

УЧЕБНОЕ РУКОВОДСТВО

ПО ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЮ

НА ВИЧ И ВГС

В УСЛОВИЯХ НИЗКОПОРОГОВЫХ

УСЛУГ ДЛЯ ЛУН

В РАБОТЕ НАД ДАННЫМ РУКОВОДСТВОМ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ:

Хенрикки Бруммер-Корвенконттио. Финляндия.

Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения

Лелла Космаро. Италия.

Фондационе ЛИЛА, Милан

Джиакомина Чиарадиа. Италия.

Национальный институт инфекционных заболеваний

Критсел Кивиметс. Эстония.

Национальный институт развития здравоохранения

Петер Вейсснер. Германия.

Независимый консультант

Александра Гуринова. Германия.

Дойче ЭЙДС-Хильфе

Редактор Шона Шоннинг

Дизайн Даши Зорькиной

Берлин 2018.



ВВЕ- ДЕ- НИЕ

Это учебное руководство было разработано в рамках программы «Совместные действия по борьбе с ВИЧ, вирусным гепатитом и туберкулезом среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно в Европе», финансируемой ЕС (HA-REACT). Настоящее руководство ставит своей целью стать самостоятельным инструментом, предоставляющим сотрудникам, работающим в низкопороговых организациях, все необходимые знания, навыки и техники, необходимые для тестирования лиц, употребляющих наркотики, на ВИЧ и гепатит С, а также для установления связи со службами, предоставляющими необходимую помощь.

Содержание настоящего руководства включает в себя материалы ранее разработанных методических указаний, руководств и справочников и основывается на передовой международной практике. Учебная программа включает в себя восемь модулей с теоретическим материалом для изучения и советами по практическим занятиям.

Эти учебные модули могут быть использованы как для проведения полноценного трёхдневного курса обучения, так и по отдельности.

СОДЕР- ЖАНИЕ

Содержание этого учебного руководства отражает только мнение его авторов и публикуется под их исключительную ответственность. Содержание руководства не может считаться отражением взглядов Европейской комиссии и/или Исполнительного агентства по вопросам защиты потребителей, здравоохранения, сельского хозяйства и продовольствия либо любого другого органа Европейского Союза. Европейский Союз и Исполнительное агентство не несут никакой ответственности за то, каким образом может быть использована содержащаяся в данном руководстве информация.

Модуль 1. Основная информация о ВИЧ, ВГС и ТБ.	6
Модуль 2. Различные типы тестов	20
Модуль 3. Дотестовое и послетестовое консультирование	30
Модуль 4. Привлечение клиентов	40
Module 5. Гендерный подход	50
Модуль 6. Связь с уходом	66
Модуль 7. Повышение качества в сообществах	78
Модуль 8. Консультирование и тестирование на ВИЧ/ВГС в местах лишения свободы.	84

ПОЛЕЗ- НЫЕ СОВЕТЫ ДЛЯ ТРЕНЕРОВ

ВО ВРЕМЯ ПОДГОТОВКИ, ТРЕНЕРАМ БУДЕТ ПОЛЕЗНО:

- изучить юридическую ситуацию в стране/регионе в отношении экспресс-тестирования на ВИЧ/ВГС;
- изучить юридическое положение людей, употребляющих наркотики;
- изучить доступные варианты лечения ВИЧ и ВГС;
- изучить препятствия на пути к получению медицинской помощи;
- проконсультироваться с местными экспертами/равными консультантами по вопросам понимания ситуации в стране;
- убедиться в том, что вы знаете, для кого проводится курс обучения, и каковы потребности и интересы этих людей;
- убедиться в том, что участники заранее получают информацию о целях обучения, его содержании и расписании.

ПОДГОТАВЛИВАЯ ПОМЕЩЕНИЕ ДЛЯ ТРЕНИНГА, УБЕДИТЕСЬ, ЧТО:

- помещение достаточно просторное, желательно с окнами;
- раздаточные материалы и учебная программа распечатаны заранее;
- все необходимые материалы (флипчарт, маркеры, бумага и пр.) находятся в помещении;
- электронное оборудование в рабочем состоянии;
- в учебных помещениях достаточно питьевой воды;
- тренинги с участием людей, употребляющих наркотики, по возможности, обеспечены стерильным инъекционным оборудованием и налоксоном (участники должны быть своевременно проинформированы об этом).



МОДУЛЬ 1. ОСНОВНАЯ ИНФОР- МАЦИЯ О ВИЧ, ВГС И ТБ.

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники получат:

- понимание биологии ВИЧ и ВГС; способов передачи ВИЧ и ВГС; методов скрининга и диагностики ВИЧ и ВГС; вариантов лечения ВИЧ и ВГС.
- основную информацию о туберкулезе.

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекции, рабочие группы.

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point и проектор.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Во время подготовки к сессии изучите эпидемиологическую ситуацию с ВИЧ и ВГС в стране, а также доступность лечения. Начните учебную сессию с вводной информации о целях обучения. Адаптируйте язык вашей презентации, чтобы он был понятен вашей аудитории (например, используйте меньше специальных медицинских терминов при работе с группой социальных работников и равных консультантов).

Даже при работе с группой опытных социальных работников и равных консультантов начинайте с основной информации о ВИЧ, ВГС и ТБ, содержащейся в этом модуле. Повторение - мать учения!





1.1 БИОЛОГИЯ ВИЧ

ВИЧ расшифровывается как «вирус иммунодефицита человека». Вирус ВИЧ вызывает заболевание СПИД. Иммунодефицит означает снижение способности или неспособность организма бороться с инфекциями и болезнями. Инфицирование ВИЧ приводит к снижению эффективности иммунной системы человека, что в свою очередь делает носителя вируса уязвимым к целой группе заболеваний, вызываемым так называемыми оппортунистическими инфекциями, которые обычно не приводят к заболеваниям у людей, не зараженных ВИЧ. СПИД расшифровывается как «синдром приобретенного иммунодефицита»; это окончательная стадия заболевания, вызываемого ВИЧ. СПИД проявляется тогда, когда инфекция ВИЧ переходит в позднюю стадию, нанося такой урон иммунной системе, что тело больше не способно сопротивляться заболеваниям. СПИД называется «синдромом» потому, что он характеризуется развитием целой группы заболеваний.

ВИЧ И СПИД

- ВИЧ – ВИРУС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ СПИД;
- НЕ У ВСЕХ ЗАРАЖЕННЫХ ВИЧ ЕСТЬ СПИД;
- ВСЕ БОЛЬНЫЕ СПИДОМ ЗАРАЖЕНЫ ВИЧ;
- СПИД – РЕЗУЛЬТАТ РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ;
- ЛЮДИ, ЗАРАЖЕННЫЕ ВИЧ, С ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ, МОГУТ ПЕРЕДАТЬ ВИРУС ДРУГОМУ ЧЕЛОВЕКУ;
- ЛЮДИ С НЕОПРЕДЕЛЯЕМОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКОЙ НЕ МОГУТ ПЕРЕДАТЬ ВИРУС ДРУГОМУ ЧЕЛОВЕКУ.

Существуют два типа вирусов ВИЧ: ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Оба этих вируса вызывают одинаковые картины заболевания. Однако при ВИЧ-2 заболевание прогрессирует к стадии СПИДа медленнее. Очень важно проводить тестирования на оба подтипа ВИЧ, в противном случае тестирование может дать ложноотрицательный результат.

ВИЧ инфицирует ключевую группу клеток, называемую «Т-лимфоциты СД4» (далее по тексту СД4), координирующую иммунозащитную систему тела человека. Клетки СД4 производят группу протеинов под общим названием «цитокины», играющих важную роль в иммунной реакции на патогены. Когда ВИЧ инфекция уничтожает СД4 клетки, она ослабляет способность организма сражаться с патогенами. У здорового человека в одном микролитре крови содержится от 800 до 1200 клеток СД4. Диагноз «СПИД» ставится, когда число клеток СД4 падает ниже 200 и/или диагностируются определенные заболевания. На Рис. 1 представлены вирусология и иммунология процесса заболевания ВИЧ.

После того, как вирус попадает в организм, начинается период быстрой вирусной репликации, приводящий к обильному размножению вируса в периферической крови. Во время первичного инфицирования (стадия заболевания в течение 2-6 недель после заражения) вирусная нагрузка может достигать нескольких миллионов вирусных частиц на миллилитр крови. Это приводит к резкому падению числа клеток СД4, которое возвращается к нормальному уровню, когда включается иммунный ответ организма на ВИЧ инфекцию. Однако, несмотря на то что увеличение числа клеток СД4 снижает вирусную нагрузку, иммунная система неспособна полностью справиться с инфекцией из-за высокой скорости мутации ВИЧ. Чем выше вирусная нагрузка у человека, тем быстрее будет уменьшаться число клеток СД4 и тем выше будет риск развития СПИД.

Со временем будет погибать все больше и больше клеток СД4, и в конце концов ВИЧ приведет к СПИДу, уничтожив слишком много данных клеток. Это ослабит иммунную систему и позволит проявиться оппортунистическим инфекциям. Клетки СД4 необходимы для иммунной реакции; без них организм не способен противостоять оппортунистическим инфекциям. СПИД обычно наступает через 10-12 лет после первоначального заражения. При эффективном лечении с помощью антиретровирусных препаратов (АРВ) вирусная нагрузка поддерживается на уровне менее 30 копий вируса на миллилитр плазмы, и ВИЧ больше не уничтожает СД4 клетки. В результате этого иммунная система восстанавливается, предотвращая развитие оппортунистических инфекций. Люди, живущие с ВИЧ, которые начинают лечение на ранней стадии, могут достичь средней продолжительности жизни в соответствии с динамикой, представленной на Рис. 1

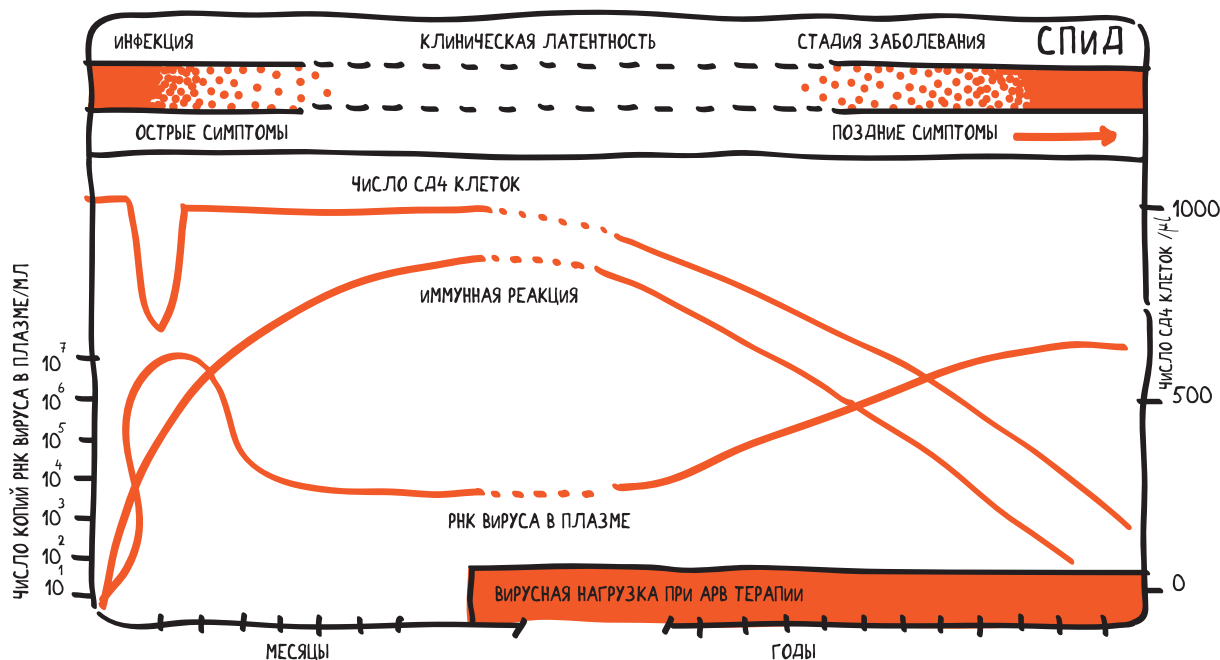


Рисунок 1. Вирусология и иммунология процесса заболевания ВИЧ

1.2 БИОЛОГИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С (ВГС)

Вирусный гепатит С – заболевание печени, вызываемое вирусом гепатита С (ВГС), который атакует клетки печени и размножается в них, приводя к изменениям в самих клетках и к нарушениям их функционирования. Вирус может вызывать как острый, так и хронический гепатиты разной степени тяжести: от заболевания в легкой форме, длящегося несколько недель до серьезного хронического заболевания.

У значительного числа инфицированных с хронической формой заболевания развиваются цирроз или рак печени. Острая инфекция ВГС обычно проходит бессимптомно и очень редко (почти никогда) не приводит к опасным для жизни заболеваниям. Около 15-45% зараженных самостоятельно побеждают вирус в течение 6 месяцев после заражения без лечения, их иммунные системы способны самостоятельно очистить организм от вируса. Однако в оставшихся 55-85% заболевших развивается хроническая инфекция ВГС. Среди больных с хронической инфекцией ВГС риск развития цирроза печени в течение 20 лет составляет от 15 до 30%.

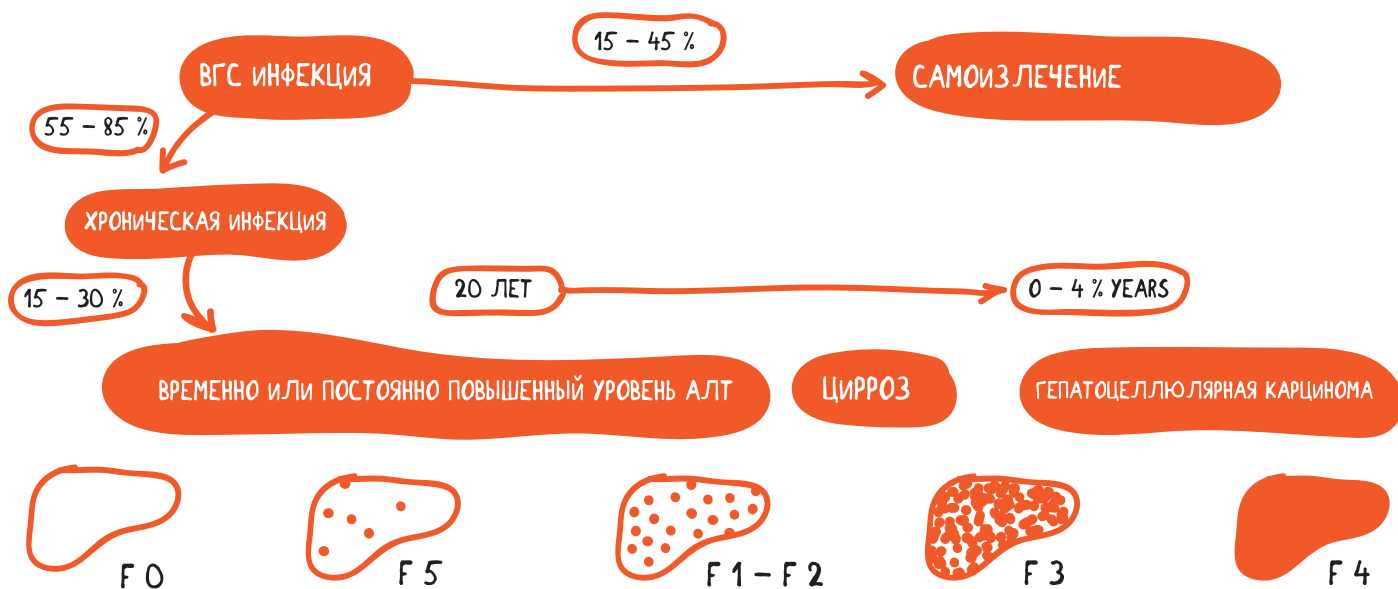


Рисунок 2. Риски и прогрессирование заболевания печени до различных стадий среди людей, живущих с ВГС

1.3 ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

ВИЧ передается через кровь во время полового акта (вагинального, анального, орального) с инфицированным партнером (который не достиг неопределяемой вирусной нагрузки благодаря эффективному лечению АРВ-препаратами), или путем контакта с инфицированной кровью, чаще всего через совместное использование одних и тех же игл, шприцев или других принадлежностей, зараженных вирусом. Также возможно заражение путем переливания ВИЧ-инфицированной крови. Дети могут заразиться от ВИЧ-инфицированной матери во время беременности, родов или грудного вскармливания (Рис. 3). Риск передачи вируса при незащищенном анальном сексе в несколько раз выше, чем при вагинальном сексе. Риск передачи является наибольшим во время острой фазы инфекции, когда вирусная нагрузка высока.



Рисунок 3. Как передается ВИЧ

ВИЧ не передается по воздуху, через воду, через укусы комаров, клещей, других насекомых; не передаётся он также через слюну, слезы или пот, которые не смешиваются с кровью ВИЧ-инфицированного человека, а также через рукопожатия, объятия, общую посуду или при поцелуях. (Рис. 4).



Рисунок 4. Как ВИЧ не передается

1.4 ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВГС

Вирус гепатита С передается через кровь. Чаще всего он передается с малым количеством крови зараженного человека через:

- общее инъекционное оборудование, которым пользуются потребители инъекционных наркотиков;
- повторное использование или недостаточную стерилизацию медицинского оборудования, особенно шприцов и инъекционных игл в системе здравоохранения;
- переливание непроверенной крови и продуктов крови;
- татуировку и пирсинг плохо стерилизованным оборудованием;
- бытовые пути при совместной жизни с ВГС-инфицированными: использование общих бритв, зубных щеток, щипчиков для ногтей и других предметов, вступающих в контакт с кровью.

ВГС может передаваться половым путем, а также от матери, живущей с вирусом, к ребенку, однако такие пути передачи вируса встречаются гораздо реже (Рис. 5).



Рисунок 5.

Пути
передачи
вируса
гепатита С



Рисунок 6.

Как не
передается
вирус
гепатита С

1.5 СКРИНИНГ И ДИАГНОСТИКА ВИЧ

1

Существует ряд веских причин, по которым люди должны проходить тестирование на ВИЧ. Доступ к тестированию на ВИЧ помогает нуждающимся начать антиретровирусную терапию (АРТ). Хотя ВИЧ до сих пор не является излечимым заболеванием, АРТ позволяет людям, инфицированным ВИЧ, прожить более долгую и здоровую жизнь, а также избежать СПИДа. Ещё одной причиной пройти тестирование является тот факт, что доступ к тестированию предотвращает новые инфицирования.

Люди, узнающие о том, что живут с вирусом, проявляют тенденцию к смене своего поведения с целью не допустить передачи вируса другим. В дополнение к этому доступ к АРТ снижает риск дальнейшего инфицирования. Люди, живущие с ВИЧ, но с неопределяемой вирусной нагрузкой, не могут передать вирус другим. Чем больше людей получают доступ к АРТ в сообществах, тем ниже будет риск нового инфицирования. Дополнительная причина для тестирования на ВИЧ - возможность предотвратить передачу вируса от матери к ребенку, если матери, знающие о своем ВИЧ статусе, принимают АРТ. Вероятность передачи вируса ребенку от матери, живущей с ВИЧ и не принимающей АРТ, во время беременности или родов составляет примерно 20%. В то время как если мать, живущая с ВИЧ принимает АРТ, риск передачи вируса ребенку снижается до 1%. И наконец, если начинать лечение на ранней стадии, то это будет менее затратно по сравнению с запоздалым началом лечения из-за пользы для здоровья самого человека, проходящего лечение, а также из-за влияния на распространение вируса.

Острую первичную ВИЧ-инфекцию нельзя диагностировать по симптомам, которые могут появиться через 2-6 недель после передачи вируса и длиться от одной до четырех недель. Эти симптомы проявляются только у 30-50% инфицированных. Они могут включать в себя повышенную температуру, боль в горле, усталость, диарею, головную боль, боли в суставах и мышцах и опухшие лимфатические узлы. Как только ВИЧ проникает в тело, он инфицирует клетки CD4 и начинает размножаться. Во время острой или первичной стадии инфекции кровь разносит множество вирусных частиц по всему телу, засеивая различные органы, особенно лимфатические узлы. В то же самое время тело начинает производить антитела к ВИЧ. Если в человеке обнаруживается РНК ВИЧ (вирусный геном), ВИЧ-антигены или антитела к ВИЧ, это означает, что человек заражен ВИЧ.

ВИЧ обычно диагностируется посредством обнаружения антител к ВИЧ и/или антигена ВИЧ p24, а не самого вирусного генома. Предварительные тесты на ВИЧ ищут антитела к вирусу.

В рамках низкопороговых услуг часто используются лабораторный иммуноферментный анализ или экспресс-тесты. Все предварительные положительные результаты тестов на ВИЧ должны подтверждаться повторным лабораторным анализом.

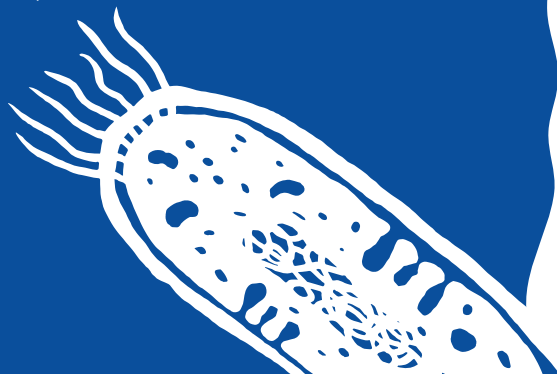


1.6 СКРИНИНГ И ДИАГНОСТИКА ВГС

Так как острая инфекция ВГС обычно проходит бессимптомно, то во время острой фазы удастся диагностировать лишь небольшое число инфицированных. У тех людей, у которых инфекция ВГС достигает хронической стадии, она также часто остается недиагностированной, так как проявляется уже симптомами серьезных проблем с печенью, а это зачастую происходит спустя десятилетия после попадания вируса в организм.

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД, СИМПТОМЫ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

1. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ОТ 2 ДО 24 НЕДЕЛЬ
2. 80% НЕ ПРОЯВЛЯЮТ НИКАКИХ СИМПТОМОВ
3. СИМПТОМЫ: ПОВЫШЕННАЯ ТЕМПЕРАТУРА, УСТАЛОСТЬ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, ТОШНОТА, БОЛИ В ЖИВОТЕ, ТЕМНАЯ МОЧА, БОЛИ В СУСТАВАХ, ПОЖЕЛТЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СКЛЕР ГЛАЗ
4. ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА НЕ КОРРЕЛИРУЕТ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ
5. ВНЕШНИЕ ФАКТОРЫ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА, КОТОРЫЕ МОГУТ УСКОРИТЬ РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ:
 - мужской пол;
 - возраст в момент инфицирования 40 лет и старше;
 - потребление алкоголя от 20г/день (пол-литра пива);
 - курение;
 - сочетанная инфекция с ВИЧ или гепатитом В.



Инфицирование ВГС выявляется в два этапа:

1. Скрининг на антитела к ВГС посредством серологического теста определяет факт инфицирования. Антитела к ВГС обычно вырабатываются в период до 6 месяцев (обычно в течение 4 месяцев). Наличие антител можно выявить с помощью экспресс-тестов по капле крови, по сыворотке и слюне, либо через стандартный тест с забором венозной крови.

2. Если тест на антитела к ВГС оказывается положительным, для подтверждения диагноза требуется тест на нуклеиновую кислоту для выявления рибонуклеиновой кислоты (РНК) ВГС, так как порядка 15–45% инфицированных ВГС смогут самостоятельно избавиться от инфекции, не требуя дополнительного лечения. Несмотря на то, что такие люди больше не являются инфицированными, они будут продолжать давать положительную реакцию при проведении тестов на наличие антител к ВГС. Это значит, что в крови людей, исцелившиеся от ВГС, будут всегда присутствовать антитела к вирусу. Поэтому скрининг на антитела к ВГС должен каждый раз сопровождаться тестами на нуклеиновую кислоту во всех случаях положительных результатов тестов на наличие антител к вирусу.

После диагностирования хронического гепатита С инфицированные люди должны пройти обследование возможной степени повреждения печени (фиброз и цирроз). Это обследование проводится с помощью биопсии печени, либо с помощью неинвазивных тестов (таких, как Фиброскан или исходя из индекса отношения АСТ к количеству тромбоцитов). В дополнение к этим тестам инфицированным пациентам следует также пройти лабораторное тестирование для идентификации генотипа штамма ВГС, которым они заражены. В клинической практике ВГС подразделяется на шесть основных генотипов, пронумерованных последовательно от 1 до 6. Подтипы вируса маркируются дополнительно буквами, например генотип 1a или 1b. Большинство людей инфицируются одним доминантным генотипом, но также возможно оказаться носителем нескольких генотипов одновременно (так называемая «смешанная инфекция»).

Всем лицам с диагностированной хронической инфекцией ВГС следует пройти лечение противовирусными препаратами прямого действия (ПППД). Решения по лечению и контролю над развитием болезни принимаются на основании оценки уровня повреждения печени и идентификации генотипа вируса. Новые пангенотипные ПППД позволяют проводить лечение людей с диагностированным хроническим гепатитом С, не получавших предварительного лечения и без предварительного генотипирования вируса.

1.7 ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ И УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В соответствии с рекомендациями ВОЗ антиретровирусную терапию (АРТ) вне зависимости от числа клеток CD4 следует начинать всем людям, живущим с ВИЧ, включая употребляющих наркотики. АРТ следует начинать как можно скорее после диагностирования инфекции.

Существует более 30 антиретровирусных препаратов, принадлежащих шести разным классам лекарственных средств. Некоторые лекарства от ВИЧ предлагаются в виде комбинированного средства, когда два или более лекарства от ВИЧ содержатся в одной таблетке, и в таком случае, иногда необходимо принимать только одну таблетку в день. Однако такие средства пока недоступны во всех странах. Очень важно, чтобы лекарство принималось регулярно и ежедневно. Недобросовестное соблюдение режима лечения ВИЧ увеличивает риск развития резистентности к лекарственному средству и безуспешного лечения. Антиретровирусные препараты (АРВ-препараты), используемые для лечения ВИЧ, группируются по способу вмешательства в этапы цикла репликации ВИЧ. Ингибиторы слияния не позволяют вирусу прикрепляться к целевой клетке. Нуклеозидные аналоги предотвращают транскрипцию вирусной РНК в ДНК. Ингибиторы интегразы препятствуют интеграции вирусной ДНК в клеточный геном, а ингибиторы протеазы не позволяют клеткам производить новые вирусные частицы.

Лечение ВИЧ инфекции с помощью АРВ-препаратов не излечивает людей от ВИЧ полностью. Оно подавляет воспроизведение вируса до неопределяемого уровня, но не может удалить вирусы, уже встроившиеся в клеточный геном. Если лечение прервано, инфицированные клетки начинают заново производить вирусные частицы, и возникает риск появления вирусов, резистивных к применяемым ранее АРВ-препаратам. В результате применяемые ранее АРВ-препараты могут потерять свою эффективность для борьбы с ВИЧ у такого человека. Очень важно, чтобы АРВ-препараты принимались ежедневно до конца жизни.

