався рекрутинг.

Компонент ГІ. Інтерв'ю проводилися онлайн за допомогою Zoom або телефоном тією мовою, яку обрав респондент. Середня тривалість становила 73 хв. (мінімальна – 40 хв., максимальна – 106 хв.). На початку збору даних здійснено пілотування інструментарію шляхом проведення по одному інтерв'ю з представниками проєктів ОСФ та МСФ. Усі вони були транскрибовані в Microsoft Word й проаналізовані відповідно до дослідницьких завдань.

Компонент онлайн-опитування. Потенційним учасникам було надіслано посилання на онлайн-анкету для самозаповнення. Онлайн-опитування здійснювалося через власне програмне забезпечення ТОВ «ІНФОСАПІЄНС».

Після опитування відповіді учасників оброблялися і підготовлявся весь масив даних. Розподіл відповідей на питання анкети у звіті наведено у відсотках, за винятком випадків, коли для окремого питання нараховується менше 30 спостережень (у такому разі наведено кількість спостережень). Статистично значущі відмінності (на рівні 95%) між відповідями представників ОСФ та МСФ виділено на графіках – відповідні показники позначено рамкою. Якщо ж відмінності між проєктами відсутні – дані наведено за загальною вибіркою.

2.5. ЕТИЧНІ ПИТАННЯ

Оскільки уразливі категорії не були залучені, протокол дослідження не подавався на розгляд етичної комісії (IRB).

Дослідження проводилося відповідно до Директив і керівництв Європейської асоціації дослідників громадської думки і маркетингу (*ESOMAR – European Society of Marketing Research Professionals*), Стандартів якості маркетингових досліджень Української асоціації маркетингу, а також Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України. Процес планування, організації й впровадження дослідження, дослідницький протокол, інструментарій та висвітлення результатів відповідають Стандартам проведення досліджень PEPFAR.

Кожному респонденту під час запрошення до участі повідомляли про цілі дослідження, принципи анонімності, конфіденційності та добровільної згоди, права відмовитися у будь-який час (*а також про здійснення аудіозапису інтерв'ю у разі проведення П*). Всі учасники надали усну (*у разі проведення П*) та письмову (*у разі проведення онлайн-опитування*) інформовану згоду.

Усім учасникам гарантувалася анонімність. Зокрема, кожній анкеті та кожному аудіозапису було надано код, не пов'язаний з особистими даними респондента (*наприклад, код на кшталт «Київська_OCF» у разі проведення П, порядковий номер анкети – у разі онлайн-опитування*).

Після завершення інтерв'ю кожен учасник отримував компенсацію за витрачений на участь у дослідженні час у розмірі 1000 грн (*на банківську картку*), учасники онлайн-опитування отримали компенсацію у розмірі 50 грн шляхом переказу на мобільний телефон.

2.6. ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Збір даних здійснювався у червні-липні 2023 року.



3

РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ

(Координатори команд)

3.1. ЗМІНИ В ДІЯЛЬНОСТІ ПРОВАЙДЕРІВ ВІЛ-ПОСЛУГ / ФУНКЦІОНУВАННІ ПРОЄКТНИХ КОМАНД З ПОЧАТКУ ВІЙНИ РОСІЇ ПРОТИ УКРАЇНИ

На момент проведення дослідження всі мобільні команди МСФ та громадські організації, долучені до проєкту OCF, вказали, що працюють у звичному форматі й адаптувалися до воєнного стану. З початку повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року в діяльності проєктів відбулися зміни, були певні виклики, але, на думку координаторів команд, вони з ними цілком впоралися. І хоча ці виклики стали випробуванням, воно підтвердило спроможність команд працювати ефективно.

За словами респондентів, в областях, які зазнавали безпосереднього нападу російських військових та/або були окуповані чи була загроза окупації, після припинення діяльності на деякий час (*переважно кілька днів, тиждень чи пару тижнів*) робота команд була повністю відновлена. Проєктні команди у більш віддалених від активних бойових дій регіонах працювали у звичному режимі, хоча виклики війни вплинули на роботу та потреби клієнтів (*уникнення мобілізації*).

Нерідко мобільні команди та громадські організації, особливо у прифронтових зонах чи в областях, де точилися активні бойові дії, призвичаювалися до нових ролей та функцій в умовах воєнного часу – транспортували до місць роботи лікарів, пацієнтів, медикаменти, гуманітарну допомогу (*їжу і воду*) тощо. Компонент гуманітарної допомоги став важливим напрямом роботи в областях, де відбувалися або відбуваються бойові дії, та у прифронтових районах. Респонденти з «тилових» регіонів також вказували на важливість гуманітарного напрямку, оскільки соціально-економічний спад позначився на становищі клієнтів. Залишається широкий запит не лише на їжу (*подекуди і воду*), а й на базові гігієнічні набори та медикаменти; великим попитом користуються ваучери на придбання продуктів.



«Ми були на зв'язку з кожним пацієнтом. Ми не втратили жодного пацієнта. Наша команда мала можливість співпрацювати з волонтерськими організаціями. Ми передавали різними можливими шляхами гуманітарну допомогу для наших пацієнтів, навіть до прикордоння. Наші пацієнти мали можливість отримати все необхідне. **Основна потреба – це харчування. Доставка продуктів і медикаментів.** Банальних медикаментів... Ми налагоджували своїми можливостями логістику, допоки мали можливість, на території, які контролювалися нашими Збройними силами. Де ми не мали можливості, **у нас були інші шляхи, «партизанська допомога», ми були готові йти в партизани (сміється).** Тому що ворог стояв дуже близько від нас»

(Чернігів, МСФ)



Новим напрямом роботи для проєктних команд стала організація та допомога з виїздом представників уразливих груп на безпечні території чи за кордон, а також робота з внутрішньо переміщеними особами (ВПО), зокрема щодо відновлення документів. Нерідко команди співпрацюють з місцевими штабами та громадськими організаціями, що займаються гуманітарною допомогою, допомогою для ВПО, зокрема опікуються шелтерами тощо.



«Треба більше мотивації. Можливо, щоб це була не тільки грошова, а й гуманітарна допомога. Люди, які вживають наркотики, потребують якихось аптечних препаратів у вигляді мазей, *перев'язочних матеріалів, гігієнічні набори. Але також і звичайні продукти харчування*»

(Запорізька обл., ОСФ)

Значна частина проєктних команд розширила перелік уразливих груп і, крім «класичних» груп ЛВНІ та їхніх партнерів, рідше секс-працівників (СП), працюють з особами, які вживають наркотики неін'єкційно, мають алкогольну залежність, з безхатченками, ВПО, а також військовослужбовцями (у межах компоненту NRG – new risk groups). У деяких організаціях в компоненті NRG може працювати інша команда, у мобільних командах напрями розділені (клієнтів можуть запрошувати на тестування різні особи, проте вони мають різні, відповідно до компоненту, запрошення). Разом з тим, цільові групи компонентів нерідко перетинаються (військовослужбовець або ВПО може бути також і ЛВНІ) – у такому випадку клієнт обліковується у межах того компоненту, за яким був залучений до тестування.

Серед викликів і складнощів, які виникли з початку повномасштабного вторгнення:

- ▶ проєктні команди з регіонів, які були або знаходяться під тимчасовою окупацією (Херсон, Донецька область), виїхали на не окуповані території та продовжили роботу (Львів, Кіровоградська область);
- ▶ у Чернігівській області мобільна команда активно діяла під час активних бойових дій – транспортувала медиків, ліки (зокрема, АРТ), пацієнтів, гуманітарну допомогу, зокрема в зону бойових дій та на окуповану територію;
- ▶ у Київській області та м. Київ проєктні команди навесні 2022 року під час наступу транспортували лікарів і працівників Центрів СНІДу, а також клієнтів і ліки;
- ▶ у прифронтових областях фахівці MCF мають складнощі з виїздом до населених пунктів області через велику кількість блокпостів і перевірок. Крім того, через ракетні обстріли та безпекову ситуацію працівники побоюються залишати родини на тривалий час, що також унеможлиблює віддалені поїздки;
- ▶ чоловіки з числа фахівців MCF побоюються мобілізації, що позначається на роботі команди, маршрутах, графіках та можливостях виїздів в область тощо.

Виклики у роботі проєктів також пов'язані зі зміною потреб і портрету клієнтів, що вимагає реагування з боку провайдерів ВІЛ-послуг, залучення додаткових ресурсів і розширення переліку послуг:

- ▶ У багатьох областях (як у тих, що межують з прифронтовими, так і розташованих «в тилу») спостерігається поява великої кількості ВПО, які належать до уразливих груп. Через міграційні потоки кількість ВПО в них періодично змінюється, однак впливає на роботу проєктів.



- ▶ Збільшення кількості ВПО з числа уразливих груп та/або ЛВНІ приводить до зростання чисельності не адаптованих та малозабезпечених жителів у населених пунктах, спостерігається зростання кількості безхатченків; багато таких клієнтів мають проблеми з документами (*їх відсутність або складнощі з відновленням*).
- ▶ На думку окремих респондентів, в областях з найбільшою кількістю ВПО є необхідність організації шелтерів для ЛВНІ-ВПО; ця група потребує посиленого соціального супроводу, гуманітарної допомоги, допомоги з адаптацією на новому місці, а також психологічної допомоги.
- ▶ Деякі респонденти зазначали, що серед ЛВНІ-ВПО спостерігається високий попит на замісну підтримувальну терапію (ЗПТ) через відсутність коштів для придбання наркотиків.
- ▶ Клієнти, особливо з числа ВПО, у яких виявлено позитивний результат тестування на ВІЛ, можуть не мати документів, що підтверджують особу. Не у всіх проєктних команд є можливість допомагати у їх відновленні, оскільки це потребує певних домовленостей і налагоджених зв'язків з відповідними службами. Ця процедура характеризується респондентами як складна, вони часто зустрічаються з відмовою з боку державних служб.
- ▶ За спостереженнями респондентів, місцеві жителі через страх мобілізації не завжди мають особисті документи, оскільки «людину без документів не можуть призвати до армії».
- ▶ Окремі респонденти (*частіше з числа координаторів MCF*) зазначали, що намагаються не тестувати клієнтів, у яких відсутні документи, оскільки не мають можливості займатися їх відновленням, а отримавши відмову від державних органів – не можуть забезпечити їх АРТ. Команди ОСФ мають більше можливостей супроводжувати таких клієнтів через наявність «соціального капіталу» та впливу – вони відомі у своїх регіонах, мають контакти з місцевою владою, а також юриста у складі організації.
- ▶ Складністю у подальшому супроводі клієнтів, особливо ВПО з позитивним результатом тестування на ВІЛ, може бути не тільки відсутність документів, а й постійного місця проживання, телефона тощо.
- ▶ За спостереженнями респондентів, військовослужбовці нерідко належать до уразливих груп, оскільки через психологічний стан, зокрема посттравматичний стресовий розлад, у них розвиваються та/або загострюються різного роду залежності. Ця категорія клієнтів, на думку респондентів, часто потребує психологічної допомоги, може перебувати в кризових станах, бути агресивною щодо свого ближнього оточення.
- ▶ Деякі респонденти вказували на фінансові та соціальні проблеми клієнтів. Вони можуть систематично голодувати, а через стрес та складні життєві обставини частішають прояви агресивної й асоціальної поведінки. Загалом з клієнтами стало важче працювати, нормалізувати їхню поведінку, проте вони більше зацікавлені в проєктах у надії отримати пригощання, оплату за тестування та/або гуманітарну допомогу.
- ▶ Через побоювання бути мобілізованими клієнти-чоловіки намагаються уникати пересування містом, що створює додаткові перешкоди для роботи проєктів – зриваються попередні домовленості з клієнтами, виникає необхідність змінювати маршрути, гнучкіше орієнтуватися на їхні потреби і застосовувати більш індивідуальний підхід до кожного.
- ▶ Окремі команди повідомляли, що компенсують ситуацію з набором клієнтів у зв'язку з побоюванням мобілізації останніх роботою з ВПО, а також виїздами за межі обласного центру (*Львівська, Дніпропетровська області*).



