

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ»
МІЖНАРОДНИЙ БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД «АЛЬЯНС ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»
БЮРО ВООЗ В УКРАЇНІ

**ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД
ДЛЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ
КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ**

2018

Склад мультидисциплінарної робочої групи з розробки клінічної настанови з питань профілактики та лікування ВІЛ-інфекції

Чібісова Ірина Володимирівна	головний спеціаліст Департаменту громадського здоров'я МОЗ України
Аваліані Ната	керівник проекту USAID «Впровадження реформи з протидії ВІЛ-інфекції» (за згодою)
Бобрик Олексій Володимирович	технічний спеціаліст Бюро ВООЗ в Україні з ВІЛ/СНІД (за згодою)
Вайтек Чарльз	директор Всесвітнього підрозділу з ВІЛ/СНІД в Україні Центрів контролю та профілактики захворювань США (за згодою)
Воронова Ксенія Володимирівна	лікар-інфекціоніст Відділу координації освітніх програм ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Габорець Тетяна Леонідівна	Консультант проекту PATH Serving Life (за згодою)
Гатіятулін Олександр	старший фахівець відділу адвокації ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» (за згодою)
Гвоздьова Елеонора Валеріївна	радник зі стратегічної інформації Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні (за згодою)
Гетьман Лариса Іванівна	медичний директор, представництво АНФ (Фундація АНТИ-СНІД) в Україні
Голубовська Ольга Анатоліївна	завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Гриценко Тарас Вікторович	Головний фахівець відділу супроводу реформ та регіонального розвитку ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Думчев Костянтин Вікторович	науковий директор Інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я (за згодою)
Іванчук Ірина Олександрівна	начальник сектору Відділу координації програм лікування ВІЛ, ВГ та ЗПТ ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Коломієць Віктор Петрович	програмний менеджер з лікування МБФ «Альянс громадського здоров'я» (за згодою)
Кушаков Вячеслав Юрійович	старший радник МБФ «Альянс громадського здоров'я» (за згодою)
Лебега Олександр Володимирович	спеціаліст з питань охорони здоров'я, Центри контролю та профілактики захворювань США (за згодою)
Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Маковецька Марія Ігорівна	старший радник з питань адвокації та розбудови партнерства проекту USAID «Впровадження реформи з протидії ВІЛ-інфекції» (за згодою)
Нізова Наталія Миколаївна	радник віце-прем'єр-міністра України

Рудий Сергій Анатолійович	тренер навчально-наукового центру «Український тренінговий центр сімейної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця» (за згодою)
Смирнов Павло Левкович	Заступник виконавчого директора з програмної діяльності МБФ «Альянс громадського здоров'я» (за згодою)

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Ліщишина Олена Михайлівна	директор департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к. мед. н., ст. н. с.
Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к. т. н.
Мігель Олександр Володимирович	начальник відділу доказової медицини департаменту стандартизації медичних послуг державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Державний експертний центр МОЗ України є членом:

Guidelines International Network
(Міжнародна мережа настанов)



ADAPTE (Франція)
(Міжнародний проект з адаптації клінічних настанов)



Рецензент

Щербінська Алла Михайлівна	заступник директора з питань профілактичної роботи, досліджень та ресурсного розвитку Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України
-------------------------------	--

Перегляд клінічної настанови заплановано на 2021 р.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	7
1. ВСТУП.....	9
Синтез настанови.....	10
1.1. Ключові та уразливі групи населення	10
1.2. ВІЛ-інфекція серед ключових груп населення	12
1.2.1. Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками	13
1.2.2. Особи у в'язницях та інших закритих закладах	13
1.2.3. Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.....	14
1.2.4. Робітники комерційного сексу	15
1.2.5. Трансгендери.....	15
1.2.6. Взаємопов'язані фактори вразливості та різні види ризику.....	15
1.2.7. Підлітки та молодь з ключових груп населення.....	16
1.3. Увага до ключових груп населення: розумне інвестування.....	16
1.3.1. Ключ до динаміки епідемії	17
1.3.2. Розширення охоплення може призвести до змін.....	17
1.4. Тематика даної настанови.....	18
1.5. Використання даної настанови.....	18
1.6. Мета і завдання	19
1.7. Цільова аудиторія	19
1.8. Принципи настанови	19
2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРОЦЕС РОЗРОБКИ НАСТАНОВИ.....	22
2.1. Огляд.....	22
2.2. Утворення груп для розробки настанови	22
2.3. Визначення тематики настанови.....	23
2.4. Перегляд доказів	23
2.4.1. Інформація про в'язниці та інші закриті заклади	23
2.5. Формування рекомендацій щодо преконтактної профілактики	24
2.6. Оцінка доказів.....	24
2.6.1. Як розуміти якість доказів	24
2.6.2. Визначення сили рекомендацій.....	24
2.7. Перегляд щодо надання послуг, підходів до впровадження та аналіз випадків	26
2.8. Підготовка настанови.....	26
2.9. Плани щодо розповсюдження настанови.....	26
2.10. Оновлення настанови	26
3. КОМПЛЕКСНИЙ ПАКЕТ ЗАХОДІВ	27
3.1. Послуги для всіх ключових груп населення	27
3.2. Особливі міркування	28
3.2.1. В'язниці та інші закриті заклади	28
3.2.2. Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.....	29
3.2.3. Підлітки з ключових груп населення.....	29
4. ВТРУЧАННЯ В СЕКТОРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	30

4.1. Профілактика	30
4.1.1. Комплексні програми щодо презервативів та лубрикантів	30
4.1.2. Зменшення шкоди серед людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом..	32
4.1.3. Поведінкові втручання	44
4.1.4. Профілактика передачі ВІЛ у медичних закладах.....	48
4.1.5. Профілактика ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів	48
4.1.6. Добровільне медичне чоловіче обрізання для профілактики ВІЛ-інфекції.....	52
4.2. Консультування і тестування на ВІЛ.....	54
4.3. Прив'язка та реєстрація в системі допомоги у зв'язку з ВІЛ.....	58
4.4. Лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ	59
4.4.1. Антиретровірусна терапія	59
4.4.2. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	62
4.4.3. Взаємодія антиретровірусних препаратів	63
4.5. Профілактика та лікування коінфекцій та супутніх захворювань.....	65
4.5.1. Туберкульоз.....	66
4.5.2. Вірусний гепатит.....	69
4.5.3. Психічне здоров'я.....	72
4.6. Загальний догляд	73
4.6.1. Харчування	73
4.6.2. Втручання у сфері статевого та репродуктивного здоров'я.....	74
5. ВИРІШАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ	81
5.1. Законодавство і політика	82
5.1.1. Законодавчі перешкоди	82
5.1.2. Вирішальні передумови	83
5.2. Стигма та дискримінація	88
5.2.1. Перешкоди	88
5.2.2. Вирішальні передумови	88
5.3. Розширення можливостей спільноти.....	92
5.3.1. Перешкоди	92
5.3.2. Вирішальні передумови	92
5.4. Насильство	97
5.4.1. Перешкоди	97
5.4.2. Вирішальні передумови	97
6. НАДАННЯ ПОСЛУГ	100
6.1. Огляд.....	100
6.2. Ключові стратегії надання послуг	101
6.2.1. Інтеграція послуг	101
6.2.2. Децентралізація послуг	103
6.2.3. Перерозподіл обов'язків під час надання послуг	104
6.2.4. Підходи до надання послуг у громаді.....	105
6.3. Ключові фактори, які необхідно враховувати під час надання послуг для всіх ключових груп населення	108
6.3.1. Доступ до послуг	108
6.3.2. Прийнятність послуг	110
6.3.3. Економічна доступність	113
7. РОЗВИВАЮЧИ ВІДПОВІДЬ НА ВІЛ: ПРОЦЕС ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ, ПЛАНУВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ	114

7.1. Вступ.....	114
7.2. Керівні принципи	114
7.3. Розуміння ситуації.....	115
7.4. Планування та впровадження заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.....	117
7.5. Моніторинг та оцінка заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.....	118
7.6. Постійне планування та розробка заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.....	121
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ЩО БУЛА ВИКОРИСТАНА ПРИ РОЗРОБЦІ ПРОТОТИПУ НАСТАНОВИ	124
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ЩО БУЛА ВИКОРИСТАНА В ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНОЇ НАСТАНОВИ.....	140

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ЗТС	ламівудин
ATV/r	атазанавір/ритонавір
AZT	зидовудин
d4T	ставудин
DRV/r	дарунавір/ритонавір
EFV	ефавіренц
FTC	емтрицитабін
LPV/r	лопінавір/ритонавір
NVP	невірапін
RTV	ритонавір
TDF	тенофовір
GRADE	Система градації рекомендацій, експертиз, розвитку та оцінки (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)
АРВ-препарати	антиретровірусні препарати
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВІЛ-СТ	самотестування на ВІЛ
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПЛ	вірус папіломи людини
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ДКВС	Державна кримінально-виконавча служба України
ДМЧО	добровільне медичне чоловіче обрізання
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІІ	інгібітор протеази
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КіТ	консультування і тестування на ВІЛ
ЛВНІ	люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
МіО	моніторинг і оцінка
МЛР-ТБ	множинна лікарська резистентність туберкульозу
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ННІЗТ	ненуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази
НУО	неурядова організація
ОВВ	оптимізоване виявлення випадків
ПКП	постконтактна профілактика
ПЛІ	профілактичне лікування ізоніазидом
ПОШ	програма обміну голочок та шприців
ППЛ	періодичне пробне лікування
ПШМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПреКП	преконтактна профілактика
ПРООН	програма розвитку Організації Об'єднаних Націй

РКС	робітники комерційного сексу
СІТІ	лікування, розпочате силами спільноти
ТБ	туберкульоз
ТКІМП	тестування і консультування з ініціативи медичного працівника
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
ФН ООН	Фонд Народонаселення Організації Об'єднаних Націй
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

1. ВСТУП

На сьогодні в Україні сформована та діє цілісна програма з профілактики інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), а також з лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВ). Одним із найбільш успішних сегментів цієї програми, що продовжує динамічно розвиватися, є профілактика виникнення ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих до інфікування осіб. За останні десять років сформовано національну мережу ВІЛ-сервісних неурядових організацій (НУО), що на високому професійному рівні надають профілактичні послуги таким категоріям населення як люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛВНІ), робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) тощо, дотримуючись при цьому стратегії зменшення шкоди.

Програми профілактики ВІЛ серед груп ризику працюють в усіх областях України. У 2017 р. програмами було охоплено 226 469 ЛВНІ, 38 742 РКС, 42 881 ЧСЧ.

Водночас профілактика ВІЛ-інфекції серед зазначених груп виявилася одним із найбільш уразливих напрямків національної політики до майбутніх змін. Це пов'язано з тим, що переважну більшість заходів, що входять до програм зменшення шкоди, було впроваджено та розвинуто за кошти Глобального фонду та інших міжнародних донорів. Держава певною мірою сприяла розвитку цих програм, зокрема забезпечила формування нормативно-правових засад їх реалізації. Проте обсяг коштів, що виділялися на цей напрямок роботи з місцевих бюджетів, був незначним, а фінансування носило несистемний характер¹.

За даними аналізу тенденцій розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, групи підвищеного ризику (з 1995 р. – ЛВНІ, а з 2008 р. – ЛВНІ та їх сексуальні партнери) є рушійними силами епідемії в країні.

На сьогодні соціальна профілактика є єдиним напрямом послуг, до яких, згідно чинного законодавства, відноситься фактична діяльність ВІЛ-сервісних НУО, що реалізують стратегії зменшення шкоди серед уразливих груп населення.

Реалізація механізму забезпечення довгострокової життєздатності надання соціальних послуг на національному рівні є можливою лише за умов сталого та належного за обсягами фінансування, а також за наявності розгалуженої мережі надавачів послуг у сфері ВІЛ-сервісу, які характеризуються сильним програмним, організаційним та ресурсним потенціалом.