Назначающие лечение специалисты должны знать о других препаратах и уличных наркотиках, которые принимают люди, живущие с ВИЧ, на момент начала АРТ, а также о новых препаратах, которые человек начинает использовать во время курса лечения. Согласно руководству ВОЗ АРВ-препараты обладают способностью усиливать или ослаблять биодоступность стероидных гормонов в гормональных контрацептивах. Ограниченные данные свидетельствуют о потенциальном лекарственном взаимодействии контрацептивных гормонов и многих АРВ-препаратов (особенно некоторых ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ) и усиленных ритонавиром (RTV) ингибиторов протеазы. Такое взаимодействие способно снизить безопасность и эффективность как гормонального контрацептива, так и АРВ-препарата. Однако сегодняшние рекомендации ВОЗ по контрацепции сходятся во мнении о том, что никакое лекарственное взаимодействие между рекомендуемыми в настоящее время АРВ-препаратами для лечения вируса и для доконтактной профилактики (ДКП) с одной стороны и гормональными контрацептивами с другой не является достаточным для противопоказания к их одновременному использованию. Если женщины, получающие АРТ, решают начать или продолжать использование гормональных контрацептивов, им также рекомендуется постоянно использовать презервативы как для предотвращения передачи ВИЧ, так и для компенсации любого возможного снижения эффективности гормональной контрацепции. ВОЗ рекомендует метадон и бупренорфин для лечения опиоидной зависимости. Одновременный прием эфавиренза (EFV) снижает концентрацию метадона. В конечном итоге это может вызвать симптомы наркотической абстиненции и увеличить риск рецидива употребления опиоидов. Люди, принимающие метадон одновременно с EFV, должны находиться под пристальным наблюдением, и при наркотической абстиненции, возможно, следует скорректировать дозировку метадона. Существуют также ограниченные данные, касающиеся взаимодействия АРВ-препаратов и незаконных наркотиков.

1.8 ЛЕЧЕНИЕ ВГС

Антивирусные препараты способны излечить более 95% процентов инфицированных гепатитом С, снижая риск смерти от рака печени и цирроза. В настоящий момент не существует вакцины от гепатита С. Если инфекция ВГС не излечивается самостоятельно, необходимо начинать лечение инфекции ВГС. Целью лечения гепатита С является полное исцеление. Эффективность лечения зависит от нескольких факторов, включая штамм вируса и выбранный тип лечения. Стандарты лечения гепатита С меняются быстро. Применение противовирусных препаратов прямого действия (ПППД) может привести к исцелению в более, чем 95% случаев. Данные препараты гораздо более эффективны, безопасны и переносятся лучше, чем старые методы лечения. Терапия с использованием ПППД может вылечить большинство зараженных ВГС, и срок её применения короче (обычно 12 недель) по сравнению с устаревшими методами. Несмотря на то, что стоимость производства ПППД низка, такие лекарственные средства остаются очень дорогими во многих странах с высоким и средним доходом жителей. В некоторых странах (в первую очередь, с низким доходом) цены существенно снизились с появлением на рынке соответствующих «дженериков». Доступ к лечению ВГС повышается, но остается ограниченным.

1.9 ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез (ТБ) – инфекционное заболевание, вызываемое - в отличие от ВИЧ и гепатитов - не вирусами, но бактерией. ТБ поражает в первую очередь людей с ослабленной иммунной системой. Некоторые люди, употребляющие наркотики (ЛУН), находятся в особой группе риска по отношению к ТБ из-за дополнительных факторов, таких, как наличие других инфекционных заболеваний, курение и употребление алкоголя, неполноценное питание, бедность, бездомность или нахождение в местах лишения свободы.

Всем людям с подозрением на туберкулез необходимо как можно скорее пройти медицинское обследование. Людей, входивших в тесный контакт с больными ТБ, также следует мотивировать на прохождение теста на ТБ. Диагностирование ТБ в ЛУН может быть затруднено из-за высокой распространенности среди них ВИЧ и других заболеваний.

Легочный туберкулез, который может не выявиться при анализах, наиболее распространен среди людей, живущих с ВИЧ, что в свою очередь приводит к его запоздалому обнаружению, плохим результатам лечения и преждевременным смертям. Позднее диагностирование особенно распространено среди ЛУН или пациентов программ ОЗТ, так как некоторые опиаты способны подавлять кашлевой рефлекс. Некоторые ЛУН избегают диагностирования ТБ, опасаясь стационарного лечения, которое может лишить их доступа к предпочитаемым наркотикам. Это становится главнейшим фактором в странах с низким уровнем доступа к ОЗТ и/или репрессивной политикой в отношении наркотиков.

Коинфекция ВИЧ и туберкулеза

Туберкулез – одна из главных причин смерти среди ЛУН, живущих с ВИЧ. ТБ быстрее развивается у людей, чья иммунная система ослаблена ВИЧ, а сам ВИЧ часто развивается с большей интенсивностью у людей, зараженных ТБ. Например, для инфицированных ТБ риск развития болезни в её активной стадии на протяжении всей жизни составляет от 5 до 10%. А у ВИЧ-положительных людей процент такого риска увеличивается до 5-10% в течение одного года. Необходимо проводить регулярный скрининг среди ВИЧ-положительных пациентов для того, чтобы начать АРТ как можно скорее и тем самым предотвратить переход туберкулеза из латентной в активную фазу.

Лечение туберкулеза

Лечение ТБ – длительный процесс (от 6-9 месяцев до двух лет в случае резистентных форм ТБ), во время которого необходимо принимать лечебные препараты от ТБ ежедневно. Часто прием этих препаратов сопряжен с неприятными побочными эффектами, особенно в случае одновременного приема антиретровирусной терапии. Однако для полного исцеления от ТБ режим лечения должен строго соблюдаться каждый день. В противном случае улучшение может не наступить и существует высокий риск развития резистентности к лекарствам.

Необходимо оказывать поддержку ЛУН для того, чтобы они смогли завершить лечение от туберкулеза. В такую поддержку входят предоставление возможности получить доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), а также предоставление возможности удовлетворить основные жизненные потребности, такие как потребность в питании и сне.

При раннем выявлении и строгом соблюдении режима лечения туберкулез может быть излечен даже при резистентности к лекарственным средствам и коинфекции с ВИЧ/гепатитом!

КЛЮЧЕВЫЕ ФАКТЫ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ:

- ТУБЕРКУЛЕЗ ВХОДИТ В ДЕСЯТКУ САМЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В МИРЕ.
- ТУБЕРКУЛЕЗ НА ПЕРВОМ МЕСТЕ СРЕДИ ПРИЧИН СМЕРТЕЙ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ.
- ТУБЕРКУЛЕЗ ПРЕДАЕТСЯ ВОЗДУШНЫМ ПУТЕМ. КОГДА ЧЕЛОВЕК С ЗАРАЗНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЛЕГКИХ ИЛИ ГОРТАНИ КАШЛЯЕТ, ЧИХАЕТ, ПОЕТ, СМЕЕТСЯ ИЛИ РАЗГОВАРИВАЕТ, ОН ВЫДЫХАЕТ ЧАСТИЦЫ, СОДЕРЖАЩИЕ БАКТЕРИИ ТБ. ТАКИЕ ЧАСТИЦЫ МОГУТ НАХОДИТЬСЯ В ВОЗДУХЕ ЧАСАМИ. КОГДА ДРУГИЕ ЛЮДИ ВДЫХАЮТ ВОЗДУХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЧАСТИЦАМИ, ОНИ ТАКЖЕ ЗАРАЖАЮТСЯ ТБ.
- БАКТЕРИИ ТБ НЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ ПРЕДМЕТЫ ДОМАШНЕГО ОБИХОДА (НАПРИМЕР, ЧЕРЕЗ ОДЕЖДУ, КНИГИ, СИДЕНЬЯ НА УНИТАЗАХ И Т.Д.), ЧЕРЕЗ ЕДУ, НАПИТКИ ИЛИ ЧЕРЕЗ РУКОПОЖАТИЕ С ЧЕЛОВЕКОМ, ЖИВУЩИМ С ТБ.
- ТУБЕРКУЛЕЗ МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В АКТИВНОМ И ЛАТЕНТНОМ СОСТОЯНИЯХ. ЧЕЛОВЕК, ЗАРАЖЕННЫЙ МИКОБАКТЕРИЯМИ ТБ В ЛАТЕНТНОЙ ФОРМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ НОСИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИИ, НО САМА БОЛЕЗНЬ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ, И ПРЕДАТЬ ИНФЕКЦИЮ ТАКОЙ ЧЕЛОВЕК НЕ МОЖЕТ.
- СИМПТОМЫ АКТИВНОЙ ФОРМЫ ТБ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ: ДЛИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ (2-3 НЕДЕЛИ); ПОТЕРЮ ВЕСА; НЕБОЛЬШОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ (ОКОЛО 37 ГРАДУСОВ); ПОТЕРЮ АППЕТИТА; ПОВЫШЕННУЮ УТОМЛЯЕМОСТЬ; ПОТЛИВОСТЬ ПО НОЧАМ.
- СУЩЕСТВУЮТ ФОРМЫ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО ЛЕКАРСТВА ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА БОЛЬШЕ НЕ МОГУТ УБИВАТЬ ЭТИ БАКТЕРИИ.
- РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЛЕКАРСТВ ОЧЕНЬ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТСЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ ЛИБО НЕПОДХОДЯЩИМ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОДБОРОМ НЕЭФФЕКТИВНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ПРЕКРАЩЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ. СУЩЕСТВУЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАРАЗИТЬСЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЁЗА.
- РЕЗИСТЕНТНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ТАКЖЕ, КАК И ВОСПРИИМЧИВЫЙ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВ. НЕ СУЩЕСТВУЕТ ДОСТОВЕРНЫХ ДАННЫХ О ТОМ, ЧТО ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ БОЛЕЕ ЗАРАЗЕН, ЧЕМ ТУБЕРКУЛЁЗ, ВОСПРИИМЧИВЫЙ К ВОЗДЕЙСТВИЮ ЛЕКАРСТВ.

ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБУЧЕНИЯ ПОЛУЧИТЕ ИНФОРМАЦИЮ О СИТУАЦИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СТРАНЕ И ОЗНАКОМЬТЕСЬ С УРОВНЕМ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СЛУШАТЕЛЕЙ. ЕСЛИ ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛУН В СТРАНЕ ВЫЗЫВАЕТ ОЗАБОЧЕННОСТЬ, РЕКОМЕНДУЕМ ПОСВЯТИТЬ ОДИН ПОЛНЫЙ ДЕНЬ ОБСУЖДЕНИЮ ЭТОЙ ТЕМЫ. ВАМ СЛЕДУЕТ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ УЧЕБНЫМ ПЛАНОМ ПРОЕКТА TUBIDU. МАТЕРИАЛЫ ПРОЕКТА TUBIDU ДОСТУПНЫ НА БОЛГАРСКОМ, ЭСТОНСКОМ, ЛАТЫШСКОМ, ЛИТОВСКОМ, РУМЫНСКОМ, РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. Консолидированные рекомендации по услугам тестирования на ВИЧ. ВОЗ 2015.
2. Экспресс-тестирование на ВИЧ: пакет учебных материалов. ВОЗ 2005.
3. Европейские рекомендации по тестированию на ВИЧ. Межд. журнал по ИППП и СПИДу 2014.
4. Консолидированные рекомендации по профилактике, диагностике, лечению ВИЧ и по уходу за ключевыми группами населения. ВОЗ 2016 с обновлениями.
5. Рекомендации по тестированию на гепатиты В и С. ВОЗ 2017.
6. Рекомендации ЕАИБП по лечению гепатита С. Журнал геп. 2016. (EASL recommendations on treatment of hepatitis C. J. Hep. 2016.)
7. Учебный план для тренингов в на основе TUBIDU. Справочник для организаций сообществ по вопросам туберкулеза у людей, употребляющих инъекционные наркотики. Национальный институт развития здравоохранения, Эстония. 2014.
8. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>
9. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>
10. Взаимодействие между рекреационными наркотиками и антиретровирусными препаратами. Антониоу Т, Ценг АЛ. ВИЧ программа/Здоровье бедных районов городов, Госпиталь Св. Михаила, Торонто, Онтарио, Канада. Анналы фармакотерапии 2002 Окт;36(10):1598-613 (Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. Antoniou T, Tseng AL. HIV Program/Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada. Ann Pharmacother 2002 Oct;36(10):1598-613)
11. Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, Международная сеть людей, употребляющих наркотики, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, Программа развития Организации Объединенных Наций, Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, Всемирная организация здравоохранения, Агентство США по международному развитию. Внедрение комплексных программ по ВИЧ и ВГС с людьми, употребляющими инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных вмешательств. Вена: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2017.

МОДУЛЬ 2. РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ТЕСТОВ

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники получают:

- знания относительно того, какие существуют тесты на ВИЧ и ВГС, как они работают, что такое «период окна»

ОБУЧАЮЩАЯ МЕТОДИКА:

Лекция.

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point, рабочие группы.

ИНСТРУКЦИИ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Комбинируйте теоретическую информацию с практическими занятиями. Следуйте протоколам и стандартам тестирования, принятым в стране. Принесите с собой примеры тестов для демонстрации.

В течение последних нескольких лет распространились новые подходы к тестированию, отвечающие потребностям разных людей. Новые подходы к тестированию включают в себя: фокус на консультировании, обсуждение вопросов профилактики; доступность тестирования в низкопороговых организациях; услуги по направлению к специалистам; связь с системами здравоохранения; быстрые тесты как стандарт предоставления помощи. Эти стандарты следует принимать во внимание при планировании и осуществлении программ тестирования.





2.1 СКРИННИНГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ (НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ)

В организмах практически всех людей, живущих с ВИЧ и/или ВГС, присутствуют антитела к этим вирусам. Антитела обычно появляются в течение первого месяца инфекции, однако может пройти больше времени до того момента, когда тесты смогут определить их наличие. Период времени от момента инфицирования до наступления возможности определить наличие антител называется «период окна». Для ВИЧ этот срок может составлять до трех месяцев, для ВГС – до шести. В течение этих периодов тесты на наличие антител к ВИЧ и ВГС могут давать ложноотрицательные результаты. Во время «периода окна» инфицированный человек может передавать вирус другим людям.

«ПЕРИОДЫ ОКНА» – КОГДА МОЖЕТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕН ВИЧ?



ВАШ МЕДРАБОТНИК ПОМОЖЕТ ВЫБРАТЬ САМЫЙ ПОДХОДЯЩИЙ ТЕСТ

ПЕРИОД ОКНА

- ПЕРИОД С МОМЕНТА ИНФИЦИРОВАНИЯ ДО ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ АНТИТЕЛ
- ОБЫЧНО ПРОХОДИТ 3-8 НЕДЕЛЬ ДО ОБНАРУЖЕНИЯ АНТИТЕЛ
- ДО 3 МЕСЯЦЕВ В СЛУЧАЕ ВИЧ И ДО 6 МЕСЯЦЕВ В СЛУЧАЕ ВГС
- В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ПЕРИОДА ТЕСТЫ НА АНТИТЕЛА МОГУТ ДАВАТЬ ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
- ЛЮДИ МОГУТ ЗАРАЖАТЬ ВИРУСОМ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ПЕРИОДА

«Период окна» - стадия развития заболевания, в течение которой тело человека, зараженного ВИЧ или ВГС, еще не создало антител к вирусу. Термин «сероконверсия» описывает момент появления достаточного количества антител, чтобы тест на их наличие дал положительный результат. Другими словами, в течение короткого периода после инфицирования анализы крови дают отрицательный результат касательно наличия антител к ВИЧ и ВГС, но после определенного периода времени показывают положительный результат. Обычно это происходит в течение 3-8 недель после первичного инфицирования, но не позднее 3 месяцев в случае ВИЧ (Рис. 8.). Если результат теста на наличие антител к ВИЧ отрицательный по истечении трехмесячного срока после контакта с вирусом, тест следует повторить по прошествии ещё 3 месяцев. В случае ВГС тест должен быть повторен по окончании шестимесячного срока с момента контакта с вирусом.

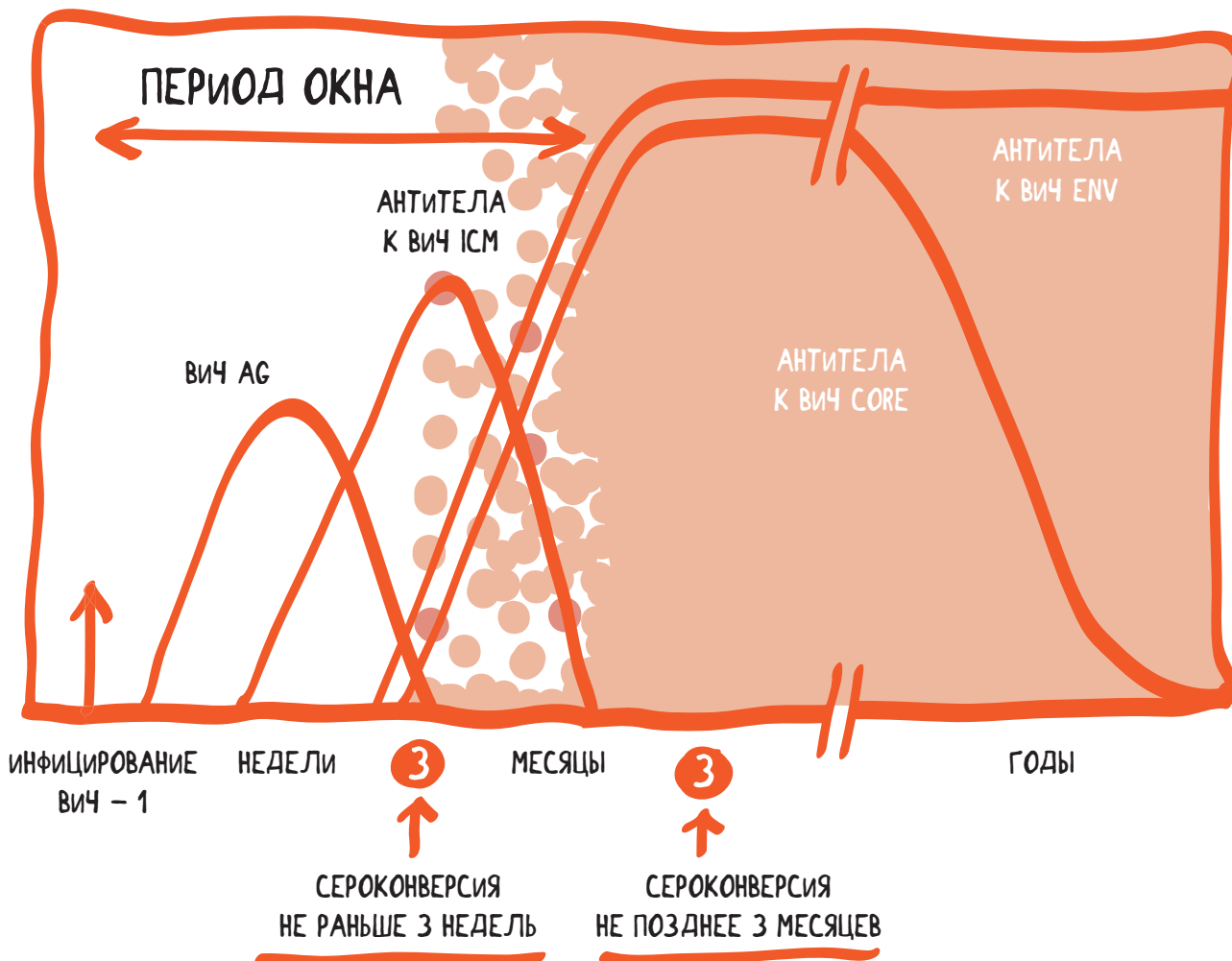


Рисунок 8. «Период окна» для антител к ВИЧ и эволюция антител к ВИЧ

- **ТЕСТИРОВАНИЕ В «ПЕРИОД ОКНА»:**

Полимеразная цепная реакция

Первым обнаруживаемым маркером ВИЧ-инфекции является присутствие ВИЧ-РНК, которую можно обнаружить даже на 11 день после передачи вируса. Однако несмотря на то, что тесты полимеразной цепной реакции (ПЦР) могут использоваться как дополнительные тесты, позволяющие определить наличие ВИЧ в «период окна», существует несколько причин, почему тест ПЦР не может использоваться как единственный способ первичной диагностики. Он дорог, трудозатратен и проводится только в специализированных учреждениях. В дополнение к этому из-за своей чувствительности и специфичности все положительные результаты предварительных тестов ПЦР должны подкрепляться тестами на наличие антител для подтверждения инфекции. Тесты ПЦР главным образом используются для отслеживания развития инфекции и результатов лечения. Также они используются для обнаружения ВИЧ-инфекции у младенцев, рожденных матерями, живущими с ВИЧ.

Комбинированные анализы антитела/антиген p24

Такие анализы определяют наличие как антител к ВИЧ, так и антигенов. Среднее время, проходящее между инфицированием ВИЧ и возможностью определить наличие ВИЧ антигена p24, составляет 16 дней. Так как ВИЧ антиген p24 можно обнаружить в плазме у примерно 50% ВИЧ-инфицированных, этот тест не может использоваться в качестве единственного способа первичной диагностики. Как и в случае ПЦР, все положительные результаты обнаружения антигена p24 должны быть подтверждены тестом на наличие антител для подтверждения инфекции.

2.2 ЭКСПРЕСС-ТЕСТ

Экспресс-тесты, доступные в тех местах, где проживают тестируемые, облегчают населению доступ к тестированию и обеспечивают немедленный результат и возможность последующих действий. Получая немедленный результат, люди могут быстрее получить доступ к лечению и уходу. Экспресс тесты открывают возможность для проведения дотестовых и послетестовых консультаций. Люди, добровольно обращающиеся за тестированием и консультированием, также часто готовы к смене поведения, и информирование о профилактике и доступе к лечению таких людей может оказаться более эффективным.

Медработникам рекомендуется ознакомиться с характеристиками эффективности используемых тестов и предоставлять эту информацию во время консультирования. Медработникам следует знать, что экспресс-тесты менее чувствительны по сравнению с лабораторными и могут давать ложноотрицательные результаты на ранних стадиях инфекции. Пониженная чувствительность тестов также была отмечена в случаях запущенного заболевания/при СПИДе. Кроме того, как и в случаях любых других тестов, положительная прогностическая ценность реактивного теста снижается в условиях низкого уровня распространения, что означает, что ложноположительные результаты будут проявляться в различной степени в зависимости от окружения и населения, проходящего скрининг.

Тесты в непосредственной близости с местом нахождения тестируемых, использующие не кровь, а иные типы образцов, например, слюны, могут демонстрировать больший разброс в отношении эффективности и чувствительности. Передача образца крови для лабораторного исследования рекомендуется в отношении всех пациентов с реактив-

ными или неопределенными результатами, а также пациентов с отрицательными результатами, но с подозрением на недавнее инфицирование. Места проведения экспресс-тестов должны быть связаны с местной лабораторией и располагать надежной программой обеспечения качества.

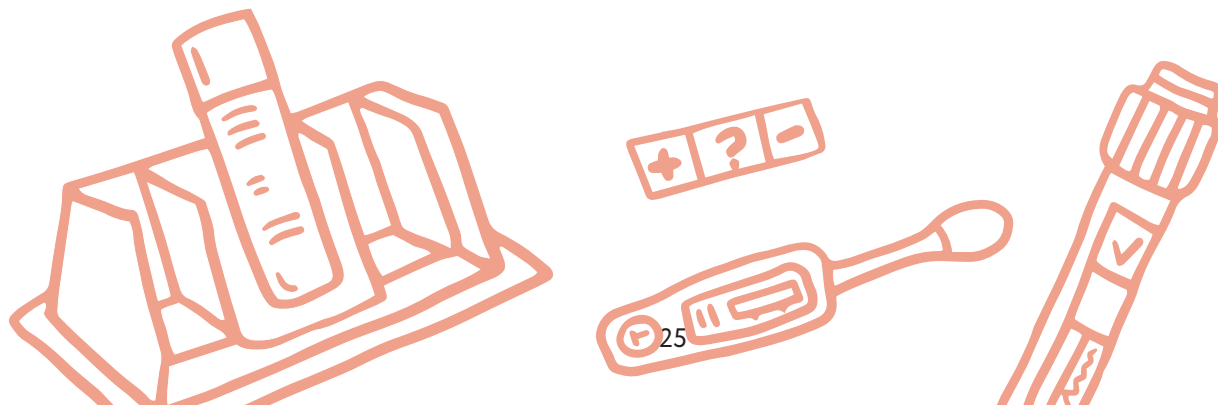
ЧТО ЗНАЧИТ «ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЕ»?

- КОРОТКОЕ ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА: 1-30 МИН.
- ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ НЕ ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
- ТЕСТЫ ПРОСТЫ В ПРИМЕНЕНИИ
- НЕКОТОРЫЕ ТЕСТЫ ПРОВОДЯТСЯ ПО АНАЛИЗУ КРОВИ ИЗ ПАЛЬЦА ИЛИ ПО СЛЮНЕ
- ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЕ НЕ ЗНАЧИТ ЭКСПРЕСС- ОБНАРУЖЕНИЕ ИНФЕКЦИИ

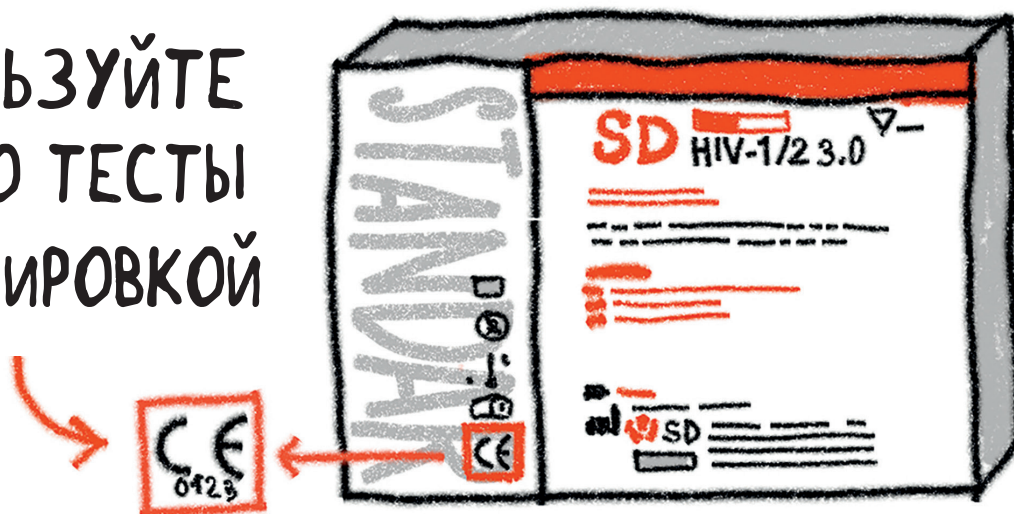
Большинство экспресс тестов обнаруживают присутствие как ВИЧ-1, так и ВИЧ-2, но среди экспресс-тестов мало тех, которые могут опознать тип обнаруженного вируса.