“

«Клієнти без документів – є такі. У нас була складність з тим, що якщо місто має статус бойових дій, то там тимчасово закриті реєстри. Це дуже суттєво для відновлення документів... Якщо клієнт втратив документи, наприклад, а він вже стояв на обліку в лікарні, то, можливо, там збереглися копії. У проєкті CDC також є такий напрямок, щоби сплатити за відновлення документів. Та ми цим не користувалися в цьому році зовсім. Бо я кажу – в нас були закриті реєстри»

(Дніпро, OCF)

“

«Необхідність наявності документів. Раніше була можливість людину поставити на лікування без документів. Типу особисті зобов'язання, що ми будемо сприяти відновленню документів цієї людини. Плюс була можливість поставити людину не обов'язково з паспортом, а просто з посвідченням – документом, який посвідчує особу. А наразі не можемо, оскільки згідно з новими правилами клієнт Центру СНІДу має бути внесений у базу сімейного лікаря в EHealth. Тут тільки індивідуальний супровід клієнта з метою отримати його документи, відновити, і вже після цього можемо його заводити в систему лікування»

(Київ, MCF)

“

«Ми тестуємо ВПО – їх зараз дуже багато і вони дуже різні. Причому там можуть бути і люди, які вживають неін'єкційні наркотики, а при цьому ще й алкоголь. Вони хочуть щось від нас отримати, а ми – надати їм якусь послугу. І в форматі таких взаємовигідних відносин вони отримують від нас мотиваційну винагороду у вигляді грошей. Стає важче працювати, особливо з людьми, які бачили військові дії, з людьми, які втратили все. А таких є досить багато, і з ними важче працювати психологічно... Вони менше піддаються якимось формулюванням, які на них діяли раніше. Тобто раніше, до війни, коли людина дізнавалась, що має ВІЛ – це була її основна і найбільша проблема. І з цим дуже важко було змиритися, **працювати – це один нюанс**. А коли дізнається після війни, коли вона щось втратила, у неї ще купа якихось проблем, то це типу «Та! У мене жити нема де, що для мене цей ВІЛ»

(Дніпро, OCF)

Респонденти не вказали жодної послуги, яка б стала неактуальною за час війни, і вважають проєкти з тестування на ВІЛ затребуваними, доказом чого є здебільшого виконання запланованих показників. Крім того, війна є причиною міграції клієнтів, що належать до уразливих груп, стресу та погіршення стану психічного здоров'я, що спричинює більше вживання алкоголю та наркотиків, випадкові й незахищені статеві контакти. Це створює передумови для інфікування ВІЛ ширшого кола категорій населення. На думку респондентів, за таких умов можна очікувати, що кількість ВІЛ-позитивних і виявлених представників цільових груп проєктів зростатиме, а робота провайдерів ВІЛ-послуг і далі буде актуальною.

Декілька респондентів висловлювали міркування щодо необхідності розширення цільових груп проєктів і створення нових підходів до роботи з молоддю (до 25 років). Ця група переважно не вживає наркотичні речовини ін'єкційно, купляє наркотики через Інтернет, спілкується в соціальних мережах, а також проводить час в клубах або інших розважальних закладах. Відтак, на думку респондентів, представники цієї групи не охоплені послугами команд з тестування на ВІЛ, навіть якщо належать до числа уразливих груп. Причина в тому, що працівники проєктів є переважно людьми старшого віку, не мають уявлення, як працювати з молоддю та підлітками, і не мають виходу на них.



Молоді споживачі наркотиків є доволі численною групою, питання охоплення її послугами не пов'язане напряму з війною, однак в умовах воєнного часу доступ до неї стає ще складнішим через обмеження роботи розважальних закладів. Для кращого їх залучення необхідно шукати релевантні підходи й змінювати звичні схеми роботи проєктів.



«Я в проєкт включила б не тільки споживачів ін'єкційних наркотиків, а й неін'єкційних. Це стимуляторщики, які вживають неін'єкційно. Для них також характерна ризикована поведінка, більше сексуальна – багато статевих партнерів. Часто це молодь, і ми не дуже адаптовані, щоб з ними працювати, наші працівники старші за них суттєво»

(Дніпро, ОСФ)

Перевагою проєктів, на думку респондентів, є комплексність послуг, які вони надають. Окрім безпосереднього тестування на ВІЛ, вони допомагають клієнтам стати на державний облік у медичних установах та отримати АРТ, за потреби допомагають відновити документи, супроводжують ВІЛ-позитивного клієнта протягом першого року лікування, а також сприяють початку участі в ЗПТ та отриманню доконтактної профілактики (PrEP). Незважаючи на те, що ці послуги передбачено в інших компонентах (CITI, CIRI), які мають свої показники ефективності та, частково або повністю, інших фахівців, однак є певний замкнений цикл послуг для клієнтів, а не суто тестування на ВІЛ. Разом з тим, деякі координатори наголошували на потребі врахування в індикаторах повторно діагностованих клієнтів, які не приймали або припинили приймати АРТ, оскільки вони також потребують супроводу та підтримки.

3.2. ОРГАНІЗАЦІЙНА СПРОМОЖНІСТЬ І КАДРОВИЙ РЕСУРС

Свої команди та кадровий ресурс усі координатори вважають сильною стороною. Досвідчена й мотивована команда, яка складається із соціальних і медичних працівників, психологів, визначена як перевага, яка дала змогу подолати труднощі, спричинені початком повномасштабної війни. Зокрема, всі координатори мають суттєвий (*часто >10 років*) досвід роботи з ЛВНІ в контексті ВІЛ.

Більшість команд зберегли свій кадровий потенціал, меншість повідомила про виїзд з міста кількох або одного співробітника, а також мобілізацію до Збройних сил. Під час інтерв'ю координатори проєктів говорили про готовність членів команд продовжувати працювати, і лише в умовах окупації та реальної загрози життю вони приймали рішення про виїзд. При цьому інтереси і потреби клієнтів, яких вони мають підтримувати, були вагомим фактором у прийнятті таких рішень.



«У нас тільки одна людина, одна моя соцпрацівниця, переїхала до Львова під час активних бойових дій біля Києва. У подальшому вона поїхала далі – в Європу. Плинності кадрів немає. Майже всі, хто від початку проєкту зайшов, всі його і продовжують»

(Київ, МСФ)



«З початку війни в нас не було плинності кадрів. Ніхто не виїхав, *ніхто нікуди не поїхав. Єдине, ми переживали, що можуть у нас мобілізувати хлопців: лікаря чи водія. Поки, Слава Богу, все тихо* й нормально. Звісно, якщо це станеться, нічого не поробиш. Але нам би не хотілося втрачати цей склад команди»

(Дніпро, МСФ)

Здебільшого респонденти зазначали, що одного-двох працівників у команду було не важко знайти через знайомих, і лише один координатор МСФ з Одеси повідомив, що знайти соціального працівника з релевантним досвідом було складно через недостатню фінансову винагороду за роботу.

Особливостями функціонування більшості команд є взаємозамінність фахівців і тісні, не надто ієрархічні взаємини. Координатори команд можуть бути соціальними працівниками і консультувати клієнтів; соціальні працівники можуть підмінити один одного у разі екстреної ситуації (*наприклад, хвороби колеги*); медики допомагають психологам і соціальним працівникам, і навіть водії у проєкті МСФ не залишаються осторонь і допомагають в роботі з клієнтами. Особливо тісними є стосунки мобільних команд, які спільно виїжджають на маршрути і часто за межі міста.

Респонденти не виокремлювали як слабкі чи сильні сторони інші складові організаційної спроможності й не зауважували недоліків або особливостей організаційного розвитку, управління організацією, політик, процедур, моніторингу й контролю, фінансового адміністрування тощо. Інколи координатори зазначали, що представники Альянсу здійснюють моніторинг і контроль, що сприяє ефективному управлінню проєктом.

3.3. ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА

Незважаючи на те, що координатори проєктних команд не оцінюють рівень вигорання своїх фахівців систематично, вони повідомляли про участь у групових тренінгах, організованих Альянсом, з профілактики вигорання та оцінки і протидії стресу в умовах війни. Серед переваг тренінгів – хороша програма і кваліфіковані фасилітатори з числа психологів і психіатрів; заходи оцінюються як ефективні. Разом з тим, серед недоліків респонденти відзначали онлайн-формат, спільний простір з членами інших команд їхнього міста, з якими не завжди вдається підтримувати добрі стосунки. Відповідно, є запит на очні заходи з можливістю виїзду за межі міста, оскільки, крім вирішення робочих питань та обміну досвідом з колегами з інших регіонів, такий формат дає можливість відпочити (*«змінити картинку», «перезавантажитися»*).



«Дуже сильне емоційне вигорання у колег. Побажання! Якщо буде можливість, проводити якісь тренінги... Ось такі, щодо емоційного вигорання. Бажано не онлайн, а очно. А загалом, які у нас були тренінги до війни? Ми виїжджали, і багато було команд різних. Не обов'язково з емоційного вигорання, а передати досвід якийсь. Воно все одно знімає напругу, яка накопичується...»

(Одеса, МСФ)



За словами координаторів, якщо вони бачать прояви втоми або ознаки депресії у членів проєктних команд, то намагаються дати їм можливість відпочити, зокрема організують спільні виїзди на природу або застосовують інші формати спільного відпочинку. Фактором, що мінімізує вигорання, є взаємодтримка та сприятлива атмосфера в колективі – багато респондентів зазначали, що команда є для них «другою родиною».

Однією з причин, що посилює ризик вигорання, координатори називали роботу з уразливими групами. І хоча це було актуально й до війни, поточна ситуація та життя у постійному стресі негативно впливають на психологічний стан фахівців. Крім того, ще й хвилювання щодо можливого чи реального невиконання індикаторів.



«У нас був тренінг з психологом щодо синдрому вигорання. А більше щось я нічого не пригадую. Я вважаю, що це актуально. Тому що тут навіть не стільки з війною пов'язано вигорання, а з тим, що в нас зменшилися показники виявлення, тестування. Особливо з початком війни. Відповідно, впали індикатори, регіональні керівники весь час підганяють: «давайте, давайте...» І люди вже від цього «давайте-давайте»... Що давати, коли немає? І цей стан, відчуття невизначеності, пригнічує. Я думаю, багато з моїх соціальних працівників втомилися від цієї гонки за індикаторами»

(Одеса, МСФ)

Брак відпочинку є одним із ключових факторів, що спричинює вигорання членів проєктних команд. Проблемами, що ускладнюють відпочинок і перезавантаження, за словами координаторів, є те, що програми є річними, а індикатори успішності роботи – щомісячними. Відтак більшість фахівців працюють без відпусток, бо вони не передбачені в такому форматі роботи. Крім того, багато з них оформлені як фізичні особи-підприємці (ФОП), що також впливає на можливість взяти відпустку. До того ж, більшість координаторів працюють без відпусток принаймні кілька років, а максимально можливий термін відпочинку складає тиждень (у такому випадку є можливість підмінити одного фахівця його колегами).



«Я не знаю, коли дівчат відправляти у відпустку... Вони майже всі ФОП. А ФОПи у нас, виходить, як раби якісь, як би не мають права піти у відпустку»

(Миколаїв, ОСФ)



3.4. ФІНАНСОВЕ ТА МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Незважаючи на втому та незадовільний психологічний стан, стабільна робота є однією з підпор у житті в умовах складної соціально-економічної ситуації в країні, а тому проєктні команди цінують свою роботу й прагнуть до якісного її виконання.

Частина координаторів вважає, що в умовах зростаючої інфляції й ускладнення роботи через війну є необхідність переглянути заробітні плати і коефіцієнти, за якими вони нараховуються. Для представників ОСФ це питання менш актуальне, оскільки в межах однієї неурядової організації є можливість поєднувати декілька напрямів діяльності/проєктів. Для команд МСФ це питання стоїть гостріше, тому що можливості суміщати декілька посад чи напрямів роботи немає – весь дохід складає зарплата в межах проєкту МСФ.

Ті команди МСФ, які виконують більші індикатори, мають вищу зарплату, яка їх задовольняє. За словами координаторів команд, які працюють у регіонах, де рівень поширеності ВІЛ є нижчим або багато інших організацій займаються тестуванням і виявленням нових випадків, рівень заробітних плат є нижчим.