Основними суб'єктами реалізації механізму забезпечення довгострокової життєздатності послуг із соціальної профілактики є медичні заклади (Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, наркологічні, шкірно-венерологічні, туберкульозні диспансери та інші лікувально-профілактичні заклади), центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та інші бюджетні заклади. Також важливими суб'єктами реалізації цього механізму є недержавні організації, такі як громадські ВІЛ-сервісні та релігійні організації, благодійні фонди.

Сьогодні Україна вже почала рух у напрямку досягнення довгострокової життєздатності профілактичних послуг. Першим кроком є розробка та затвердження необхідної нормативно-правової бази на національному рівні з подальшим створенням локальних протоколів, що враховують місцеві особливості, регламентують в цих документах визначення категорій населення, які належать до груп ризику щодо інфікування ВІЛ, та встановлюють спектр необхідних послуг².

Прийняття настанови «Зведена настанова з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування та догляду для ключових груп населення» є важливим кроком для забезпечення сталого та послідовного впровадження програм профілактики ВІЛ серед груп ризику в Україні.

¹ Тут і надалі. За даними звіту «Вивчення механізмів забезпечення життєздатності профілактичних заходів щодо ВІЛ/СНІД для груп підвищеного ризику з огляду на очікуване скорочення міжнародної фінансової допомоги в Україні. Аналітичний звіт. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. 2015».

² «Методичні рекомендації для представників ВІЛ-сервісних НУО та державних структур. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. 2015».

Синтез настанови

За прототип для написання настанови взято Настанову ВООЗ «Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update», <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/> (WHO, 2016).

Додаткові джерела, що використовувалися під час написання настанови:

ВИЧ/СПИД в местах заключения. Сборник методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико-санитарных работников в местах заключения. WHO, UNAIDS, 2009.

http://www.who.int/hiv/pub/idu/toolkit_detention_rus.pdf (UNAIDS, 2009)

Здоровье в исправительных учреждениях. UNODS сумісно з Європейським бюро ВООЗ, 2015.

http://stbcu.com.ua/wp-content/uploads/2015/03/WHO_UNODC_Prisons_and_Healths_2014_for_internet_RUS.pdf (UNODS, 2015)

Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, 2014.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf (WHO, 2014)

1.1. Ключові та уразливі групи населення

Ключові групи населення. Ризикована поведінка та уразливість окремих груп населення та їх мереж визначають динаміку розвитку епідемії ВІЛ. Ця настанова зосереджується на п'яти ключових групах населення, які зазнають непропорційного впливу ВІЛ-інфекції практично за будь-яких умов:

- ЧСЧ;
- особи у в'язницях та інших закритих закладах³;
- ЛВНІ;
- РКС;
- трансгендери.

Коментар робочої групи

В українському законодавстві використовується термін «групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» (Наказ МОЗ від 08.02.13 № 104 «Про затвердження переліку та критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»).

Відповідно до зазначеного наказу до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать:

1. ЛВНІ.
2. РКС.
3. ЧСЧ.
4. Статеві партнери ЛВНІ.
5. Клієнти РКС.
6. Статеві партнери ЧСЧ.

Зазначений наказ також затверджує критерії визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ:

1. Критеріями віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ є такі форми поведінки:

- вживання наркотичних та психотропних засобів ін'єкційним способом з використанням спільних шприців, голочок для ін'єкцій та наркотичних засобів;
- статеві стосунки більш ніж з одним партнером без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду;
- анальні статеві стосунки без використання засобів захисту, в тому числі за винагороду.

2. За умови дотримання однієї з форм поведінки, наведених у пункті 1 цих Критеріїв, до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ можуть бути віднесені особи, що перебувають у складних життєвих обставинах, а саме:

³ Зараз ЮНЕЙДС визначає «ключові групи населення» як ЧСЧ, РКС, ЛВНІ і трансгендерів, проте визнає, що ув'язнені також особливо уразливі до ВІЛ й часто не мають належного доступу до послуг надання допомоги.

- особи, яких утримують в установах виконання покарань;
- бездомні;
- іммігранти;
- звільнені від відбування покарань з обмеженням волі або позбавленням волі на певний термін;
- безпритульні та бездоглядні діти, зокрема діти з сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, та/або не отримують належного батьківського піклування.

Без задоволення потреб основних груп населення неможливо забезпечити стабільність заходів з протидії ВІЛ-інфекції.

Такі непропорційні ризики відображають типові моделі поведінки, притаманні представникам цих груп населення, а також обумовлені особливими правовими та соціальними перешкодами, які ще більше підвищують ступінь їх уразливості. Ключові групи населення впливають на динаміку епідемії та відіграють ключову роль у визначенні характеру та ефективності заходів відповіді на ВІЛ. ЛЖВ мають вирішальне значення у формуванні цих заходів і тому їх також часто вважають ключовою групою населення. Проте, в даній настанові всі ЛЖВ не розглядаються як окрема група населення.

У більшості країн недостатній рівень охоплення та низька якість надання послуг для ключових груп населення продовжують підривати заходи відповіді на ВІЛ. Усі країни мають усвідомити важливість охоплення послугами цих груп, розуміння їх потреб і надання їм справедливих, доступних й прийнятних послуг. Для досягнення цієї мети важливо працювати з ключовими групами населення та їхніми мережами (партнерами), розвиваючи сферу надання послуг (1).

Уразливі групи. В окремих випадках інші групи також стають особливо уразливими до ВІЛ, наприклад, трудові мігранти, біженці, водії великовантажних автомобілів далекого сполучення (далекобійники), військовослужбовці, шахтарі. Також це стосується молодих жінок Південної частини Африки. Ці групи не є однорідно вразливими або однаково враженими інфекцією в різних країнах, що обумовлено різними епідемічними умовами. Країнам слід виявляти ці додаткові групи, враховуючи специфічність їхніх умов, зосереджувати на них свою увагу й відповідним чином розвивати та пристосовувати послуги до їхніх потреб.

Увага до ключових груп населення. Загалом, країни повинні надати пріоритетного значення заходам відповіді на ВІЛ, що зосереджуються на групах населення, які є найуразливішими, відчувають найбільший тягар ВІЛ-інфекції та на даний момент недостатньо охоплені послугами. До цих груп населення належать як специфічні уразливі групи, так і (в будь-яких умовах) ключові групи населення.

Даною настановою наведено рекомендації щодо п'яти ключових груп населення, наведених вище (як серед дорослих, так і серед підлітків). Слід відзначити, що країни повинні пристосовувати свої заходи відповіді на ВІЛ, виходячи з чисельності цих груп населення, а також враховуючи потреби уразливих груп населення. Детальні рекомендації щодо лікування та догляду ЛЖВ подано у документі ВООЗ «Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції» (2).

Без задоволення потреб основних груп населення заходи з протидії ВІЛ не будуть стабільними. Проте в більшості країн з генералізованою епідемією ВІЛ такі заходи досі спрямовано майже виключно на загальне населення. Навіть країни, які визнають, що епідемія ВІЛ зосереджена в ключових групах населення, часто неохоче впроваджують необхідні заходи для охоплення осіб, що найбільше потребують такої допомоги.

Ефективна відповідь на ВІЛ потребує не тільки надання послуг та розробки програми підтримки для ключових груп населення, а й вимагає також впровадження системних та

зовнішніх змін, яких можна досягти лише спільними зусиллями. Чисельні фактори, що впливають на особистий ризик виникнення ВІЛ у представників ключових та уразливих груп населення, знаходяться переважно поза їх особистим контролем. Зокрема, є ціла низка соціальних, правових, структурних та інших контекстуальних факторів, які підвищують рівень уразливості ключових груп населення до ВІЛ та обмежують їхній доступ до отримання послуг у зв'язку з ВІЛ. До таких факторів відносять встановлену відповідальність та відповідну роботу правоохоронних органів, стигму та дискримінацію, бідність, насильство та бездомність серед деяких груп населення. Ці фактори впливають на рівень захищеності від ВІЛ-інфекції окремих осіб або груп населення; вони можуть обмежувати доступ до інформації, профілактичних послуг та засобів, лікування та догляду. Крім того, інші специфічні медичні послуги, які відповідають потребам ключових груп населення, часто надаються в недостатньому обсязі або відсутні взагалі (наприклад, корекція статі для трансгендерів або послуги зі зменшення шкідливого впливу внаслідок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом). Географічні умови і соціальний контекст також можуть впливати на уразливість людини до ВІЛ.

Представники ключових груп населення продовжують відчувати вплив сильної стигматизації та дискримінації, стикаються із законодавчими перешкодами та обмеженнями при доступі до послуг, і часто вирішення їх питань має низький рівень пріоритетності для системи громадського здоров'я, зокрема міністерств охорони здоров'я. В багатьох епідеміологічних умовах важливі послуги для цих груп надають організації у громаді. Критично важливим є покращення партнерства і зв'язків між організаціями у громаді та міністерствами охорони здоров'я. Справедливий доступ ключових груп населення до медичних послуг щодо ВІЛ та супутніх проблем і надання таких послуг є надзвичайно важливим пріоритетом, який потребує адекватного внутрішнього та зовнішнього фінансування.

Обґрунтування зведеної настанови щодо ключових груп населення

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вже має настанови для кожної з п'яти ключових груп населення, але в них недостатньо уваги приділено спільним для всіх цих груп питанням, а також потребам країн в узгодженому підході до вирішення цих загальних питань на основі даних ситуаційного аналізу. Метою створення цього документа є зведення в одному документі всіх рекомендацій ВООЗ та інших партнерських організацій ООН стосовно п'яти ключових груп населення. Настава також містить посилання на інструменти ВООЗ та інші документи з програмної діяльності, які стосуються здоров'я ключових груп населення, а саме: стратегічне інформування/моніторинг і оцінка (МіО), публікації партнерських організацій ООН та нові матеріали, що допоможуть заповнити виявлені прогалини.

У цій настанові розглядаються елементи, притаманні всім ключовим групам населення, а також специфічні питання та ризики, властиві кожній з цих груп. Такий підхід покликаний допомогти країнам більш результативно та ефективно планувати, розробляти та оцінювати прийнятні відповідні програми для ключових груп населення, адаптовані до їхнього конкретного епідеміологічного контексту. Крім того, в настанові розглядаються питання впровадження, спрямовані на забезпечення справедливості послуг і їхнього максимального впливу.

1.2. ВІЛ-інфекція серед ключових груп населення

Ключові групи населення відчувають великий тягар ВІЛ-інфекції та впливають на динаміку епідемії ВІЛ.

Існує чітке епідеміологічне обґрунтування того, чому програми протидії ВІЛ-інфекції повинні спрямовуватися на ключові групи населення. У багатьох умовах рівень

захворюваності на ВІЛ серед населення загалом стабілізувався або навіть знизився. Проте у глобальному вимірі ключові групи населення, відчуваючи великий тягар ВІЛ-інфекції, впливають на динаміку епідемії ВІЛ.

Загалом, медичні дані, зокрема про поширеність ВІЛ, менш переконливі щодо ключових груп, ніж щодо загального населення, через труднощі у формуванні репрезентативної вибірки (та відсутність оціночних даних про чисельність основних груп), юридичні проблеми й питання стигми і дискримінації. Законодавство, що криміналізує поведінку ключових груп населення, ускладнює збір репрезентативних даних. За таких умов люди не хочуть, щоб їх вважали представниками цих груп населення.