Для проведения тестирования можно пользоваться только тестами с маркировкой CE. Маркировка CE – сертификационный знак для продуктов, продающийся в странах Европейской экономической зоны (ЕЭЗ), обозначающий соответствие стандартам защиты здоровья, безопасности и защиты окружающей среды. Это декларация изготовителя о том, что продукт соответствует требованиям применимой директивы CE. Это означает, что результаты теста были оценены соответствующим аккредитованным органом сертификации. Утвержденная метка CE состоит из логотипа CE и четырехзначного идентификационного номера аккредитованного органа сертификации (под логотипом), участвующего в процедуре оценки соответствия.

Если наборы для тестов не имеют официальной CE маркировки и не сертифицированы должным образом, на результаты проведенных ими исследований полагаться нельзя.



ИСПОЛЬЗУЙТЕ
ТОЛЬКО ТЕСТЫ
С МАРКИРОВКОЙ

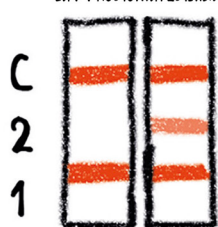


Тестирование должно проводиться строго в соответствии с инструкциями производителя. Существует три возможных результата экспресс-теста на наличие антител (Рис. 9).

1. Результат положительный, если линии отображаются как в контрольной, так и в тестовой зонах.
2. Результат отрицательный, если линия отображается только в контрольной зоне.
3. Результаты недействительны, если в контрольной зоне линия не отображается.

+ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ

Вид 1 ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ



Вид 2 ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ



- ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ



X НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫЙ



Рисунок 9. Интерпретация результатов экспресс-теста (может различаться в зависимости от формата теста)

2.3 ПОСЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ НА ВИЧ

Все реактивные первичные тесты на ВИЧ (в том числе экспресс-тесты) должны подтверждаться последующими подтверждающими лабораторными испытаниями (Рис. 10). Тесты на наличие антител к ВИЧ отличаются особо высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с тестами на наличие других инфекций. По этой причине первичные тесты на ВИЧ характеризуются компромиссом в угоду чувствительности против специфичности – это делается для того, чтобы не пропустить реальные положительные результаты. Дополнительное тестирование требуется для исключения вариантов ложной реактивности (то есть для исключения ложноположительных результатов) и для проверки реактивности (то есть для подтверждения истинно положительных результатов).

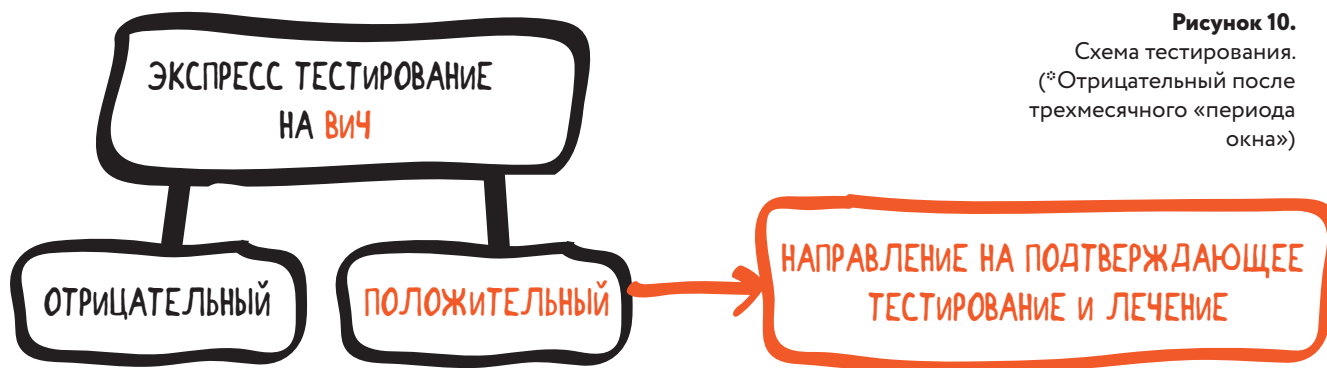


Рисунок 10.
Схема тестирования.
(*Отрицательный после
трехмесячного «периода
окна»)

Согласно ВОЗ повторное тестирование рекомендуется для следующих групп населения:

1. Люди, демонстрирующие отрицательные результаты, но:
 - имеющие постоянный риск заражения ВИЧ;
 - могущие идентифицировать конкретный случай возможного заражения ВИЧ в течение предыдущих четырех недель; либо
 - беременны и находятся в среде с высокой распространенностью ВИЧ; или демонстрирующие отрицательные результаты на ВИЧ в первом триместре, во время родов или вскоре после родов.
2. Лица с неопределенным ВИЧ-статусом, независимо от риска.
3. Лица с положительным диагнозом ВИЧ, которые должны быть повторно проверены для подтверждения их диагноза ВИЧ до начала лечения.

Повторное тестирование не рекомендуется лицам, получающим АРТ.

Людей, употребляющих инъекционные наркотики, рекомендуется повторно тестировать в течение 6 месяцев.

Что означает отрицательный результат теста на ВИЧ-антитела?

Отрицательный результат означает либо то, что у обследуемого человека нет ВИЧ-инфекции и он не может передавать ВИЧ-инфекцию другим, либо то, что слишком мало времени прошло с момента инфицирования, и антитела еще не появились (менее 3 месяцев). В последнем случае человек может передавать инфекцию другим. Отрицательный результат теста на антитела не означает, что человек невосприимчив к инфекции.

Что означает положительный результат теста на ВИЧ-антитела?

Первичный положительный результат для ВИЧ-антител означает, что необходимо провести подтверждающий тест, чтобы убедиться, что результат скринингового теста был правильным. Если подтверждающий тест также демонстрирует положительный результат, это означает, что у человека есть ВИЧ-инфекция и он может передавать ВИЧ-инфекцию другим. Люди, живущие с ВИЧ, подвержены риску развития СПИДа или других осложнений, связанных с ВИЧ, если они не начинают лечение АРВ-препаратами.

2.4 ПОСЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ТЕСТ НА ВГС

Если результат теста на антитела ВГС положительный, то для подтверждения хронической инфекции необходим тест нуклеиновых кислот на рибонуклеиновую кислоту (РНК) ВГС. Это связано с тем, что около 15-45% людей, инфицированных ВГС, самостоятельно избавляются от инфекции сильным иммунным ответом без необходимости проведения лечения и имеют в крови антитела к ВГС даже несмотря на то, что сам вирус больше не присутствует в их организмах. Хотя такие люди не инфицированы, они все равно будут демонстрировать положительные результаты при тестировании на антитела к ВГС.

2.5 НОВЫЕ ТИПЫ ТЕСТОВ: ДОМАШНИЕ/САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ И ТЕСТЫ С САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ЗАБОРОМ ОБРАЗЦОВ

Домашние и самостоятельные тесты становятся популярными в европейских странах, которые заинтересованы в увеличении числа людей, проходящих тестирование на ВИЧ и ВГС.

• ПРИМЕНЕНИЕ ДОМАШНИХ/САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВ НА ВИЧ

В большинстве случаев наборы для тестирования можно приобрести он-лайн или в аптеках.

Самостоятельный тест – это экспресс-тест на наличие ВИЧ, который можно легко пройти дома. В этих тестах используются образцы крови из пальца или слюны и компоненты тест-системы. Тест дает результат в течение примерно 15 минут. Он демонстрирует присутствие антител к ВИЧ. Важно помнить, что антитела образуются только спустя некоторое время после инфицирования. Тест необходимо применять через 12 недель после последнего возможного контакта с вирусом.

• ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТОВ С САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ЗАБОРОМ ОБРАЗЦОВ

В отличие от домашних тестов пациенты самостоятельно осуществляют забор образцов слюны или крови и отправляют их в лабораторию. Результат сообщается пациенту по электронной почте или по телефону.

ЛУН с отрицательными результатами тестирования на ВИЧ и ВГС должны тестироваться каждые шесть месяцев, либо в соответствии с произошедшими ситуациями риска.

2

ВОЗМОЖНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ РАБОТЫ В ГРУППАХ:

1. КАКИЕ ЭКСПРЕСС-ТЕСТЫ ДОСТУПНЫ В ВАШЕЙ СТРАНЕ (КРОВИ ИЛИ СЛЮНЫ)?
2. КТО ИМЕЕТ ПРАВО ПРОВОДИТЬ ТЕСТЫ В ВАШЕЙ СТРАНЕ (НГО, ГОССТРУКТУРЫ, СОЦИАЛЬНЫЕ РАБОТНИКИ, РАВНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ, ДОКТОРА И МЕДПЕРСОНАЛ)?
3. КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЯ?
4. ЕСЛИ ВАША ОРГАНИЗАЦИЯ НЕ ПРОВОДИТ ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ/ВГС ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, КАКИЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДПРИНЯТЫ ШАГИ И ПРЕДОСТАВЛЕНЫ РЕСУРСЫ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАЧАТЬ ЭТОТ ПРОЦЕСС?

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. Рекомендации по самотестированию на ВИЧ и уведомлению партнеров. ВОЗ 2016.
2. Экспресс-тестирование на ВИЧ: пакет учебных материалов. ВОЗ 2005.
3. <http://www.aidsmap.com/Rapid-tests/page/1323371/>
4. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>
5. Рекомендации по тестированию потребителей инъекционных наркотиков на ВИЧ, вирусный гепатит и другие инфекции. ЕМЦНН, Лиссабон, ноябрь 2010.

МОДУЛЬ 3. ДОТЕСТОВОЕ И ПОСЛЕ- ТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИ- РОВАНИЕ

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники узнают о:

- стандартах до- и послетестового консультирования;
- процедуре консультирования; и
- важности консультирования.

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

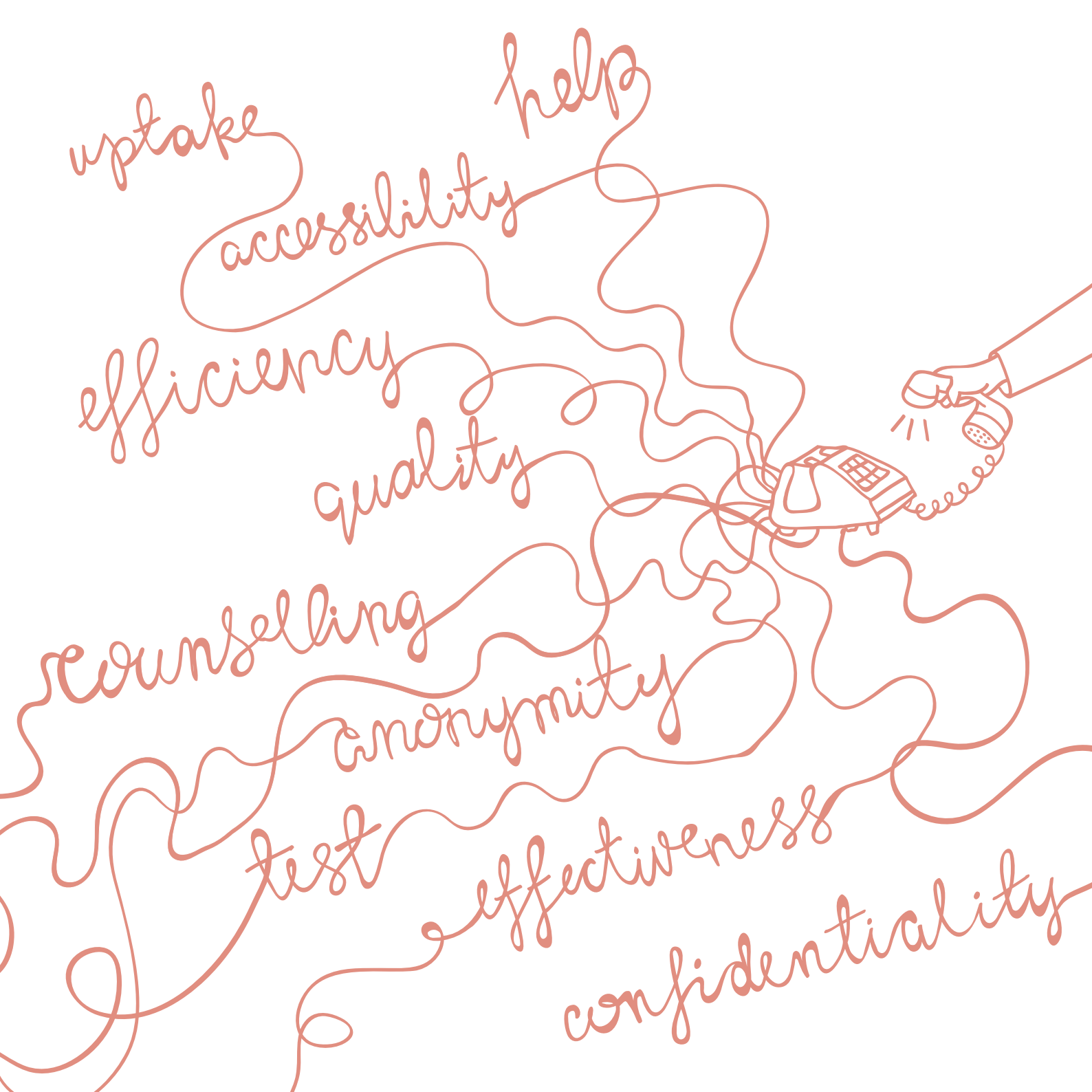
УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентации Power-Point, рабочие группы.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Перед учебной сессией изучите опросники для до- и послетестового консультирования, используемые в стране.

connection



uptake

help

accessibility

efficiency

quality

counselling

anonymity

test

effectiveness

confidentiality

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию (ДКТ) следует регулярно предлагать всем ключевым группам населения, включая людей, употребляющих инъекционные наркотики, и настоятельно рекомендуется применять как в самих сообществах, так и в клинических условиях. Проводить тестирование и консультирование на уровне сообществ рекомендуется с привязкой к услугам по профилактике, уходу и лечению в дополнение к тестированию и консультированию в рамках деятельности поставщиков услуг. Примечательно, что ДКТ по ВИЧ/ВГС всегда должно быть добровольным и свободным от принуждения, а также составной частью комплексной программы профилактики, ухода и лечения. Важно, чтобы были налажены четкие и надежные связи между тестированием и услугами по лечению ВИЧ и по поддержке для тех, кто тестируется положительно, а также с профилактическими услугами для тех, кто демонстрирует отрицательные результаты тестов.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ ДКТ НА ВИЧ/ВГС ПОДЧЕРКИВАЮТ ВАЖНОСТЬ СОБЛЮДЕНИЯ ПЯТИ ПРИНЦИПОВ/НОРМ ТЕСТИРОВАНИЯ:

- КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ВИЧ/ВГС ДО И ПОСЛЕ ТЕСТА;
- ИНФОРМИРОВАННОЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА КОНКРЕТНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ОТ ТЕСТИРУЕМЫХ ЛЮДЕЙ;
- КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ, ГАРАНТИРУЕМАЯ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ ТЕСТИРОВАНИЯ (ЗАЩИТА ИНФОРМАЦИИ О ЛИЧНОСТИ ТЕСТИРУЕМОГО, О ФАКТЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА, О РЕЗУЛЬТАТАХ ТЕСТА);
- ПРАВИЛЬНОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ: ПРОВОДЯЩИЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ОБЯЗАНЫ УБЕДИТЬСЯ В ПРАВИЛЬНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА ИЛИ ДИАГНОЗА;
- СВЯЗЬ КЛИЕНТА СО СЛУЖБАМИ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, УХОДА И ПОДДЕРЖКИ.

Консультирование должно осуществляться только специально обученным консультантом, способным оценивать результаты своей работы. Хороший консультант по тестированию на ВИЧ/ВГС обязан:

- располагать обширными знаниями о ВИЧ, ВГС и других ЗППП;
- обладать хорошими навыками консультирования;
- занимать недискриминационную, принимающую позицию в отношении пациентов.

3.1 ПРИНЦИПЫ ДО- И ПОСЛЕТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Согласно ВОЗ, «тестирование на ВИЧ должно всегда сопровождаться информированным согласием, адекватным дотестовым информированием или консультированием, послетестовым консультированием, сохранением конфиденциальности и направлением в службы, предоставляющие соответствующие услуги».

При тестировании ЛУН консультант имеет право отказать в проведении теста клиенту, который слишком ослаблен и неспособен дать информированное согласие.

До проведения любых тестов в каждом случае необходимо провести индивидуальную оценку дееспособности клиента. Целью такой оценки является установление следующих фактов:

- способен ли человек понять и достаточным образом оценить природу и последствия прохождения тестирования на ВИЧ/ВГС?;
- способен ли этот человек дать информированное согласие на прохождение или отказ от тестирования?

ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ДО- И ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ СОСТОИТ ИЗ:

ДОТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ



ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ



СОПРОВОЖДАЮЩЕГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ



ЭКСПРЕСС-ТЕСТА НА ВИЧ



Консультирование - существенная составляющая часть тестирования.

Некоторые основные общие моменты относительно консультирования:

- Чтобы сделать осознанный выбор, клиент должен обладать четкой, точной и конкретной информацией.
- Консультирование отличается от образовательного процесса, хотя образовательная информация может стать важной частью консультирования.
- Целью консультирования не является решение проблем клиента или предоставление советов о том, как они могут быть решены.
- Консультирование позволяет клиенту лучше понять проблему/ситуацию; справиться со связанными с ними страхами и эмоциями; определить и оценить различные варианты действий, а также сделать выбор.
- Консультирование – интерактивный процесс с активным участием клиента, побуждающий его или ее задавать вопросы, обеспечивающий обратную связь и рассматривающий различные аспекты ситуации, а не лекция или интервью.
- Консультирование – личное и конфиденциальное общение.
- Консультирование – индивидуализированный процесс, так как каждый клиент является уникальным человеком, и консультирование должно отвечать его особым потребностям. Этот процесс сосредотачивает внимание на потребностях, желаниях и текущем состоянии клиента.
- Консультирование должно проводиться в соответствующей обстановке.

Соблюдение стандартов ДКТ, сформулированных выше, является обязательным условием при приглашении к тестированию. Консультирование разбивается на два этапа: консультация перед тестом и после его окончания (дотестовое и послетестовое консультирование). Тестирование на ВИЧ и ВГС должны проводиться таким образом, чтобы тестируемый человек узнал о ВИЧ и ВГС, а также о контроле рисков.

Консультирование перед тестом предоставляет информацию о сроке действия теста, значении результатов теста; устанавливает ясность в отношении персональных рисков; дает ответы на вопросы. Ключевым аспектом дотестового консультирования является детальная оценка рисков (проводимая частично с помощью опросника), которая может установить связь между возможным риском передачи инфекции и процедурой тестирования тем способом, который окажется понятным клиенту. Содержание консультирования может варьироваться в зависимости от ситуации и потребностей клиента.

• **ДОТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ**

Дотестовое консультирование представляет собой конфиденциальный диалог между клиентом и консультантом с целью предоставления точной информации о самом тесте и о последствиях получения положительных или отрицательных результатов, чтобы человек, желающий пройти тестирование, мог бы сделать информированный выбор и принять осознанное решение в отношении теста. Этот процесс помогает клиенту разобраться в своих чувствах и справиться со стрессом.

Целями дотестового консультирования в отношении ВИЧ/ВГС являются:

- оценка способности клиента пройти тестирование и понять его результат;
- подготовка клиента к тесту (включая саму процедуру теста) и предоставление информации о заболеваниях;
- объяснение последствий понимания наличия или отсутствия ВИЧ или ВГС инфекций;
- оказание содействия в понимании того, как следует справляться со стрессом осознания собственного ВИЧ и ВГС статуса;
- обсуждение вопросов сексуальности, отношений, опасности рискованного поведения в отношении секса и наркотиков с целью оказания помощи клиенту в понимании своего рискованного поведения и предотвращения инфицирования.

Таким образом, ВИЧ/ВГС консультирование включает в себя две составные части: предоставление информации и консультирование по вопросам профилактики.

• ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О ТЕСТИРОВАНИИ (ИНФОРМАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ)

Чтобы установить первоначальную связь с клиентом, консультант должен продемонстрировать доброжелательное отношение, искреннюю озабоченность и сочувствие к клиенту. Установление связи поможет выстроить доверительные отношения. Важно вести себя профессионально и уважительно по отношению к клиенту и признавать, что некоторые виды рискованного поведения, такие как употребление наркотиков и секс-работа, могут быть чувствительными и сложными для обсуждения темами. Следует помочь клиенту почувствовать себя комфортно в отношении процедуры тестирования, необходимо осознать роль консультанта и четко понимать содержание и цель сессии (CDC - Руководство по всестороннему консультированию и тестированию на гепатит С).

В любом окружении, в котором проводится тестирование, всем клиентам должна быть предоставлена информация об «основных правилах» тестирования: конфиденциальность и анонимность информации; осознанное согласие; право отказаться от тестирования даже после дотестового консультирования; необходимость оценки рисков. Проводящие тесты должны рекомендовать тестируемым в случае положительных результатов связаться с другими людьми, которые могли подвергнуться риску инфицирования.

Несмотря на то, что большинство людей обладают базовыми знаниями о ВИЧ и ВГС, быстрая проверка уровня знаний о заболеваниях может оказаться полезной (при наличии времени). Определенная информация может быть предоставлена в печатном виде (информационная листовка).

Что касается самого теста, должны быть ясно объяснены следующие аспекты тестирования и консультирования: продолжительность процедуры теста; описание главных характеристик экспресс-теста; достоверность теста и четкое понимание «периода окна»; значение результатов теста (включая обсуждение услуг, доступных в случае отрицательного и положительного результатов); а также конфиденциальность и сохранение личной тайны в отношении результатов теста; последующий процесс в случае положительного результата. Более того, на этом этапе консультант также должен обсудить, какой результат клиент ожидает увидеть; как клиент будет реагировать на результаты; а также преимущества и недостатки самого тестирования.

Консультант должен объяснить, что экспресс-тест имеет такую же специфичность и чувствительность как и другие тесты II/III поколения по цельной крови (за исключением инфекции в ранней стадии), и, как и при других типах тестов, существует вероятность ложноположительных результатов. Поэтому следует подчеркнуть, что положительный результат должен подтверждаться другими более специфическими тестами. Если консультант предвидит подобный исход, он также должен разъяснить процедуры подтверждающего тестирования. Важно следовать четким процедурам в соответствии с национальными стратегиями и алгоритмами тестирования на ВИЧ/ВГС для подтверждения положительных результатов и для связи клиентов с лечением и уходом.

Важно подчеркнуть, что ВИЧ и ВГС являются хроническими заболеваниями и что лечение доступно. (Ознакомьтесь с возможностями лечения в вашей стране!)

• КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ

Консультирование по вопросам профилактики – интерактивный процесс, состоящий из:

- оценки индивидуальных рисков клиентов заразиться или передать ВИЧ и ВГС по результатам обсуждения с клиентом видов рискованного поведения;
- разработка индивидуального плана снижения частоты подобного рискованного поведения.

Предлагая консультирование по ВИЧ/ВГС людям, употребляющим наркотики, необходимо сфокусироваться на рисках, связанных с наркотиками, мотивируя клиента на выявление типов поведения, которые подвергают их повышенному риску заражения ВИЧ/ВГС, на осознание причин, почему они продолжают придерживаться такого поведения, с целью достичь определенных и реалистичных целей в снижении рисков. Консультант должен также изучить предыдущие попытки снижения подобных рисков и поддержать клиентов в их удачах и усилиях. С клиентами, употребляющими наркотики, также необходимо обсуждать стратегии снижения риска передачи инфекции половым путем.

• ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Информированное согласие - это разрешение пациента пройти медицинское обследование после получения всей информации о рисках, преимуществах и методах такого обследования. Клиент должен быть проинформирован о праве отказаться от сдачи теста и о том, что отказ от теста на ВИЧ не повлияет на его доступ к услугам, которые не зависят от знания о статусе ВИЧ/ВГС. Организации местных сообществ (ОМС) должны иметь форму согласия, которая тщательно и четко объясняет (используя соответствующий язык) ответственность ОМС и права клиента. Участие клиентов всегда должно быть добровольным, и документация относительно этого информированного согласия должна храниться в отчётных материалах ОМС. Клиенты, которым предлагают тестирование на ВИЧ в неклинических условиях, могут находиться под воздействием алкоголя или наркотиков или иметь хронические психические заболевания, что может воспрепятствовать их информированному согласию на добровольное тестирование на ВИЧ и пониманию результатов теста. Консультанты должны иметь возможность определить, способны ли клиенты дать согласие на исследование и понять его результат.

• ОЦЕНКА РИСКА

Традиционно в дотестовом консультировании основное внимание уделяется оценке рисков, с которыми сталкивается клиент, и которые могут привести к положительному результату теста. Стратегии снижения риска вырабатываются во время послетестового консультирования, во время предоставления клиенту результатов тестирования.

Обсуждая способы передачи инфекции, консультант может поинтересоваться у клиента с какими рисками тот мог столкнуться со времени последнего теста на ВИЧ/ВГС. Важным аспектом является также оценка рискованного поведения партнера (партнеров) клиента, которое может повлиять на риск ВИЧ/ВГС для самого клиента.

• ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Послетестовое консультирование всегда должно быть неотъемлемой частью процесса тестирования на ВИЧ/ВГС. Каждый обращающийся за экспресс-тестированием должен получить консультацию во время сообщения результатов теста, независимо от самого результата, так как эта стадия консультирования нацелена не только на то, чтобы помочь клиенту понять и справиться с результатом теста, но также и на то, чтобы предоставить клиенту дополнительную информацию и, если необходимо, направить его к поставщикам других услуг.

Послетестовое консультирование, помимо всего прочего, должно поддерживать человека в отношении раскрытия статуса ВИЧ/ВГС, а также являет собой ценную возможность предоставления точной информации о снижении вреда и более безопасном сексе, актуальной по отношению к конкретному тестируемому лицу и с учетом конкретного результата теста. Несомненную ценность может иметь также обсуждение поведенческих изменений и консультирование по снижению риска.

• СООБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПЫТАНИЙ С УЧЕТОМ ОЦЕНКИ РИСКА

Сообщение результатов теста всегда должно проводиться с учетом оценки рисков для тестируемого в первую очередь в отношении вероятности получения ложноотрицательного результата в случаях недавнего рискованного поведения, а также и в отношении ложноположительного результата, если человек сообщает о низком или очень низком риске заражения. По возможности, послетестовое консультирование должен проводить тот же специалист, что консультировал клиента до проведения теста. В этом случае консультант уже установил отношения с клиентом, и сможет наилучшим способом сообщить результат, а также предоставить информацию в рамках послетестового консультирования на основе оценки риска, проведенной во время дотестового консультирования.