Що стосується самих індикаторів, то робота загалом відбувається в рамках запланованих на рік показників, з поправками на особливості й складнощі, вказані у попередніх розділах звіту. За словами респондентів, і в 2022, і в 2023 році заплановані показники здебільшого було виконано. Лише деякі координатори повідомляли, що їм не вдається виконувати заплановані на 2023 рік індикатори. Однією з можливих причин є те, що чисельність ЛВНІ зменшується, популярності набуває неін'єкційне вживання, змінюється соціально-демографічний портрет людей, які вживають наркотики, що було описано у попередніх розділах. Показники виявлених клієнтів враховують лише тих, кого поставлено на облік та хто отримує АРТ, відтак якщо клієнт не має документів або з інших причин не може бути поставлений на облік і отримувати терапію, його не буде зараховано в показники роботи команди. Крім того, у містах висока конкуренція між організаціями та проєктами за клієнтів, отже, кількість потенційно доступних для тестування та подальшої роботи ЛВНІ обмежується.

Разом з тим, серед проєктних команд ОСФ (*рідше – мобільних*) є спроможні й усталені команди та організації, яким вдається виконувати всі заплановані показники в повному обсязі завдяки достатній мережі клієнтів та обізнаності про їхню роботу в межах регіону.

Згадані складнощі у роботі проєктних команд (*особливо мобільних*), на думку респондентів, призводять до того, що для досягнення показників (*кількість протестованих клієнтів, виявлених ВІЛ-позитивних випадків, постановка на АРТ, супровід*) доводиться витратити більше часу і зусиль, ніж це було до повномасштабної війни. Однак рівень заробітних плат, розрахунки навантаження та часу на супровід клієнта не змінилися.

Загалом координатори зазначали, що рівень матеріально-технічного забезпечення є достатнім, критичні проблеми згадували одиниці. Водночас у команд є певні не задоволені потреби і запити, що наведені у *табл. 2*.

**Таблиця 2. Потреби щодо фінансового та матеріально-технічного забезпечення**

Область	OCF	MCF
Дніпропетровська	<p>Організація 1: ремонт пошкодженого внаслідок обстрілів приміщення, оновлення оргтехніки і ноутбуків, вчасно надані кошти на закупівлю дров та оплату опалення</p> <p>Організація 2: підвищення заробітної платні членам команди, фінансової мотивації для клієнтів за постановку на облік та отримання АРТ</p> <p>Організація 3: меблі в офіс (зокрема стільці), оновлення оргтехніки (зокрема планшетів); мобільна амбулаторія (готовність команди здійснювати виїзди щотижня); підвищення рівня зарплатні, підняття номіналу продуктового сертифікату для клієнтів, які отримують АРТ</p> <p>Організація 4: наявність роздаткових матеріалів (шприців, серветок, презервативів); особливих потреб немає, але деякі речі закуповували взимку за власний кошт (наприклад, дрова)</p> <p>Організація 5: планшети, покриття витрат на проїзд (через перевиконання показників за напрямом PrEP); у місті є проблеми з Інтернетом, однак розуміють, що Starlink навряд чи вдасться отримати</p>	<p>Команда 1: незначний ремонт постраждалої від обстрілів амбулаторії; нестача шприців, голок, серветок і презервативів для видачі клієнтам; несвоєчасна виплата гонорарів; продуктові набори та будь-яка гуманітарна допомога для клієнтів</p> <p>Команда 2: бажання мати приміщення, однак є сумніви щодо максимального його використання. Наявна амбулаторія Iveso є незручною, хотіли б повернути Citroen, але з більшим багажником. Швидкі тести Wantai оцінюються як неякісні, оскільки є багато хибних результатів, – Wondfo подобалися більше</p> <p>Команда 3: гуманітарна допомога, шприци (на 2 мл давно відсутні); підвищення рівня зарплатні</p> <p>Команда 4: додатковий ноутбук, оскільки працюють на старому; видача налоксону</p>
Запорізька	<p>Організація 1: потреба в амбулаторії, оскільки стаціонарний сайт не дозволяє працювати максимально ефективно – клієнти уникають відвідування через часті обстріли; підняття базової ставки оплати, яка не залежить від виконання індикаторів</p>	<p>Команда 1: в амбулаторії відсутній кондиціонер та аптечка; підвищення рівня зарплати для команди; роздаткові набори для клієнтів, зокрема налоксон</p>



Область	ОСФ	МСФ
Київська	<p>Організація 1: складські приміщення для зберігання гуманітарної допомоги, мобільна амбулаторія для додаткової роботи в Чернігівській області</p>	<p>Команда 1: гуманітарна допомога (продуктові, гігієнічні набори, ліки); підвищення зарплат</p> <p>Команда 2: загалом все добре, інколи бувають затримки з виплатою гонорарів. Потреба в повербанках задоволена, однак закупили із запізненням їх та зарядні станції</p> <p>Витрати на мобільний зв'язок, Інтернет перевищують запланований бюджет; підвищення оплати клієнтам на наступний програмний рік</p> <p>Тренінги по ПТСП, вигоранню та підвищення кваліфікації для команди і менеджерів Альянсу</p>
Кіровоградська	<p>Організація 1: складське приміщення</p>	<p>Команда 1: потреби щодо матеріально-технічного забезпечення відсутні</p>
Львівська	<p>У регіоні відсутній проєкт</p>	<p>Команда 1: офіс, оргтехніка, ноутбук і меблі, зокрема для проведення груп взаємодопомоги, складське приміщення</p>
Миколаївська	<p>Організація 1: меблі (столи, стільці), оргтехніка, ноутбук, облаштування кухні для працівників (чайник, мікрохвильова піч)</p> <p>Організація 2: оргтехніка, зокрема нові ноутбуки, оскільки наявні застаріли й працюють погано</p>	<p>Команда 1: нова амбулаторія (оскільки наявна давно в експлуатації, часто ламається та не має пасків безпеки); підвищення рівня заробітної платні, особливо для соціальних працівників</p>



Область	ОСФ	МСФ
Одеська	<p>Організація 1: забезпечені всім необхідним, працюють з ВПО, є достатньо гуманітарної допомоги, зарядних станцій тощо</p> <p>Організація 2: потреба підвищення зарплат</p> <p>Організація 3: потреба у підвищенні зарплат; засоби особистої гігієни</p>	<p>Команда 1: ноутбук, збільшення розміру винагороди клієнтам і рекрутерам, більше фінансів на пригостання клієнтів, підняття зарплат/ставки працівникам</p> <p>Команда 2: підвищення зарплат/ставки працівникам. Оплата і врахування в статистику виявлених без документів – таких клієнтів багато</p> <p>Команда 3: витрати на мобільний зв'язок, є конфлікти з іншими організаціями за «територію», хотіли б, аби було посередництво</p>
Черкаська	<p>Організація 1: запит на скасування паперової звітності</p>	<p>Команда 1: підвищення зарплат (<i>індикатори низькі, однак команда працює у повну силу</i>); якісний кондиціонер у мобільну амбулаторію або заміна амбулаторії (<i>недостатньо місця, влітку – спека, а взимку – холодно</i>); меблі для приміщення; ноутбук; гуманітарна допомога</p>
Чернігівська	У регіоні відсутній проєкт	<p>Команда 1: нова комфортна амбулаторія, оскільки діюча – маленька, часто ламається, відсутній кондиціонер</p>



3.5. ВЗАЄМОДІЯ З ПАРТНЕРАМИ ТА ДОНОРАМИ

Місцева влада та державні органи. Координатори повідомили, що підписують меморандуми про співпрацю з органами місцевої влади (що особливо важливо для команд МСФ, які працюють в області). Частина координаторів ОCF зазначили, що представники їхніх неурядових організацій входять до громадських рад при органах місцевого самоврядування і мають досвід адвокації.

Окремі координатори, переважно проєкту ОCF, вказували на наявність успішного досвіду співпраці з Центрами надання адміністративних послуг, Державною міграційною службою та іншими установами, які долучені до процесу відновлення документів клієнтів; часто цим займаються юристи неурядових організацій. Команди ж МСФ мають для цього менші ресурси та досвід – зазвичай вони не мають юристів у своєму складі, а суто супровід клієнта може бути неефективним.

Координатори рідко повідомляли про проблеми щодо взаємодії з військовими, поліцією чи силовими структурами, проте окремі з них зауважили про досвід зупинення представниками поліції соціальних працівників на маршрутах; і вони не завжди є достатньо захищеними.



«Коли починається якийсь проєкт, ми надсилаємо листи поліції, муніципальній варті, Київській міській державній адміністрації, **тобто розсилка** відбувається масова, що ми такі-то, розпочинаємо таку-то діяльність, що в нас є соціальні працівники, у них є доручення, бейджики. Зараз вони у нас орендовані – фірмові футболочки, рюкзачки... **Їх видно. І ми розсилаємо оці листи усім. Але ситуації бувають різні, іноді не до всіх** доходить необхідна інформація»

(Київ, ОCF)

Медичні заклади. З медичними закладами, як і з органами влади, також підписуються меморандуми; інколи ефективна взаємодія у межах проєкту підсилюється особистими зв'язками. Разом з тим, респонденти часто згадували про труднощі співпраці з медичними закладами та лікарями, особливо в контексті відмови у призначенні АРТ клієнтам без документів. І хоча, за словами координаторів, прямої заборони щодо видачі препаратів таким клієнтам немає, за не внесення до електронної системи пацієнта лікар не отримає винагороду. Лише в Чернігівській області координатор зазначив, що лікарі ніколи не відмовляють клієнтам в отриманні АРТ, незалежно від наявності у них документів.

Координатори відзначали, що лікарі отримують винагороду від Альянсу за супровід клієнта і досягнення у нього невизначуваного рівня вірусного навантаження через рік прийому АРТ (CIRI). Однак, на думку деяких респондентів, подекуди лікарі суто формально виконують свою роботу і обов'язки по супроводу клієнтів перекладають на соціальних працівників, тому винагорода лікарям є незаслуженою.



«Дуже складно стало працювати з медзакладами стосовно документів. Якщо раніше нам трішки йшли назустріч, якщо у людини були ксерокопії або пакет зі звільнення з місць позбавлення волі, то йшли назустріч і клієнт отримував лікування. І вже займалися потім відновленням документів. Зараз ситуація така, що поки не прийдемо з оригіналами документів (це має бути і паспорт, й ідентифікаційний код), не можемо отримати лікування для людини»

(Дніпро, МСФ)



«У нас договори підписані з лікарнями щодо нашої роботи. А так – це просто ми людей знаємо, вони знають нас, особисті зв'язки...»

(Черкаси, MCF)

Неурядові та благодійні організації. У контексті зростання попиту на гуманітарну допомогу з початком повномасштабного російського вторгнення частина координаторів повідомляли про наявність власних можливостей щодо її залучення, решта перенаправляє клієнтів до партнерських організацій. Поширеною є співпраця з неурядовими організаціями та благодійними фондами, які займаються допомогою ВПО, а також з місцевими гуманітарними штабами.

Щодо взаємодії з іншими провайдерами ВІЛ-сервісів, то вона, як правило, є не партнерською, а конкурентною. Як між різними проєктними командами, так і між ними та іншими організаціями в одному місті/області (наприклад, неурядові організації, що надають ВІЛ-сервісні послуги, але фінансуються іншими донорами) можуть виникати конфлікти щодо розподілу маршрутів, районів роботи. Співпраця є налагодженою лише між тими проєктами/організаціями, які надають різні, але взаємодоповнюючі послуги. Відтак координатори вбачають важливість налагодження взаємовигідних відносин між командами, які працюють в одному населеному пункті чи області.

Альянс. Більшість координаторів вказували, що не комунікують напряму з донорами, однак деякі респонденти повідомили, що спілкуються з донорами з приводу написання проєктних заявок (*і в цьому випадку про складнощі не йшлося*). Для координаторів Альянс є організацією, яка транслює позиції й політики донорів, надає та розподіляє кошти, а також здійснює контроль за їх використанням.