1.2.1. Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Епідемія ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ продовжує поширюватися в більшості країн світу. У великих містах поширеність ВІЛ серед ЧСЧ в середньому у 13 разів вища, ніж серед загального населення (3). Однією з причин такого високого рівня поширеності ВІЛ серед ЧСЧ може бути той факт, що при анальному сексі без презерватива ВІЛ передається швидше, ніж при вагінальному статевому акті без презерватива. Крім того, на індивідуальному рівні, до факторів ризику передачі ВІЛ серед ЧСЧ відносять незахищений пасивний анальний секс, значну кількість партнерів-чоловіків та споживання наркотиків ін'єкційним шляхом (4, 5, 6).

Епідемія ВІЛ серед ЧСЧ продовжує поширюватися в усьому світі.

Залежно від регіону, оціночні показники поширеності ВІЛ серед ЧСЧ варіюються від 3,0 (країни Близького Сходу та Північної Африки) до 25,4% (країни Карибського басейну) (4). У Кенії – єдиній Африканській країні, яка має дані про захворюваність на ВІЛ, – річний показник захворюваності в Момбасі нещодавно перевищив 20% (4). В інших країнах Африки також зафіксовано високий рівень поширеності ВІЛ: наприклад, оціночний показник поширеності ВІЛ серед ЧСЧ в Кот-д'Івуарі становить 18% (7, 8). В інших регіонах, де реєструють або моделюють дані про захворюваність на ВІЛ серед ЧСЧ, відсутні жодні дані про зниження цього показника. Фактично, наприклад, Китай і Таїланд інформують про зростання захворюваності.

У багатьох країнах існують дискримінаційні закони, стигма (в тому числі з боку медичних працівників) та насильство на підставі гомофобії, що спричинює великі перешкоди у наданні послуг ЧСЧ або обмежує їхнє користування вже існуючими послугами. Крім того, в багатьох країнах криміналізовано одностатеві відносини (це може стосуватися одностатевих контактів лише між чоловіками або ж одностатевих контактів як між чоловіками, так і між жінками). Станом на грудень 2011 р. одностатеві відносини криміналізовані у 38 з 53 країн Африки (9). У 83 країнах Північної та Південної Америки, Азії, Африки та Близького Сходу є закони, що забороняють статеві відносини між чоловіками (10). Діапазон правових санкцій та ступінь застосування таких законів є різними в різних країнах (11).

1.2.2. Особи у в'язницях та інших закритих закладах

Понад 10 млн чоловіків та жінок перебувають у в'язницях та інших закритих закладах, а щорічний кругообіг осіб, які пересуваються між в'язницею та громадою, становить близько 30 млн (17). Загалом, поширеність ВІЛ, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вірусного гепатиту В (ВГВ) та С (ВГС), туберкульозу (ТБ) у в'язницях вища, ніж серед загального населення, у 2–10 разів (18). Вищий рівень поширеності ВІЛ та ризику інфікування ВІЛ спостерігають як серед ув'язнених, так і серед працівників в'язниць та їх сімей у багатьох епідеміологічних умовах (19).

Окрім ризикованої поведінки у в'язницях (незахищені статеві контакти, споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, нанесення татувань), фактори, які стосуються

інфраструктури в'язниць, організації управління ними та системи кримінального правосуддя, також сприяють виникненню підвищеного ризику інфікування ВІЛ, ВГВ, ВГС та ТБ у в'язницях (20). Через умови перебування в ув'язненні, зокрема скупченість, сексуальне насильство, споживання наркотиків ін'єкційним шляхом та відсутність доступу до засобів профілактики ВІЛ, таких як презервативи та лубриканти, ризик передачі ВІЛ в цих закладах є дуже високим (18).

У деяких в'язницях рівень поширеності ВІЛ серед жінок перевищує такий серед чоловіків, і набагато перевищує такий порівняно з жінками загального населення. Наприклад, у 2005 р. в Молдові показник поширеності ВІЛ серед ув'язнених жінок становив 9,6%, серед ув'язнених чоловіків – 1,5–5% та серед жінок із загального населення – менш ніж 0,5% (21). У Канаді у 2002 р. рівень поширеності ВІЛ серед ув'язнених жінок становив 3,71%, серед ув'язнених чоловіків – 1,96% та серед жінок із загального населення – менш ніж 0,5% (22).

Незаконність комерційного сексу, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та сексуальних стосунків між представниками однієї статі призводить до того, що багато представників уразливих груп у певний момент свого життя опиняються за ґратами. Оскільки перебування у місцях позбавлення волі саме по собі є фактором ризику з точки зору інфікування ВІЛ, цей фактор ще більше підвищує такий ризик для представників уразливих груп. Місця із примусовою гендерною сегрегацією (а саме – в'язниці) обумовлюють розповсюдження сексуальних стосунків між чоловіками, що не пов'язані із гомосексуальною ідентичністю.

Доступ до консультування та тестування на ВІЛ (КіТ), а також до програм профілактики, лікування та догляду стосовно ВІЛ у в'язницях та інших місцях позбавлення волі часто є обмеженим. Комплексні програми боротьби з ВІЛ у в'язницях реалізуються небагатьма країнами (18). Слід не лише впроваджувати такі послуги у в'язницях та інших місцях позбавлення волі, але й налагоджувати їх зв'язок із послугами на рівні спільнот задля забезпечення безперервності надання послуг після звільнення цих осіб з ув'язнення.

Коментар робочої групи

У 2017 р. вперше на ВІЛ-інфекцію захворіла 621 особа; СНІД діагностовано у 168 осіб.

Станом на 01.01.2018 р. у закладах охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України (ДКВС) на диспансерному обліку перебувало 3999 ВІЛ-інфікованих осіб, з них 1007 – хворих на СНІД.

Померло від цього захворювання протягом 2017 р. 32 особи.

1.2.3. Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом

За статистичними даними, 158 країн світу повідомили про наявність проблеми споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, а 123 (78%) з них повідомили про ВІЛ серед ЛВНІ (12, 13). Дані про поширеність вживання наркотиків ін'єкційним шляхом відсутні для понад половини цих країн, особливо це стосується країн Африки, Близького Сходу й Латинської Америки. За оцінками Управління ООН з наркотиків і злочинності (УНЗ ООН), ВООЗ, Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та Світового банку, у 2012 р. близько 12,7 млн (діапазон: 8,9–22,4 млн) людей в усьому світі нещодавно споживали наркотики ін'єкційним шляхом, з них 1,7 (13,1%) млн (діапазон: 0,9–4,8 млн) – були ВІЛ-інфікованими.

Рівень поширеності ВІЛ серед ЛВНІ є високим. Наприклад, у Пакистані, за даними епідагляду 2011 р., поширеність ВІЛ серед ЛВНІ оцінювали на рівні 37,8%, що майже вчетверо вище, ніж у 2005 р. (15). В Індонезії поширеність ВІЛ серед ЛВНІ становить 36,4% (порівняно з 0,4% серед загального населення віком 15–49 років); в Україні – принаймні 20% (порівняно з 0,9%), а в М'янмі – 18% (порівняно з 0,6%) (16). За даними, наведеними 49 країнами, ризик інфікування ВІЛ серед ЛВНІ в середньому у 22 рази вищий, ніж серед

загального населення. В 11 з цих країн такий ризик принаймні в 50 разів перевищував середній показник. За оціночними даними, у Східній Європі 40% нових випадків інфікування ВІЛ відзначено серед ЛВНІ та їхніх статевих партнерів (3).

Оскільки в багатьох країнах сексуальні послуги, споживання наркотиків та одностатеві контакти заборонено законом, багато представників різних ключових груп населення потрапляють до місць позбавлення волі у певний період свого життя. Враховуючи те, що перебування в таких закладах саме по собі є фактором ризику щодо виникнення ВІЛ, це підвищує ризик інфікування представників інших ключових груп населення. У місцях примусової гендерної сегрегації (наприклад, у в'язницях) одностатеві контакти між чоловіками трапляються незалежно від їх сексуальної орієнтації.

У в'язницях та інших закритих закладах доступ до послуг КіТ, програм профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ зазвичай недостатній. Лише кілька країн впроваджують комплексні програми протидії ВІЛ у місцях позбавлення волі (18). У в'язницях та інших закритих закладах є потреба не лише в таких послугах, але й у налагодженні зв'язків з послугами щодо ВІЛ на рівні громади задля забезпечення безперервності їх надання після звільнення цих осіб з ув'язнення.

1.2.4. Робітники комерційного сексу

Загалом, середній рівень поширеності ВІЛ серед РКС становить близько 12%. Цей рівень, а також співвідношення шансів щодо інфікування ВІЛ значно варіюють між регіонами. У 26 країнах із середнім та високим рівнями поширеності ВІЛ серед загального населення ВІЛ-позитивними виявилися 30,7% РКС (3, 23). Наприклад, за оціночними даними, рівень поширеності ВІЛ серед РКС у Нігерії становив 24,5% (проти 3,7% серед загального населення віком 15–49 років), у Латвії – 22,2% (проти 0,7%), а в Руанді – 50,8% (проти 2,9%) (3).

РКС зазнають підвищеного ризику внаслідок таких факторів, як наявність численної кількості статевих партнерів та іноді несистематичне використання презерватива через небажання або примус з боку клієнта. Правові питання, стигма, дискримінація та насильство створюють перешкоди для доступу РКС до послуг у сфері ВІЛ.

1.2.5. Трансгендери

Результати мета-аналізу, опубліковані у 2013 р., висвітлили особливу вразливість трансгендерних жінок до ВІЛ. Дані було отримано лише для країн, в яких епідемія ВІЛ переважає серед чоловічого населення, включаючи Сполучені Штати Америки, шість країн Азіатсько-Тихоокеанського регіону, п'ять країн Латинської Америки і три країни Європи. Сумарний показник поширеності ВІЛ становив 19,1%. Серед 7197 трансгендерних жінок, відібраних у 10 країнах з низьким та середнім рівнем доходів, поширеність ВІЛ становила 17,7%. Серед 3869 трансгендерних жінок, відібраних у п'яти країнах з високим рівнем доходів, рівень поширеності ВІЛ становив 21,6% (24).

1.2.6. Взаємопов'язані фактори вразливості та різні види ризику

Багато представників ключових груп населення дотримуються кількох видів ризикованої поведінки (наприклад, споживання ін'єкційних наркотиків та комерційний секс або одностатеві контакти з чоловіком-партнером, який також споживає наркотики ін'єкційним шляхом). Тому серед таких осіб зазвичай спостерігається вищий рівень поширеності ВІЛ, ніж серед людей з одним фактором ризику.

Деякі підгрупи ключових груп населення можуть зазнавати особливо високого ризику інфікування ВІЛ (25, 26). Наприклад, у крос-секційному дослідженні 1999 РКС-жінок у В'єтнамі було виявлено, що поширеність ВІЛ була значно вищою серед вуличних працівниць, ніж серед працівниць розважальних закладів (3,8 проти 1,8% відповідно, $p=0,02$) (27). Підгрупи з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ неефективно охоплено поточними програмами епіднагляду або втручаннями.

1.2.7. Підлітки та молодь з ключових груп населення

Підлітки та молодь з ключових груп населення зазнають значно вищого ризику інфікування ВІЛ, ніж старші представники цих груп. Попри обмеженість досліджень, вони незмінно свідчать про те, що підлітки та молоді люди з ключових груп населення ще уразливіші, ніж старші вікові когорти цих груп, до ПСШ, ВІЛ та інших проблем статевого та репродуктивного здоров'я (28). Швидкий фізичний, емоційний і розумовий розвиток, складні психосоціальні та соціально-економічні фактори, обмежений доступ до послуг та низький рівень користування ними підвищують рівень уразливості та ризику захворюваності на ВІЛ серед підлітків (29). Зокрема, правові та нормативні перешкоди, пов'язані з віком надання згоди на тестування з ВІЛ, часто позбавляють осіб до 18 років доступу до цілої низки медичних послуг, включаючи КіТ, зменшення шкідливих наслідків інфікування ВІЛ та інші послуги, які надаються спеціально для ключових груп населення (30). Такі перешкоди також обмежують здатність підлітків реалізувати своє право на прийняття інформованих і незалежних рішень.