• СООБЩЕНИЕ НЕГАТИВНОГО (НЕРЕАКТИВНОГО) РЕЗУЛЬТАТА И «ПЕРИОД ОКНА»

Для людей с отрицательным (нереактивным) результатом теста послетестовое консультирование - важная возможность установить связь находящихся в риске инфицирования ВИЧ/ВГС с первичными профилактическими программами и поспособствовать прохождению последующего повторного тестирования. Отрицательный тест не требует подтверждений за исключением случаев, когда человек был протестирован слишком рано, до того, как организмом были выработаны антитела. Вот почему принципиально важно рекомендовать повторное тестирование, если клиент демонстрировал рискованное поведение в течение последних трех месяцев в случае ВИЧ и шести месяцев в случае ВГС, поскольку периоды между инфицированием и выработкой антител длятся три или шесть месяцев для ВИЧ и ВГС, соответственно, во время так называемого «периода окна». Тем не менее, независимо от результата теста следует подчеркнуть важность безопасного употребления наркотиков и безопасного сексуального поведения.

• СООБЩЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА

Тестирование на ВИЧ/ВГС и консультирование являются важным первым шагом в предоставлении людям возможности узнать о своем серостатусе и получить услуги по лечению и уходу ВИЧ/ВГС. При положительном результате на ВИЧ важно четко объяснить, что результат следует считать «предварительным положительным» и что требуется более конкретное лабораторное исследование (образца цельной крови) для подтверждения диагноза. Тем не менее, рекомендуется, чтобы клиенты с высоким риском были проинформированы о вероятности того, что подтверждающий тест также будет положительным, и чтобы они получили поддержку, необходимую для восприятия полученной информации, так как для них наступает очень напряженный момент в жизни. По этой причине предпочтительнее, чтобы как до-, так и послетестовое консультирование проводились одним и тем же консультантом, который уже установил отношения с клиентом и может лучше предсказать реактивный результат на основе оценки риска. Кроме того, необходимо учитывать, что предоставление до- и послетестового консультирования в низкопороговых организациях требует высокого уровня навыков и знаний для предоставления качественной услуги. В частности, когда вы предлагаете консультации и тестирование в мобильных уличных пунктах, пространство в них ограничено и большинство клиентов спешат. Поэтому важно, чтобы консультант обладал достаточными возможностями и опытом для создания конфиденциальной атмосферы, чтобы быстро оценить конкретные потребности каждого клиента и предоставить ему или ей наиболее подходящую информацию и поддержку. Консультант также должен быть готов справиться с кризисной ситуацией в случае положительного результата. Кроме того, у клиентов должна быть возможность покинуть мобильную точку так, чтобы окружающие не могли догадаться о результате этого визита.

• ЭТИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ

Проводящий тестирование перед началом обсуждения и до принятия решения о тестировании на ВИЧ и другие инфекции должен убедиться, что способность принимать решения у человека, употребляющего наркотики, не ослаблена состоянием опьянения. Клиенты должны получить адекватную информацию, позволяющую им принять собственное добровольное решение о том, следует ли отказаться от одного или от всех предлагаемых тестов без принуждения.

Конфиденциальность должна быть строго соблюдена в отношении результатов теста и информации, полученной во время консультирования и тестирования. Кроме того, при предоставлении консультирования и тестирования на ВИЧ социально маргинализированным группам, например, людям, употребляющим наркотики, в основу должно ложиться понимание того, что само тестирование не вызовет какого-либо вреда или негативных последствий для проходящего тесты. Клиенты должны знать о правовых нормах, связанных с раскрытием информации о ВИЧ в своих странах, а также о потенциальных рисках связанных со знанием своего ВИЧ-статуса (например, дискриминация, отказ от общения или насилие). В некоторых странах, например, по-прежнему необходимо раскрывать ВИЧ-статус работникам здравоохранения в случае необходимости контакта с кровью (в стоматологии, хирургии и т. д.), в противном случае лицо в соответствии с уголовным кодексом может быть привлечено к уголовной ответственности. Также раскрытие статуса ВИЧ очень часто приводит к отказу в предоставлении услуг человеку.

• ВАЖНОСТЬ АДЕКВАТНОГО ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА, ПРОВОДЯЩЕГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Консультанты играют решающую роль во всех аспектах ДКТ, поскольку являются ключом к эффективно-му вмешательству. Компетенции и навыки являются основой, по которой должен оцениваться и отбираться консультирующий персонал. Когда речь идет о ДКТ в отношении ВИЧ и ВГС среди людей, употребляющих наркотики, такие компетенции должны включать в себя обширные знания и понимание инфекций, до- и по-слетестового консультирования, методик тестирования (включая методологию аутрич-подхода и привлече-ния клиентов, равно как и последующего наблюдения и направления в службы здравоохранения), а также процессов употребления наркотиков и работы программ по снижению вреда для ЛУН.

Всем этим темам не сможет быть оказано должное внимание, если у консультантов не будет соответствующего длительного опыта работы с людьми, употребляющими наркотики, в сфере снижения вреда, а также в случае недостаточной подготовки.

Консультант должен быть:

- обучен;
- эмпатичен (видеть проблему глазами клиента, оставаясь при этом объективным);
- непредвзят и культурно-восприимчив (уважать культуру и систему верований клиента); а также
- способен выслушать.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. Всемирная организация здоровья. ВОЗ | Консолидированные рекомендации по услугам тестирования на ВИЧ 2015.
2. ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ В НЕКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ. Процедурное руководство 8-09.pdf
3. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) 2010. Рекомендации по тестированию на ВИЧ, вирусные гепатиты и другие инфекции у потребителей инъекционных наркотиков.

МОДУЛЬ 4. ПРИВЛЕ- ЧЕНИЕ КЛИЕНТОВ

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники:

- получают понимание философии снижения вреда;
- сформулируют конкретные планы по развитию существующих услуг и внедрению новых услуг;
- получают понимание этических приоритетов общественного здравоохранения в отношении низкопороговых услуг и причин игнорирования поведения, вызывающего инфицирование;
- А также научатся вовлекать ЛУН в дискуссию о минимизации рисков.

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентации Power-Point, рабочие группы.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Начните учебную сессию с группового упражнения: попросите участников нарисовать типичного человека, употребляющего наркотики, чтобы по картинке можно было определить пол, возраст, социальный статус, какие наркотики, каким способом, как часто, где он их употребляет. Используйте рисунок во время сессии, чтобы напомнить участникам о том, кто их клиенты и каковы их потребности. Это упражнение является коллективным и интерактивным. Тренер должен дать возможность каждому участнику по-новому задуматься о своих клиентах.





Для планирования любых проектов или мероприятий, связанных с местными сообществами, первым шагом должен быть анализ местной ситуации и местных потребностей с помощью как количественных показателей (заболеваемости/распространенности, смертности, доступа целевой группы к тестированию и лечению) отраженных в эпидемиологических и демографических отчетах, обзорах, докладах, предоставляемых национальными, местными и международными учреждениями, так и качественных (собранных в том числе во время фокус-групп и личных бесед). Это еще более важно при выходе на медицинские и социальные программы. При обсуждении программ экспресс-тестирования на ВИЧ и ВГС анализ местной ситуации должен включать в себя сбор информации о прошлых и текущих тенденциях инфицирования внутри конкретных целевых групп, наличии средств тестирования, лечения и ухода, а также потребностях и мнениях избранных целевых групп о предполагаемых проблемах и ограничениях. Кроме того, прежде чем планировать методологию тестирования на ВИЧ, ВГС и другие инфекционные заболевания, важно собрать информацию о действующем национальном законодательстве в отношении процедур тестирования для планирования мероприятий, которые будут соответствовать национальному законодательству в области общественного здравоохранения.

4.1 НИЗКОПОРОГОВЫЕ СЛУЖБЫ

Термином «низкопороговый» принято описывать услуги, которые направлены на облегчение доступа для людей, употребляющих наркотики, к социальным и медицинским услугам, и которые обычно включает работу аутрич-команд, уличные пункты, кабинеты обмена игл, дроп-ин центры или контактные центры, ночные приюты, программы заместительной терапии и т. д.

Чтобы снизить порог доступа, такие учреждения выбирают особые места и часы работы, они не обременены бюрократией, часто не требуют оплаты, предъявления официальных документов и не связаны с обязательством клиента быть трезвым или стремиться к этому. Они нацелены на людей, которые употребляют наркотики в настоящее время, на «труднодоступные» группы, группы высокого риска среди потребителей наркотиков и на людей, экспериментирующих с наркотиками. Поэтому внедрение тестирования на ВИЧ/ВГС в низкопороговых центрах может представлять собой важную стратегию, направленную на повышение эффективности тестирования на ВИЧ/ВГС среди тех групп населения, где наблюдается более низкий уровень доступа к традиционному здравоохранению.

Внедрение программ тестирования в низкопороговых службах требует привлечения различных специалистов, каждый из которых имеет определенную роль: аутрич/социальные работники для первого контакта, информирования и мотивации целевой группы, подлежащей тестированию; психологи/консультанты/социальные работники для предоставления до- и послетестового консультирования; врачи/медсестры для проведения экспресс-тестов. Это распределение ролей важно для обеспечения хорошего качества предоставляемых услуг и содействия сотрудничеству и совместной работе. Добровольцы могут принимать участие в этих программах, но с непременным условием, что они предварительно получают специальную подготовку по вопросам употребления наркотиков и связанных с этим инфекционных заболеваний, чтобы обладать всесторонними знаниями по этой теме и улучшить свою работу.

В таких условиях особенно важно сближение и привлечение клиентов для большей эффективности и значимости работы. Рекомендуется всегда быть гибким и готовым подстроить работу под конкретные потребности, ситуации и обстоятельства, чтобы предварительное и последующее консультирование не оставались без должного внимания или не сводились к минимуму.

На деле оказывается не всегда легко строго следовать процедуре шаг за шагом из-за специфических характеристик клиентов подобного рода услуг. Например, распространение информационных буклетов должно сопровождаться или заменяться словесным объяснением целей и процедур тестирования, поскольку среди клиентов высок процент тех, кто редко читает листовки; при работе с клиентами, которые спешат и не хотят тратить много времени, возможно, потребуется ускорить процедуры.

• ПРИВЛЕЧЕНИЕ КЛИЕНТОВ/ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ

Важно широко распространять информацию о возможностях тестирования в низкопороговых организациях посредством распространения объявлений или информационных буклетов для охвата самого широкого спектра пользователей услуг.

На этапе установления контакта и привлечения клиентов роль социальных работников и равных консультантов становится основополагающей. Они налаживают связь между целевой группой и медицинскими услугами, поскольку могут более эффективно мотивировать людей, употребляющих наркотики, пройти тестирование (объяснив им пользу и преимущества такого обслуживания) и выбрать более безопасные поведенческие схемы в жизни, потому что их отношения с клиентами основываются на доверии и личной уверенности в человеке.

Сотрудники могут использовать методы «мотивационного интервьюирования», сочетая элементы проявления эмпатии и переговоров с целью улучшения мотивации клиента в отношении собственного состояния здоровья. Необходимо четко определить, каким образом необходимо обратиться к клиенту. Пример: если кто-то говорит: «Я уже был проходил тест, и результат был отрицательным», этого недостаточно для исключения человека из программы. Проверьте, когда человек был протестирован в последний раз, и был ли у него/неё опыт рискованного поведения после того момента.

С другой стороны, если клиент желает пройти тестирование, требуется сделать второй важный шаг: проверить, может ли клиент пройти тестирование в соответствии с конкретными характеристиками целевой группы и основными требованиями для осуществления корректного тестирования на ВИЧ и ВГС. Чтобы проверить соответствие критериям, привлеченным клиентам должны быть заданы следующие «дополнительные» вопросы:

- Тестировались ли вы на ВИЧ и ВГС ранее? Если да, то когда?
- Использовали ли вы наркотики (героин, кокаин, метамфетамин, амфетамины, опиоидные анальгетики, бупренорфин) регулярно в течение последних 3/6 месяцев как в виде инъекций, так и в других видах?
- Готовы ли вы дать ответы на ряд вопросов для оценки риска/для сбора данных, и даете ли вы согласие на возможные последующие посещения клиники?
- Четко ли вы понимаете цели и процедуры тестирования?

Если кто-то не в состоянии понять цели этой услуги и дать информированное согласие, он или она не должны считаться имеющими право на тестирование! Кроме того, необходимо учитывать конкретные характеристики целевой группы, пользующейся данной низкопороговой услугой, в особенности ЛУН. Мотивация этих клиентов для прохождения тестирования может быть очень сложной, поскольку у них есть другие приоритеты и потребности: они спешат и не имеют достаточного времени для тестирования; они боятся пройти

тестирование из-за своего рискованного поведения; они хотят избежать появления на улице из-за страха перед полицией. Чтобы справиться с этими проблемами, можно использовать вознаграждения и поощрения за участие, такие, как бесплатные телефонные карточки, продовольствие или талоны на питание. Часто даже простое проявление участия, чашка кофе/чая и пара печений помогают установить контакт с человеком и мотивировать его уделить время заботе о своем здоровье.

• КРИТЕРИИ ДЛЯ ВЫБОРА МЕСТА ТЕСТИРОВАНИЯ

Сотрудничество с другими местными службами и структурами полезно для расширения числа потенциальных бенефициаров и облегчения доступа к тестированию среди групп повышенного риска в среде потребителей наркотиков, например, бездомных. Настоятельно рекомендуется выбирать места, где тестирование никогда не предлагалось или не предоставлялось на регулярной основе, чтобы охватить людей, которые, скорее всего, никогда не тестировались, или могут предпочесть пройти тестирование в немедицинских условиях. Кроме того, сотрудничество с другими местными низкопороговыми организациями может принести пользу в долгосрочной перспективе, способствуя созданию сетей и систем, внутри которых клиента можно направлять к специалистам, и которые облегчают доступ людей, употребляющих наркотики, к необходимым программам ухода, поддержки и лечения.

Конечно, эти сети очень эффективны и плодотворны, если сотрудничество между местными структурами хорошо развивается и поддерживается совместной готовностью к сотрудничеству. Однако это не всегда легкодостижимо, особенно когда речь заходит о сотрудничестве с общественными организациями, имеющими подчас иное мнение о ЛУН и практикующими другие методы работы.

4.2 ФИЛОСОФИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

• ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ПО ВИЧ/ВГС В ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

«Снижение вреда это методы и программы, направленные на уменьшение негативных последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ для людей, не имеющих возможности, либо не желающих прекратить их употребление. Основной элемент концепции снижения вреда - это фокус на предотвращении ущерба, наносимого наркотиками и помощь людям, которые продолжают употреблять наркотики, а не профилактика употребления наркотиков». Международная ассоциация снижения вреда (IHRA).

Люди, употребляющие наркотики, часто неохотно пользуются традиционными медицинскими услугами. Им удобнее обратиться за медицинской помощью к службам снижения вреда, предоставляющим услуги опиоидной заместительной терапии или оказывающим помощь лицам с наркозависимостью.

По этой причине перенос или совместное размещение служб тестирования, лечения и ухода ВИЧ/ВГС в помещениях служб снижения вреда может дать преимущества, связанные с доступом и приверженностью к лечению. Включение экспресс-тестирования на ВИЧ и ВГС в такие программы может повысить эффективность диагностики у тех групп населения, которые могут не иметь доступа к обычным медицинским учреждениям.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) настоятельно рекомендуют снижение вреда в качестве подхода к профилактике, лечению ВИЧ и уходу для людей, употребляющих инъекционные наркотики. В частности, они выступают за всеобъемлющий пакет услуг, включающий:

- программы обмена игл и шприцев (ПОШ);
- опиоидную заместительную терапию (ОЗТ) и прочие методы лечения наркотической зависимости;
- тестирование на ВИЧ и консультирование;
- антиретровирусную терапию (АРТ);
- профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП);
- программы распространения презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров;
- специфическую информацию, образование и общение для людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров;
- вакцинацию, диагностику и лечение вирусного гепатита;
- профилактику, диагностику и лечение туберкулеза (ТБ); а также
- повышение осведомленности о передозировке.

Сочетание различных интервенций (снижение вреда, тестирование, лечение ВИЧ/ВГС, социальная поддержка, обучение равных консультантов) в рамках одной организации может стать важной стратегией профилактики среди людей, употребляющих наркотики. Кроме того, некоторые услуги, которые уже существуют в рамках служб снижения вреда, такие как экспресс-тестирование, также могут быть сделаны доступными и для других групп населения, подверженных рискам сексуального характера или рискам, связанным с наркотиками (работники секс-бизнеса, МСМ, некоторые общины мигрантов), а также для населения в целом, без дублирования усилий и затрат на предоставление доступа к этим услугам.

Во всем мире собраны доказательства преимущества снижения вреда. Раннее внедрение программ снижения вреда в Швейцарии, Великобритании и Австралии значительно сократили число новых случаев ВИЧ-инфицирования людей, употребляющих инъекционные наркотики. Примером интеграции служб снижения вреда и программ тестирования является проект «ИН-Морария», центр снижения вреда, основанный в 2012 году организацией GAT, объединяющий людей живущих с ВИЧ/ВГС, в Португалии. Центр расположен в городском квартале Лиссабона, где соседствуют миграция, употребление наркотиков, секс-работа и бездомность. Цели проекта включают в себя повышение осведомленности, мобилизацию и участие людей, употребляющих наркотики, в проведении мероприятий по снижению вреда и экспресс-тестировании на ВИЧ/ВГС. Услуги предоставляются клиентам без назначения, бесплатно и без необходимости личной идентификации. Специально обученные медицинские работники, волонтеры и равные консультанты проводят здесь тесты и предоставляют информацию. Направления в лечебные учреждения активно предлагаются всем клиентам с положительным диагнозом на ВИЧ/ВГС, независимо от того, были ли они диагностированы только что или ранее, и в случае мигрантов - независимо от их правового статуса. При необходимости равные консультанты могут по запросу сопровождать клиента на прием к медработнику. Тестирование и прочие услуги (распространение презервативов/лубрикантов, информация) доступны для всего населения. «ИН-Морария» был

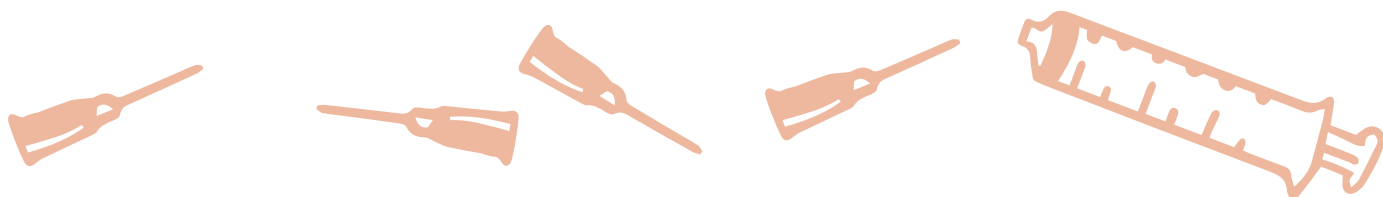
включен в качестве примера в сводные руководящие принципы Всемирной организации здравоохранения по услугам тестирования на ВИЧ, опубликованные в июле 2015 года.

• ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В КОНТЕКСТЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВИЧ

«Война с наркотиками» до сих пор является доминирующим подходом к решению данной проблемы в большом числе стран. Правоохранительные органы продолжают криминализовать владение иглами и шприцами и «бороться» с людьми, употребляющими наркотики, даже если они обращаются за лечением или посещают медицинские центры чтобы получить чистые иглы и шприцы или другие услуги. Криминализация заставляет людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), отказываться от услуг в области здравоохранения, включая услуги по ВИЧ, и отрицательно сказывается на результатах профилактики и лечения ВИЧ. Недавний обзор текущего состояния тестирования на ВИЧ и консультирования в Центральной Азии в среде ЛУИН показал, что криминализация употребления наркотиков и дискриминационная практика среди государственных поставщиков услуг ограничивают доступ ЛУИН к программам обмена игл и к НКО, предоставляющим услуги тестирования на ВИЧ. Согласно опросам потребителей наркотиков в Казахстане, проведенным Human Rights Watch в 2007 году, полиция часто арестовывает клиентов служб снижения вреда, изымает наркотики и шприцы, вымогает взятки за отказ от возбуждения дел за хранение шприцев и игл. Медицинский персонал и государственные медицинские работники также часто стигматизируют и дискриминируют ЛУИН, что приводит к негативному опыту обращения за услугами и снижает уровень доверия к предлагаемым услугам в целом. Начатая ещё в советские времена практика использования медицинских учреждений для обязательного тестирования на ВИЧ без обеспечения конфиденциальности результатов теста не способствует повышению привлекательности этих услуг для ЛУИН.

Более того, социальная стигма и дискриминация, связанные с употреблением наркотиков, являются препятствием на пути интегрирования услуг, а также оказывают пагубное влияние на осуществление тестирования в подобной обстановке. Многие люди выступают с инициативами по снижению стигмы в рамках программ снижения вреда. Кроме того, отсутствие устойчивого финансирования в некоторых странах является одним из наиболее значительных барьеров для инициатив по снижению вреда, заставляющих их сокращать свою деятельность или осуществлять работу в крайне ограниченных объемах.

Для более эффективного внедрения тестирования на ВИЧ в качестве составной части программы профилактики необходимо преодолеть такие препятствия, как боязнь дискриминации, опасения по поводу положительных результатов тестов и страхи перед социальной стигмой.



4.3 УЧАСТИЕ РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ

Английское слово 'peer' («равный») в соответствии толкованием словаря Вебстера означает «имеющий равное положение с другими; принадлежащий к одной и той же группе общества, в особенности возрастной, классовой или статусной».

Всё увеличивающийся объём литературы по этой теме концентрирует внимание на целом ряде социальных и поведенческих воздействий, связанных с глобальной установкой на решение вопроса употребления наркотиков с помощью правоохранительной системы. Например, страх перед конфронтацией с полицией укрепляет нежелание ЛУИН обращаться за основными услугами, связанными с ВИЧ. Всепроникающая стигма и порождаемая ей самоизоляция может также привести к тому, что люди будут неохотно обращаться за услугами из-за опасений, что семья, члены сообщества и работодатели начнут избегать их из-за употребления наркотиков.

В своей совокупности эти барьеры на пути профилактики и лечения ВИЧ-инфекции подчеркивают настоятельную необходимость поиска новых методов оказания медицинской помощи данной группе населения. В свете непрекращающихся проблем в обеспечении доступа к основным услугам по профилактике и лечению ВИЧ для ЛУН, ключевой стратегией преодоления социальных и структурных барьеров для услуг, связанных с ВИЧ, может оказаться перераспределение обязанностей. Большое количество данных подтверждает, что инициативы, осуществляемые силами равных консультантов, могут расширить охват и эффективность традиционных программ общественного здравоохранения, обеспечив доступ к ЛУН с высоким уровнем риска. Появившиеся недавно возможности экспресс-тестирования на ВИЧ «на местах» помогают улучшить отношение ЛУН к тестированию как в клинических условиях, так и в сообществах. Было продемонстрировано, что услуги равных консультантов, которые выступают в роли просветителей в вопросах ВИЧ среди людей, употреблявших (и продолжающих употреблять) наркотики, становятся эффективным механизмом профилактики ВИЧ среди ЛУН. Кроме того, именно тестирование ЛУН, проводимое равными консультантами, высоко оценивалось в отношении уровня удовлетворенности самой услугой и доверия к уровню конфиденциальности.

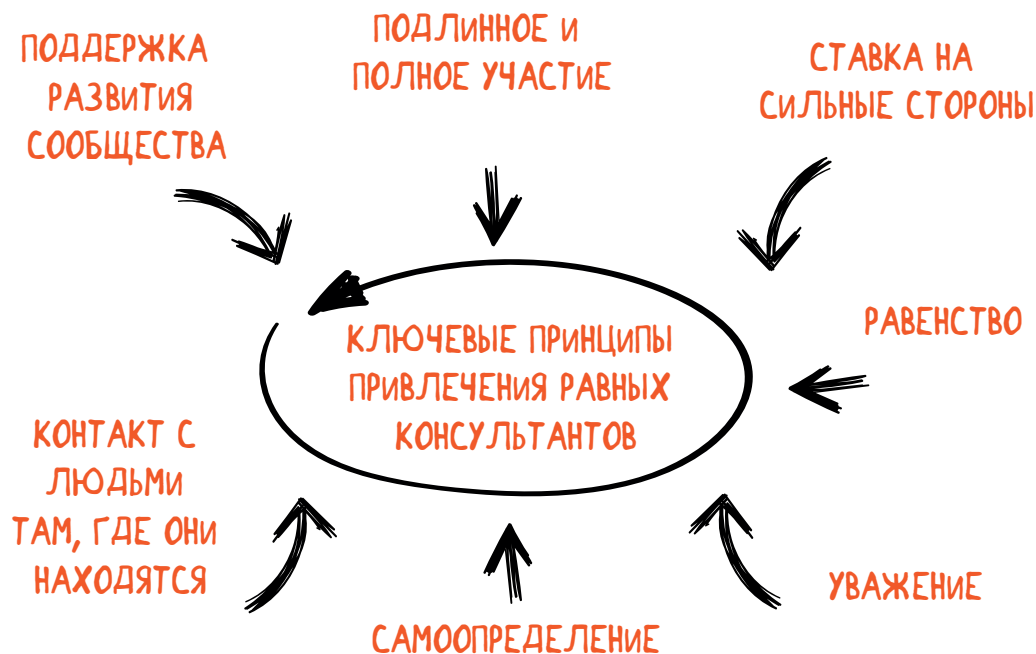
В соответствии с вышеизложенным, ВОЗ, УНП ООН, Техническое руководство ЮНЭЙДС рекомендуют методику аутрича на основе сообществ в качестве важного подхода к предоставлению услуг. Однако участие ЛУН в предоставлении услуг по ВИЧ не должно ограничиваться усилиями, направленными только на расширение охвата существующими программами, и может оказаться весьма ценным и в других областях.

Перераспределение обязанностей в области услуг по ВИЧ между профессиональными медицинскими работниками и равными консультантами может также способствовать устранению существующей стигмы, ощущаемой людьми, употребляющими наркотики, в системе здравоохранения, улучшая тем самым доступ к этим услугам. Создавая клиники для тестирования на ВИЧ с участием равных консультантов и подключая равных консультантов к работе врачей, можно достичь большего уровня использования услуг людьми, употребляющими наркотики, так как они уже не будут опасаться ни дискриминации со стороны медицинских работников, ни регистрации в качестве потребителей наркотиков в официальных реестрах.

Действительно, прошлые исследования показали, что интервенции, проводимые людьми, употребляющими наркотики, оказывались более приемлемы для ЛУН, чем обычные программы общественного здравоохранения. Это отчасти объясняется осознанием того, что равные консультанты с пониманием относятся к поведению, связанному с употреблением наркотиков.

Передавая обязанности, связанные с уходом, от работников здравоохранения равным консультантам, либо встраивая работу равных консультантов в систему услуг, организованных специалистами, можно достичь снижения стигматизации и дискриминации в организациях. В свою очередь подобный сдвиг в системе предоставления услуг может решить некоторые проблемы ЛУН, касающиеся обмена информацией между системой общественного здравоохранения и представителями органов правопорядка. Принимая во внимание данные, свидетельствующие о положительных преимуществах услуг для ЛУН, предоставляемых равными консультантами, а также об успехах перераспределения обязанностей в условиях нехватки ресурсов в сфере здравоохранения, можно сделать вывод, что передача ответственности по реализации обычных программ и услуг по ВИЧ/СПИДу самим ЛУН может оказаться решением серьезных проблем стигматизации и дискриминации, которые характеризуют существующий контекст предоставления услуг здравоохранения на многих территориях, сильно пострадавших от эпидемий ВИЧ, связанных с ЛУИН. В свою очередь, этот новый подход к перераспределению обязанностей может поспособствовать началу новой эры в отношении ЛУН к ВИЧ.