Здебільшого координатори були задоволені взаємодією, супроводом та підтримкою з боку Альянсу, що суттєво впливає на готовність команд працювати та їх організаційну спроможність загалом. Альянс надає підтримку та контролює політики і процедури, які значною мірою є стандартизованими, і робота йде в тісному контакті з програмними фахівцями. Координатори MCF сприймають менеджерів Альянсу як керівників і вищу структурну ланку, тоді як для координаторів OCF ця організація є радше партнером у спільній діяльності. Разом з тим, деякі координатори OCF вказували, що поведінка менеджерів є надто директивною, іноді порушується право організації на автономію. Незалежні організації, які реалізують цей проєкт, не завжди готові працювати у ролі «керівник – підлеглий» і не сприймають ситуацію відсутності у них права вибору і нав'язування рішень як нормальну.



3.6. БАР'ЄРИ, ЩО ПЕРЕШКОДЖАЮТЬ ЕФЕКТИВНОМУ НАДАННЮ ВІЛ-ПОСЛУГ

Узагальнюючи результати інтерв'ю, можна сказати, що загалом надання ВІЛ-послуг проєктними командами є ефективним. Працюють фахові та вмотивовані команди, які в складних умовах війни в прифронтових областях або в тих, що зіштовхнулися з міграцією ВПО, продовжували й продовжують функціонувати і виконувати заплановані показники.

Здебільшого склад команд є сталим, матеріально-технічне і фінансове забезпечення стабільне й достатнє, за винятком наявності у команд окремих не задоволених потреб. Зокрема, потреби у підвищенні рівня заробітної плати з огляду на інфляцію та додаткові труднощі у роботі з уразливими групами.

Серед зовнішніх бар'єрів:

- ▶ Зміна соціально-демографічного портрету і способу життя потенційних та існуючих клієнтів, що вимагає змін у підходах в роботі – менша кількість представників групи ЛВНІ загалом, зміна наркосцени, більша активність цільових груп в Інтернеті.
- ▶ Труднощі, обумовлені війною, – переховування клієнтів від мобілізації або менша їх мобільність через безпекову ситуацію в окремих регіонах, небажання надавати документи, відсутність телефонів або часта зміна номера, наявність великої кількості ВПО без особистих документів тощо.
- ▶ Обмеження (*тривалих*) виїздів в область для частини мобільних команд через страх надовго залишати домівку та родину, велику кількість блокпостів, а також уникання мобілізації членами команд.
- ▶ Організаційні складнощі роботи через повітряні тривоги та ракетні обстріли, відключення електроенергії тощо.
- ▶ Складнощі у співпраці з Центрами надання адміністративних послуг, Державною міграційною службою щодо відновлення документів, відсутність юристів у складі мобільних команд.
- ▶ Складнощі у співпраці з медичними закладами – відмова лікарів ставити на облік і надавати АРТ клієнтам без документів.
- ▶ Неврахування у статистику клієнтів, які раніше припинили приймати АРТ або не починали її, незважаючи на перебування на обліку.

Серед внутрішніх бар'єрів:

- ▶ утома та вигорання членів команд, які не завжди вдається вчасно розпізнати, а також брак відпочинку та відсутність офіційної відпустки, безперервна напружена робота заради виконання індикаторів,
- ▶ заробітні плати, які оцінюються координаторами як невисокі, а часто й низькі; відсутність практики їх перегляду та підвищення, у тому числі індексації через інфляцію та мотивуючих премій, додаткових бонусів тощо.



3.7. SWOT-АНАЛІЗ СИЛЬНИХ І СЛАБКИХ СТОРІН, МОЖЛИВОСТЕЙ ТА ЗАГРОЗ

Таблиця 3. SWOT-аналіз роботи проєктних команд

<p>СИЛЬНІ СТОРОНИ:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ досвідчені та вмотивовані фахівці;▶ загалом достатнє матеріальне забезпечення;▶ ефективне управління проєктами з боку як регіональних координаторів, так і менеджерів Альянсу;▶ сталий і комплексний пакет послуг, що є актуальним для клієнтів;▶ напрацьовані підходи в роботі з цільовими групами проєктів	<p>СЛАБКІ СТОРОНИ:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ річне планування проєктів, відсутність у команд більш довгострокового і стратегічного бачення;▶ інформування команд щодо продовження роботи проєктів перед самим початком нового проєктного року;▶ конкуренція між командами одного регіону та з іншими ВІЛ-сервісними організаціями/ проєктами;▶ відсутність ефективної взаємодії з лікарями, у тому числі в межах CIRI
<p>МОЖЛИВОСТІ:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ навчання та розвиток кадрового потенціалу, поєднання навчання з активностями із запобігання вигоранню, спільним відпочинком;▶ розвиток роботи з новими цільовими групами та нових підходів, що підвищать ефективність діяльності команд;▶ залучення команд до довготривалого планування (або інформування про існуючий порядок та плани щодо фінансування проєктів) і оцінки потреб, що підвищить їх мотивацію та додасть впевненості й чіткості щодо майбутньої діяльності	<p>ЗАГРОЗИ:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ емоційне вигорання членів команд, в тому та хронічний стрес;▶ зниження ефективності роботи, невиконання показників з низки причин, зокрема через погіршення безпекової ситуації та інші умови, обумовлені війною;▶ зменшення заробітних плат через складність досягнення цільових груп та виконання індикаторів проєктів;▶ незадоволеність команд рівнем оплати та матеріальним забезпеченням;▶ не завжди добре налагоджений зворотний зв'язок між командами та менеджерами Альянсу, несвоєчасне реагування на потреби та неможливість їх задовільнити

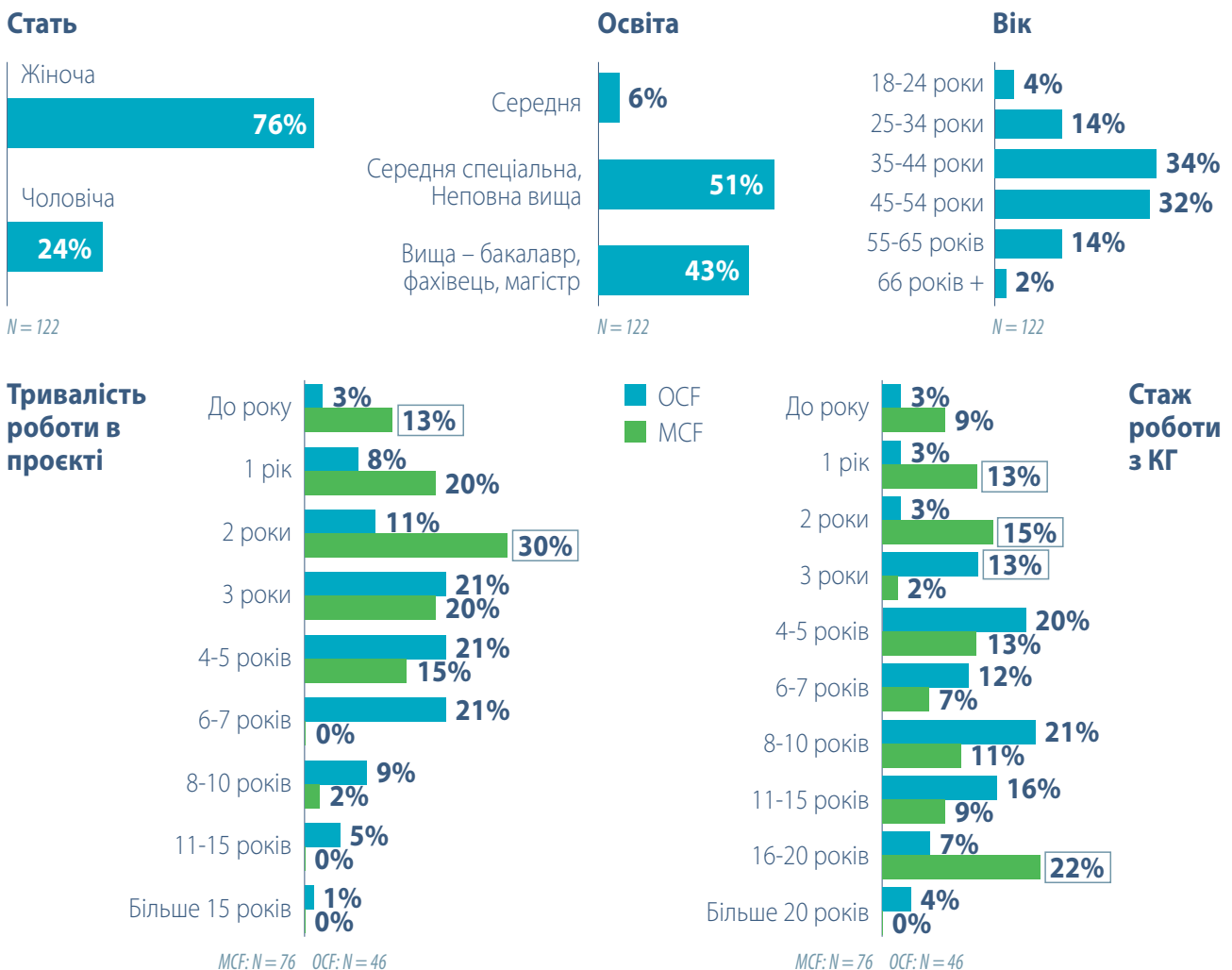
4 РЕЗУЛЬТАТИ КІЛЬКІСНОГО КОМПОНЕНТУ *(фахівці команд)*

4.1. ХАРАКТЕРИСТИКИ ФАХІВЦІВ ПРОЄКТНИХ КОМАНД

Серед 122 опитаних фахівців OCF та MCF переважають жінки (76%) і дві третини респондентів – у віці 35–54 роки. Лише 6% респондентів мають повну середню освіту, решта – середню спеціальну, неповну або повну вищу.

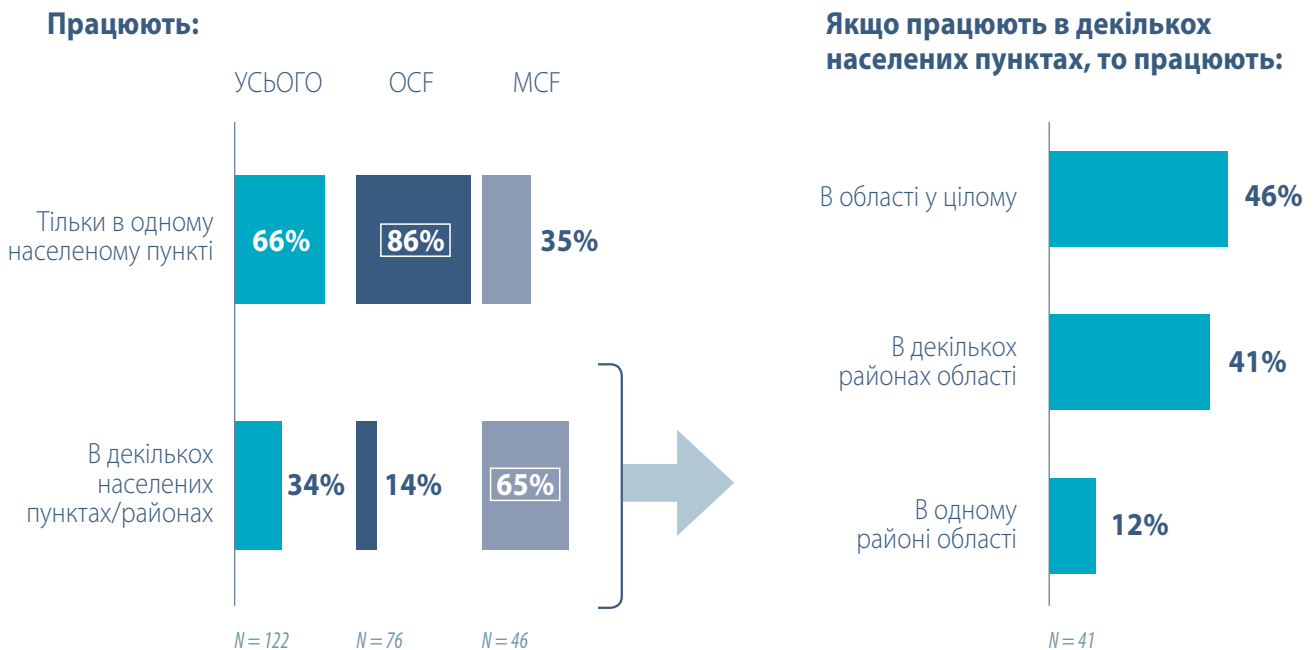
93% респондентів працюють у командах рік і більше, а 87% опитаних працюють рік і більше безпосередньо з клієнтами. Щодо тривалості роботи респондентів у проєкті – медіана становить три роки (*стандартне відхилення – 3,2*); щодо загального стажу роботи з ключовими групами – медіана становить шість років (*стандартне відхилення – 6,3*).