Підлітки з ключових груп населення, можуть зазнавати навіть більшої стигми, дискримінації та насильства, ніж старші представники цих груп. Побоюючись дискримінації та/або можливих юридичних наслідків, багато підлітків з ключових груп населення неохоче звертаються по діагностичні та медичні послуги. Внаслідок цього вони залишаються поза базовими медичними втручаннями, що й надалі консервує їхній стан ізоляції (31).

Особливі потреби молодих людей з ключових груп населення часто залишаються поза увагою як програм для молоді загалом, так і програм для дорослих представників ключових груп населення.

Надійні і репрезентативні епідеміологічні та поведінкові дані щодо підлітків та молоді з ключових груп населення залишаються обмеженими (32). В свою чергу, молоді люди залишаються переважно невидимими для рутинного епіднагляду у сфері ВІЛ, досліджень щодо поширеності ВІЛ та ризиків інфікування. Відсутність даних часто призводить до того, що їх особливі потреби здебільшого залишаються поза увагою як політик і програм для молоді загалом, так і програм для дорослих представників ключових груп населення (32)⁴.

1.3. Увага до ключових груп населення: розумне інвестування

Недавня тенденція більш стратегічного використання ресурсів в сфері протидії ВІЛ (33) звертає увагу на вигоду подолання ВІЛ серед ключових груп населення. У країнах з концентрованою та генералізованою епідемією збільшення інвестицій у протиепідемічні заходи серед ключових груп населення може сприяти підвищенню економічної ефективності впровадження заходів боротьби з ВІЛ.

У більшості країн ці інвестиції досі спрямовувалися на загальне населення. Але в умовах концентрованої епідемії більшість інфекцій зосереджено (майже за визначенням епідемії) серед ключових груп, іноді – серед особливо уразливих груп. Навіть в умовах генералізованої епідемії ключові групи населення складали значну частку поширеності ВІЛ, а рівень захворюваності серед певних ключових груп часто продовжував зростати, навіть коли серед загального населення він стабілізувався або знизився.

⁴ ВООЗ, ЮНЕЙДС, Фонд народонаселення ООН (ФНООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН), УНЗ ООН та ключові мережі громад підготували чотири технічні огляди щодо молодих людей з ключових груп населення. Ці огляди політики ґрунтуються на аналізі епідеміологічних даних, літератури з надання послуг, аналізі політики та якісному дослідженні цінностей і вподобань молодих людей з ключових груп населення.

Від 40 до 50% усіх нових випадків інфікування ВІЛ серед дорослого населення в усьому світі припадають на осіб з ключових груп населення та їх безпосередніх партнерів⁵. У країнах Азії та Східної Європи представники ключових груп населення зумовлюють виникнення понад половини всіх нових випадків інфікування ВІЛ – від 53 до 62%. Навіть у країнах Африки на південь від Сахари, де епідемія має генералізований характер і в яких було проведено аналіз шляхів передачі ВІЛ, частка нових випадків інфікування серед ключових груп населення є досить істотною, хоча й значно варіює: наприклад, за оцінками, в Уганді цей показник становить 10%, в Буркіна-Фасо – 30%, у Кенії – 34%, в Нігерії – 37%, в Гані – 43% та в Беніні – 45%.

Від 40 до 50% усіх нових випадків інфікування ВІЛ серед дорослого населення в усьому світі припадають на осіб з ключових груп населення та їх безпосередніх партнерів.

1.3.1. Ключ до динаміки епідемії

Ще одна причина економічної ефективності інвестицій у роботу з ключовими групами населення – центральна роль цих груп у динаміці розвитку епідемії. Представники ключових груп населення також можуть передавати ВІЛ іншим групам населення – наприклад, клієнтам РКС та статевим партнерам ЛВНІ. Таким чином, випадки інфікування серед ключових груп можуть мати множинний ефект.

Наприклад, аналіз ситуації в шести країнах Західної Африки показав, що частка нових випадків інфікування серед статевих партнерів осіб з групи «підвищеного ризику» коливалася від 20% (Буркіна-Фасо, Нігерія) до 30% (Бенін, Кот д'Івуар та Гана) та сягала аж 49% (Сенегал) (34). Між тим, частка цільових витрат на профілактику ВІЛ-інфекції, спрямованих на впровадження програм серед РКС, їх клієнтів, ЧСЧ та ЛВНІ, становила в Буркіна-Фасо 1,7%, у Кот – 0,4% та в Гані – 0,24%, тоді як відсоток нових випадків інфікування ВІЛ у цих групах населення оцінювався у 30, 28 та 43% відповідно (35).

1.3.2. Розширення охоплення може призвести до змін

На рівні країни покращення охоплення ключових груп населення може мати такі позитивні наслідки: від запобігання виникненню значної кількості нових випадків інфікування до стабілізації чи навіть зниження загального рівня захворюваності на ВІЛ.

За прогнозами, покращення охоплення ключових груп населення може як сприяти запобіганню виникненню значної кількості нових випадків інфікування у країнах з генералізованою епідемією, так і стабілізації або навіть зниженню загального рівня захворюваності на ВІЛ у країнах з концентрованою епідемією.

Наприклад, в країнах Азії передача ВІЛ відбувається насамперед через незахищений комерційний секс, споживання ін'єкційних наркотиків та незахищені статеві контакти між чоловіками. Підвищення рівня використання презервативів серед РКС та їхніх клієнтів, завдяки ефективній популяризації презервативів, дозволило повернути тенденцію зростання поширеності ВІЛ-інфекції в середині 90-х років ХХ століття у зворотний бік. Проте останнім часом щорічний рівень захворюваності на ВІЛ суттєво не змінився. Без подальших цілеспрямованих інвестицій рівень поширеності ВІЛ може знов почати зростати (36). За оцінками 2008 р., розширена програма з профілактики ВІЛ, спрямована на поведінкові фактори високого ризику, дозволить запобігти виникненню 5 млн нових випадків інфікування ВІЛ у період 2007–2020 років, що приблизно дорівнює кількості ВІЛ-позитивних людей, які проживали в цьому регіоні у 2007 р. На додаток, кількість смертей, зумовлених ВІЛ, зменшиться на 40%, а у 2020 р. кількість ЛЖВ зменшиться на 3,1 млн (37).

⁵ Попередні розрахунки щодо окремих країн, які спираються на опубліковані результати аналізу шляхів передачі ВІЛ, оцінку нових випадків інфікування, змодельованих на основі оцінок поширеності ВІЛ та чисельності основних груп населення, або шляхів передачі, визначених під час встановлення діагнозу ВІЛ (ЮНЕЙДС, 2014).

У 2011 р. Світовий банк спрогнозував, що якщо в Перу не збільшать охоплення програмами ЧСЧ, то кількість нових випадків інфікування ВІЛ на рік серед загального населення зросте приблизно з 14 000 у 2008 р. до близько 20 000 у 2015 р. Навпаки, розширення охоплення спеціалізованими програмами ЧСЧ дозволить принаймні стабілізувати щорічну кількість виникнення нових випадків серед загального населення або навіть знизити цей показник.

Аналогічно, впровадження в Таїланді повномасштабного програмного охоплення ЧСЧ дозволить зменшити щорічний показник виникнення нових випадків інфікування серед загального населення з 22 500 у 2008 р. до 20 000 у 2015 р.; інакше цей показник зросте до 27 200 (38).

1.4. Тематика даної настанови

У даній настанові подано описання заходів відповіді системи охорони здоров'я на ВІЛ для п'яти ключових груп населення. Тут представлено та проаналізовано нові рекомендації, а також низку рекомендацій та керівних принципів, наведених у поточних настановах ВООЗ, включаючи видання 2013 р. «Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів у лікуванні та профілактиці ВІЛ-інфекції» (2). У настанові узагальнено компоненти комплексного пакету втручань та розглянуто питання впровадження цих втручань для ключових груп населення, а також наведено пов'язані з цим проблеми та можливості. Дана настанова може допомогти у пріоритизації та плануванні послуг.

У розділах 5 і 6 наведено низку прикладів, взятих з практики. Зокрема, ці розділи включають міркування щодо кожної з ключових груп населення, описання різноманітності втручань та підходів до надання послуг у низці напрацювань на національному та регіональному рівнях.

1.5. Використання даної настанови

Як і у зведеній настанові з антиретровірусної терапії (АРТ), в даній настанові розглядається необхідність підтримки послуг у межах всього каскаду послуг профілактики, діагностики, лікування та догляду (рис. 1.1).

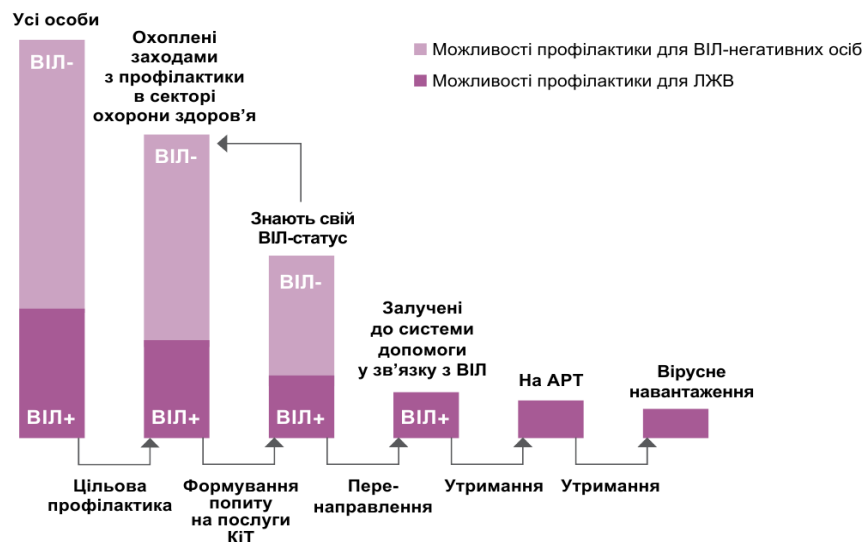


Рисунок 1.1. Каскад послуг профілактики, діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ

Символи, що використовуються в даному документі:



загальні рекомендації ВООЗ, які відповідають чинним рекомендаціям ВООЗ, позначено блакитним кольором (див. нижче); наводиться джерело рекомендацій для подальшого ознайомлення;

НОВЕ

нові рекомендації ВООЗ, розроблені спеціально для цієї настанови;

НА СТАДІЇ РОЗРОБКИ

рекомендації в розробці – ключові клінічні сфери, щодо яких ВООЗ розробляє настанови.

У даному посібнику заголовок «Рекомендації з кращих практик» вживається для позначення рекомендацій, які можуть стати у нагоді, але не потребують ранжування (бальної класифікації), а бажані результати їх впровадження очевидно переважатимуть над небажаними. Часто вони стосуються прав людини, які відображено в численних міжнародних угодах, а також питань соціальної справедливості та етики.

Кольорові позначення, що використовуються в цьому документі:

Всі ключові групи населення	
ЧСЧ	
Особи у в'язницях та інших закритих закладах	
ЛВНІ	
РКС	
Трансгендери	
Підлітки з ключових груп населення	

1.6. Мета і завдання

Даний документ є зведенням рекомендацій, на які слід спиратися при розробці та впровадженні політики, програм і послуг у сфері ВІЛ серед ключових груп населення.

Особливі завдання цієї настанови:

- звести в одному документі рекомендації щодо пов'язаних з ВІЛ медичних втручань для кожної з ключових груп населення;
- визначити загальні пакети послуг у сфері ВІЛ та суміжні медичні послуги, які є відповідними, зручними та прийнятними для всіх ключових груп населення, а також визначити додаткові послуги, яких потребують представники конкретних груп;
- оновити рекомендації щодо планування, надання, проведення МіО втручань з профілактики, діагностики, лікування ВІЛ та догляду для кожної з ключових груп населення;
- надати рекомендації щодо втручань у сфері ВІЛ серед представників ключових груп населення, включаючи підлітків, з урахуванням вікових та гендерних особливостей.