Организации, привлекающие к работе равных консультантов, должны обеспечивать руководство и должный контроль над тем, как аккуратно и своевременно распространяется информация. Равные консультанты должны получать вознаграждение за своё время и усилия наряду с другими работниками. В некоторых странах оплата работы осуществляется на минимальном уровне для того, чтобы это не сказалось на социальных пособиях.



ВОЗМОЖНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ

1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ПРИВЛЕЧЕНИЯ РАВНЫХ КОНСУЛЬТАНТОВ
2. КАКОВЫ ВОЗМОЖНЫЕ БАРЬЕРЫ ДЛЯ ДОСТУПА К УСЛУГАМ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫМ ВАШЕЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ?
3. СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ БАРЬЕРОВ В СЛУЧАЕ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ/ИЛИ БЕЗ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ РЕСУРСОВ

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. Drobnik, A., Judd, C., Banach, D., Egger, J., Konty, K., & Rude, E. (2011). Public health implications of rapid hepatitis C screening with an oral swab for community-based organizations serving high-risk populations. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2151–2155.

2. Fernández-Lopez, L., Rifà, B., Pujol, F., Becerra, J., Pérez, M., Meroño, Casabona, J. (2010). Impact of the introduction of rapid HIV testing in the voluntary counselling and testing sites network of Catalonia, Spain. *International Journal of STD & AIDS*, 21(6), 388–391.

Terlikbayeva A, Zhussupov B, Primbetova S, Gilbert L, Atabekov N, Giyasova G, Ruziev M, Soliev A, Saliev D, El-Bassel N. Access to HIV counseling and testing among people who inject drugs in Central Asia: strategies for improving access and linkages to treatment and care. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Nov;132 Suppl 1:S61-4.

Ti L, Kerr T. Task shifting redefined: removing social and structural barriers to improve delivery of HIV services for people who inject drugs. *Harm Reduct J*. 2013; 10: 20.

Greater meaningful involvement of people who use drugs in 7 key principles and 13 examples of good practice. *Correlation Network*. 2013.

МОДУЛЬ 5. ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники смогут:

- выработать предложения по привлечению внимания к гендерной проблематике в условиях существующих услуг для ЛУН;
- улучшить доступ для женщин, употребляющих наркотики (ЖУН), посредством внедрения соответствующих услуг, учитывающих гендерную специфику и ориентированных на неё;
- решить гендерные проблемы существующих услуг и/или разработать услуги, учитывающие гендерную специфику;
- устанавливать цели для расширения, с целью улучшения доступа к комплексным услугам в области ВИЧ и его лечения с целью увеличения охвата среди ЖУН;

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point, рабочие группы.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Вместе со участниками тренинга попробуйте установить причины того, почему среди клиентов меньше женщин, чем мужчин, и определяете способы удовлетворения конкретных потребностей женщин, употребляющих наркотики. Если это возможно, пригласите к дискуссии о потребностях и пожеланиях ЖУН самих женщин, употребляющих наркотики.





ВВЕДЕНИЕ

Существуют заметные гендерные различия практически во всех аспектах феномена употребления наркотиков, в связи с чем был выработан ряд обоснованных рекомендаций в области общественного здравоохранения и соблюдения прав человека, в которых указывается на необходимость предоставления услуг снижения вреда (СВ) и других услуг, связанных с ВИЧ, для удовлетворения конкретных потребностей и предпочтений женщин, употребляющих наркотики. Рекомендации основаны на доказательном подходе и поддерживаются соответствующими международными организациями и учреждениями. Тем не менее, службы СВ в основном ориентируются на работу с мужчинами, и женщины, употребляющие наркотики, часто считают, что их конкретные потребности не принимаются всерьез, а места предоставления услуг, куда они должны обращаться, не являются «дружественными к женщинам». Программы и проекты в области СВ часто не гарантируют личной безопасности и конфиденциальности при предоставлении услуг сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ), профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и обеспечения ухода за детьми. Во многих случаях сотрудники не обучены предлагать услуги, ориентированные на гендерную проблематику, поддержку секс-работников или жертв насилия на гендерной почве (НГП).

Неспособность удовлетворить потребности женщин, употребляющих наркотики (ЖУН), влияет на распространение инфекций, передающихся через кровь, и других. Фактически, во-первых, ЖУН подвергаются более высокому риску заражения ВИЧ, вирусным гепатитом и другими инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), чем мужчины из этой группы. Специфические факторы риска включают тот факт, что женщины чаще, чем мужчины, являются «вторыми за иглой», то есть либо делают себе инъекцию уже использованным инструментом, либо мужчина-партнер сам делает им инъекцию после себя. Данные по гендерному распределению показывают, что женщины, употребляющие инъекционные наркотики (ЖУИН), более уязвимы к ВИЧ-инфекциям и ИППП, чем употребляющие инъекционные наркотики мужчины. Вероятные причины такой гендерной разницы включают в себя как социальные факторы, например, у ЖУИН гораздо больше шансов быть вовлеченными в секс-работу, чем у мужчин, так и биологические факторы, такие как повышенный риск заражения женщин половыми инфекциями. ЖУН чаще всего оказываются в уязвимом положении при попытке защитить себя от инфекции в рамках партнерских или более широких отношений.

Те из них, которые занимаются секс-работой, увеличивают свою уязвимость перед ВИЧ и другими инфекциями, передающимися через кровь. Будучи вовлеченными в секс-работу, они часто испытывают физическое и сексуальное насилие со стороны клиентов и других интимных партнеров, а также со стороны полиции; злоупотребления могут также происходить так же, когда они оказываются в тюрьме.

Гендерное насилие не позволяет ЖУН получать доступ к услугам, а криминализация секс-работы сильно влияет даже на их готовность и возможность просто обращаться за услугами в отношении ВИЧ, и обсуждать использование презервативов.

Другие факторы, препятствующие доступу ЖУН к медицинским услугам, включают политику или законы, предполагающие, что употребление наркотиков может стать причиной лишения опеки над детьми, направления на принудительные стерилизацию и аборты. Такая практика является примером гендерной стигмы и дискриминации, которая по-прежнему широко распространена в некоторых странах.

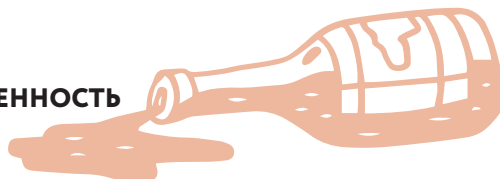
У ЖУН часто диагностируют ВИЧ в конце срока беременности или уже во время родов. Показатели передачи ВИЧ от матери к ребенку среди женщин с активной формой ВИЧ значительно выше, чем у других ВИЧ-положительных женщин. Во многих родильных домах не предусматривается опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), что может вы-

нудить женщин, зависимых от наркотиков, или проходящих курс ОЗТ, уйти из надлежащего медицинского учреждения, чтобы найти наркотики.

Вот только некоторые из наиболее частых проблем, с которыми сталкиваются ЖУН:

- Многие страны разграничивают свои системы здравоохранения таким способом, что за услугами по ВИЧ, ТБ, вирусному гепатиту, СВ и СРЗ нужно обращаться отдельно. Это усложняет возможности ЖУН получить должное решение своих проблем со здоровьем.
- ЖУН неоднократно подтверждали, что считают услуги СРЗ крайне важными, но что они ощущают стигматизацию при обращении за ними; стигма и дискриминация представляют собой огромный барьер. Отрицательный опыт при обращении за услугами здравоохранения включает в себя осуждающее и/или неуважительное отношение со стороны работников медицинских служб, а также выявленные случаи нарушения правил неприкосновенности личной жизни и конфиденциальности. ЖУН боятся обращаться за консультациями и лечением.
- Беременные ЖУН получают доступ к дородовому уходу и ППМР намного реже, чем другие беременные женщины и, вследствие этого, подвергаются повышенному риску передачи ВИЧ своим детям.
- В некоторых странах консервативные взгляды в социальной сфере делают доступ ЖУН (особенно несовершеннолетних и молодых) к СРЗ весьма затрудненным.

5.1 АЛКОГОЛЬ И ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА, СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРАВА (СРЗП) И БЕРЕМЕННОСТЬ



Употребление алкоголя и других веществ (АДВ) оказывает влияние на сексуальное и репродуктивное здоровье различными способами, что может привести к серьезным последствиям.

Проблематическое употребление АДВ может косвенно снижать детородную функцию, подрывая как общее здоровье, так и нарушая режим питания ЖУН, а героин может напрямую влиять на фертильность. Влияние героина на менструацию и фертильность усиливается связанным с ним хаотичным образом жизни и плохим питанием. Употребление наркотиков (в особенности героина) может вызывать аменорею и овуляцию, но не обязательно в одно и то же время. Многие женщины и даже некоторые поставщики услуг ошибочно полагают, что зачатие не может возникать в отсутствие менструации; однако это неверное убеждение приводит к неожиданным и очень часто нежелательным беременностям.

Прием потребителями опиатов метадона в рамках ОЗТ увеличивает фертильность ЖУН с возобновлением менструации, но при этом важно знать, что любое лечение, улучшающее общее состояние здоровья ЖУН, и соблюдение правильного режима питания также повышают фертильность. Это может произойти и до возобновления менструации. Поэтому ЖУН, которые не планируют забеременеть, должны использовать эффективную контрацепцию, поскольку их организмы часто не вырабатывают стабильный менструальный цикл, но демонстрируют нерегулярность месячных. На практике невозможно определить, ни когда именно происходит овуляция, ни дни максимальной фертильности. Крайне важно, чтобы поставщики услуг умели предлагать соответствующую информацию о проблемах фертильности и эффективной контрацепции.

Контрацепция помогает обеспечить ЖУН плановую беременность, то есть что они будут беременеть, только когда и если решили иметь ребенка. Плановая беременность повышает вероятность хорошего медицинского и социального результатов, а также оптимизирует эффективность лечения, поскольку в этот особый период ЖУН мотивированы на то, чтобы поддерживать своё здоровье в хорошем состоянии, чтобы позаботиться о своем ребенке.

ЖУН могут быть обеспокоены бесплодием и обращаться за советами по восстановлению менструального цикла. Для его восстановления может быть достаточно стабилизации употребления АДВ и образа жизни. Следует, однако, отметить, что консервативные и осуждающие взгляды, распространённые в службах общественного здравоохранения, часто предполагают, что лечение бесплодия у ЖУН неуместно - ЖУН не должны иметь детей и брать на себя соответствующие родительские обязанности. Именно в этом случае становятся необходимыми конкретные услуги, ориентированные на ЖУН, чтобы помочь им и поддержать их в усилиях, направленных на зачатие и планирование беременности, одновременно решая вопрос употребления АДВ и связанные с ним медицинские и социальные проблемы.

Надуманые обвинения ЖУН в том, что они принципиально не обращаются за дородовой помощью на ранних этапах беременности, иногда объясняются недостаточной информированностью ЖУН о своей беременности, поскольку овуляция и фертильность нередко восстанавливаются даже при отсутствии менструации. Бесплатное тестирование на беременность, доступное в числе прочих гендерно-специфических услуг, увеличивает шанс раннего выявления беременности и обеспечивает следующие важные преимущества:

- раннее направление на прерывание нежелательной беременности;
- предоставление эффективных средств контрацепции, если ЖУН небеременны и не хотят беременеть; и
- предоставление ухода перед беременностью, включая назначение препаратов фолиевой кислоты и планирование беременности.

5.2 КОНТРАЦЕПЦИЯ ЖУН

Основная цель контрацепции у ЖУН, как и у любых других женщин, это предотвращение нежелательной беременности и абортов. Важно, чтобы ЖУН были в состоянии выбрать тип контрацепции, с которой они чувствуют себя более комфортно, и могли контролировать способ его применения.

Поэтому гендерно-ориентированные службы СВ должны обеспечивать удовлетворение различных потребностей в контрацепции и поддерживать своих клиентов, предоставляя им соответствующую информацию. Противозачаточные средства должны предоставляться бесплатно, поскольку их стоимость может стать непреодолимым барьером для ЖУН. ЖУН следует информировать о том, что никакие другие контрацептивы, кроме презервативов, не защитят их от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Поэтому следует рекомендовать использование мужских и женских презервативов, особенно в случаях вовлечения ЖУН в секс-работу. Тем женщинам, которые не рассматривают использование презервативов в качестве средства защиты от ИППП (у них есть постоянный сексуальный партнер, может быть аллергия на латекс и т.п.), следует предложить к использованию другие контрацептивы, предотвращающие нежелательную беременность.

Очень важно, чтобы во время консультационных сессий, предлагаемых в рамках оказания гендерно-специфических услуг, сотрудники были обучены обсуждать следующие вопросы, связанные с контрацепцией:

- возможность избежать беременность;
- вероятность серьезных побочных эффектов, таких как тромбозы, в случае приема оральных контрацептивов;
- медицинские противопоказания некоторых контрацептивов в случае курения, повышенного кровяного давления, лишнего веса, наличия тромбоза у близких родственников;
- преимущества/доступность противозачаточных средств, действие которые сохраняется с течением времени;
- видимые и невидимые контрацептивы;
- лекарства, которые могут уменьшить или устранить эффект контрацептивов;
- доступность/доступ к контрацептивам; и
- экстренная контрацепция (таблетка, которая должна быть принята как можно быстрее в течение 72 часов после незащищенного полового акта или разрыва презерватива).

• ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Когда ЖУН узнают о своей беременности, но не хотят иметь ребенка, услуги по абортам должны быть доступными для них без принуждения и предоставляться в уважительной и непредвзятой форме. Медицинские работники, проводящие аборт, как и другие медицинские работники, должны уважать права ЖУН, особенно живущих с ВИЧ, путем предоставления, по необходимости, доступа к процедуре аборта, и обеспечения свободного выбора женщины. Если в конкретной ситуации предлагается только один тип абортов (медицинских или хирургических), ЖУН должны иметь к нему доступ. Ограниченность вариантов для всех женщин не должна приводить к дополнительным препятствиям для ЖУН.

• ЖЕНЩИНЫ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ, И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИЙ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ (ППМР)

Все беременные женщины должны проходить скрининг на гемоконтактные инфекции (ГИ); в случае положительных результатов им должны быть немедленно предложены меры вмешательства, направленные на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку. В случае скрининга на ГИ во время беременности нет необходимости в подробном дотестовом консультировании, но в случае положительных результатов качественное послетестовое консультирование и поддержка необходимы для того, чтобы женщины узнали о своем состоянии и влиянии этого на их жизнь, а также для обеспечения связи со службами ухода и лечения как для защиты своего здоровья, так и для предотвращения ППМР.

• ГЕПАТИТЫ И ВАКЦИНАЦИЯ

Беременность не противопоказана женщинам, живущим с гепатитом С. Риск передачи вируса гепатита от матери во время беременности относительно невелик. Важно отметить, что риск значительно возрастает, если мать заражена ВИЧ. Частота вертикальной передачи вируса гепатита В (ВГВ) составляет около 10-20% у большинства женщин, коинфицированных ВИЧ. Скрининг на поверхностный антиген гепатита В (HBsAg)

идентифицирует женщин, которые могут передать инфекцию; иммунизация новорожденных предотвращает вертикальную передачу ВГВ от матери ребенку.

ЖУН следует предлагать комбинированную иммунизацию против ВГВ (гепатит В) и ВГА (гепатит А), поскольку такая иммунизация безопасна во время беременности. Рекомендуется ускоренный режим вакцинации: вакцинация через 0, 1 и 2 месяца или даже на 0, 7 и 21 день. После ускоренной вакцинации требуется еще одна бустерная доза на 12-м месяце.

Вакцина ВГВ полезна для всех детей, и при условии, что ребенок иммунизирован при рождении, грудное вскармливание не будет противопоказано в его случае. Хотя вирусы гепатита В и С были обнаружены в грудном молоке, ВГС через него не передается. Большинство экспертов согласны с тем, что женщины с гепатитом С могут безопасно кормить грудью своих детей при соблюдении особых мер предосторожности. Например, если у матери появляются трещины и кровоточивость сосков, грудное вскармливание должно быть приостановлено до тех пор, пока соски не заживут, а кровотечение не прекратится.

В настоящий момент не существует вакцин от ВИЧ и ВГС.

• ЖУН, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ

ЖУН, живущие с ВИЧ, должны получать особую мультидисциплинарную помощь, особенно если они узнают о своем ВИЧ-статусе во время беременности. Им должны быть предложены следующие услуги:

- специфичные консультации и, возможно, поддержка со стороны равных консультантов по вопросам, связанным с ВИЧ, для адаптации к новому состоянию и преодоления стресса на деликатном этапе их жизни;
- процедуры, снижающие риск вертикальной передачи от матери к ребенку;
- консультирование и поддержка в приверженности лечению, правильному питанию; тренинг родительских навыков, стабилизация употребления наркотиков и ОЗТ;
- пренатальное и внутриутробное антиретровирусное лечение ВИЧ, а также антиретровирусное лечение новорожденного;
- родоразрешение путём кесарева сечения в отдельных случаях.

• СОЦИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Влияние употребления алкоголя и других веществ (АДВ) во время беременности в социальном плане столь же важно, как и в физическом, так как оно также вызывает определенные последствия в отношении здоровья женщин. Из-за ухудшения социально-экономического положения ЖУН нуждаются в многоплановой помощи, предоставляемой совместно с услугами по ведению беременности и родовспоможению.

Употребление АДВ, часто связанное с хаотическим образом жизни, может вызвать или обострить влияние социально-экономических лишений на здоровье, а также отрицательно повлиять на обращение за услугами. Родительские обязанности и задачи часто скомпрометированы состоянием опьянения и образом жизни, связанным с употреблением АДВ. Уход за больным ребенком - трудная задача для любой матери, которая становится особенно сложной для женщин с дополнительными проблемами, такими, как употребление наркотиков.

Тесная взаимосвязь между медицинским и социальным факторами говорит о том, что беременные ЖУН нуждаются в мультидисциплинарной помощи при совместном сотрудничестве и участии как здравоохранения, так и социальных услуг. Уже доказано, что беременность ЖУН протекает на фоне более высоких рисков и с более низкими показателями удачного разрешения от беременности. Как и в случае ухода за любыми женщинами с высокими рисками для беременности (например, с диабетом), уход за беременными ЖУН должен предоставляться мультидисциплинарной командой, возглавляемой акушеркой.

Услуги и поддержка должны включать в себя помощь в уходе за ребенком после рождения, информацию о вариантах питания для новорожденных, консультирование и поддержку в сфере питания матери, информацию о вакцинах и других профилактических мерах, послеродовое обследование матери, лечение, уход и поддержку как матери, так и ребенка, направление при необходимости на профилактику и лечение других проблем, ассоциирующихся с ВИЧ (например, туберкулеза), оказание поддержки ЖУН, живущих в ситуации насилия. Женщины, употребляющие наркотики, должны получать обезболивание во время родов при необходимости с увеличенной дозой опиатов; новорожденных следует размещать в послеродовой палате с своими матерями, если по медицинским показаниям им не рекомендуется особый уход.

Употребление наркотиков не обязательно является противопоказанием для грудного вскармливания и в целом должно поощряться. Кормящих матерей следует поставить в известность, что использование высоких доз таких препаратов как кокаин или бензодиазепины несовместимо с успешным грудным вскармливанием, и что дети не должны подвергаться их воздействию.

После родов употребление матерями наркотиков не следует рассматривать как отдельную проблему защиты прав ребенка. При выявлении проблем защиты прав детей их необходимо решать отдельно. Во время беременности должно быть также обсуждено планирование будущих беременностей, и применение соответствующей контрацепции необходимо инициировать до выписки после родов.

• СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Даже в тех случаях, когда ЖУН не могут прекратить употреблять наркотики, а метадон или бупренорфин недоступны, остается немало иных решений для улучшения как собственного здоровья ЖУН, так и здоровья их детей. Для улучшения их образа жизни можно предложить несколько стратегий снижения вреда.

Прежде всего, важно консультировать и поддерживать ЖУН в сфере улучшения их питания: очень важно, чтобы они питались по сбалансированной диете и принимали витамины, особенно фолиевую кислоту.

Беременные ЖУН должны получать раннюю регулярную родовую помощь с того момента, как они узнали о своей беременности. Направление к неосуждающим гинекологам и акушерам является ключом к предотвращению отказов ЖУН от надлежащего ухода или плановых посещений специалистов. Им следует помочь найти как способы уменьшения стресса, который испытывают ЖУН, так и выработать хороший режим сна.

Гендерно-ориентированные мероприятия по снижению вреда должны включать предоставление клиентам точной информации о влиянии потребления АДВ на течение беременности и должны, по возможности, поддерживать клиентов в их усилиях по сокращению употребления табака и алкоголя. ЖУН следует также

поддерживать в их усилиях по контролю за устойчивым уровнем потребления наркотиков для минимизации риска синдрома отмены, который может оказаться очень опасным для плода. Им также следует знать, что приобретаемые на улице и в интернете препараты имеют неизвестную силу воздействия и чистоту и могут угрожать их беременностям и жизни. После родов необходимо приложить все усилия, чтобы попытаться оставить детей со своими матерями. Женщинам следует оказывать поддержку в развитии их родительских навыков и в заботе о новорожденных. Грудное вскармливание следует поощрять во всех случаях, когда оно не вредно для ребенка.

• ОПИОИДНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (ОЗТ)

Собрано множество доказательств в поддержку медицинской и социальной пользы ОЗТ для потребителей опиатов, в том числе во время беременности. Все лекарства, назначаемые во время беременности и грудного вскармливания, должны компенсироваться специальными мерами защиты не только женщины, но и будущего ребенка. Метадон является наиболее распространенным препаратом ОЗТ. В отличие от героина он не увеличивает риск преждевременных родов, и его безопасность во время беременности доказана. Важно знать, что, подобно героину, он может вызывать симптомы синдрома отмены у новорожденных.

Предотвращение преждевременных родов имеет большое значение для долгосрочного здоровья ребенка. Дородовая опиоидная детоксикация является безопасной процедурой, и её применение должно быть продиктовано стремлением женщин добровольно пройти через этот процесс и их способностью справиться с последствиями. Бупренорфин также не вредит плоду во время беременности. Как и в случае всех опиатов, отнятие может привести к неонатальному синдрому отмены, однако тяжесть и продолжительность симптоматики могут быть меньше, чем при использовании метадона в качестве ОЗТ. Переход на бупренорфин с уличных наркотиков или метадона может привести к синдрому отмены, и во время беременности должен проводиться в стационаре. Во время перехода симптомы отмены могут вызывать схватки. Бупренорфин действует как легкий антидепрессант и не оказывает седативного эффекта. Пациентки могут противиться состоянию «ясного ума», которое будет достигнуто в результате!

Существует целый ряд причин рекомендовать ОЗТ женщинам, употребляющим наркотики, во время их беременности. Среди таких причин - улучшение медицинских показателей как для беременных женщин, так и для их детей, улучшение социального состояния, физического и психического здоровья беременных женщин и матерей. ОЗТ также влияет на предотвращение передозировок и других смертей, связанных с употреблением наркотиков. Она поддерживает состояние стабильности у индивидов и улучшает социальное функционирование одновременно снижая количество эпизодов противоправного поведения, случаев совершения преступлений и употребления нелегальных наркотиков. Она также оказывает положительное влияние на здоровье и благосостояние сообщества.

• НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖУН

Насилие в отношении женщин носит эндемический характер во всем мире; для этой проблемы не найдено простых решений несмотря на все усилия, предпринимаемые инициативами по снижению вреда, на кампании и вмешательства на всех уровнях. Определенные группы женщин оказываются особенно уязвимыми перед насилием, но их потребности постоянно игнорируются. Это очевидно для тех, кто занимается проблемой насилия в отношении ЖУН. ЖУН являются жертвами насилия во многих смыслах. Они в первую очередь страдают от структурного насилия, связанного с карательным накополитикой, что только увеличивает вред, связанный с их употреблением.

Несмотря на уязвимость перед многими формами насилия и жестокого обращения, большинству ЖУН не разрешается обращаться в приюты для женщин, пострадавших от насилия. Неспособность обеспечить ЖУН доступ к жилью и кон-

кретной поддержке вызвано проявлением дискриминации на различных уровнях: от персональных отказов руководства приютов до государственной политики, намеренно игнорирующей потребности ЖУН. Службам снижения вреда следует установить прочные отношения с приютами для женщин и вспомогательными социальными службами, чтобы гарантировать доступ ЖУН к необходимой им поддержке и услугам, где к ним относились бы без осуждения.

Доступные данные свидетельствуют о том, что ЖУН чаще подвергаются насилию со стороны интимных партнеров, чем женщины в целом. Многие ЖУН испытывают насилие и плохое обращение в отношениях со своими партнерами. Низкий социальный статус многих из этих уязвимых женщин увеличивает риски подобного отношения. Более 80% ЖУН подвергались насилию в своих домах. Насилие в отношении женщин может привести к употреблению психоактивных веществ и способствовать развитию проблемного употребления наркотиков. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) отмечает, что употребление наркотиков может привести к вовлечению женщин в секс-работу с целью получения дохода, а секс-работа, в свою очередь, может повысить их уязвимость перед насилием.

Широко признано, что женщинам, ставшим жертвами насилия, требуются специализированные услуги, однако во многих странах социальные службы или обычные приюты не имеют достаточной квалификации для оказания поддержки женщинам, подвергающимся насилию. В дополнение к этому в приютах отсутствуют специализированные службы, необходимые для решения конкретных проблем со здоровьем. ЖУН часто сталкиваются с барьерами на пути к медицинским услугам, и очень немногие услуги ориентированы на ЖУН.

В большинстве стран женщины составляют меньшую долю людей, употребляющих наркотики, поэтому услуги для ЛУН чаще всего ориентированы на удовлетворения потребностей мужчин. Рекомендуется предоставлять консультирование для партнеров женщин, чтобы снизить уровень домашнего насилия. Партнеров можно приглашать на сессии послетестового консультирования. Информирование партнеров о результатах тестирования может проводиться в офисах консультантов, а ролевая игра может помочь подготовить клиента.

• СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ И НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ИНТИМНОГО ПАРТНЕРА (НСП)

Проблемное употребление наркотиков среди женщин часто связано с историей сексуального насилия, а ЖУН испытывают высокий уровень НСП. Насилие напрямую влияет на способность женщины практиковать безопасный секс и безопасное употребление наркотиков и способствует продолжению употребления наркотиков.

В тех случаях, когда история травмы провоцирует проблемное употребление наркотиков или рискованное поведение, важно, чтобы сотрудники программ СВ и лечения зависимости знали о том, как справляться с данными проблемами.

• ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ

ЖУН крайне уязвимы к гендерному насилию (ГН), то есть к физическому, психологическому, эмоциональному и другим формам насилия, а так же харрасменту по отношению к женщинам. Программы снижения вреда и другие услуги, связанные с ВИЧ, могут решать проблемы ГН путем предоставления прямой поддержки или направления в специализированные организации. Иногда могут потребоваться дополнительные меры и средства защиты, чтобы ЖУН смогли заявить о насилии в отношении них.

Для решения проблемы ГН необходимо:

- обеспечивать информирование ЖУН об их правах и о том, где и как они могут заявлять о неправомерных действиях полиции;
- предоставлять клиническую постконтактную профилактику (ПП) и экстренную контрацепцию лицам, пережившим сексуальное насилие, или оказывать содействие в обращении за этими услугами;
- предлагать услуги по лечению ИППП и психосоциальную поддержку;
- поддерживать развития консультирования по предотвращению насилия, специально разработанного для ЖУН.

• НАСИЛИЕ СО СТОРОНЫ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Когда ВИЧ-инфицированные ЖУН оказываются вовлеченными в секс-работу, дискриминация и насилие в отношении них удваиваются, и они становятся более уязвимыми к насилию со стороны полиции. В странах, где употребление наркотиков и секс-работа криминализованы, существуют ограничения доступа к правовой помощи и базовому медицинскому обслуживанию, и ЖУН оказываются бессильными и незащищенными перед полицией.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ЖУН в Восточной Европе и Центральной Азии становятся жертвами насилия со стороны полиции и могут испытывать физическое, эмоциональное и сексуальное насилие как во время задержаний, так и после них. Нарушения прав человека, включая жестокое обращение и пытки, обычно используются для получения признаний или ложных показаний. Имеются веские доказательства практики необоснованных задержаний, отказов в доступе к адвокату и нарушений личной безопасности в отношении ЖУН.

Полицейское насилие влияет на ЖУН по-разному, вызывая серьезные и часто опасные для жизни физические и психологические проблемы со здоровьем. Это увеличивает стигму и дискриминацию в отношении женщин и препятствует доступу к медицинским услугам, что в свою очередь способствует росту эпидемии ВИЧ. Оно также дискредитирует полицию как институт и способствует увеличению гендерного неравенства и социальной несправедливости.

В 2014 году Евразийская сеть снижения вреда (в настоящее время - Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕАСВ)) в партнерстве с организациями женщин, которые употребляют инъекционные наркотики, и организациями СВ из Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, начала кампанию по уменьшению или ликвидации полицейского насилия в отношении ЖУН. Цель кампании заключалась в повышении осведомленности правоохранительных органов о насилии со стороны полиции в отношении ЖУН путем создания для последних системы документирования и передачи по инстанциям заявлений о полицейском насилии.

Главные мероприятия включали в себя:

- разработку онлайн-инструментов на уровне сообществ для документирования и информирования о случаях насилия со стороны полиции;
- развитие компетенций ЖУН в отношении информирования о случаях полицейского насилия;
- использование инструментария ООН в сфере прав человека для выступления в защиту ЖУН от насилия со стороны полиции;
- организацию встреч с заинтересованными сторонами, средствами массовой информации и лицами, принимающими решения, для представления собранной информации о насилии и его распределении в регионах.
- Результаты последующих этапов кампании включали:
- разработку национальных и местных стратегий и планов действий для реагирования на полицейское насилие в отношении ЖУН; и
- установление диалога между ЖУН и лицами, принимающими решения, а также другими заинтересованными сторонами.

• СЕКС-РАБОТНИЦЫ УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ

Употребляющие наркотики секс-работницы представляют собой еще одну уязвимую группу, которой необходимо уделять особое внимание и предоставлять специфические услуги.

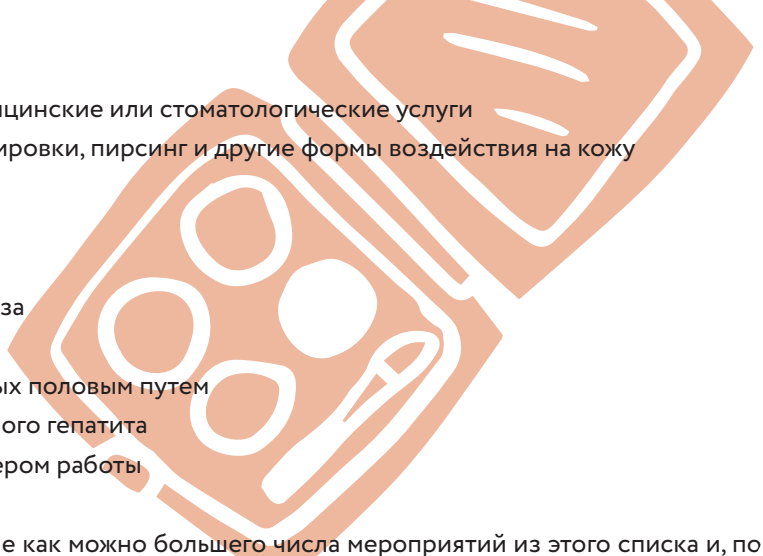
Существует риск того, что профессиональные стандарты относительно безопасного секса и личные ограничения, могут не работать, если секс-работницы употребляют наркотики; более безопасный секс часто не считается главным приоритетом среди ЖУН, вовлеченных в секс-работу. Услуги, направленные на работу с ЖУН, вовлеченных в секс-работу, должны отличаться от услуг, предоставляемых другими организациями секс-работников.

Большинство организаций сосредотачивают своё внимание на вопросах наркотиков (например, СВ), считая проблемные аспекты самой секс-работы вопросом вторичной важности.

• ЖУН В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) определило и опубликовало всеобъемлющий стандарт из 15 ключевых мероприятий и услуг в области снижения вреда для охраны здоровья и безопасности всех людей, употребляющих инъекционные наркотики в местах лишения свободы, включая женщин и ЖУН, которые часто подвергаются насилию во время отбывания наказаний:

1. Информирование, образование и коммуникация
2. Программы распространения презервативов
3. Предотвращение сексуального насилия
4. Лечение наркотической зависимости, включая программы ОЗТ
5. Программы обмена игл и шприцев

- 
6. Предотвращение передачи инфекций через медицинские или стоматологические услуги
 7. Предотвращение передачи инфекций через татуировки, пирсинг и другие формы воздействия на кожу
 8. Постконтактная профилактика
 9. Тестирование на ВИЧ и консультирование
 10. Лечение, уход и поддержка в связи с ВИЧ
 11. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза
 12. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
 13. Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем
 14. Вакцинация, диагностирование и лечение вирусного гепатита
 15. Защита персонала от рисков, связанных с характером работы

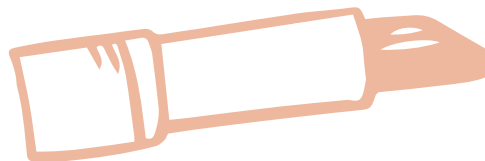
Поставщики услуг СВ должны выступать за внедрение как можно большего числа мероприятий из этого списка и, по возможности, координировать свою деятельность с местными тюрьмами для предоставления услуг.

ЖУН в тюрьмах должны иметь тот же доступ к гендерным услугам по охране здоровья и профилактике ВИЧ, что и члены их сообщества на свободе. ЖУН, как и все другие заключенные, тем лучше смогут reintegrироваться в жизнь в обществе, чем раньше начнется для них предварительная подготовка к этому. Все тюремные службы, особенно службы здравоохранения, должны разрабатывать индивидуальные планы поддержки клиентов после выхода на свободу. Индивидуальный подход к клиентам, учитывающий гендерные аспекты, является наиболее эффективной стратегией для обеспечения непрерывности ухода и доступа к услугам здравоохранения и другим услугам после освобождения. Такой подход будет лучше удовлетворять потребности ЖУН, если работа планируется в сотрудничестве с каждой из женщин, и если в рамках работы определяются процессы направления к специалистам и механизмы отслеживания доступа к услугам.

• РАЗРАБОТКА «МЕНЮ» УСЛУГ ДЛЯ ЖУН

Международное агентство по снижению вреда разработало следующие наборы услуг, которые основаны на примерах существующих гендерно-специфичных услуг в сфере СВ и предоставляют «меню» вариантов улучшения и расширения помощи ЖУН. Поскольку стратегии и программы в области снижения вреда реализуются в разных странах по-разному (а иногда и вовсе не реализованы), в идеале услуги должны быть адаптированы к потребностям женщин в конкретном контексте.

ЖУН всегда должны участвовать в разработке и осуществлении этих программ, чтобы обеспечить их эффективность, адекватность и соблюдение прав ЖУН.



• АДАПТАЦИЯ И ДОПОЛНЕНИЕ УЖЕ СУЩЕСТВУЮЩИХ УСЛУГ

Для тех организаций, которые могут позволить себе только вносить коррективы или небольшие дополнения в свои существующие услуги/программы, были рекомендованы следующие улучшения:

- добавление ориентированных на женщин предметов к базовым наборам СВ (распространение предметов женской гигиены и женские презервативы вместе со шприцами, мужскими презервативами, салфетками, смазками);
- дополнительные базовые услуги/материальная помощь для женщин, доступные на объектах СВ (тесты на беременность, подгузники и другие принадлежности для детей, краткосрочная няня на то время, пока женщины получают консультации, информационные материалы по гендерной тематике, помощь в обучении самоинъекции для устранения зависимости от партнеров);
- обучение сотрудников по гендерной тематике (консультирование женщин, потребности ЖУН и пр.);
- соблюдение гендерного баланса среди сотрудников СВ, включая активное вовлечение ЖУН в разработку и предоставление услуг;
- специально выделенное время для предоставления услуг женщинам («Женские вечера»);
- группы поддержки для женщин, гендерно-специфическое консультирование;
- установление контактов с гинекологами, акушерами и другими доверенными специалистами для направления к ним клиенток;
- программы вторичного обмена шприцев, ориентированные на расширение охвата женщин;
- обучение специалистов ОЗТ и акушеров-гинекологов по вопросам употребления наркотиков и лечения наркозависимости при беременности (в рамках программ ОЗТ/изменения политики): дозы «для домашнего приема», гибкие часы работы клиник;
- базовая подготовка по вопросам употребления наркотиков для работников первичной медико-санитарной помощи и поставщиков медицинских услуг женщинам с целью обеспечения, в случае необходимости, эффективного и оперативного направления в службы снижения вреда и другие соответствующие службы;
- налаживание связей между услугами для людей, употребляющих наркотики, и услугами для секс-работников, включая конфиденциальное снижение вреда для секс-работников, которые не могут посетить пункты снижения вреда в их часы работы.

• РАЗРАБОТКА НОВЫХ УСЛУГ УЖЕ СУЩЕСТВУЮЩИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Следующий список составлен в отношении добавления новых ресурсов или целой сферы услуг (например, наем нового сотрудника, добавление новых видов услуг в существующую программу, выделение постоянного помещения или приобретение дорогого оборудования для женщин):

- приглашение специалиста по работе с детьми и консультированию по вопросам родительских навыков;
- предоставление консультационных услуг по работе с сексуальным насилием, НСП, другим травматическим опытом и по работе со связью травмы с рискованным поведением;
- организация дроп-ин центра для женщин или выделение помещения в центре СВ, предназначенного исключительно для женщин;

- организация приема гинеколога и других медицинских специалистов в центре СВ;
- предоставление услуги многопланового ведения пациентов-женщин и их детей, включая беременных женщин;
- организация мобильных пунктов СВ, ОЗТ, базовых медицинских услуг для женщин, не имеющих возможности посетить центры оказания услуг;
- предоставление юридической помощи для разрешения проблем с документами, получения доступа к социальной поддержке, решения правовых вопросов и т.д.;
- оказание бесплатной низкопороговой медицинской помощи в сексуальной и репродуктивной сферах, включая ППМР;
- помощь с профессиональной подготовкой, трудоустройством и организация программ расширения экономических возможностей для повышения экономической независимости женщин;
- оказание социальной поддержки для женщин, освободившихся из мест заключения, включая поддержку, связанную с воспитанием детей.

• **НОВЫЕ ОТДЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ**

Заключительный список относится к совершенно новым гендерно-специфичным услугам, которые, несомненно, будут чрезвычайно полезны, но нуждаются в выделении значительных финансовых ресурсов (например, создании совершенно нового центра/помещения для предоставления услуги):

- Открытие отдельного реабилитационного центра для женщин (при возможности с совместным размещением с детьми).
- Внедрение комплексных услуг по ведению беременности и родовспоможению для беременных женщин, употребляющих наркотики.
- Предоставление краткосрочного/временного жилья для бездомных женщин и их детей.

• **СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ**

Наконец, важно иметь в виду, что компоненты благоприятной среды, которые необходимо принимать во внимание при работе на уровне индивидов, личных взаимоотношений, сообществ и общества в целом, с целью поддержки СРЗП для ЖУН, должны всегда включать следующее:

- психосоциальную поддержку
- здоровую сексуальность на протяжении всей жизни
- расширение экономических возможностей и доступа к ресурсам
- интеграцию служб СРЗП и ВИЧ
- защиту от насилия и создание безопасных условий
- социальную интеграцию и принятие
- эмпатическое сообщество
- поддерживающие законы и политику, а также доступ к правосудию

- интервенции на уровне выстраивания отношений для того, чтобы работники здравоохранения в медицинских учреждениях уважали и поддерживали ЖУН, а не осуждали или стигматизировали. Это поможет ЖУН получить более легкий доступ к контрацепции или к услугам поддержки рождаемости.
- интервенции на уровне сообществ для изменения социальных норм в отношении насилия и стигмы. Это поможет ЖУН иметь более здоровую сексуальную жизнь при менее высоком уровне насилия и ощущать, что любая их сексуальная идентичность будет приниматься.
- интервенции на общественном уровне для принятия реформ в сфере законодательства и политики. ЖУН будут охотнее отстаивать свои права, если политика системы здравоохранения будет предоставлять им широкий спектр вариантов контрацепции или услуг поддержки рождаемости.

Система здравоохранения должна вмешиваться в вопросы, которые влияют на здоровье населения на всех уровнях социальной структуры, и обязана обеспечивать взаимодействие с целью поддержки женщин в достижении здоровой сексуальности.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

International Network of People who Use Drugs (2016), 'Addressing the specific needs of women who inject drugs. Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services', United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

Pinkham, S., Myers, B., Stoicescu, C. (September 2012), 'Developing effective harm reduction services for women who inject drugs', Harm Reduction International.

EMCDDA (2006), 'A gender perspective on drug use and responding to drug problems', European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Gaffney, J., Velcevsy, P., Phoenix, J. and Schiffer, K. (2008), 'Practical Guidelines for delivering health services to sex workers', Foundation Regenboog AMOC- Correlation Network. Amsterdam.

EHRN Regional Policy Briefing (May 2015), 'Law Enforcement and Women Who Use Drugs: Improving police relations and cooperation for better public health, community safety and human rights protection', Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.

МОДУЛЬ 6. СВЯЗЬ С УХОДОМ

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники будут лучше понимать:

- что такое интегрированный подход в отношении употребления наркотиков и тестирования на ВИЧ/ВГС;
- какова роль низкопороговых организаций в улучшении установления связей клиентов с услугами по лечению;
- каковы главные барьеры на пути интеграции услуг;
- что может быть сделано для улучшения связи с лечением.

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point, рабочие группы.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Постарайтесь продемонстрировать важность той работы, которую каждый участник уже делает по установлению связи своих клиентов с услугами по уходу и лечению. Вовлеките участников в обсуждение возникающих препятствий на этом этапе работы в отношении разных аспектов: структурного, системного, физического и т. д. Мотивируйте участников на практическое осмысление путей преодоления этих барьеров и разработку рекомендаций, которые они могли бы позже использовать в своей деятельности.





ВВЕДЕНИЕ

Низкопороговые организации играют решающую роль в тестировании на ВИЧ/ВГС и в установлении связи пациентов с лечением. Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), являются уязвимой группой с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию. Лечение ВИЧ и ВГС, как правило, требует повторных регулярных обращений к различным службам, к которым у ЛУИН может не быть достаточного доступа и в отношении которых у них может быть более низкий уровень приверженности, чем у населения в целом. Для большинства хронических заболеваний успешное вовлечение в процесс непрерывного ухода начинается с тестирования, диагностики и вовлечения в сам процесс лечения с последующим удержанием в этом процессе в течение всего периода лечения. Хотя установление первоначальной связи с лечением и уходом после тестирования является решающим этапом во всем процессе, многих клиентов так и не соединяли с данными услугами эффективным образом, и, следовательно, они так и не смогли получить лечение, уход и поддержку, в которых нуждались. Обеспечение возможности людям, употребляющим наркотики, получать надлежащую помощь имеет решающее значение для предотвращения прогрессирования различных заболеваний и профилактики передачи ВИЧ/ВГС внутри сообщества.

Раннее выявление ВИЧ/ВГС в настоящее время признано важным компонентом в борьбе с распространением этих инфекций. Когортные исследования показали, что люди, живущие с ВИЧ, склонны контролировать то поведение, из-за которого вирус может передаваться через сексуальный контакт или обмен игл, как только узнают о собственном положительном статусе. Доступ к ОЗТ улучшает доступ к АРТ, а также повышает приверженность. Доступ к ОЗТ улучшает результаты лечения среди людей, живущих с ВИЧ, и коинфицированных ВИЧ-ВГС. Программы обмена игл и шприцев, которые предлагаются в местах проведения программ ОЗТ, также демонстрируют хорошие результаты скрининга на ВИЧ/ВГС.

Модуль «Установление связи с лечением» помогает научиться организовывать тестирование в низкопороговых организациях, а также обеспечивать поддержку, необходимую употребляющим наркотики людям для преодоления препятствий на пути к получению помощи. В модуле также рассматриваются практические шаги, которые могут быть приняты для улучшения связи и усиления контроля за ВИЧ/ВГС среди уязвимых и труднодоступных групп населения.

Не существует всеобъемлющего руководства по разработке и внедрению интегрированных систем тестирования на ВИЧ/ВГС в условиях низкопороговых организаций. Слишком часто поставщики услуг сосредотачивают свое внимание на одной услуге, а не на общем благополучии пациента. Будучи всесторонним, комплексный уход обеспечивает более качественную и эффективную помощь, которая лучше отвечает нуждам пациентов.

«Нам необходим интегрированный подход к предоставлению услуг.

Нам нужно бороться с фрагментацией». Генеральный директор ВОЗ, 2007

- **Какими интегрированными услугами вы пользуетесь регулярно?**
- **Какие интегрированные услуги уже внедрены в вашей сфере деятельности?**



ЧТО ТАКОЕ ИНТЕГРАЦИЯ?

Слово «интеграция» происходит от латинского глагола «integer», что в переводе означает «делать цельным». Прилагательное «интегрированный» означает «органичный в составе целого» или «воссоединенный в целое». Чаще всего эти слова используются для описания процесса собирания или сведения в целое элементов или компонентов, до этого существовавших по отдельности.

В понятие «интеграция» разные люди вкладывают разный смысл. Не существует единого определения или общего концептуального понимания интегрированного ухода. Концепция «интегрированного ухода» сильно зависит от перспектив и ожиданий различных пользователей системы, что затрудняет выработку унифицированного определения. Тем не менее, интересно, что все определения сходятся в том, что в них подчеркивается ключевая роль потребностей населения и индивидов.

Подходы можно распределить по трем следующим большим категориям:

- индивидуальные модели интегрированного ухода;
- модели, ориентированные на группы заболеваний и отдельные болезни;
- модели, ориентированные на группы населения.

ЧТО ТАКОЕ ИНТЕГРИРОВАННЫЙ УХОД?

Концепция интегрированного ухода объединяет в себе вводные данные, предоставление, менеджмент и организацию услуг, связанных с диагностированием, лечением, уходом, реабилитацией и укреплением здоровья. Интеграция – способ улучшить услуги в отношении доступа к ним, качества, удовлетворенности пользователей и эффективности.

Интегрированный уход – уход, ориентированный на человека и выстраивающийся вокруг него. Чтобы уход стал интегрированным, организациям и специалистам по уходу необходимо объединить различные его элементы, требующиеся пациенту или пользователю службы. Речь здесь идет об уходе, предоставляемом для удовлетворения всех потребностей пациента или пользователя службы как одновременно, так и на разных этапах оказания помощи, а также о стремлении улучшить результаты и опыт пользования услугами.

Интегрированный уход объединяет усилия различных групп, вовлеченных в уход за пациентами, чтобы, с точки зрения самих пациентов, предоставляемые услуги были последовательными и согласованными. Уход за пациентом может осуществляться разными специалистами в области здравоохранения и социального обеспечения, предоставляться разными поставщиками услуг. В результате люди могут столкнуться с ситуацией, когда услуги здравоохранения и социальной помощи для них окажутся фрагментированными, труднодоступными и не будут основаны ни на потребностях самих пациентов, ни на потребностях поставщиков услуг.

В большинстве случаев повышенная эффективность интегрированного ухода также помогает контролировать расходы. Нехватка сотрудников, постоянный рост затрат и потребности в услугах только обострили требования более эффективного и рационального использования ограниченных ресурсов через внедрение интегрированных моделей обслуживания.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНТЕГРИРОВАННОГО УХОДА

- улучшение опыта пациентов
- улучшение результатов
- повышенная приверженность лечению
- улучшенное качество жизни
- повышенная эффективность

НЕДОСТАТОЧНО ИНТЕГРИРОВАННЫЙ УХОД ОЗНАЧАЕТ

- дублирование и пробелы в обслуживании и инфраструктуре
- неполное либо чрезмерное потребление ресурсов
- медицинские ошибки и побочные эффекты
- проблемы с доступом к службам и прекращение пользования ими
- неудовлетворенные потребности здравоохранения

Обеспечение интегрированного ухода крайне важно для улучшения результатов оказания медицинской помощи среди людей, пользующихся низкопороговыми услугами. Лечебные услуги становятся наиболее эффективными и привлекательными для пациентов из сообщества ЛУН, когда они легкодоступны, добровольны, безусловны, не обременены какими-либо юридическими последствиями, отвечают индивидуальным потребностям; когда различные услуги по снижению вреда и лечению оказываются в одном месте (обмен шприцев/игл, ОЗТ, АРВ, лечение ВГС и т. д.). Самые успешные показатели установления связи между пациентом и услугами по уходу демонстрировались в тех случаях, когда услуги по тестированию, уходу и лечению оказывались в одном месте.

Такая модель тестирования и лечения устраняет необходимость направления пациентов к внешнему поставщику медицинских услуг, за исключением особых случаев. Центры сообществ, предоставляющие медицинские в сотрудничестве с государственными учреждениями здравоохранения и другими поставщиками услуг, оказываются оптимальным вариантом для расширения доступа к рекомендуемому тестированию, уходу и лечению употребляющих наркотики людей.

КЛЮЧЕВОЙ ТЕЗИС

ТЕСТИРОВАНИЕ + ДИАГНОСТИРОВАНИЕ + ЛЕЧЕНИЕ + УХОД + РЕАБИЛИТАЦИЯ + УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ = ЛУЧШИЙ ДОСТУП, КАЧЕСТВО, УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ.

ИНТЕГРАЦИЯ ОЗНАЧАЕТ УЛУЧШЕНИЕ УСЛУГ В ОТНОШЕНИИ ИХ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА, УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД – ИНТЕГРИРОВАННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СВОДИТ ВОЕДИНО РАЗЛИЧНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬШЕГО МНОГООБРАЗИЯ И ВЫСОКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ КАК ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЛИЦ, ТАК И ДЛЯ ОБЩЕСТВА В ЦЕЛОМ.

Люди, употребляющие наркотики (ЛУН), включая людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИ) подвергаются маргинализации и стигматизации в большинстве социумов и часто находятся в зоне повышенного риска заражения и передачи ВИЧ, гепатитов и других переносимых кровью патогенов. Эти группы населения труднодоступны и зачастую сами имеют наименьший уровень доступа и возможностей получения услуг по профилактике, уходу и лечению ВИЧ. Поэтому программы профилактики ВИЧ необходимо разрабатывать или адаптировать для эффективной выявления, охвата и удовлетворения конкретных потребностей не только ЛУН, но и любых пациентов, чье социально-экономическое положение или образ жизни затрудняет доступ к медицинским услугам, самообслуживанию и регулярному посещению специалистов сферы здравоохранения.

В зависимости от типа интеграции стратегии укрепления связей между службами могут быть связаны между собой согласно широкому спектру целей: некоторые стратегии в основном реализуются для снижения расходов, в то время как другие дополнительно ориентируются на повышение качества, доступности и удовлетворенности пользователей услугами. Комплексный уход может считаться успешным, если он способствует лучшему уходу, улучшает результаты лечения или позволяет оказывать услуги более выгодно с точки зрения затрат. Без разноразмерной интеграции могут пострадать все аспекты работы здравоохранения. Пациенты могут затеряться, необходимые услуги не будут им предоставлены или будут оказаны с задержкой, качество услуг и удовлетворенность ими у пациентов снизятся, сократится потенциал для снижения затрат.

• **БАРЬЕРЫ НА ПУТИ УСТАНОВЛЕНИЯ СВЯЗИ С УСЛУГАМИ**

1. Качество послетестового консультирования, включая недостаток времени, выделяемого для его проведения
2. Недостаточная координация между тестированием на ВИЧ и предоставлением ухода
3. Ограниченный доступ к лечебным учреждениям
4. Стигма, ассоциирующаяся с лечебными учреждениями
5. Неэффективное оказание услуг
6. Ненадлежащее взаимодействие между пациентом и поставщиком услуг
7. Недостаточная мотивация, предлагаемая программой

ПОСТАВЩИК УСЛУГ

Координация услуг, задач и ухода за пациентом через профессиональные, организационные и системные границы

РАЗРАБОТЧИК ПОЛИТИКИ

Целостность – дружелюбность политики, регулирование деятельности, финансирования; разработка подходящих систем ухода, процессов и стандартов; поддержка целостного подхода в оценке интегрированных систем и программ.