Рисунок 1. Соціально-демографічні характеристики респондентів та стаж роботи (N = 122, %)



Респонденти мають відмінності в географії роботи: тільки в одному населеному пункті працюють 86% фахівців OCF та 35% фахівців MCF, решта – охоплюють декілька населених пунктів. Останні переважно працюють або по всій області, або в декількох її районах і лише зрідка вказують на один район роботи.

Рисунок 2. Географія роботи респондентів (N = 122, %)



Серед 122 опитаних фахівців OCF та MCF найпоширенішими посадами є кейс-менеджер (41%) і соціальний працівник (38%).

Рисунок 3. Роль респондентів у проектних командах (згідно наданої Альянсом бази контактів) (N = 122, %)

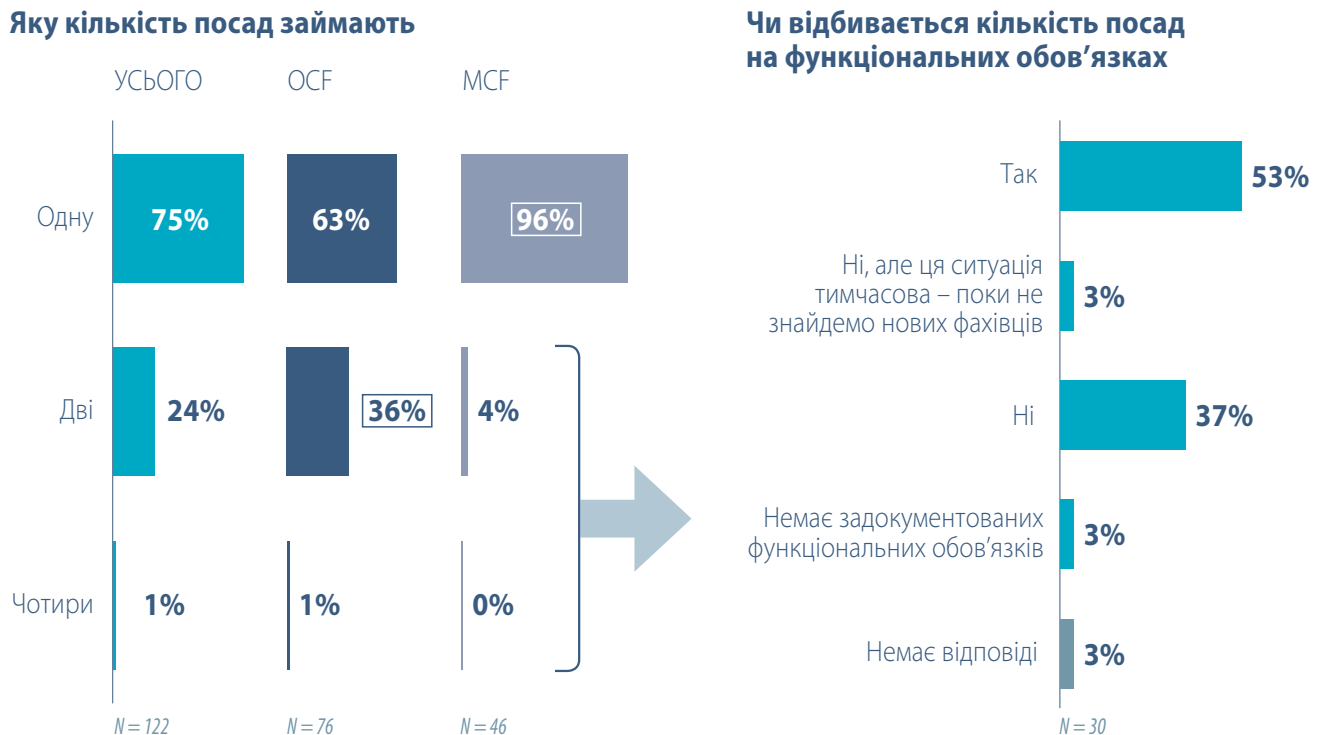


Таблиця 4. Розподіл респондентів за посадами (за самодекларацією)
(N = 122, абсолютні числа)¹

	OCF	MCF	Усього
Кейс-менеджер (підтримка під час участі у проєкті)	50	–	50
Соціальний працівник (консультування, тестування, початок АРТ)	–	44	44
Кейс-файндер (консультування та тестування)	36	–	36
Документатор	10	–	10
Регіональний координатор	3	2	5
Інше (наприклад, комірники)	2	0	2
Усього респондентів	76	46	122

Опитані фахівці обіймають, як правило, одну посаду (75%), однак існує статистично значуща відмінність залежно від проєкту: серед представників OCF таких 63%, тоді як серед членів команд MCF – 96%. Решта, відповідно, обіймає дві й більше посад; ця підгрупа повідомила, що таке поєднання відбивається на рівні їхньої заробітної плати – за рахунок доплат (73%) та функціональних обов'язків (53%).

Рисунок 4. Кількість посад, які обіймає один член команди (N = 122, %)



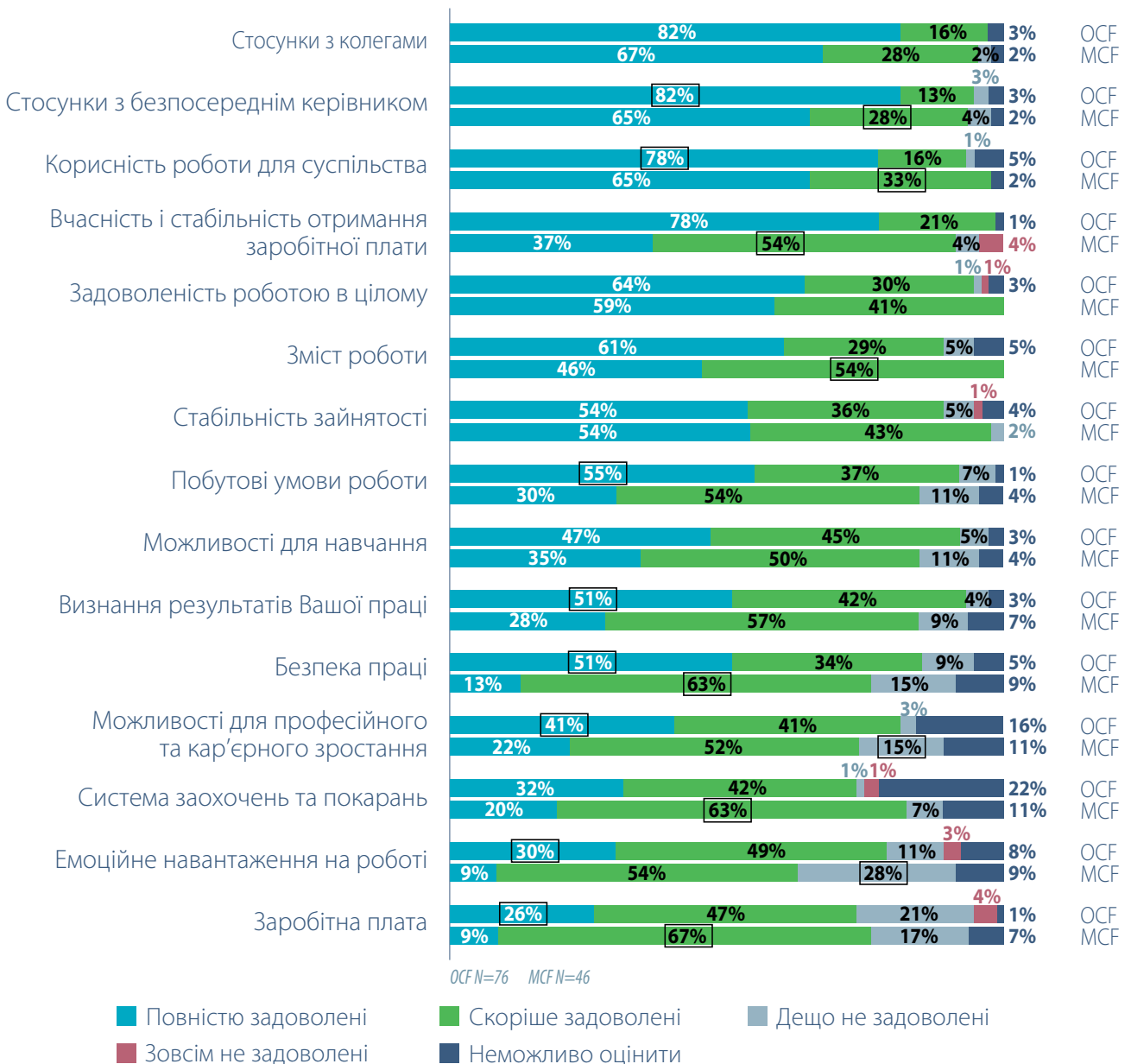
¹ Слід відзначити, що деякі респонденти, які повідомили, що займають більше ніж одну посаду, в переліку конкретних посад вказали лише одну. Тому дані в табл. 4 та на рис. 4 можуть дещо відрізнятися.

4.2. ЗАДОВОЛЕНІСТЬ РІЗНИМИ АСПЕКТАМИ РОБОТИ

Загалом респонденти задоволені різними аспектами своєї роботи, однак зафіксовано окремі дещо проблемні моменти, а саме:

- ▶ емоційне навантаження на роботі, особливо серед фахівців МСФ (28% не задоволені цим аспектом порівняно з 13% фахівців ОCF),
- ▶ заробітна плата, якою не задоволені 20% опитаних, основна причина – її низький рівень,
- ▶ безпека роботи, про незадоволеність якою повідомили 11% фахівців (близько половини з них зазначили про взаємодію зі «складними» клієнтами, а також ризику обстрілів),
- ▶ можливості для професійного та кар'єрного зростання – про незадоволеність повідомили 7% опитаних загалом (15% фахівців МСФ та 3% – ОCF, відмінність є статистично значущою).

Рисунок 5. Рівень задоволеності різними аспектами роботи респондентів у розрізі проєктів (%)





Незважаючи на те, що лише 5% фахівців ОСФ та 11% фахівців МСФ повідомили про незадоволеність існуючими можливостями для навчання, майже половина опитаних (44%) відчуває потребу в підвищенні рівня навичок і знань. Серед них 48% вказали на потребу загального підвищення кваліфікації, що не обмежується лише окремою темою або навичкою (*наприклад, «навички і знання потрібно постійно вдосконалювати», «завжди є чому повчитися», «хотілося б дізнатися більше всього у різних напрямках та про досвід інших колег»*). Найкращим способом отримання необхідних знань і навичок респонденти вважають тренінги та воркшопи (78%), на другому місці – стажування (30%).