1.7. Цільова аудиторія

Дана настанова призначена, насамперед, для керівників національних програм з протидії ВІЛ-інфекції, посадовців міністерств охорони здоров'я, які приймають рішення стосовно заходів протидії ВІЛ, а також осіб, відповідальних за реалізацію медичних політик, програм і послуг у місцях позбавлення волі. Крім того, це видання буде корисним для керівників національного та субнаціонального рівнів, які забезпечують надання послуг хворим на ТБ, вірусні гепатити, хворим із розладами психічного здоров'я, у сфері статевого і репродуктивного здоров'я, в галузі зменшення шкоди внаслідок наркотичної залежності; для організацій громадянського суспільства, що впроваджують відповідні програми у громаді; для агенцій, що забезпечують розвиток і надають фінансування.

1.8. Принципи настанови

Логічна модель для розробки цієї настанови базується на принципах прав людини, відображених у низці міжнародних угод (39, 40).

Керівні принципи:

- дотримання прав людини;
- доступ до якісної медичної допомоги;

- доступ до правосуддя;
- прийнятність послуг;
- медична грамотність;
- надання інтегрованих послуг.

• **Дотримання прав людини.** Основою для розробки даної настанови є захист прав людини представників кожної з ключових груп населення. Законодавчі та інші державні органи повинні розробити і запровадити антидискримінаційні та правозахисні закони, що мають бути розроблені на основі міжнародних стандартів прав людини заради подолання стигми, дискримінації і насильства, яких зазнають ключові групи населення, а також заради зниження рівня їхньої уразливості до ВІЛ (40).

• **Доступ до якісної медичної допомоги** є одним з основних принципів прав людини. Такий доступ включає право представників ключових груп населення на отримання належної якісної медичної допомоги без жодної дискримінації. Медичні працівники та установи повинні обслуговувати представників основних груп населення, виходячи з принципів медичної етики і права на здоров'я (18). Медичні послуги мають бути доступними для ключових груп. Ця настанова буде ефективною лише за умови надання прийнятних, якісних та широко впроваджених медичних послуг. Низька якість послуг та вузький доступ до них обмежать користь від даних рекомендацій як для окремої людини, так і для громадського здоров'я в цілому.

• **Доступ до правосуддя** є одним з головних пріоритетів для осіб з ключових груп населення, що обумовлено як їх частими контактами з правоохоронними органами, так і тим, що в багатьох країнах їх поведінку зараз визнають незаконною. Доступ до правосуддя включає свободу від безпідставного арешту та затримання, право на справедливий суд, свободу від катувань та жорстокого, нелюдського і принизливого поводження, а також право (у тому числі у в'язницях та інших закритих закладах) на найвищий досяжний рівень здоров'я (41). Захист прав людини, включаючи право на працевлаштування, житло та медичну допомогу, для представників ключових груп населення вимагає співпраці між закладами охорони здоров'я та правоохоронними органами, в тому числі тими, що керують в'язницями та іншими закритими закладами. Утримання в закритих закладах не повинно перешкоджати гарантованому праву людини на гідність та здоров'я (18).

• **Прийнятність послуг** – це ключовий аспект ефективності. Надання послуг, спрямованих на зменшення тягаря ВІЛ серед представників ключових груп населення, необхідно проводити із повагою до цих осіб, а втручання повинно бути прийнятним, відповідним та недорогим для отримувачів, щоб заохотити їх до участі та утримання в системі допомоги. Надавачі послуг для представників ключових груп населення часто використовують правильні моделі надання послуг, але вони не мають досвіду у сфері ВІЛ. З іншого боку, представники цих груп населення можуть не вважати спеціалізовані послуги щодо ВІЛ прийнятними. Необхідно зміцнювати потенціал надання послуг з обох боків. Для досягнення цієї мети ефективними є консультації з організаціями осіб з ключових груп населення і залучення представників цих груп до процесу надання послуг за принципом «рівний–рівному» (42). Механізм регулярного та постійного зворотного зв'язку від отримувачів до надавачів послуг допоможе обґрунтувати та посилити прийнятність послуг для ключових груп населення.

• **Медична грамотність.** Представники ключових груп населення часто погано поінформовані з питань здоров'я та лікування. Це може заважати прийняттю ними адекватних рішень стосовно ризикованих щодо ВІЛ форм поведінки та їхньої готовності звертатися по медичну допомогу. Медичні служби повинні регулярно і рутинно надавати точну інформацію з питань охорони здоров'я та лікування представникам цих груп населення. Водночас, ці служби повинні посилювати здатність надавачів послуг проводити

профілактику і лікування ВІЛ серед представників ключових груп населення, включаючи підлітків (42).

- **Надання інтегрованих послуг.** Представники ключових груп населення зазвичай мають кілька супутніх захворювань і перебувають у несприятливих соціальних умовах. Так, наприклад, серед цих захворювань звичними є ВІЛ, вірусні гепатити, ТБ, інші інфекційні захворювання, а також психічні розлади. Інтегровані послуги надають можливість представникам ключових груп населення отримати орієнтовані на пацієнта лікування та догляд щодо багатьох проблем, які вражають ці групи. Крім того, інтегровані послуги полегшують комунікацію та надання допомоги. Тому, якщо це можливо, надання послуг представникам ключових груп населення повинно бути інтегрованим. Якщо це неможливо, слід створити та підтримувати тісні зв'язки між медичними службами, що працюють з ключовими групами населення (43).

2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРОЦЕС РОЗРОБКИ НАСТАНОВИ

2.1. Огляд

Департамент ВООЗ з питань ВІЛ керував розробкою цієї зведеної настанови щодо ключових груп населення, дотримуючись процедур та стандартів звітності ВООЗ, викладених у виданні «Підручник ВООЗ з розробки керівництв, 2012 рік» (1).

У цій настанові поєднано наявні рекомендації ВООЗ і нові рекомендації та вказівки, підготовлені ВООЗ спільно з партнерами ООН. У настанові наведено ключові рекомендації з видання ВООЗ 2013 р. «Зведене керівництво з застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції» (2), а також висвітлено окремі міркування щодо кожної з ключових груп населення.

2.2. Утворення груп для розробки настанови

Департамент ВООЗ з питань ВІЛ утворив чотири групи, кожна з яких виконувала окремі функції в ході розробки настанови. Членів групи було обрано таким чином, щоб забезпечити широкий спектр експертизи та досвіду, включаючи представництво та експертизу за відповідними географічними, гендерними ознаками та належністю до ключових груп населення. Описання груп та їхніх функцій наведено нижче.

Керівна група з підготовки настанови ВООЗ щодо ВІЛ-інфекції та ключових груп населення, яку очолював Департамент ВООЗ з питань ВІЛ, керувала процесом розробки настанови. До складу групи входили представники Департаменту ВООЗ з питань здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків, Департаменту психічного здоров'я та споживання наркотиків, Департаменту репродуктивного здоров'я та досліджень, Глобальної програми з гепатитів та Глобальної програми з туберкульозу.

Зовнішня керівна група, сформована із дотриманням географічного та гендерного балансу у складі 25 осіб – науковців, дослідників, керівників та виконавців програм, представників мереж та організацій з ключових груп населення, надала ВООЗ вказівки щодо тематики, змісту настанови та нових сфер для дослідження.

Група з розробки настанови (26 членів) складалася з більшості членів Зовнішньої керівної групи та кількох додаткових експертів. Ця група відповідала за формулювання нових рекомендацій ВООЗ, вказівки щодо успішного досвіду та узгодження остаточного змісту.

Групу зовнішніх рецензентів було сформовано за результатами консультацій з регіональними бюро ВООЗ для забезпечення географічного та гендерного балансу. Загалом настанову переглянули понад 70 рецензентів – експерти з наукових, політичних, дослідницьких інституцій, виконавці програм, представники мереж та організацій з ключових груп населення. Рецензенти надали пропозиції щодо того, як зробити документ більш зрозумілим, а також внесли невеличкі доповнення та виправлення до тексту.

Залучення груп та мереж з ключових груп населення

Критично важливим для розробки цієї настанови було партнерство з групами та мережами з ключових груп населення та їх залучення на всіх етапах процесу і як членів Групи з розробки настанови та Групи зовнішніх рецензентів, і як партнерів у розробці методології дослідження та оцінки цінностей і вподобань, про що йдеться далі.

Конфлікт інтересів

Усі члени Зовнішньої керівної групи, Групи з розробки настанови та Групи зовнішніх рецензентів подали Декларації інтересів до Секретаріату ВООЗ. Секретаріат ВООЗ і Група з розробки настанови переглянули всі декларації та не знайшли конфлікту інтересів,

достатнього для відсторонення когось із експертів від участі в розробці настанови. Повне зведення декларацій доступне за окремим запитом.

2.3. Визначення тематики настанови

Щоб розробити цю настанову, члени Керівної групи ВООЗ з розробки настанови провели інвентаризацію всіх наявних вказівок ВООЗ у сфері ВІЛ-інфекції, які стосуються п'яти ключових груп населення; після цього вони переглянули ці та інші матеріали, щоб знайти в них прогалини, дублювання, невідповідності та визначити їхню актуальність. Результати проведеної інвентаризації було представлено членам Зовнішньої керівної групи на оглядовому засіданні у жовтні 2013 р. Група переглянула результати інвентаризації, надала рекомендації щодо тематики настанови (групи населення та спектр втручань, які необхідно охопити) і визначила дві сфери, які потребують нових вказівок: **1) преконтактна профілактика (ПреКП); 2) профілактика і лікування передозування опіоїдами.** З моменту публікації цього документу у 2014 р. ВООЗ було випущено нові рекомендації з цих двох питань у 2015 р. У цьому випуску містяться посилання на такі нові рекомендації щодо ПреКП та АРТ.

Інші настанови, які перебувають у розробці

Департамент з питань ВІЛ та інші департаменти ВООЗ зараз розробляють або оновлюють низку настанов, які стосуються ключових груп населення. Ці настанови охоплюють:

- **лікування ВГС** (завершено групою з Глобальної програми гепатитів під час розробки цієї настанови і включено до нього), **лікування ВГВ**, а також **скринінг ВГС та ВГВ** (були підготовлені протягом 2015 р.);
- **вказівки щодо контрацепції та ВІЛ** (завершено Департаментом репродуктивного здоров'я та досліджень і включено до даної настанови);
- **вказівки щодо постконтактної профілактики (ПКП)** (були підготовлені Департаментом з питань ВІЛ та увійшли до документу http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf?ua=1&ua=1);
- **вказівки щодо ІПСШ.**

Цільова аудиторія

Зовнішня керівна група визначила цільову аудиторію цієї настанови. Найбільшу користь від нього отримають медичні служби в умовах малого обсягу ресурсів, оскільки вони стикаються з найгострішими проблемами при наданні послуг, що відповідають особливостям ключових груп населення. Втім, ця настанова релевантна для всіх епідеміологічних та економічних умов, і тому її можна вважати глобальною настановою. Щоб полегшити впровадження цих глобальних рекомендацій регіони і країни можуть адаптувати їх до місцевих потреб, епідеміологічних контекстів, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, та наявних послуг.

2.4. Перегляд доказів

До даної настанови включено як вже наявні, так і нові рекомендації. Розробка нових рекомендацій почалася з перегляду даних. Група з розробки настанови рекомендувала замовити огляди нових публікацій, оцінку наявних оглядів та досліджень щодо цінностей та вподобань, а також огляд вартості та здійсненності цих рекомендацій. Також ВООЗ оплатила нові та переглянула наявні дослідження цінностей та вподобань, які стосуються наявних рекомендацій, щоб сприяти забезпеченню належного відображення настановою потреб ключових груп населення.