РЕГУЛИРУЮЩИЕ ОРГАНЫ

Регистрация интегрированных провайдеров, предоставление доступа к уходу, контроль за работой организаций, повышение качества, контроль безопасности

СПЕЦИАЛИСТ ПО УХОДУ

Адвокация в интересах пользователей услуг, предоставление и координация медицинских и социальных услуг

МЕНЕДЖЕР

Выстраивание и поддержка культуры и ценностей, надзор за объединенными ресурсами и источниками финансирования, координация общих целей, контроль мультикультурного коллектива, управление сложной организационной структурой и отношениями

ПОЛЬЗОВАТЕЛЬ/ ПЕРСОНАЛ

Опыт улучшения и упрощения доступа к системе ухода в целом и к отдельным её элементам, включая обмен информацией

СООБЩЕСТВО

Помощь в формировании услуг

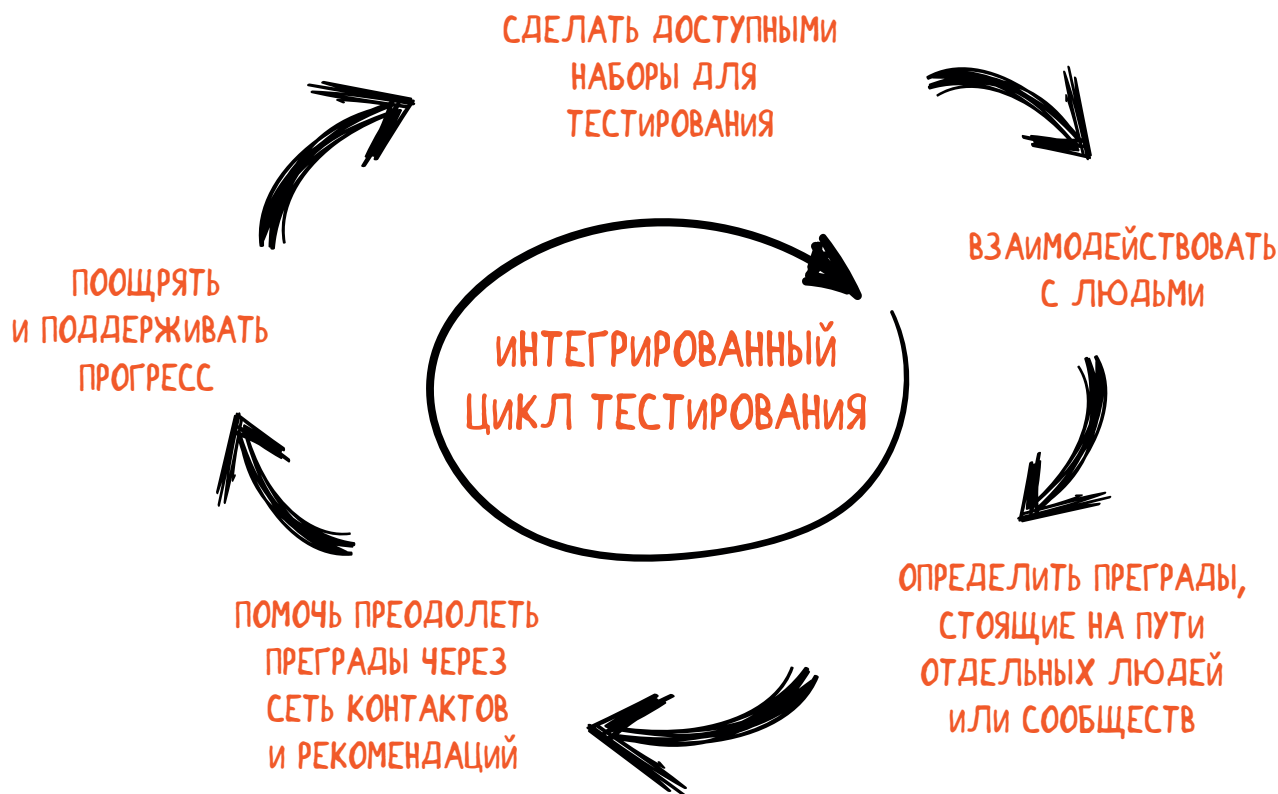
ЭКСПЕРТ ПО ОЦЕНКЕ

Оценка уровня интеграции между мерами, принимаемыми на национальном и местном уровнях, вклад в доказательную базу – интеграция, основанная на фактах

**ИНТЕГРИРОВАННЫЙ
УХОД**

Множество факторов могут препятствовать успешному внедрению тестирования и установлению связи с уходом и профилактикой. К ним относятся как персональные факторы пациентов (депрессия, отсутствие социальной или семейной поддержки и страх перед раскрытием статуса), так и структурные или экономические факторы (такие как стигма и дискриминация, расстояние до места предоставления услуг по уходу, отсутствие транспорта или его высокая стоимость и длительное время ожидания приема). Гепатит С и ВИЧ также сильнее влияют на людей с сопутствующими психическими заболеваниями или проблемами употребления психоактивных веществ.

Традиционно услуги по лечению гепатита и ВИЧ, психических заболеваний и употребления психоактивных веществ все еще предоставляются отдельными врачами или группами специалистов, зачастую часто находящимися в разных медицинских учреждениях, что может привести к отказу от продолжения терапии и/или неудачному результату лечения ВГС/ВИЧ.



КЛЮЧЕВАЯ ИДЕЯ

- **ВОВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/ВГС В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕДЛЕННО ПОСЛЕ ТЕСТИРОВАНИЯ И НА ОСНОВЕ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ДАЛЬНЕЙШЕМ, ОКАЗЫВАЕТ ЗНАЧИМЫЙ ЭФФЕКТ НА УСИЛИЯ ПО СВЕДЕНИЮ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ К НУЛЮ**
- **ГЛАВНЫЕ ПРЕГРАДЫ: ФИНАНСОВЫЕ (ОТСУТСТВИЕ СТРАХОВАНИЯ ИЛИ ЕГО НЕДОСТАТОЧНОЕ ПОКРЫТИЕ, КОНКУРИРУЮЩИЕ ПОТРЕБНОСТИ: НЕДОСТАТОК СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОПИТАНИЯ, ПРОЖИВАНИЯ И ПР.), СТРУКТУРНЫЕ (НЕДОСТУПНОСТЬ ИЛИ НЕУДАЧНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ СЛУЖБ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПРИЕМА И Т. Д.), АДМИНИСТРАТИВНЫЕ, ЛИЧНЫЕ (СТИГМА ВИЧ, СЕКСУАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ, УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ, НЕДОСТАТОК ДОВЕРИЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И Т.Д.)**

РАБОТА В ГРУППАХ: ИДЕАЛЬНАЯ ИНТЕГРИРОВАННАЯ КОМАНДА: «ПРЕДЕЛ – ЭТО НЕБО!» УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ТЕСТИРОВАНИЕМ И ЛЕЧЕНИЕМ: РАЗЛИЧНЫЕ СЦЕНАРИИ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

• ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ИНТЕГРИРОВАННОГО УХОДА?

Интегрированный уход может быть поддержан путем инвестирования в разработку инструментов такого ухода и дальнейшего применения их на практике. Существует множество способов, с помощью которых профессионалы и поставщики могут напрямую работать с сообществами, пациентами и клиентами для поддержки интегрированного ухода. Применение этих «инструментов» интегрированного ухода фокусируется на вопросе «как именно объединить клинические и сервисные услуги в одно целое?»

Для интеграции ухода используются различные подходы, но все они имеют одну и ту же отличительную особенность: проработке подвергаются все этапы оказания помощи на основе понимания того, что лучше всего подходит для пациентов. Основной стратегией улучшения доступа является концентрация услуг в одном месте и предоставление их бесплатно. Модель интегрированного оказания услуг минимизирует шансы на стигматизацию по сравнению со случаями, когда клиент обращается за этими услугами по отдельности.

Эффективная привязка будет осуществляться при понимании личности человека, употребляющего наркотики, какие препараты он использует, какие виды рискованного поведения связаны с употреблением им наркотиков (например, совместное использование инъекционного оборудования и увеличение частоты незащищенного секса), и какие шаги необходимо предпринять для установления контакта и поощрения ЛУН на участие в мероприятиях и услугах по профилактике ВИЧ.

Очевидно, что существует много вопросов, выходящих за рамки этого общего определения, поэтому полезно взглянуть на «интеграцию» с разных точек зрения.

С точки зрения пользователя интеграция означает целостное, беспрепятственное и легкое в навигации медицинское обслуживание. Пользователи хотят получить согласованное обслуживание, сводящее к минимуму как количество этапов в назначенном лечении, так и количество отдельных посещений различных медицинских учреждений. Они хотят, чтобы медицинские работники знали об их здоровье в целом (а не только в одном клиническом аспекте), и чтобы между медицинскими работниками разных уровней системы была установлена хорошая связь. Короче говоря, клиенты ожидают от ухода последовательности.

С точки зрения поставщиков услуг интеграция означает, что отдельные технические услуги (включая управление ими) предоставляются, регулируются, финансируются и оцениваются либо из одного места, либо в тесной координации.

Также очень важно понимать факторы, связанные с услугами по профилактике, уходу и лечению ВИЧ, включая доступные на данный момент услуги, их удобство для пользователя (подходят, приемлемы, доступны и по карману ли они для ЛУН), а также политический и нормативный контекст, на фоне которого происходят употребление наркотиков и передача ВИЧ, и в котором будут осуществляться интервенции.

ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В СЛУЖБЫ ПО УХОДУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПОДПИСАТЬ МЕМОРАНДУМ О ВЗАИМОПОНИМАНИИ (МОВ) СО ВСЕМИ УЧАСТВУЮЩИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ. МОВ ДОЛЖЕН СОДЕРЖАТЬ ЯСНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ТОМ, КАКИЕ ИМЕННО УСЛУГИ КАЖДАЯ ИЗ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРЕДОСТАВИТ ПЕРЕДАННОМУ ЕЙ КЛИЕНТУ.

МОВ ТАКЖЕ МОЖЕТ СОДЕРЖАТЬ ТАКУЮ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, КАК ТРЕБОВАНИЯ К ВОЗОБНОВЛЕНИЮ УСЛУГ, ДАННЫЕ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ЛИЦ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРОБЛЕМ И СРЕДНЕЕ ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПРИ ОБРАЩЕНИИ КЛИЕНТА (ЛУН НЕ БУДУТ ЖДАТЬ СЛИШКОМ ДОЛГО, ПОЭТОМУ ЛУЧШЕ ПРЕДОСТАВИТЬ ЧЕЛОВЕКУ ИНФОРМАЦИЮ О ПРИМЕРНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОЖИДАНИЯ ПРИЕМА, ЧТОБЫ ОНИ СМОГЛИ ЗАПЛАНИРОВАТЬ МЕРЫ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИМПТОМОВ СИНДРОМА ОТМЕНЫ).

1. ВСЕОБЪЕМЛЮЩИЕ УСЛУГИ НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ УХОДА

ЛУИН и их семьи имеют эмоциональные, социальные, физические и духовные потребности, меняющиеся с течением времени. Они часто должны справляться с последствиями стигмы и дискриминации, нищеты, потерь, пренебрежительного отношения и покинутости. Интегрированный уход может рассматриваться в качестве ответа на разобщенность предоставления медицинских и социальных услуг. Эта разобщенность является признанной проблемой многих систем здравоохранения. Целью непрерывного ухода (НУ) является борьба с незаконным употреблением наркотиков как с хроническим заболеванием и разработка систем, обеспечивающих гуманную, эффективную, качественную всестороннюю и постоянную помощь ЛУИН и их семьям. При внедрении программы тестирования фундаментом является налаживание тесного сотрудничества и строительство системы рефералов между клиническими центрами, обеспечивающими диагностику, лечение и уход ВИЧ, ВГС и ТБ, и предоставляющими другие услуги, в которых могут сочетаться тестирование и/или консультирование.

2. ФОКУС НА ПАЦИЕНТЕ

Интегрированная система предоставления услуг должна скорее удовлетворять потребностям пациентов, чем поставщиков услуг. Организациям, которые не смогут поставить пациента в центр усилий по интеграции, вряд ли удастся добиться успеха. Предоставление медицинских, социальных и связанных с ними иных услуг (например, предоставление жилья) в необходимый момент и там, где это нужно, может быть сложной задачей. Среди отдельных проблем, которые приходится обычно решать при её реализации, есть такие, как оценка потребностей, составление комплексных пакетов услуг, координирование действий нескольких поставщиков услуг, обеспечение непрерывности, мониторинг состояния здоровья и функционального состояния, реагирование на кризисы, поддержка опекунов среди членов семьи, и, наконец, выполнение всех этих основных видов деятельности в рамках существующих ограничений в финансировании и доступности ресурсов.

Почему важно мнение пациента?

- Пациенты являются свидетелями и участниками интеграционного процесса.
- Пациенты иногда являются единственным связующим между провайдерами, секторами, направлениями предоставляемых услуг.
- Пациенты располагают знанием, позволяющим определить отправную точку для последующей оценки изменений.
- Пациенты обладают опытом взаимодействия со многими, хотя и не со всеми, аспектами интегрированного ухода.

Пациенты должны привлекаться к процессу принятия решений в отношении собственного ухода и поддержки: «ни каких решений в отношении меня без моего участия».

3. ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ОХВАТ

Аналогичным образом интегрированные услуги предоставляют возможность осуществления индивидуальной профилактики, ухода и лечения в отношении ЛУИН: людей, имеющих комплексные медицинские и социальные потребности. Эти услуги также способствуют улучшению коммуникации и оказанию многопрофильной помощи и, по всей вероятности, повышают отдачу и экономическую эффективность. Таким образом, там, где это возможно, программы должны работать над оказанием интегрированных услуг для ЛУИН способами, которые озвучиваются самими ЛУИН, и которые способствуют развития доверия к устройству услуг и к их поставщикам. Когда это невозможно, следует установить и поддерживать тесные связи между медицинскими и социальными службами, работающими с ЛУИН.

4. ОКАЗАНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

ЛУИН обычно страдают от множественных сопутствующих заболеваний, часто возникающих в результате маргинализации и испытываемых ими лишений. Показатели распространения туберкулеза, ВИЧ, вирусного гепатита и других инфекционных заболеваний, равно как и психических расстройств, среди ЛУИН очень высоки. Если клиент не готов к посещению врачей, тогда целью привязки будет обеспечение того, чтобы клиент «оказался как можно ближе к все-стороннему медицинскому обслуживанию» с помощью одного или нескольких из следующих направлений:

- к куратору в учреждении, имеющем связь с медицинской помощью; или
- к куратору в учреждении, имеющем связь с немедицинской помощью.

5. ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА

Информационные технологии, поддерживающие установление связей в особенности через системы электронной медицинской документации, использование систем поддержки принятия клинических решений, а также систем, способных идентифицировать и охватывать пациентов с «повышенным риском».



6. ЛИДЕРСТВО

Некоторые существующие политические нормы могут не позволять ВИЧ-инфицированным людям, использующим наркотики, получать доступ к требуемому уходу. Очень важно, чтобы специалисты по планированию программ понимали, какие законы существуют в отношении таких людей, и какие формы поведения криминализуются этими законами (например, хранение наркотиков, их употребление и т. д.). Понимание политики и правовой среды обеспечит выявление потенциальных барьеров на путях реализации и использования услуг. Эффективное лидерство на всех

уровнях с обращением особого внимания непрерывному повышению качества – необходимая составляющая всего процесса.

7. ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Ожидается, что установление эффективной связи с лечением и уходом за больными ВИЧ/ВГС после положительного диагноза повысит эффективность программы, поддержит более раннее начало лечения и уменьшит количество пациентов, выпавших из поля зрения до начала лечения, что приведет к потенциальной экономии средств при одновременном обеспечении непрерывности ухода.

Международные подходы к оценке интегрированного ухода настоятельно рекомендуют:

- координацию внутри групп оказания помощи;
- координацию между группами;
- координацию между группами и сообществами;
- непрерывную осведомленность о пациенте; и
- непрерывные упреждающие ответные меры на изменения, происходящие между визитами.

ВОЗМОЖНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ В ГРУППАХ:

- **ВЫЯВЛЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ БАРЬЕРОВ ДЛЯ КЛИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ДОСТУП К УСЛУГАМ ТЕСТИРОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ, С УЧЕТОМ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЛЯ ЛИЧНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ.**
- **ДОСТУПНЫ ЛИ УСЛУГИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, В МЕСТАХ КОНЦЕНТРАЦИИ ЭТОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ?**
- **ДОСТАТОЧНОЕ ЛИ КОЛИЧЕСТВО ЦЕЛЕВОГО НАСЕЛЕНИЯ В ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОЛУЧАЕТ УСЛУГИ?**

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. *Accessibility and integration of HIV, TB and harm reduction services for people who inject drugs in Portugal*, World Health Organization 2012
2. *L. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002;2:e12*
3. <https://www.gov.uk/guidance/enabling-integrated-care-in-the-nhs>

МОДУЛЬ 7. ПОВЫ- ШЕНИЕ КАЧЕСТВА

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники получат:

- понимание инструментов для повышения качества;
- навыки выбора правильных инструментов; и
- понимание того, что такое «качество».

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point, короткий фильм, практические упражнения в группах.

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

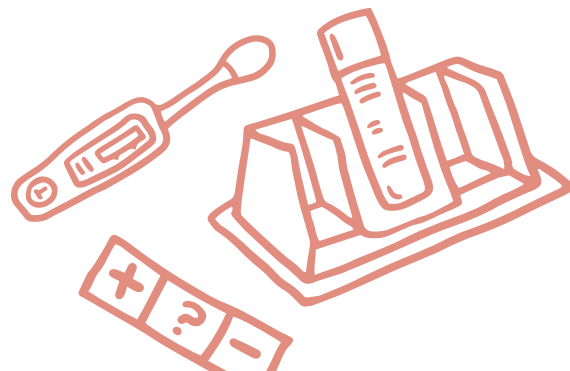
Посетите сайт: <http://www.qualityaction.eu>

Перед началом сессии загрузите короткий фильм об инструментари PIQA:

<http://www.qualityaction.eu/piqa.php>

убедитесь, что все оборудование работает корректно.

Попробуйте воспользоваться PIQA сами до того, как рассказывать о нем участникам обучения. Инструментарий доступен на английском, немецком, итальянском, литовском, хорватском и словацком языках

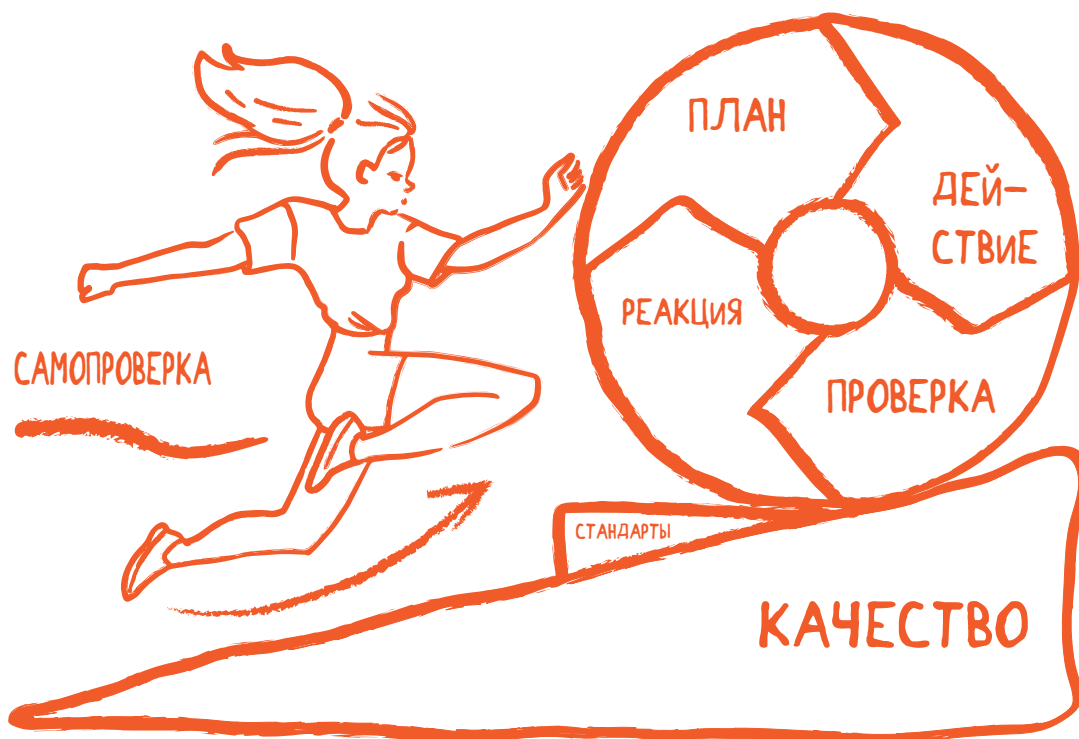




• ЧТО ТАКОЕ ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА?

Повышение качества (ПК) – важная часть работы каждой организации, особенно такой, которая предоставляет услуги по спасению жизни людей. Работа, которую мы делаем, а также предоставляемые нами услуги, должны не только соответствовать текущей ситуации, но и находиться на самом высоком уровне эффективности. Повышение качества позволяет глубоко заглянуть внутрь проекта, проанализировать его сильные и слабые стороны и увидеть, где могут быть произведены улучшения. ПК распознает и документирует то, что работает хорошо, и почему это происходит, а также закрепляет и умножает успех.

Существуют различные инструменты, которые были созданы, чтобы помочь вам обеспечить качество вашего проекта/программы и найти решения для его улучшения. Инструменты просты в использовании, и вы можете найти вспомогательную информацию о них на веб-сайте. Использование одного или даже всех инструментов бесплатно, но дает много преимуществ. Эти инструменты помогают анализировать и контролировать работу, которую вы выполняете, а также поощрять участие всех заинтересованных сторон.



• ЦЕЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА

Цель применения инструментов повышения качества зависит от того момента, когда вы решили воспользоваться ими.

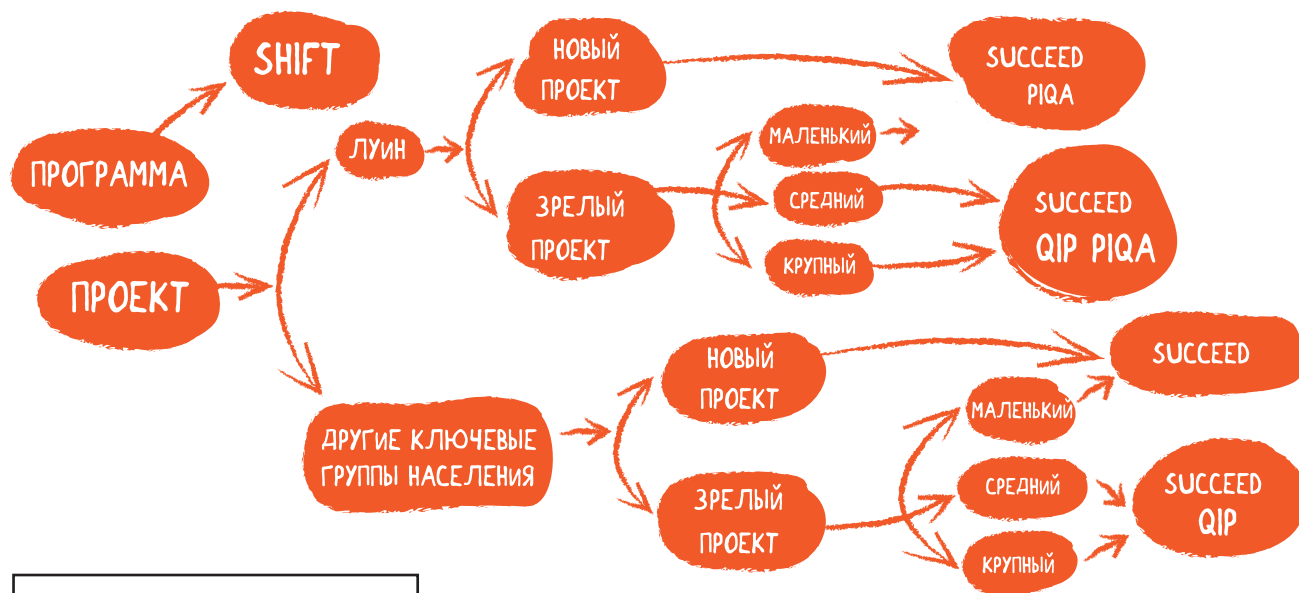
Инструменты повышения качества могут использоваться как на этапе планирования, так и во время реализации проекта.

В конце проекта использование инструмента ПК может обеспечить мониторинг и оценку, помочь выявить как то, что хорошо работает, так и области, требующие внимания при работе над будущими проектами.

• КАКИМ ИНСТРУМЕНТОМ СЛЕДУЕТ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ?

Существует множество инструментов повышения качества, некоторые из которых разработаны специально для поддержки деятельности по укреплению здоровья. Quality Action (Качественное действие) – проект Joint Action Project (Совместного Действия) - предлагает набор из пяти практических инструментов, адаптированных или разработанных для профилактики ВИЧ в соответствии с широким спектром проектов и программ. Они основаны на научных свидетельствах, практическом опыте и советах экспертов. Все пять инструментов поощряют самоанализ и личное участие в качестве важных предпосылок для создания культуры повышения качества. Инструменты сопровождаются «Руководством по выбору инструмента», «Гидом по проведению практических семинаров», учебными материалами и образовательными ресурсами в сети Интернет.

Критерии, использованные при отборе и разработке инструментов, предлагаемых Quality Action:



РУКОВОДСТВО ПО ВЫБОРУ
ИНСТРУМЕНТА УК

Инструмент PIQA был специально адаптирован для мероприятий по оздоровлению употребляющих наркотики людей, и может использоваться для проектов, направленных на профилактику ВИЧ, ИППП, гепатита, туберкулеза и других инфекций, которые реализуются среди людей, употребляющих инъекционные наркотики/людей, употребляющих наркотики (ЛУИН/ЛУН). Он также может использоваться для других оздоровительных проектов, ориентированных на ЛУИН/ЛУН, и для обеспечения качества оздоровительных компонентов прочих проектов, ориентированных на ЛУИН/ЛУН. PIQA может использоваться непосредственными исполнителями, координаторами проекта и представителями целевой группы, осведомленной о проекте.

PIQA - инструмент самооценки. Он наиболее полезен при включении в процесс оценки качества широкого круга людей: членов проектной группы, целевой аудитории и всех заинтересованных сторон.

Инструмент состоит из вводной части – инструкции по использованию, и наборов вопросов по семи важным областям, которые - по опыту - имели важнейшее значение для успеха в укреплении здоровья. Респонденты оценивают в какой степени проекту удалось выполнить требования в каждой из этих областей. В зависимости от оценки вы можете определить, в каких областях ваш проект был успешен, а в каких имел умеренный или слабый успех, и затем рассмотреть возможные пути улучшений.

Этот инструмент был разработан в тесном сотрудничестве с Европейским мониторинговым центром по наркотикам и наркомании (ЕМЦНН) с обращением особого внимания на укрепление здоровья и профилактики заболеваний среди ЛУИН.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

<http://www.qualityaction.eu>



9 ПРИЧИН ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В QUALITY ACTION

1. ВЫ ОПРЕДЕЛИТЕ,
ЧТО У ВАС УЖЕ
ПОЛУЧАЕТСЯ ХОРОШО

2. ВЫ УЗНАЕТЕ,
ГДЕ, КАК И ПОЧЕМУ ВЫ
УЖЕ ДОСТИГЛИ УСПЕХА
ИЛИ ТЕРПИТЕ НЕУДАЧУ

3. ВЫ УЗНАЕТЕ,
КАК УЛУЧШИТЬ
СВОЮ РАБОТУ

4. ВЫ ПОВЫСИТЕ
ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И
ПОЛУЧИТЕ ПОЛЬЗУ ОТ
ВКЛАДА ЗАИНТЕРЕСО-
ВАННЫХ СТОРОН

5. ВЫ ОБРЕТЕТЕ
ПРОСТРАНСТВО И ВРЕМЯ
ДЛЯ РАЗМЫШЛЕНИЙ О
СВОЕЙ РАБОТЕ И ВЫСТРО-
ИТЕ КОМАНДУ И КОММУ-
НИКАЦИЮ В НЕЙ

6. ВЫ ПОВЫСИТЕ
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОТ
РАБОТЫ ВАШИХ КОЛЛЕГ
И СОТРУДНИКОВ

7. ВЫ ПОЛУЧИТЕ
ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ЭФФЕКТИВНОСТИ
ВАШЕЙ РАБОТЫ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ

8. ВЫ УПРОСТИТЕ
И УЛУЧШИТЕ ПЛАНИРО-
ВАНИЕ, ВНЕДРЕНИЕ,
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКУ
ВАШИХ ПРОЕКТОВ И
ПРОГРАММ

9. ВЫ ВЫСТРОИТЕ СВЯЗИ
С ДРУГИМИ ЕВРОПЕЙСКИМИ
ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ЧТОБЫ СДЕ-
ЛАТЬ ПРОФИЛАКТИКУ ВИЧ
БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ

МОДУЛЬ 8. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ/ВГС В СООБ- ЩЕСТВАХ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ.