Рисунок 6. Навички, в покращенні або здобутті яких респонденти відчувають потребу (N = 54, серед тих, хто відчуває потребу в підвищенні рівня навичок, відкрите питання, %)

Потреби щодо покращення чи здобуття навичок/знань



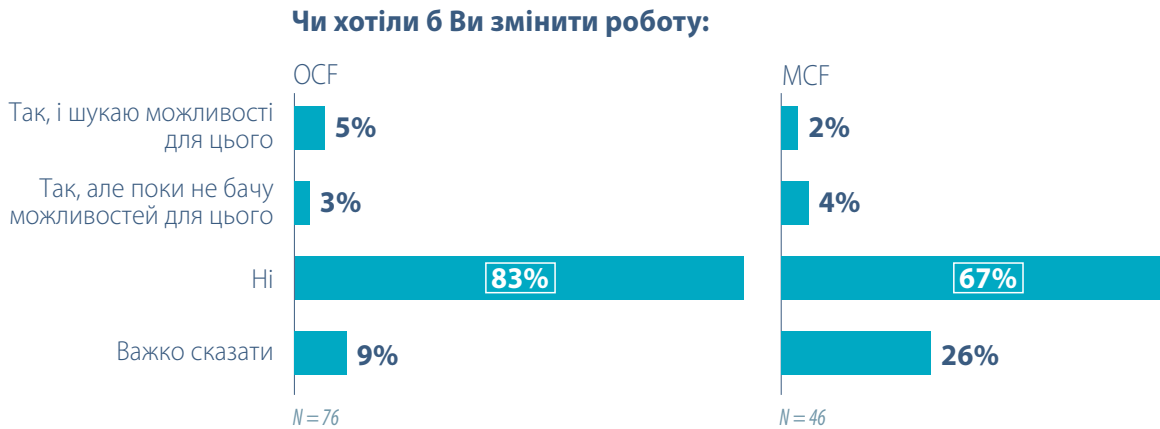
Рисунок 7. Затребувані способи отримання необхідних навичок і знань (N = 54, серед тих, хто відчуває потребу в підвищенні рівня навичок, %)

Найкращий спосіб отримати ці навички



Серед усіх опитаних 77% не хотіли б змінювати роботу, зокрема серед членів команд OCF цей показник становить 83%, тоді як серед представників MCF – 67%. Крім того, ще 26% фахівців MCF обрали варіант відповіді «важко відповісти», що теоретично може свідчити про відсутність чітких планів/сумнівні щодо подальшої роботи у проєкті.

Рисунок 8. Затребувані способи отримання необхідних навичок і знань (N = 54, серед тих, хто відчуває потребу в підвищенні рівня навичок, %)



Опитані фахівці вважають найбільш нагальною потребою підвищення заробітної плати або виплат премій штатним чи позаштатним працівникам – 20% та 13% відповідно. На потребу підвищення фінансової винагороди для позаштатних працівників вказали 20% фахівців OCF у порівнянні з 2% MCF (відмінності є статистично значущими), що пояснюється загальним форматом роботи та функціонуванням сайтів OCF на базі неурядових організацій на відміну від мобільних команд.

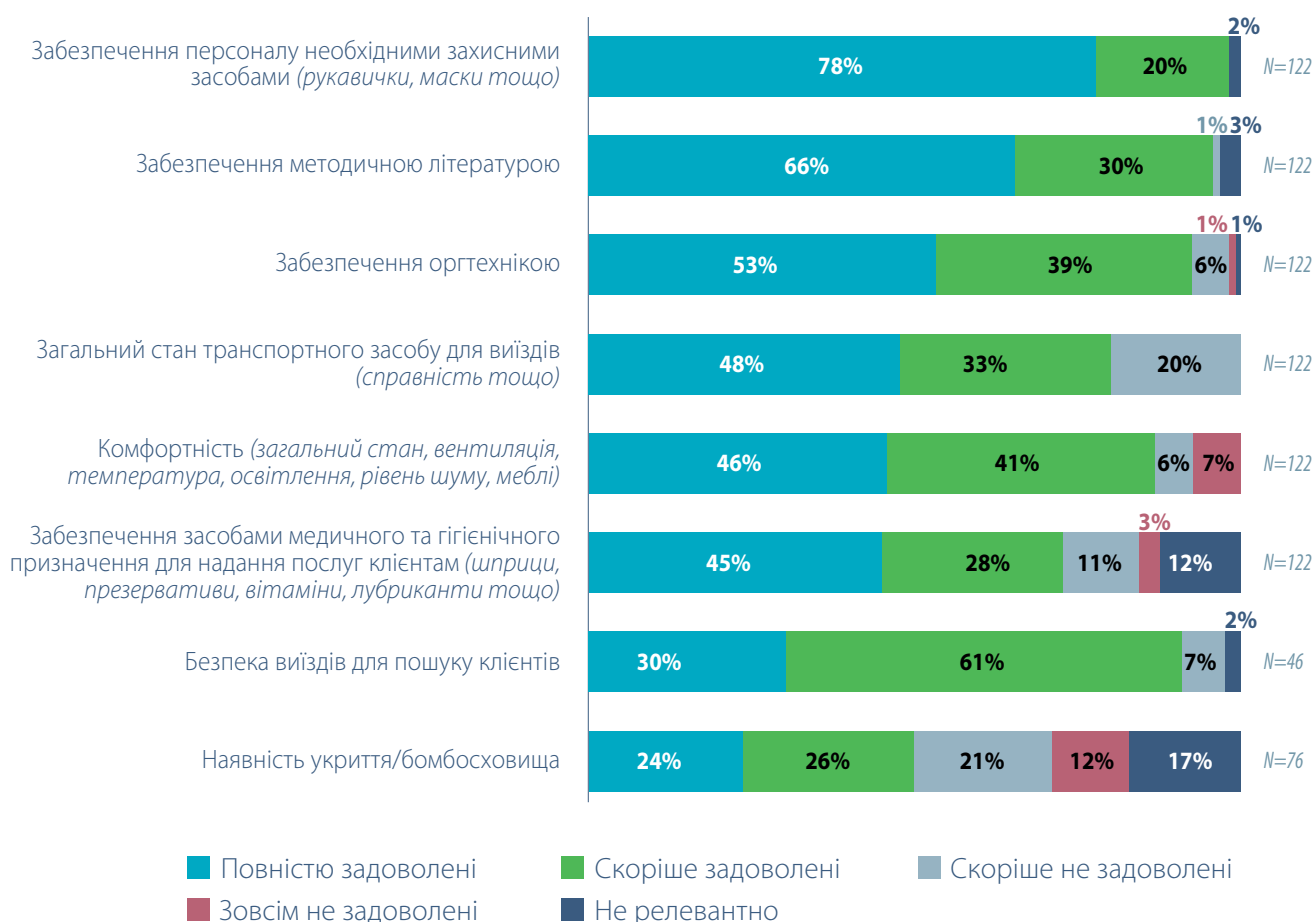
Рисунок 9. Рейтинг найбільш нагальних потреб для проєктних команд (N = 122, %)



Здебільшого фахівці задоволені матеріально-технічним забезпеченням за винятком таких випадків:

- ▶ третина опитаних членів ОСФ висловлювали незадоволення відсутністю укриття/ бомбосховища,
- ▶ 20% фахівців МСФ не задоволені станом транспортного засобу для виїздів,
- ▶ 14% усіх опитаних не задоволені відсутністю засобів медичного призначення та гігієнічних засобів для клієнтів,
- ▶ 13% усіх респондентів не задоволені комфортністю приміщення або мобільної амбулаторії, зокрема відсутністю кондиціонера в офісі або в авто. За цим показником є статично значуща відмінність між командами ОСФ та МСФ – повністю або частково задоволені комфортністю 96% фахівців ОСФ та 72% МСФ.

Рисунок 10. Задоволеність матеріально-технічним забезпеченням проєктної команди (N = 122, %)²



² У разі наявності у проєктної команди кількох приміщень або авто – оцінка здійснювалася за тим з них, у якому респондент проводить більшість робочого часу.

4.3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА НАВАНТАЖЕННЯ ФАХІВЦІВ КОМАНД

Про проведення в командах заходів для підтримання психічного здоров'я, звільнення від негативних емоцій, зокрема спричинених повномасштабною війною, повідомили 70% опитаних. У командах, де такі заходи проводяться, переважають командна робота та взаємопідтримка працівників, супервізія (по 59%) та спільне дозвілля (55%), і майже всі респонденти (94%) задоволені підтримкою.

Разом з тим, спільне дозвілля (наприклад, з виїздом на природу) є найбільш затребуваним заходом з підтримання/покращення психологічного стану – 55% фахівців повідомили про таку необхідність. Про потребу індивідуальної психологічної допомоги заявили 24% опитаних фахівців, спеціального тренінгу – 22%. При цьому про необхідність таких тренінгів представники МСФ зазначають частіше – 33% (проти 16% фахівців ОСФ).

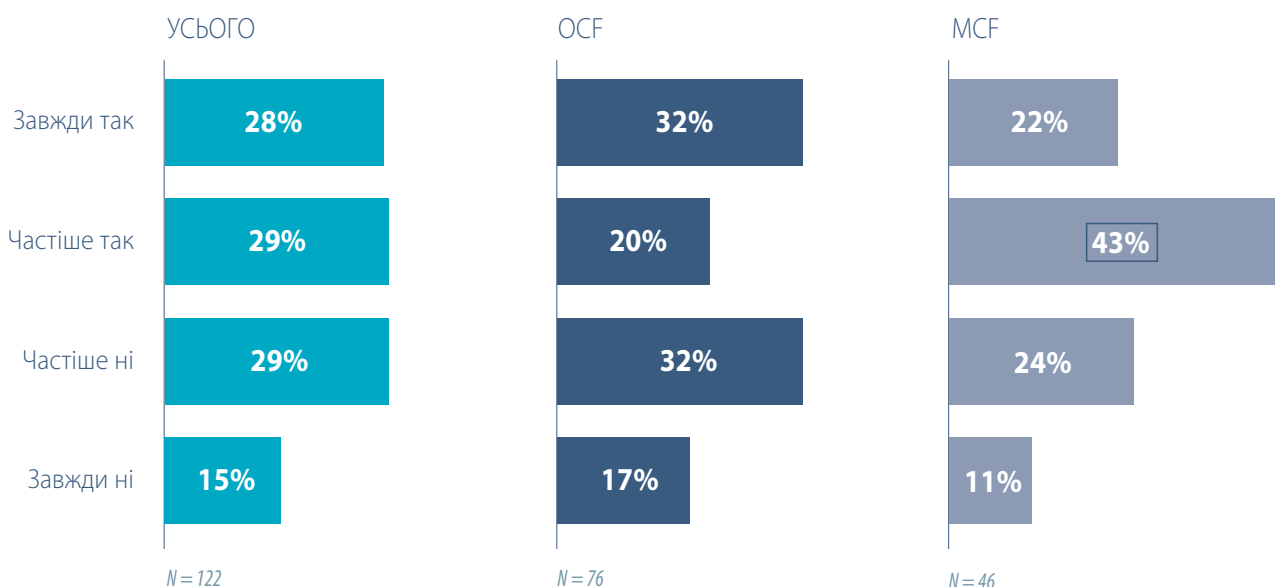
Рисунок 11. Наявні та затребувані заходи з підтримання психічного здоров'я (N = 122, %)



Серед усіх фахівців 77% не мають можливості взяти 24 календарних дні оплачуваної відпустки протягом року. Про наявність у команді людини, яка може повноцінно замінити респондентів на період їх відсутності (через відрядження, відпустку, лікарняний тощо), повідомили 57% опитаних, зокрема 65% фахівців МСФ та 52% – ОСФ. Серед тих, хто дав відповіді «завжди так», «частіше так» та «частіше ні» на питання про наявність у команді фахівців, які можуть замінити колегу на час відпустки, 90% зазначили, що їх можуть замінити постійні члени команди.

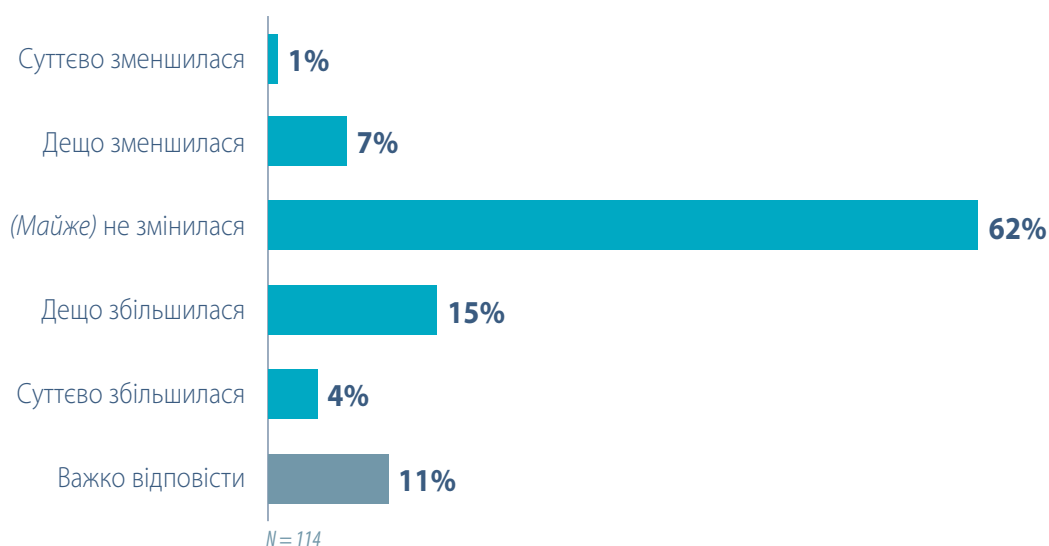


Рисунок 12. Наявність у команді фахівця, який може повноцінно замінити респондента у період його відсутності (N = 122, %)



Як було зазначено вище, 93% опитаних респондентів працюють у командах більше року. З них 62% повідомили, що кількість робочих годин на тиждень, порівняно з ситуацією до 24 лютого 2022 року, майже не змінилася. На збільшення кількості годин вказали 19% опитаних (22 фахівці), зокрема про необхідність більшого часу для пошуку запланованої проєктним планом кількості клієнтів повідомили 11 респондентів.