2.4.1. Інформація про в'язниці та інші закриті заклади

У 2007 р. було проведено розширений огляд літератури для створення інформаційної бази видання ВООЗ «Ефективність втручань, спрямованих на подолання ВІЛ-інфекції у в'язницях» (3, 4). У 2014 р. для підготовки даної настанови вказаний огляд було оновлено з

використанням скороченого огляду літератури, який охоплював матеріали періоду 2007–2014 рр. Результати огляду 2007 р. було підтверджено: не було виявлено жодних нових доказів, на підставі яких варто було б змінити рекомендації, наведені у настанові 2007 р. Група з розробки настанови та УНЗ ООН переглянули, підтвердили та затвердили цей висновок. Огляд 2014 р. виявив потребу в подальших дослідженнях у цій сфері.

2.5. Формування рекомендацій щодо прекоконтактної профілактики

Для підготовки рекомендацій з ПреКП запитання щодо доказів було сформульовано у форматі PICO: Population (група населення), Intervention (втручання), Comparator (компаратор – підстава для порівняння), Outcome (результат)⁶. Зовнішні дослідники використали запитання PICO для розробки протоколів дослідження та здійснення системних оглядів наукових даних.

У березні 2014 р. ВООЗ скликала засідання з розробки настанови, щоб оновити рекомендації щодо застосування ПреКП серед ЧСЧ (5), ознайомитися з даними для формулювання нової рекомендації про застосування ПреКП серед ЛВНІ, а також переглянути всі розділи зведеної настанови. Особи, які представляли широке коло зацікавлених сторін, брали участь у засіданні як члени Групи з розробки настанови або як експерти-спостерігачі.

Учасники засідання оцінили дані обох запитань PICO щодо ПреКП, ризику та користь, цінності та вподобання, економічну вигоду та здійсненність кожного можливого втручання і надали свої рекомендації (див. розділ 4.1.5.1). У 2015 р. було підготовлено нові рекомендації ВООЗ з ПреКП, які увійшли до документу http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1

2.6. Оцінка доказів

У ході підготовки настанови ВООЗ група з її розробки сформулювала рекомендації, спираючись на **якість** наявних доказів. Під час визначення **значущості** рекомендацій також брали до уваги інші чинники: цінності та вподобання, вартість та здійсненність.

2.6.1. Як розуміти якість доказів

Чим вища якість наукових доказів, тим вірогідніша ймовірність формулювання наполегливої рекомендації. Підхід Системи градації рекомендацій, експертиз, розвитку та оцінки (GRADE) до розробки рекомендацій, затверджений ВООЗ, визначає якість доказів як ступінь упевненості в тому, що наведені оцінки результату (бажаного чи небажаного), які впливають з доказів, близькі до справжніх досліджуваних результатів (6, 7, 8). Відповідно до підходу GRADE, виділяються чотири рівні якості доказів (табл. 2.1) (9).

Таблиця 2.1. Значення чотирьох рівнів доказів (відповідно до підходу GRADE)

Якість доказів	Пояснення
Висока	Подальші дослідження навряд чи змінять нашу впевненість в оцінці результату
Помірна	Подальші дослідження, можливо, матимуть важливий вплив на нашу впевненість у результаті
Низька	Подальші дослідження, вірогідніше, матимуть важливий вплив на оцінку результату і, можливо, змінять нашу оцінку
Дуже низька	Будь-яка оцінка результату дуже невизначена

2.6.2. Визначення сили рекомендацій

Сила рекомендацій відображає ступінь упевненості групи з розробки настанови в тому, що бажані результати рекомендації переважають небажані (табл. 2.2). Бажані результати

⁶ У Розділі 4.1.5.1. використано дещо інше тлумачення цього терміну: PICO – Patients (пацієнти), Intervention (втручання), Comparison (порівняння), Outcome (результат). – Прим. до українського видання.

(**потенційна користь**) можуть включати корисні медичні результати (наприклад, зменшення кількості нових випадків ВІЛ, зниження рівня захворюваності та смертності); зменшення тягаря ВІЛ з розрахунку на особу та/або медичні служби; потенційну економію коштів для особи, громад, програм та/або системи охорони здоров'я. Небажані результати (**потенційна шкода**) включають такі з них, що завдають шкоди особам, сім'ям, громадам та системі охорони здоров'я. До уваги взято також додаткові тягарі – складнощі у використанні ресурсів та коштів під час виконання рекомендацій, які змушені нести програми, надавачі допомоги або пацієнти; несприятливі клінічні результати (наприклад, лікарська резистентність, токсичність ліків), а також юридичні наслідки, відповідно до яких певні практики вважаються правопорушенням.

Таблиця 2.2. Ознаки, які враховують при визначенні сили рекомендацій

Ознака	Пояснення
Переваги і ризики	Під час розробки нової рекомендації необхідно зважити бажані результати (переваги) і небажані результати (ризики), враховуючи будь-яку попередню рекомендацію або інші альтернативні варіанти. Чим більшими є розрив та різниця на користь переваг порівняно з ризиками, тим вища ймовірність формулювання наполегливої рекомендації.
Цінності та вподобання (прийнятність)	Якщо рекомендація, ймовірно, буде широко застосована і високо оцінена, є вірогідність формулювання наполегливої рекомендації. Якщо існує велика потреба у внесенні змін або вагомій причині для неприйняття запропонованого порядку дій, є вища ймовірність формулювання умовної рекомендації.
Витрати/фінансові наслідки	Менший обсяг витрат (коштів, інфраструктури, обладнання або людських ресурсів) або вища фінансова ефективність зумовлюють більшу ймовірність наполегливої рекомендації.
Здійсненність	Якщо втручання можна впровадити в умовах, де воно матиме найбільший очікуваний вплив, рекомендація щодо нього буде наполегливою.

Рекомендація може бути або наполегливою, або умовною.

Наполеглива рекомендація (за чи проти) – це рекомендація, щодо якої існує однозначна впевненість у переважанні бажаних результатів її врахування над небажаними результатами.

Умовна рекомендація (за чи проти) – це рекомендація, що може мати низьку якість доказів або може стосуватися тільки певних груп чи умов; або це рекомендація, щодо якої група приходить до висновку про те, що бажані результати її врахування, ймовірно, переважають небажані результати або мають приблизно однакову вагу, але група не впевнена щодо такого співвідношення за будь-яких умов.

Під час впровадження *умовної рекомендації* слід проводити її ретельний моніторинг та точну оцінку. Необхідне подальше дослідження для подолання невизначеностей із можливим наданням доказів, які зможуть змінити співвідношення «за» і «проти» стосовно рекомендації.

Цінності та вподобання кінцевих користувачів (ключових груп населення), **здійсненність і вартість**, а також **потенційна користь чи шкода** – це ознаки, які визначають силу рекомендації.

Для вивчення цінностей та вподобань ключових груп населення і надавачів послуг, користі, шкоди, вартості та здійсненності нових сфер настанови, наявних рекомендацій та питань надання послуг було замовлено опитування, якісні дослідження та огляди літератури,

проаналізовано інші наявні матеріали. Особливу увагу було приділено цінностям та вподобанням підлітків з ключових груп населення⁷.

Докази щодо цінностей та вподобань спиралися на результати семінарів за участю представників ключових груп населення низки країн; анонімне електронне опитування ЧСЧ, проведене в багатьох регіонах; глибинні інтерв'ю формату «ключовий інформатор» з обраними надавачами послуг та ЛВНІ; глибинні інтерв'ю з ЧСЧ; огляд літератури щодо цінностей та вподобань ключових груп населення стосовно ПреКП.

2.7. Перегляд щодо надання послуг, підходів до впровадження та аналіз випадків

Щоб визначити ефективні та прийнятні підходи до надання послуг ключовим групам населення, було проведено широкомасштабний пошук прикладів успішного досвіду. Аналіз цих випадків, наведених у розділах 5 і 6, містить результати успішного впровадження послуг для ключових груп населення.

2.8. Підготовка настанови

За результатами консультацій Групи з розробки настанови, повний текст проекту документа було переглянуто та опрацьовано в електронному вигляді членами цієї Групи та Групи зовнішніх експертів, які надали коментарі та відгуки. Усі відповіді було розглянуто та відповідним чином враховано в остаточному варіанті настанови.

2.9. Плани щодо розповсюдження настанови

Настанова розповсюджується як друковане видання, так і в електронному вигляді (включно з усіма додатками) на веб-сайті ВООЗ.

2.10. Оновлення настанови

Департамент з питань ВІЛ узяв на себе зобов'язання здійснювати регулярне оновлення зведеної настанови щодо ключових груп населення разом із надходженням нових або переглянутих доказів, включаючи нові вказівки у цій сфері, розроблені іншими департаментами ВООЗ.

⁷ ВООЗ, ЮНЕЙДС, ФН ООН, ЮНІСЕФ, ПРООН та УНЗ ООН розробили чотири технічні огляди щодо молодих людей з ключових груп населення. Ці огляди ґрунтуються на перегляді епідеміологічних даних, публікацій з надання послуг, аналізі політики та якісному дослідженні цінностей і вподобань молодих людей з ключових груп населення.

3. КОМПЛЕКСНИЙ ПАКЕТ ЗАХОДІВ

3.1. Послуги для всіх ключових груп населення

Для ефективної відповіді на ВІЛ-інфекцію серед ключових груп населення необхідне впровадження поєднання різних втручань. Наведений нижче пакет заходів рекомендовано для допомоги країнам у розробці програм з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення. В даному розділі узагальнено найважливіші втручання; надалі (у розділах 4 і 5) ці втручання описано детальніше.

Комплексний пакет складається з двох частин:

1. Основні втручання у сфері охорони здоров'я (див. розділ 4 для детальнішої інформації):

- 1) комплексні програми поширення презервативів та лубрикантів;
- 2) комплексні заходи зі зменшення шкоди, пов'язаної зі споживанням наркотиків, зокрема програми обміну голочок та шприців (ПОШ)⁸ та програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ);
- 3) поведінкові втручання;
- 4) КіТ;
- 5) лікування та догляд при ВІЛ-інфекції;
- 6) профілактика та лікування коінфекцій та інших супутніх захворювань, у тому числі вірусного гепатиту, ТБ та психічних розладів;
- 7) втручання у сфері статевого та репродуктивного здоров'я⁹.

2. Основні стратегії для створення сприятливого середовища (див. розділ 5 для детальнішої інформації):

- 1) сприятливе законодавство, політичні та фінансові зобов'язання, в тому числі декриміналізація форм поведінки ключових груп населення;
- 2) подолання стигми та дискримінації;
- 3) розширення можливостей громади;
- 4) боротьба з насильством по відношенню до представників ключових груп населення.

Втручання та стратегії, представлені в цьому пакеті, є значною мірою взаємозалежними.

Втручання та стратегії, представлені в цьому пакеті, є значною мірою взаємозалежними. Втручання в секторі охорони здоров'я є максимально корисними, коли вони проводяться комбіновано зі створенням необхідних сприятливих умов у навколишньому середовищі. Проте ці втручання в секторі охорони здоров'я не слід відкладати лише через відсутність сприятливого середовища. Втім, наявність сприятливих факторів значно підвищить ефективність цих втручань. Отже, хоча такі сприятливі фактори можуть знаходитись переважно поза контролем сектору охорони здоров'я, вкрай важливою є співпраця усіх секторів над охопленням цієї проблеми.

На додаток до наведених втручань, представники ключових груп населення потребують доступу до загального пакету медичних, соціальних та юридичних послуг, оскільки завдяки цьому вони зможуть досягти найвищих можливих стандартів здоров'я та благополуччя.