ЦЕЛЬ:

К концу учебной сессии участники ознакомятся:

- с примером тестирования в тюрьмах Германии
- с требованиями к мероприятиям по тестированию в условиях мест заключения
- со стандартами проведения тестирования на ВИЧ и ВГС в условиях мест заключения

УЧЕБНАЯ МЕТОДИКА:

Лекция

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Презентация Power-Point

ИНСТРУКЦИЯ ПРОВОДЯЩЕМУ ОБУЧЕНИЕ:

Объясните участникам обучения, что содержание этого модуля основано на описании пилотного проекта «Тестирование на ВИЧ и ВГС и консультирование в условиях мест лишения свободы. Пример пилотного проекта 2016-2018», осуществленного в Германии. Перед началом модуля подготовьте национальные статистические данные о населении тюрем и уровне инфицирования ВИЧ/ВГС/ТБ среди заключенных.

Обратите внимание участников на то, что стандарты медицинского обслуживания в тюрьмах не должны быть хуже, чем за пределами тюрем.





• ТЮРЬМЫ КАК МЕСТА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каждый год около 110 000 человек впервые попадают в тюрьму в Германии. «Кругооборот» заключенных очень высок: люди ежедневно заключаются в тюрьмы и освобождаются из них. В заключение попадают представители групп повышенного риска. Среди них из-за антинаркотического законодательства оказываются и люди, употребляющие наркотики (ЛУН). Исследование под общим названием DRUCK, проведенное Институтом Роберта Коха в период между 2011-2015 годами, показало, что уровень инфицирования ЛУН ВГС и ВИЧ оказался выше среднего (ВГС: 37-73%, ВИЧ: 0-9%); что хотя уровень охвата ЛУН тестированием является высоким, недавно выявленные случаи инфицирования указывают на то, что тесты все же проводятся недостаточно часто, и для тестирования ЛУН следовало бы предпринимать больше усилий, особенно в тюрьмах. Распространенность вакцинации от ВГВ среди ЛУН также оказалась низкой (15-52%).

Данные за 2010 год показывают, что количество случаев хронического ВГС в тюрьме в 32 раза и ВИЧ в 24 раза превышает показатели по населению в целом. Учитывая тот факт, что существуют особые связанные с тюрьмой риски заражения болезнями, передающимися через кровь (исследование DRUCK выяснило, что 40% участников исследования сообщили об употреблении инъекционных наркотиков в тюрьме и что 3% заявили, что начали употреблять инъекционные наркотики именно в тюрьме), особый смысл получает предоставление заключенным услуг консультирования и тестирования на ВИЧ/ВГС и вакцинации от ВГА/ВГВ. Однако из-за неоптимальных стандартов тестирования в тюрьмах, немецкие НКО пока не проявляют желания предлагать свои услуги по консультированию и тестированию в тюрьмах. Риски для заключенных были восприняты как слишком высокие, поэтому регулярно проводимые по всей стране в общинах кампании по тестированию уязвимых групп населения, например гомосексуалов и ЛУН, пока недоступны для заключенных тюрем.

Частота выявления ВИЧ на поздних стадиях (с показателями СД4 менее 500) в Германии по-прежнему слишком высока (примерно 30-50%). Необходимы дополнительные усилия для обнаружения недиагностированных ЛЖВ, в том числе в тюрьмах. Здоровье заключенных должно восприниматься как составная часть здоровья всего общества. Поддержка здоровья в тюрьме будет способствовать достижению цели «не оставить никого забытым» и показателей 90-90-90, определенных как необходимые для искоренения СПИДа и приведенных в списке Целей устойчивого развития (ЦУР), которые страны мира согласились достичь к 2030 году.

• СТАНДАРТЫ ДОБРОВОЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ (ДКТ) В ТЮРЬМАХ

Стандарты ДКТ требуют, чтобы тестирование на ВИЧ проводилось с информированного согласия пациентов, что бывает трудно обеспечить в местах наказания, таких как тюрьмы. Любая интервенция на основе сообщества должна обеспечивать конфиденциальность результатов тестов, и что участие в процедурах не вызовет отрицательных последствий для прошедших тестирование заключенных.

Нарушение конфиденциальности может привести:

- к исключению из совместного досуга (спорт и пр.);
- к исключению из доступа к местам работы, например прачечной или кухни;
- к дискриминации со стороны других заключенных и/или сотрудников тюрьмы и медицинского персонала.

Дискриминационный характер таких внутренних ограничений очевиден. В Германии действуют антидискриминационные законы и правила, обеспечивающие права и безопасность ЛЖВ по всей стране. Однако положительные результаты теста, полученные в тюрьме, могут на индивидуальном уровне приводить к чрезвычайно сложным ситуациям, способным разрушить здоровье, карьеру и жизнь человека.

• ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВЯЗИ С ЛЕЧЕНИЕМ

Тестирование на ВИЧ без установления привязки к лечению само по себе создает проблемы. Дополнительные проблемы возникают из-за того, что заключенные не могут выбрать себе лечащего врача или могут не доверять назначенному. Такое случается из-за общих опасений, на основе предыдущего опыта или по причине услышанного от других заключенных. В этом случае заключенным труднее налаживать доверительные отношения со своими врачами, и связь с лечением и заботой может стать очень непростой. Хорошие отношения между врачом и пациентом, основанные на доверии, симпатии и взаимопонимании, часто приводятся в пример как необходимая основа для начала непрерывного лечения ВИЧ за пределами тюрьмы. Мы знаем, что достижение хорошей приверженности лечению без подобной основы может быть довольно сложной задачей.

С финансовой точки зрения установление связи с лечением ВИЧ в тюрьмах Германии больше не является нерешаемой задачей. Однако лечение ВГС продолжает оставаться значительной проблемой. Большинство заключенных с положительными результатами тестов на вирус гепатита С, полученных в тюрьме, скорее всего, не получают лечения их хронических инфекций. Причинами этому являются высокие затраты на лечение ВГС современными методами, ограниченные бюджеты программ здравоохранения в тюрьмах и большое количество ЛУН с ВГС в тюрьме.

Тот факт, что друзья и семья заключенных часто труднодоступны, оказывается дополнительным барьером, особенно когда встают вопросы медицинского вмешательства или возникают проблемы эмоционального и психологического характера.

Важнейшим пунктом для разработки пилотной программы в Германии стал вопрос гарантии того, что участвующие в программе заключенные получают полный контроль над информацией о своем статусе ВИЧ/ВГС в тех случаях, когда заключенный не готов консультироваться с тюремным медперсоналом во избежание вышеупомянутых негативных последствий. Кроме того, тюремным властям необходимо было убедиться, что сотрудничество с сообществом не будет угрожать, а наоборот, будет приносить дополнительную пользу как заключенным, так и медработникам и другим сотрудникам тюрем.

Для решения этих проблем Немецкая Федерация по СПИДу разработала концепцию образцовой интервенции для решения этих проблем. В качестве первого шага по разработке концепции группа экспертов сообщества, имеющих опыт работы в тюрьмах, провела выходные, делясь своими знаниями и участвуя в мозговом штурме о возможных интервенциях, которые можно было бы провести на базе сообщества. Собранная информация направила последующие процессы в нужное русло. Результаты упомянутого выше исследования DRUCK и принципы тестирования на основе сообществ (уже применяемые в ДКТ, проводимом в сообществах вне тюрем) оказали важное влияние на разработку интервенции.

Во главу угла была поставлена безопасность заключенных. По результатам обсуждений был нанят консультант для написания концепции, которая была разослана для утверждения по министерствам юстиции (МЮ) всех земель Германии.

Интервенция была реализована на базе одной из мужских тюрем в Германии. Первые результаты будут опубликованы осенью 2018 года. Весь процесс от зарождения идеи до момента реализации занял 3 года.

• ПЕРВЫЕ УРОКИ:

1. Реализация подобного проекта требует анализа ситуации и тщательного обсуждения. Нельзя забывать о времени, которое потребовалось для получения поддержки от Министерства Юстиции и поиска партнеров в тюремной системе.
2. Чтобы ограничить возможные негативные последствия для заключенных, программы тестирования ДКТ должны реализоваться такими НГО, которые уже знают систему и имеют опыт работы в тюрьмах (или при непосредственном участии таких НГО).
3. В рамках реализации программы необходимо наладить хорошее сотрудничество между НКО, медработниками и другими сотрудниками пенитенциарных учреждений.
4. В месте осуществления ДКТ должна быть создана благоприятная атмосфера.
5. Необходимо обеспечить распространение информационных материалов и презервативов.

• КОНЦЕПЦИЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ/ВГС НА ОСНОВЕ СООБЩЕСТВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

После разработки описанная выше концепция была передана Министерству юстиции. Цель передачи состояла в том, чтобы убедить тюремные органы здравоохранения принять участие в программе в качестве партнеров и объяснить некоторые запланированные меры. Оригинальная концепция доступна только на немецком языке.

• ЦЕЛЬ ИНТЕРВЕНЦИИ

Для тщательного внедрения ДКТ в условиях тюрьмы требуется много времени, которого никогда не хватает тюремным врачам, занятым выполнением множества других обязанностей. Цели интервенции включают в себя:

- снижение нагрузки на врачей и медицинский персонал путем предложения заключенным дополнительного ДКТ на ВИЧ/ВГС, проводимого силами НГО и дополнительно привлекаемых врачей;
- реализацию внедрения правил проведения ДКТ в тюремной обстановке; и
- предоставление заключенным времени для обсуждения вопросов, связанных с: рискованным поведением, процедурами тестирования, стратегиями снижения риска (безопасный секс, менее опасное употребление наркотиков), рисками, связанным с лишением свободы.

Конечная цель состоит в том, чтобы выявить новые случаи инфицирования ВИЧ/ВГС, сократить количество поздних выявлений лиц, живущих с ВИЧ, а также заполнить пробелы в системе лечения и ухода (установление связи с лечением).

• ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ И ПОДГОТОВКА

Первоначально должен быть проведен анализ ситуации, включая разработку концепции, разъясняющей поставленные цели и задачи, а также должна быть подтверждена готовность всех вовлеченных сторон (МЮ, тюремных органов здравоохранения, НГО с хорошими контактами в тюрьмах) сотрудничать и согласовывать общую цель и задачи в соответствии с одобренными процедурами и стандартами. В качестве гарантии необходимо задокументировать все потребности, подписать соглашение между участвующими сторонами, в котором отражалось бы общее видение всех аспектов. Чтобы обеспечить сотрудничество и контроль над рисками, необходимо провести для всех участников (включая тюремный медперсонал, сотрудников, охранников, представителей НГО и т. д.) обучающие тренинги по целям и сфере охвата вмешательства, а также по сопутствующим темам, таким как: базовая информация о ВГС/ВИЧ, профилактика, рискованные ситуации, снижение вреда, безопасное употребление наркотиков, безопасный секс и т. д.

Участие заключенных должно быть добровольным. Принимающие участие в проекте внутри тюрем должны рекламировать планируемую интервенцию среди заключенных, сообщать о его датах и процедурах и привлекать заключенных к участию в них после получения согласия. Листовки и другие рекламные материалы, наборы для тестирования и другое могут быть предоставлены НГО.

Сотрудничество всех партнеров внутри тюрьмы должно гарантировать то, что на заключенных не оказываются давление для обеспечения их участия. Следует выделить чистое помещение (при возможности с умывальником), которое гарантировало бы анонимность контакта заключенных и консультантов, проводящих тестирование.

• РАСПИСАНИЕ ДОТЕСТОВОГО, ПОСЛЕТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И САМИХ ТЕСТОВ

Часы консультаций обычно должны выделяться в виде трехчасовых «окон» и должны предлагаться на регулярной основе, например, каждые 14 дней. Даты и часы приемов должны быть удобными как для заключенных, так и для сотрудников тюрем. Заключенным, желающим принять участие, могут предлагаться от одного до трех вариантов записи на консультации.

Экспресс-тест. Первое назначение – на предварительное консультирование (и тестирование, если заключенный решит, что он или она хочет пройти тестирование, используя экспресс-тест. Если тест не будет реактивным, то его результаты могут быть сообщены на этой же встрече; в данных случаях можно ограничиться одной встречей).

Лаборатория. Второе назначение – для сообщения и объяснения результатов теста (если экспресс-тест не использовался, или его результаты требуют подтверждения), а также для обсуждения вариантов лечения.

Дополнительная консультация. Третье назначение может потребоваться, если заключенный захочет больше узнать о рискованном поведении, последствиях результатов теста, последующей диагностике, вариантах лечения и установления связи с уходом, либо обсудить свои следующие шаги и прочее.

Заклученным должна быть предоставлена возможность сообщить тюремному персоналу о своём желании принять участие. При этом они не должны объяснять причину своего желания. После первой встречи заклүченныe должны получить карту с кодом и датой следующей встречи. Эта карточка нужна исключительно для целей логистики: на карте для сохранения конфиденциальности (от других заклүченныx и сотрудников тюрьмы) не должно быть никакой иной информации. Участие в программе должно быть абсолютно добровольным без какого-либо давления. Зaclүченныe должны иметь возможность сами решить, в какой момент времени они захотят прекратить участвовать в программе.

• НАИЛУЧШЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ

Необходимо обдумать время предоставления ДКТ услуг в тюрьме. Многие тюрьмы предлагают тестирование в момент поступления заклүченного, и это является хорошей идеей в случае выявления проблем со здоровьем или проявления острых симптомов, однако:

- Лучше всего проводить ДКТ на ВИЧ/ВГС в тюрьме по прошествии несколько недель с момента поступления в тюрьму: заклүченныe, ознакомившиеся с новым окружением, с эмоциональной точки зрения более уравновешены, что является немаловажной предпосылкой для «переваривания» информации, в том числе о результатах тестов. Несмотря на то, что отношение к положительному статусу ВИЧ/ВГС в настоящее время значительно менее острое, способность справиться с результатами тестирования очень сильно разнится от человека к человеку и зависит также от объема информации, которой на тот момент располагает заклүченный.
- Ещё одна хорошая возможность для проведения ДКТ – после консультирования по рискам, связанным с пребыванием в тюрьме (по вопросам безопасного употребления наркотиков и безопасного секса): в этом случае оно дает возможность изменить свое рискованное поведение, что способствует повышению безопасности самого заклүченного, других заклүченных, а также тюремного персонала.
- Другой хорошей возможностью для ДКТ является время освобождения: консультирование предоставляет возможность подготовить потребителей наркотиков к контакту с системами поддержки (жилье, направление на лечение ВГС и т.п.), доступными за стенами тюрьмы, а также к рискам, связанным с рецидивами, новыми психоактивными веществами, передозировкой и т.п.

• СОДЕРЖАНИЕ ДОТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Консультанты сообщества или врач могут принимать участие в конфиденциальном дотестовом консультировании. При необходимости следует заранее предложить и организовать услуги переводчика. Среднее время, затрачиваемое на консультирование, составляет около 20 минут в зависимости от знаний и потребностей в информировании заклүченного. Основой консультирования является анонимная анкета на 13 страниц, оценивающая уровень знаний и рискованности поведения, служащая для консультанта руководством по проведению беседы. Основные темы, затронутые в анкете, касаются знаний, вопросов и рисков, связанных с:

- основной информацией о ВИЧ/ВГС (включая варианты лечения);
- рискованными ситуациями (секс, потребление наркотиков, татуировка, пирсинг) в прошлом и в тюрьме;
- путями передачи инфекций (ВИЧ, ВГС, других ИППП);
- безопасным употреблением, безопасным сексом, собственным рискованным поведением, эмоциональной уравновешенностью.

На основе информации, касающейся рисков, а также вопросов, поднятых заключенным, следует предоставить данные об используемых тестах, последующих шагах, возможных иных диагностических тестах (в том числе для ИППП) и о целесообразности вакцинации против гепатита А/В, в том числе:

- информацию о результатах тестов и процедурах;
- описание преимуществ и недостатков проводимых тестов;
- информацию о процедурах, времени ожидания и возможных эмоциональных проблемах, связанных с положительными результатами тестов (ELISA, ПЦР);
- информацию о последующих действиях при положительных результатах тестов (последующие диагностические шаги, варианты лечения в тюрьме, свобода в принятии решения о привлечении тюремного врача на основании самостоятельного выбора, важность соблюдения условий конфиденциальности);
- информацию об обязательной регистрации лабораторией всех новых выявленных случаев ВГС/ВИЧ в национальных органах здравоохранения.

Консультирование должно включать предоставление информации о возможных негативных последствиях в тюремных условиях, если результаты теста окажутся положительными. В этом же контексте следует обсудить вопросы эмоциональных реакций и стратегий совладания. Конечная цель заключается в том, чтобы заключенный смог принять обоснованное решение проходить или не проходить тест (информированное согласие).

• ТЕСТИРОВАНИЕ, ЗАБОР КРОВИ

Тестирование должно проводиться только с согласия заключенного и после того, как вся информация будет ему предоставлена и обсуждена с ним. Все проведенные тесты должны кодироваться и храниться в тайне в соответствии с обычными процедурами, используемыми вне тюрьмы

- Тесты должны проводиться привлеченным со стороны сотрудничающим с проектом врачом (или под тщательным его/её наблюдением).
- Тестовые образцы (ELISA, ПЦР) должны быть отправлены в местные лаборатории (результат не должен доводиться до сведения медработников тюрьмы, если только заключенный не позволит этого сам для обеспечения дальнейшей диагностики, лечения и т. д.).

• ПОСЛЕТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, СООБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Заключенный должен принести на прием код, выданный ему на первой встрече.

- Результаты тестов должны сообщаться только лично участвовавшим в тесте врачом.
- Информация о результатах тестирования должна предоставляться только заключенному.
- Решение о раскрытии результатов теста другим лицам может приниматься только заключенным. Никто не должен оказывать давления на принятие заключенным решения о раскрытии результатов теста.
- Должно быть выделено достаточно времени для того, чтобы обсудить вопросы, связанные с последующими шагами и другими выявленными заболеваниями (ИППП и пр.)

- Результаты экспресс-тестов должны сообщаться немедленно. Если результат реактивный, его результаты и возможные последующие шаги (подтверждающие тесты: ELISA, по необходимости ПЦР) должны быть объяснены заключенному.
- Забор крови для подтверждающего теста должен быть предложен при положительном результате теста, но это также можно сделать и при следующей встрече, в том случае, если заключенному требуется время принять решение о своих последующих шагах.
- Если тест на ВИЧ/ВГС будет положительным, следует обсудить варианты лечения, последующие необходимые шаги и/или другие тесты для выяснения состояния здоровья, а также важность вакцинации от ВГА/ВГВ и прочее. Поскольку лечение нужно будет осуществлять в пределах тюремной системы, очевидно, что хорошее сотрудничество между инициаторами вмешательства и тюремным медперсоналом станет играть в процессе лечения ключевую роль.
- Возможные преимущества раскрытия результатов тестирования тюремному медперсоналу (например, для начала лечения) также должны быть объяснены заключенному. Как и ранее, здесь не следует применять давление: решение должно приниматься только заключенным.
- Информация должна раскрываться тюремному медперсоналу, только если заключенный освобождает все вовлеченные стороны от выполнения обязательств соглашения о неразглашении.
- Для обсуждения следующих шагов, возможных вариантов лечения, соблюдения режима терапии и т.д. могут быть организованы совещания с участием заключенного, тюремного медперсонала и врача, участвующего в проекте.

Рассматриваемые выше вопросы указывают на необходимость взаимного уважения и хорошего сотрудничества между всеми сторонами, участвующими в проекте. Если это не будет соблюдено, заключенному может быть нанесен значительный ущерб.

• РАСХОДЫ

Все расходы, связанные с реализацией проекта вмешательства, были покрыты инициатором проекта (Deutsche AIDS-Hilfe). В список затрат также вошли расходы на разработку проекта и рекламных материалов, информирование и обучение всех участвующих сторон, а также транспортные расходы.

Каждые 14 дней проводились 4-часовые сессии до- и послетестового консультирования и тестирования. Расходы по проведению включали оплату услуг врача: 53 евро в час, а также оплату консультантов (приглашенных социальных работников): 30 евро в час. При необходимости к работе привлекались переводчики с почасовой оплатой их услуг.

Расходы по проведенным тестам (экспресс, ELISA, ПЦР по необходимости) также были покрыты инициатором проекта.



ПЕРЕД ПЛАНИРОВАНИЕМ ПОДОБНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОРГАНИЗАТОРАМ СТОИТ ПРИНЯТЬ ВО ВНИМАНИЕ НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ РАСХОДЫ:

- 7,20 евро – экспресс-тест на ВИЧ
- 17,20 евро – экспресс-тест на ВГС
- 5,25 евро – тест на антитела ВИЧ
- 28 евро – Вестерн-блот
- 7 евро – тест на антитела ВГС
- 38,50 евро – тест ПЦР ВГС

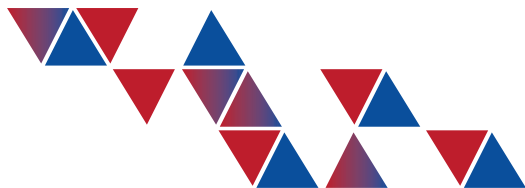
ВОЗМОЖНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ В ГРУППАХ:

- ОБДУМАТЬ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ТЕСТОВ НА ВИЧ/ВГС В ТЮРЬМАХ
- СВЯЗЬ С ВНЕШНИМИ УСЛУГАМИ: СОСТАВЬТЕ СПИСОК ИЛИ НАРИСУЙТЕ ИЛЛЮСТРАЦИЮ ВОЗМОЖНЫХ СПОСОБОВ СВЯЗЫВАНИЯ ЗАКЛЮЧЕННЫХ (С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЕСТОВ НА ВИЧ/ВГС) С ВНЕШНИМИ РЕСУРСАМИ
- ОБДУМАЙТЕ ПОДОБНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ВАШЕЙ СТРАНЕ: СОСТАВЬТЕ КАРТУ ВОЗМОЖНЫХ СОЮЗНИКОВ И ПРОТИВНИКОВ, БАРЬЕРОВ И

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:

1. ЮНОДК, ЮНЭЙДС, ВОЗ. Тестирование на ВИЧ и консультирование в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. 2009.
2. Hepatitis C In European Prisons: A Call For An Evidence-Informed Response; Amber Arain, Geert Robaeys, Heino Stöver; BMC Infectious Diseases 2014, 14 (Suppl 6):S17
3. Тюремь и наркотики в Европе. Проблематика и решения 2012, ЕМЦНН.





WP8 Жизнеспособность и долгосрочное финансирование

Ведущий партнер: Центр исследований в области здравоохранения и инфекционных заболеваний, Rigshospitalet (Дания)

Действия по разработке стратегий руководства и выделения ресурсов, а также преодоления барьеров, возникающих на пути предоставления услуг ЛУИН и связанных с поставщиками услуг, самими пациентами и общими структуральными факторами.

WP7 Комплексный уход

Ведущий партнер: Национальный институт развития здравоохранения (Эстония)

Действия по продвижению концепции ориентированного на пациента комплексного ухода для ЛУИН, в котором особое внимание уделяется наращиванию потенциала профессионалов в сфере здравоохранения и социального обеспечения, а также потенциала организаций на уровне общин.

WP4 Тестирование и связь с уходом

Ведущий партнер: Deutsche AIDS-Hilfe (Германия)

Действия по улучшению ранней диагностики ВИЧ, ТБ и вирусного гепатита С у ЛУИН, а также по улучшению связи с медицинскими и социальными службами.

WP5 Снижение вреда

Ведущий партнер: Instituto de Salud Carlos III (Испания)

Продвижение стратегий и инструментария для преодоления барьеров на пути распространения снижения вреда, включая стигматизирующее отношение к ЛУИН, а также институциональное и общественное сопротивление программам снижения вреда.

WP6 Снижение вреда и непрерывность ухода в местах заключения

Ведущий партнер: Франкфуртский университет прикладных наук (Германия)

Действия по идентификации и преодолению барьеров, встающих на пути заключенных, которым требуются услуги по снижению вреда, предотвращению инфицирования и по лечению ВИЧ, ТБ и вирусных гепатитов.

HP1 координация

HP2 Распространение

HP3 Оценка

HA-REACT
Направления работ

О ПРОЕКТЕ НА-REACT

Совместное Действие по профилактике ВИЧ и коинфекции и снижению вреда (НА-REACT) устраняет существующие пробелы в профилактике ВИЧ и других коинфекций, в особенности туберкулеза (ТБ) и вирусного гепатита, среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). Этот трехлетний проект был запущен в конце 2015 года с основным финансированием от Европейского Союза (ЕС) и реализуется 22 партнерами, представляющими 18 государств-членов ЕС. Четырнадцать сотрудничающих с проектом организаций-партнеров вносят дополнительный вклад своими экспертными знаниями и опытом; среди них Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний и Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании.

Внедрение НА-REACT происходит в основном в трех целевых странах, при этом внимание уделяется подготовке наборов инструментальных средств и методических рекомендаций, способных принести пользу всему Европейскому союзу. Основные страны реализации проекта: Латвия, Литва и Венгрия.

ЦЕЛИ НА-REACT

- Улучшить способность реагирования на риски инфицирования ВИЧ и коинфекции и обеспечить снижение вреда, уделяя особенное внимание ЛУИН.
- Сфокусировать усилия на странах-участниках, в которых наблюдаются очевидные пробелы в области эффективных и доказательных интервенций, или в реализации таких интервенций в необходимом масштабе.
- Содействовать осуществлению комплексных программ снижения вреда в достаточных масштабах во всех государствах-членах ЕС в качестве части важной стратегии улучшения профилактики и лечения ВИЧ, туберкулеза и вирусного гепатита.

Общая цель НА-REACT заключается в том, чтобы к 2020 году в значительной степени поспособствовать ликвидации ВИЧ и сокращению случаев заболевания туберкулезом и вирусными гепатитами среди ВИЧ-инфицированных жителей Европейского союза. Эта цель согласована со стратегическими планами действий, выработанными Европейским союзом, Всемирной организацией здравоохранения, ЮНЭЙДС и Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности.

«Это учебное руководство является частью проекта/совместного действия «677085/НА-REACT», получающего финансирование в рамках программы Европейского союза по охране здоровья (2014-2020)».

ЗАМЕТКИ

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



“Это учебное руководство является частью проекта/совместного действия «677085/HA-REACT», получающего финансирование в рамках программы Европейского союза по охране здоровья (2014-2020).”