Рисунок 13. Зміна кількості робочих годин на тиждень порівняно з ситуацією до 24 лютого 2022 року (N = 114, серед тих респондентів, які працюють більше року, %)



Серед загалу опитаних 87% працюють безпосередньо з клієнтами більше року, і з них 44% зазначили, що кількість клієнтів порівняно з періодом до повномасштабного російського вторгнення не змінилася, а 34% повідомили, що зменшилася. Для 54% фахівців час, необхідний на обслуговування одного клієнта, не змінився, а 31% повідомили про його збільшення (серед причин цього 14 із 33 респондентів зазначили про необхідність надавати клієнтам психологічну допомогу, що пов'язано з війною та/або консультаціями ВПО тощо).

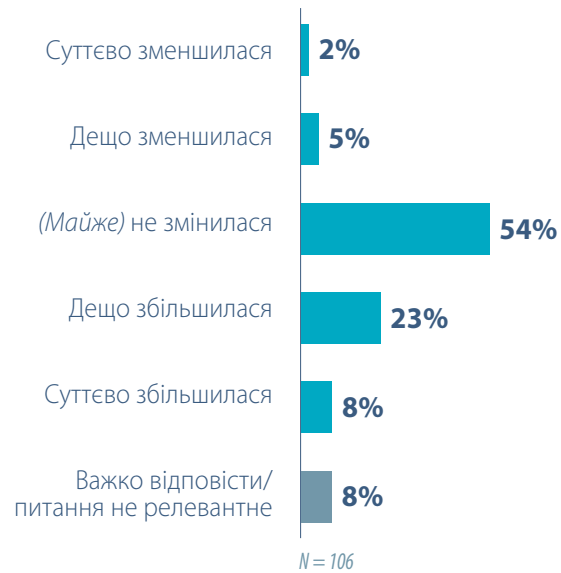


Рисунок 14. Зміна кількості клієнтів та часу на обслуговування порівняно з ситуацією до 24 лютого 2022 року ($N = 106$, серед тих, хто працює більше року та безпосередньо взаємодіє з клієнтами, %)

Кількість клієнтів порівняно з періодом до повномасштабного вторгнення...



Час на обслуговування одного клієнта порівняно з періодом до повномасштабного вторгнення...



4.4. ВЗАЄМОДІЯ ВСЕРЕДИНІ КОМАНДИ ТА У МЕЖАХ ПРОЄКТУ

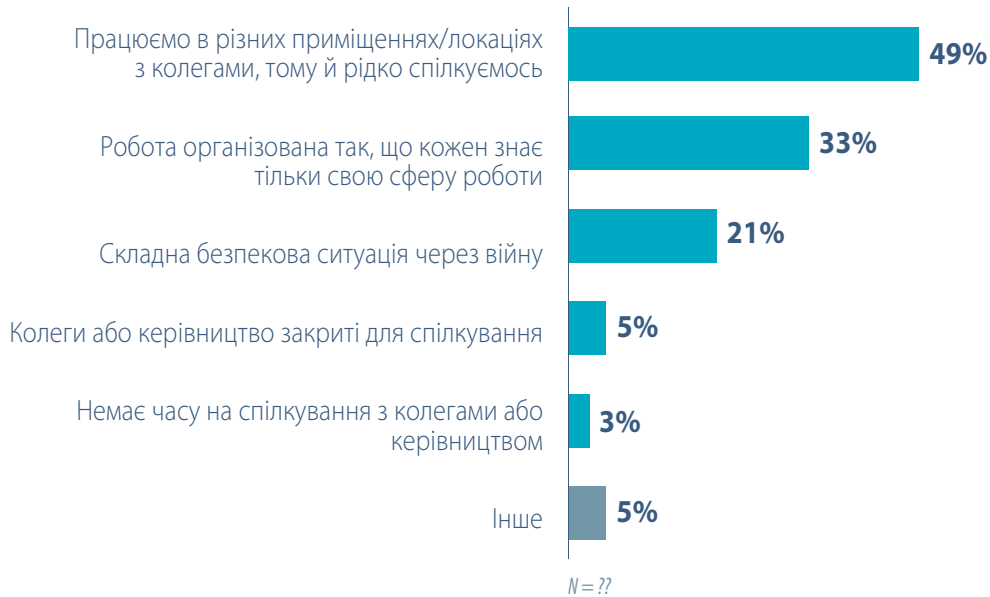
68% респондентів повідомили, що мають достатні знання про діяльність проєкту/команди загалом (діяльність колег, з якими безпосередньо не співпрацюють, плани роботи організації чи мобільної команди), тоді як 32% знають про роботу інших фахівців всередині проєкту/команди тільки у загальних рисах або небагато.

Рисунок 15. Чи достатніми для вас є ваші знання про діяльність проєкту/команди загалом (діяльність колег, з якими безпосередньо не співпрацюєте, керівництва, плани на майбутнє тощо)? ($N = 122$, %)



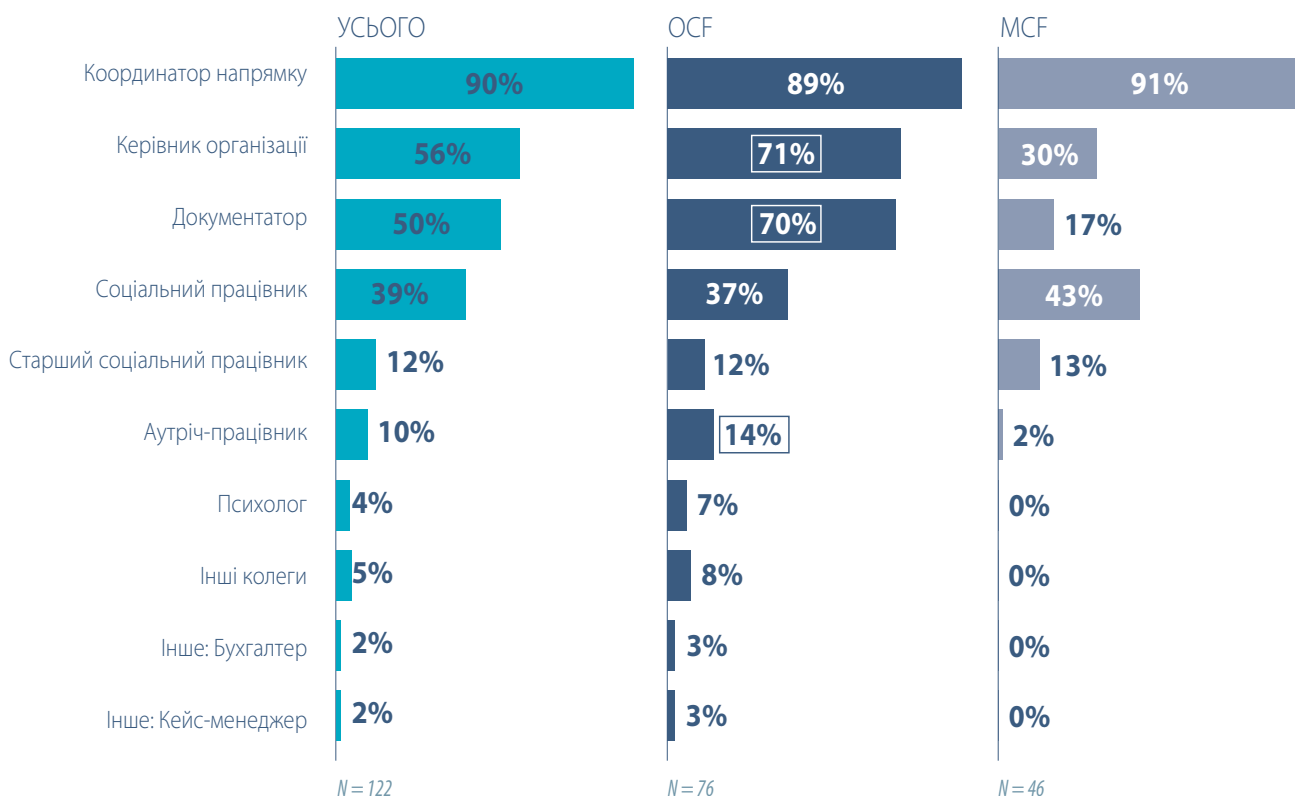
Серед причин, що заважають дізнатися більше про діяльність проєктної команди, респонденти назвали: роботу в різних приміщеннях і на різних локаціях (49%), організацію робочого процесу так, що кожен знає тільки свій напрям роботи (33%), а також складну безпекову ситуацію в країні (21%).

Рисунок 16. Причини, які заважають дізнатися більше про діяльність колег та проекту (N = 39, серед тих, хто знає недостатньо про роботу колег, %)



Для отримання поради чи консультації з робочих питань респонденти найчастіше звертаються до координатора проекту (90%). Загалом фахівці ОCF повідомили про більшу кількість колег, до яких можуть звернутися за порадою (ймовірно, завдяки специфіці своєї роботи в офісі, на відміну від MCF). На другому місці за популярністю колег, від яких можна отримати пораду, керівник організації та документатор (OCF), соціальний працівник (MCF).

Рисунок 17. Члени команди, до яких респонденти можуть звернутися за порадою та консультаціями щодо робочих питань (N = 122, %)



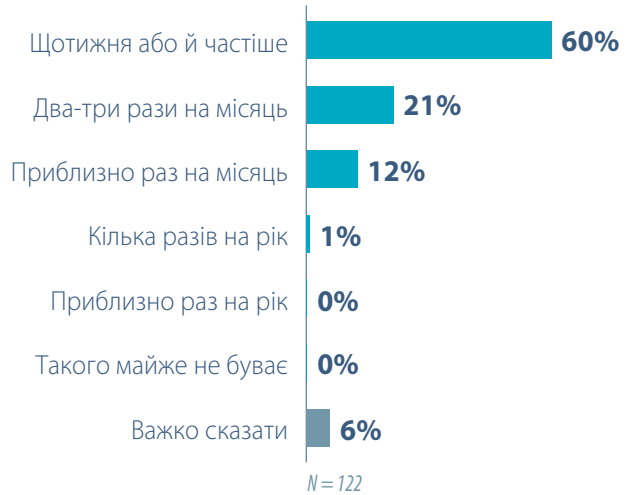
Третина фахівців, які не працюють в одній команді, збираються для проведення формальних або неформальних зустрічей щотижня або частіше, а серед тих, хто працює в одній команді, цей показник становить 60%.