⁸ ПОШ є важливою для ЛВНІ, а також для трансгендерів, яким потрібен стерильний ін'єкційний інструментарій для безпечного введення гормонів для корекції статі. Інші важливі сфери включають нанесення татуювань, пірсингу та інших дій, що порушують цілісність шкіри, що особливо актуально для осіб у в'язницях та інших закритих закладах.

⁹ Включаючи контрацепцію, діагностику та лікування ПСШ, скринінг шийки матки тощо (див. розділ 4).

3.2. Особливі міркування

Наведений вище комплексний пакет заходів стосується всіх ключових груп. Додаткові елементи для окремих груп узагальнено нижче та деталізовано в розділах 4 та 5.

3.2.1. В'язниці та інші закриті заклади

Послуги з профілактики та лікування ВІЛ, що надаються в громаді, повинні також надаватися особам у в'язницях та інших закритих закладах. Доведена ефективність цих втручань у громаді не зміниться від того, що вони будуть надаватися у в'язницях та інших закритих закладах. Проте може існувати деяка специфіка надання цих послуг у в'язницях та інших закритих закладах задля їхньої максимальної ефективності. Для забезпечення справедливості надання медичної допомоги в цих закладах слід розглянути питання про покладання відповідальності за надання такої допомоги у в'язницях скоріше на Міністерство охорони здоров'я, ніж на Міністерство юстиції чи Міністерство внутрішніх справ (3).

У 2013 р. УНЗ ООН та партнери узгодили комплексний пакет ефективної профілактики і лікування ВІЛ у в'язницях та інших закритих закладах. На додаток до рекомендованих втручань для осіб у громаді втручання щодо закритих закладів включають:

- профілактику передачі ВІЛ при наданні медичних та стоматологічних послуг;
- профілактику передачі ВІЛ та інших гемотрансмісивних захворювань під час татуювання, пірсингу та інших дій, що порушують цілісність шкіри;
- захист персоналу від ризику зараження на робочому місці.

Слід зауважити деякі інші важливі втручання, до яких належать: надання зубних щіток та бритв у базових гігієнічних наборах, належне харчування, програми інтимних візитів, надання паліативної допомоги та процедура дострокового звільнення ув'язнених з термінальними станами (4).

UNAIDS, 2009

Чотири фактори відіграють в пенітенціарних установах важливу роль у запобіганні поширення ВІЛ/СНІДу та інших інфекційних захворювань, таких як ВГВ, ВГС і ТБ, та у прийнятті відповідних заходів:

- впровадження комплексних заходів щодо профілактики ВІЛ;
- забезпечення в пенітенціарних установах медичного обслуговування подібної якості та рівня, як і у суспільстві в цілому, включаючи забезпечення антиретровірусними (АРВ) препаратами;
- покращання умов утримання у в'язницях та здійснення інших реформ пенітенціарної системи;
- скорочення чисельності ув'язнених.

Вживання комплексних заходів щодо профілактики ВІЛ

Національні уряди повинні терміново вжити або розширити масштаб програм щодо запобігання ВІЛ-інфікуванню в пенітенціарних установах. Такі програми повинні передбачати реалізацію всіх заходів щодо запобігання ВІЛ-інфікуванню, які приймаються за межами в'язниць, включаючи:

- просвітницьку роботу з питань ВІЛ/СНІДу;
- добровільне КіТ;
- розповсюдження презервативів та запобігання зґвалтуванням, насильству та примусу на сексуальному підґрунті;
- лікування від наркотичної залежності, зокрема з використанням ЗПТ;
- впровадження заходів щодо скорочення в тюрмах попиту та пропозиції на наркотики;

- розповсюдження голук і шприців, а за неможливості цього – надання хлорвмісних розчинів або інших дезінфікуючих засобів;
- здійснення програм виявлення та лікування ПСШ;
- забезпечення заходів щодо запобігання передачі інфекції від матері до дитини у жінок-ув'язнених.

Ухвалення всіх цих заходів сприяє зниженню рівня ризику передачі ВІЛ в пенітенціарних установах, при цьому деякі з них також знижують і ризик передачі ВГС.

Практичні дані також свідчать про те, що впровадження цих заходів не супроводжується непередбаченими негативними наслідками. За науковими даними, їх масштаб можна впевнено розширювати і переходити від здійснення пілотних проєктів до реалізації загальнонаціональних програм. Врешті-решт, з огляду на те, що більшість ув'язнених в якийсь момент часу залишають пенітенціарні установи і повертаються в свої громади, реалізація цих заходів матиме сприятливі наслідки не тільки для ув'язнених та тюремного персоналу, але й для суспільства в цілому.

WHO, 2016

3.2.2. Люди, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом

Цей пакет заходів загалом такий самий, як і комплексний пакет з профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією для ЛВНІ, який було широко підтримано на найвищому політичному рівні та схвалено найбільшими донорськими організаціями (1, 2). З огляду на те, що втручання зі зменшення шкоди для ЛВНІ є частиною цього комплексного пакету для представників ключових груп населення, важливо, щоб країни, де існує проблема споживання ін'єкційних наркотиків, надали **пріоритетного значення негайному впровадженню ПОШ та ЗПТ**. Впровадження цих основних послуг зі зменшення шкоди повинно полегшити та розширити доступ до специфічних послуг, пов'язаних з ВІЛ, таких як КіТ та АРТ, а також покращити прихильність до лікування. Втручання зі зменшення шкоди для ЛВНІ також важливі. Вони мають включати науково обґрунтоване лікування наркотичної залежності та надання засобів для неін'єкційного споживання наркотиків з урахуванням місцевого контексту та моделей споживання наркотиків.

3.2.3. Підлітки з ключових груп населення

Комплексний пакет втручань можна застосувати і до підлітків з ключових груп населення. Програми для підлітків повинні також включати вакцинацію проти вірусу папіломи людини (ВПЛ) в рамках національних програм з ВПЛ.

Країнам пропонується проаналізувати їхні чинні політики щодо віку надання згоди (на тестування на ВІЛ) та переглянути їх для зменшення перешкод до доступу та використання послуг щодо ВІЛ, пов'язаних з віком.

Є низка критичних прогалин у впровадженні програм, спрямованих на задоволення потреб підлітків (5). Проте вкрай важливо розробляти і надавати послуги з урахуванням численних та взаємопов'язаних факторів уразливості підлітків з ключових груп населення, врахуванням різноманітних потреб відповідно до їхнього віку, особливостей поведінки, складнощів їхнього соціального та правового середовища, а також характеру епідемії ВІЛ.

4. ВТРУЧАННЯ В СЕКТОРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Профілактика

4.1.1. Комплексні програми щодо презервативів та лубрикантів

Загальна інформація та обґрунтування

Важливим компонентом відповіді на ВІЛ-інфекцію є підвищення рівня наявності, доступності, економічності та використання чоловічих й жіночих презервативів, а також сумісних з презервативами лубрикантів серед представників ключових груп населення.

Постійне і правильне використання чоловічих презервативів знижує рівень передачі ВІЛ статевим шляхом та інших ІПСШ до 94%.

Постійне і правильне використання чоловічих презервативів знижує ризик статевої передачі ВІЛ та інших ІПСШ (при вагінальному та анальному сексі) до 94%. Використання лубрикантів на водній або силіконовій основі (на відміну від лубрикантів на олійній основі) допомагає запобігти зісковзуванню та розриву презервативів (1, 2, 3, 4). Хоча кількість даних щодо використання жіночих презервативів дещо менша, ці дані свідчать про те, що використання жіночих презервативів також запобігає розповсюдженню ВІЛ та ІПСШ (4).

Впровадження ефективних програм щодо презервативів має особливе значення для ключових груп населення. Незахищений секс та інші форми ризикованої поведінки на зразок споживання наркотиків часто поєднуються серед ключових груп населення, особливо серед підлітків з цих груп (5, 6, 7).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Постійне і правильне використання презервативів та сумісних з ними лубрикантів рекомендовано всім ключовим групам населення для запобігання статевої передачі ВІЛ та ІПСШ (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*) (3, 8, 9, 10).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ЧСЧ

- При анальному сексі рекомендовано використовувати презервативи та відповідні лубриканти (3).
- Необхідно підкреслити важливість належного забезпечення лубрикантами.

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

Статеві контакти також наявні у в'язницях та інших закритих закладах, але загальний доступ до презервативів тут обмежений. Важливо впровадити і розширити програми з розповсюдження презервативів та відповідних лубрикантів у в'язницях та інших закритих закладах без обмеження кількості, на засадах анонімності і в легкодоступній формі (наприклад, продаж презервативів через торгівельні автомати) (9, 11).

UNAIDS, 2009

Доступ до презервативів повинен бути простим та конфіденційним. В оптимальному варіанті цей доступ повинен бути організований в таких місцях, як туалети, душові кімнати, кімнати очікування, майстерні або робочі приміщення для в'язнів, де ув'язнені можуть взяти презерватив, при цьому залишившись непоміченими іншими ув'язненими або тюремним персоналом. Розповсюдження може здійснюватися медичними працівниками, з використанням роздавальних автоматів, а також ув'язненими, що пройшли спеціальне

навчання (інструкторами), або на основі комбінації цих методів. В рамках кожної окремої пенітенціарної установи слід визначити оптимальні методи поширення презервативів з метою забезпечення простого і конфіденційного доступу до них. Ув'язнені не повинні звертатися з проханням про отримання презервативів, оскільки мало хто з них бажає розкривати факт своїх одностатевих зв'язків. Презервативи повинні надаватися безкоштовно. Їх можна роздавати всім ув'язненим в складі «набору для надання медичної допомоги», що видається при їх надходженні до пенітенціарної установи і містить інформаційні матеріали з ВІЛ/СНІДу та інших медичних питань, а також бритву, зубну щітку, мило тощо. Слід також поширювати змащувальні речовини на водній основі, оскільки їх використання знижує ймовірність пошкодження презерватива та/або утворення тріщин прямої кишки, що сприяє підвищенню ступеня ризику ВІЛ-інфікування.

У жодній з пенітенціарних систем, в яких було дозволено використання презервативів, не було відзначено відмови від цієї практики, не виникало проблем в галузі забезпечення безпеки або інших пов'язаних з цією практикою негативних наслідків. Зокрема, було встановлено, що надання доступу до презервативів жодним чином не впливає на діючий в пенітенціарних установах режим, не представляє ніякої загрози для забезпечення безпеки та роботи цих установ, не веде до підвищення сексуальної активності ув'язнених та спокійно сприймається більшістю ув'язнених і тюремних наглядачів.

WHO, 2016

РКС (ТА ЇХНІ КЛІЄНТИ)

Правильне і постійне використання презервативів та сумісних з ними лубрикантів рекомендовано для РКС та їхніх клієнтів (10).

РКС, жінки або чоловіки, часто мають дисбаланс фізичної сили, який обмежує їхню здатність до використання презервативів з клієнтами (щодо найважливіших передумов див. розділ 5). РКС-жінки, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, можуть бути особливо вразливими щодо цього дисбалансу фізичної сили. Жіночий презерватив має переваги над чоловічим, оскільки жінка може ініціювати його використання і ввести його за кілька годин до статевого акту (14). Підходи за принципом «рівний–рівному» та аутріч можуть допомогти у підвищенні рівня знань, розвитку навичок та розширенні можливостей РКС щодо постійного користування презервативами та лубрикантами.

ТРАНСГЕНДЕРИ

- При анальному сексі рекомендовано використовувати презервативи та відповідні лубриканти (3).
- Необхідно підкреслити важливість належного забезпечення лубрикантами жінок-трансгендерів та чоловіків-трансгендерів, які мають сексуальні стосунки із чоловіками.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Емоційні, інтелектуальні та соціальні можливості підлітків постійно розвиваються. Молоді люди з ключових груп населення, напевно, частіше за своїх однолітків з загального населення відчувають дисбаланс фізичної сили у статевих стосунках, який обмежує їхню здатність до використання презервативів (5, 15, 16). Підходи за принципом «рівний–рівному» та аутріч можуть допомогти у розповсюдженні презервативів та лубрикантів, підвищенні рівня знань, розвитку навичок та розширенні можливостей підлітків з ключових груп населення щодо постійного і правильного користування презервативами та лубрикантами (17).