Рисунок 18. Частота проведення формальних або неформальних зустрічей з колегами (N = 122, %)

Як часто збираються працівники, які НЕ працюють в одній команді

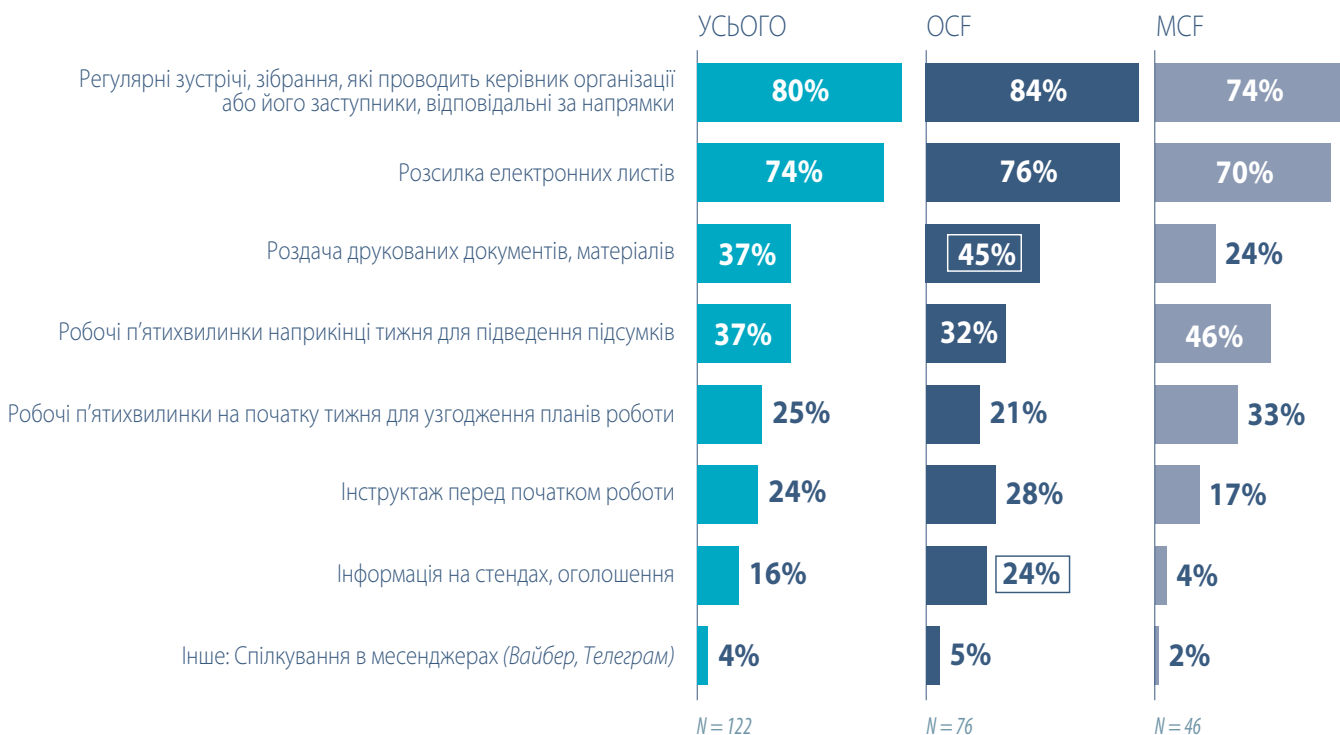


Як часто збираються працівники, які працюють в одній команді



Для обміну інформацією фахівці зазвичай використовують регулярні (за самооцінкою респондентів) зустрічі (80%) та розсилки електронною поштою (74%). Статистично значущі відмінності у способах обміну інформацією залежно від проекту спостерігаються щодо роздачі друкованих матеріалів, документів (45% для OCF та 24% для MCF) та розміщення інформації на стендах (24% для OCF та 4% для MCF), що пояснюється мобільним форматом роботи MCF.

Рисунок 19. Існуючі способи обміну інформацією між фахівцями команди (N = 122, %)



4.5. СПРИЙНЯТТЯ ТА ОЦІНКА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЄКТІВ

Більшість опитаних фахівців (82%) задоволені досвідом залучення цільових груп до проєкту, серед основних причин – відчуття задоволення від допомоги іншим (27%), навчання і практика (26%), задоволеність результатами роботи загалом (24%). У свою чергу, серед не задоволених таким досвідом (14%) 11 із 18 осіб вказали на недостатню відповідальність та надійність клієнтів, а дев'ять зазначили про зміну місцезнаходження потенційних клієнтів та їхнє побоювання відвідувати команди через повітряні тривоги й обстріли.

Рисунок 20. Задоволеність досвідом залучення клієнтів до проєкту (N = 122, %)



Третина фахівців не потребує тієї чи іншої допомоги у процесі рекрутингу, однак кожен четвертий респондент вказував на необхідність матеріальної допомоги для клієнтів (що доповнює думки координаторів команд щодо затребуваності фінансової винагороди). Серед проблем з рекрутингом, про що повідомили 16% опитаних, респонденти вказують страх перед мобілізацією та безпекову ситуацію.

**Рисунок 21. Затребувана допомога в залученні до проєкту цільових груп (N = 122, %)**

Про існування проблем з переадресацією клієнтів проєкту до закладів охорони здоров'я повідомили 37% опитаних членів команд. Як правило, ці проблеми полягають у відсутності у клієнтів документів (60%) та декларації з сімейним лікарем (24%).

Рисунок 22. Проблеми з переадресацією клієнтів проєкту до закладів охорони здоров'я (N = 45, серед тих, хто вказав на наявність таких проблем, %)



Майже половина респондентів (47%) повідомили, що їх все влаштовує в роботі проєкту і вони не хотіли б щось змінювати. Серед найбільш популярних побажань – підвищення заробітної плати і різноманітні пропозиції щодо робочих процесів, наприклад, підвищити мотивацію клієнтів, надати членам команди можливість офіційної відпустки, спростити/оплачувати послуги для клієнтів, які не мають документів, роздаткові матеріали для клієнтів тощо.

Таблиця 5. Затребувані зміни в роботі проєкту (відкрите питання, N = 122, %)

Якби у Вас була можливість щось змінити в проєкті, що б Ви зробили?	% респондентів
Все влаштовує/нічого не змінювати	46,7%
Змінити/запровадити послуги, змінити робочі процеси	9,0%
Підвищити зарплату	8,2%
Підвищити мотивацію клієнтів/ввести додатковий кошторис (напр., для оплати проїзду клієнтів, пригощання їх гарячими напоями взимку)	5,7%
Надати можливість офіційної (оплачуваної) відпустки	4,9%
Запровадити оплату послуг для клієнтів без документів, спрощення процедур для них	4,1%
Надавати клієнтам роздаткові матеріали, гігієнічні засоби тощо	4,1%
Зменшити/скасувати індикатор	3,3%
Прибрати певну документацію, зменшити бюрократію	2,5%
Проводити семінари/тренінги з підвищення кваліфікації	1,6%
Надавати клієнтам гуманітарну допомогу	1,6%
<i>Інше</i>	6,6%
<i>Немає відповіді</i>	2,5%
<i>Не знаю/Важко сказати</i>	10,7%

5 РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Зважаючи на виявлені складнощі та умови роботи команд, існує необхідність переглянути показники, за якими оцінюється їхня робота за різними напрямками, або ж розрахунки навантаження на фахівців регіональних команд та необхідного на консультування і супровід клієнта часу. Ймовірно, варто запровадити певний коефіцієнт преміювання залежно від наближеності населених пунктів, де працює проєкт, до зони активних бойових дій. На думку респондентів, базова ставка заробітної плати фахівців також має бути вищою, особливо якщо команда має не надто високі показники виявлення і достатньо високі показники тестування.
2. Слід приділяти увагу посиленню організаційної спроможності та розвитку кадрових ресурсів, а саме:
 - ▷ проводити командні тренінги та розвивати компетенції фахівців, що дозволить покращити ефективність роботи команд,
 - ▷ розвивати спроможність членів команди у разі необхідності виконувати функції координаторів проєкту або заміщати інших фахівців команди тощо,
 - ▷ проводити регулярну оцінку задоволеності співпрацею з менеджером Альянсу, що дасть змогу уникнути непорозумінь між ними.
3. Оскільки питання емоційного вигорання є актуальним, доцільним, за словами координаторів та на думку фахівців команди, є:
 - ▷ розробка і проведення регулярного оцінювання психологічного стану та рівня вигорання, в тому фахівців з подальшою розробкою рекомендацій з протидії цим явищам,
 - ▷ проведення виїзних офлайн-тренінгів з профілактики вигорання та емоційного перезавантаження,
 - ▷ передбачити регулярні відпустки фахівців (*в обов'язковому чи рекомендованому порядку*),
 - ▷ перегляд заробітних плат, що може стати додатковим фактором психологічної стійкості та підвищення рівня задоволеності роботою.
4. Здебільшого команди зазначали про те, що рівень матеріально-технічного забезпечення є достатнім, водночас існують точкові не задоволені потреби і запити щодо покращення. Їх необхідно регулярно аналізувати, і принаймні найгостріші та найкритичніші з них мають бути задоволені або ж має вказуватися перспектива та очікуваний час, коли ці потреби можуть бути задоволені.
5. Налагоджена взаємодія команд з регіональними партнерами та організаціями сприяє ефективній реалізації проєкту на місцях, і в цьому контексті важливим є:



- ▷ розробка рекомендацій та проведення тренінгів щодо налагодження відносин і підписання меморандумів з різними державними інституціями та неурядовими/благодійними організаціями,
 - ▷ усунення проблем з постановкою на облік у медичних закладах і початком прийому АРТ клієнтами, які не мають документів. Респонденти вказували також на необхідність надання їм алгоритмів та схем обстеження і лікування клієнтів, які не мають документів,
 - ▷ перегляд оплати та оцінка внеску лікарів у супровід клієнтів з наданням винагороди відповідно до докладених зусиль,
 - ▷ налагодження взаємовигідної діяльності та акцентування на вирішенні конфліктів між організаціями і командами, що надають ВІЛ-послуги в межах одного регіону.
- 6.** В умовах війни зростає актуальність гуманітарного напрямку, відповідно виникає необхідність у розробці:
- ▷ рекомендацій та політик у сфері гуманітарної допомоги (*зокрема визначення пріоритетних цільових груп, критерії надання допомоги тощо*), що полегшить роботу команд. У таких документах мають бути вказані спроможності (*і обмеження*) донорів забезпечувати потреби гуманітарного характеру для мінімізації очікувань,
 - ▷ рекомендацій щодо пошуку місцевих партнерів та організацій, куди можна скеровувати клієнтів для отримання допомоги і задоволення базових потреб, у разі обмежених спроможностей як донорів проєкту, так і проєктних команд.
- 7.** Незважаючи на географію роботи команд (*регіони, у яких відбувалися активні бойові дії, наближені до лінії фронту чи знаходяться в тилу*), вони мають значний досвід роботи в кризових умовах. Такий досвід має бути зафіксовано і проаналізовано, а на його основі проведено зустрічі та конференції з обміну досвідом роботи під час війни. Також цей досвід може бути відображено у звітах і дослідженнях, що становитиме цінність для донорів як підтвердження ефективності й спроможності українських ВІЛ-сервісних організацій та проєктів долати виклики війни.
- 8.** Складнощі та виклики у роботі з цільовими групами під час війни, а також фактори, що ускладнюють роботу проєктних команд, мають аналізуватися на періодичній основі для прийняття управлінських рішень та розробки рекомендацій щодо роботи з новими цільовими групами, які б дозволяли максимально охопити клієнтів послугами і водночас зберегти і максимально ефективно використати ресурс команд. Зокрема, мають бути розроблені рекомендації щодо роботи з військовослужбовцями або людьми, які мають ознаки посттравматичних стресових розладів, зокрема можливості перенаправлення їх для отримання психологічної та іншої необхідної допомоги.
- 9.** Респонденти вказували потребу в створенні окремих шелтерів для ЛВНІ та їхніх партнерів з числа ВПО і безхатьків, оскільки в «загальних» прихистках навіть учасники програми ЗПТ наражаються на дискримінацію і не завжди можуть адаптуватися до життя на новому місці. Серед проєктних команд є такі, що готові реалізовувати подібні проєкти.



ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ОЦІНКА ПОТРЕБ ПРОВАЙДЕРІВ ПОСЛУГ З ВИЯВЛЕННЯ ВІЛ В УКРАЇНІ

Автори звіту:

Тетяна Яблоновська
Оксана Ковтун
Ольга Максименко
Таміла Мотузка
Інна Волосевич

Київ
2023



Альянс
громадського здоров'я

МБФ «Альянс громадського здоров'я»
Вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01601
Тел.: (050) 403 23 38
e-mail: office@aph.org.ua
www.facebook.com/alliancepublichealth

WWW.APH.ORG.UA