Міркування щодо впровадження

Законодавчі та правоохоронні механізми повинні підтримувати програми щодо презервативів. Наявність презервативів не повинна розглядатися як свідчення правопорушення, поліцейські не повинні переслідувати осіб, що мають при собі презервативи (10).

Популяризація доступу. В більшості країн презервативи та лубриканти можна повсюдно придбати. Але безкоштовне надання презервативів та лубрикантів ключовим групам населення усуне будь-які перешкоди для їх використання, пов'язані з їхньою вартістю (17, 18). Чоловічі та жіночі презервативи різних розмірів повинні бути доступні за численними каналами, їх розповсюдження повинно охоплювати всі різноманітні ключові групи населення, особливо молодих людей з цих груп. Кампанії з популяризації презервативів повинні підвищувати обізнаність, рекламувати прийнятність користування презервативами, наголошувати на необхідності їх застосування, допомагати у подоланні соціальних та особистих перешкод під час користування ними (10).

Лубриканти. Одночасно з чоловічими та жіночими презервативами слід поширювати сумісні з ними лубриканти. Лубрикант знижує ризик розриву та зісковзування презерватива, а також може зменшити дискомфорт під час проникаючого статевого акту (10). При анальному контакті кількість лубриканта має бути значною (19). Лубриканти на водній або силіконовій основі не ушкоджують латексні презервативи, на відміну від лубрикантів на олійній основі, які через це ніколи не слід застосовувати разом з латексними презервативами.

Інформація та формування навичок. Програми для ключових груп населення одночасно з популяризацією та постачанням презервативів повинні пропонувати цим групам інформацію та формувати в них навички щодо можливості домовитися про використання презерватива (10). Крім того, поведінкові втручання можуть сприяти постійному користуванню презервативами. Всі програми щодо презервативів повинні враховувати складні гендерні, релігійні та культурні чинники, які можуть заважати користуванню презервативами. Зокрема, перед впровадженням програм з розповсюдження презервативів у в'язницях слід ретельно спланувати навчання та інформування як ув'язнених, так і персоналу (9).

Для подальшого читання

- *Condom programming for HIV prevention: a manual for service providers.* New York, UNFPA, 2005. <http://www.unfpa.org/public/global/pid/1291>
- *Comprehensive condom programming: a guide for resource mobilization and country programming.* New York, UNFPA, 2010. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/CCP.pdf>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. (Chapter 4).* Geneva, WHO, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- *Male latex condom specification, prequalification and guidelines for procurement.* Geneva, WHO, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241599900/en/
- WHO, UNFPA, FHI360. *Use and procurement of additional lubricants with male and female condoms – advisory note.* Geneva, WHO, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf

4.1.2. Зменшення шкоди серед людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом

Загальна інформація та обґрунтування

ЛВНІ зазнають ризику інфікування ВІЛ та іншими вірусними інфекціями, що передаються через кров (наприклад, ВГВ та ВГС), внаслідок спільного використання нестерильного ін'єкційного інструментарію. У деяких випадках споживання наркотиків може бути більш поширеним серед ключових груп, ніж серед загального населення.

Комплексний пакет. Комплексний пакет науково обґрунтованих втручань зі зменшення шкоди, пов'язаної зі споживанням ін'єкційних наркотиків, стисло викладено у «Технічному керівництві ВООЗ, ЮНЕЙДС та УЗН ООН щодо визначення цілей країн для універсального доступу споживачів ін'єкційних наркотиків до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією» (8). Це видання і пакет втручань було широко підтримано ООН (20, 21, 22, 23, 24) та найбільшими міжнародними донорами, включаючи Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) й Надзвичайну ініціативу Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR).

Комплексний пакет зі зменшення шкоди

1. ПОШ.
2. ЗПТ та інші науково обґрунтовані види лікування наркотичної залежності.
3. КіТ.
4. АРТ.
5. Профілактика та лікування ПСШ.
6. Програми щодо презервативів для ЛВНІ та їхніх статевих партнерів.
7. Цільове інформування, навчання та комунікація серед ЛВНІ та їхніх статевих партнерів.
8. Профілактика, вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів.
9. Профілактика, діагностика та лікування ТБ.

Лише перші два втручання – ПОШ і ЗПТ та інші види лікування наркотичної залежності – стосуються споживання наркотиків; саме про них йтиметься в цьому розділі.

Аутріч на рівні громади. Аутріч на рівні громади не відзначено в наведеному вище пакеті як окреме втручання, але цей метод є ефективним щодо охоплення осіб, зокрема тих, хто стикається з перешкодами для отримання основних медичних послуг, як це часто трапляється з представниками ключових груп населення. Аутріч – це високоефективний засіб здійснення профілактичних щодо ВІЛ втручань на зразок ПОШ, програм щодо презервативів та цільової комунікації. Також він є корисною «точкою доступу» для перенаправлення до ЗПТ та АРТ. Отже, аутріч є суттєвим компонентом усіх програм, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (25).

Низку інших втручань не включено до комплексного пакету зі зменшення шкоди через недостатність доказів щодо їхньої ефективності з огляду на профілактику та лікування ВІЛ. Втім, зараз подано одну нову рекомендацію: щодо розповсюдження налоксону поза медичними закладами, про що детально йдеться наприкінці цього розділу.

Зменшення шкоди, пов'язаної з ін'єкційним введенням лікарських речовин для корекції статі. Ситуація з ін'єкційним введенням речовин, яке використовують трансгендери для корекції статі, відрізняється від такої при споживанні наркотиків ін'єкційним шляхом, про що йшлося вище. При застосуванні гормональної терапії для корекції статі дуже важливо під час надання медичних послуг забезпечувати використання відповідних препаратів задля уникнення неправильного дозування, правильно вирішувати будь-які питання, пов'язані з несприятливою ситуацією, а також запобігати спільному використанню ін'єкційного інструментарію. Наразі немає рекомендацій ВООЗ щодо гормональної терапії з метою корекції статі.

Гормональні ін'єкції відрізняються від ін'єкцій немедичних силіконових препаратів та інших наповнювачів для прямої модифікації тіла (26, 27). Ін'єкції пухкого силікону та інших наповнювачів можуть бути пов'язані з такими ризиками для здоров'я, як інфікування, спотворення, міграція введеної речовини в організмі або загальна захворюваність (28, 29, 30). Важливо повідомити трансгендерів про ризики для здоров'я внаслідок використання цих ін'єкцій та надати доступ до медичних служб, які застосовують більш безпечні методи корекції статі.

Підлітки, що споживають наркотики ін'єкційним шляхом. Підлітки, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, стикаються з додатковими ризиками та перешкодами в отриманні послуг через низку факторів, пов'язаних із законодавством, їхнім розвитком та оточенням. Підлітки часто менш поінформовані про безпечні ін'єкційні практики та послуги. В багатьох країнах підлітків виключено з ПОШ та програм ЗПТ через вікові обмеження та/або через необхідність отримання згоди батьків. Щодо підлітків та молодих людей можуть знадобитися особливі та більш винахідливі стратегії залучення для популяризації серед них користування послугами. Залучення батьків, діти-підлітки яких споживають наркотики ін'єкційним шляхом, до програм зменшення шкоди може забезпечити належну підтримку підлітка. Але перш ніж включити батьків у програму, важливо отримати згоду підлітка.

4.1.2.1. Програми обміну голок і шприців

Загальна інформація та обґрунтування

ПОШ істотно та економічно ефективно знижують рівень передачі ВІЛ серед ЛВНІ.

Із потраплянням ВІЛ в групу ЛВНІ, що спільно користуються шприцами та ін'єкційним інструментарієм, рівень поширеності ВІЛ дуже швидко може досягти масштабу епідемії (у пропорційному відношенні) (31). Поширення стерильного ін'єкційного інструментарію (безкоштовно або за низькою вартістю) серед ЛВНІ сприяє використанню ними стерильних голок та шприців і тому сприяє зменшенню кількості ін'єкцій нестерильним інструментарієм (8, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

ПОШ дають можливість істотно та економічно ефективно знизити рівень передачі ВІЛ серед ЛВНІ (36). Ці програми можуть також знизити серед ЛВНІ рівень передачі через кров інших вірусних інфекцій, таких як ВГВ та ВГС (35, 36, 38, 39, 40). Проте ПОШ не заохочують до споживання наркотиків. Немає даних про будь-які значні непередбачені негативні наслідки таких програм (початок ін'єкційного споживання наркотиків особами, які раніше їх не вживали ін'єкційним шляхом, або підвищення рівня споживання ін'єкційних наркотиків на індивідуальному чи глобальному рівні) (41, 42, 43, 44).

ПОШ можуть також служити важливою «точкою входу» до інших послуг. Ці програми спрямовані на те, щоб їхні клієнти зверталися до них на регулярній основі. Завдяки цьому такі програми мають безліч можливостей для полегшення доступу до медичних послуг на зразок ЗПТ та інших видів лікування наркозалежності, КіТ, лікування ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів (45). Також ПОШ здатні надавати базову медичну допомогу та вирішувати інші особливі проблеми, з якими часто стикаються ЛВНІ, такі як догляд за ранами та профілактика передозування. Розповсюдження голок і шприців та надання послуг можуть здійснюватися за різними моделями, включаючи розповсюдження через стаціонарні пункти – аптеки, роздаткові або торгівельні автомати, а також через мобільні та аутріч-служби (8, 36). Крім того, враховуючи велику кількість ув'язнених серед ЛВНІ, доступ до стерильного ін'єкційного інструментарію та ПОШ – це важливі компоненти надання медичних послуг у в'язницях (4).

Для запобігання передачі ВІЛ серед ЛВНІ критично важливо надавати їм не лише інформацію про більш безпечні методи споживання ін'єкційних наркотиків та відмову від спільного використання ін'єкційного інструментарію, а й забезпечувати їх відповідними засобами для цього шляхом поширення безкоштовного або недорогого стерильного ін'єкційного інструментарію. ПОШ також дають можливість перенаправляти клієнтів до отримання інших медичних та споріднених послуг, включаючи КіТ та лікування наркотичної залежності.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Всі представники ключових груп населення, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, повинні мати доступ до стерильного ін'єкційного інструментарію через ПОШ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (8, 32, 36, 46).

Додаткове зауваження

- ПОШ пропонується поширювати шприці з малим мертвим простором разом з інформацією про їхню перевагу в аспекті профілактики порівняно зі звичайними шприцями (39).
- Ін'єкційний інструментарій повинен відповідати місцевому контексту і враховувати такі фактори, як тип препаратів, що зазвичай споживають, та методи їх приготування (8, 27).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Важливо надавати особам у в'язницях та інших закритих закладах не лише інформацію про методи запобігання ризику, а й засоби профілактики – презервативи та стерильний ін'єкційний інструментарій. Ці особи повинні мати легкий та конфіденційний доступ до ПОШ (9).
- Пенітенціарні системи повинні проводити пілотні дослідження та оцінку ініціатив з безпечніших методів татуювання, щоб визначити, чи знижують вони рівень обміну і повторного використання інструментарію для татуювання та чи сприяють тим самим зниженню рівня інфікування (9, 11).

UNODC, 2015

Надання дезінфікуючих засобів

Забезпечення ув'язнених хлорним вапном або іншими дезінфікуючими засобами є важливим способом зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції при використанні загального приладдя для ін'єкцій, особливо якщо немає в наявності стерильного приладдя. У багатьох пенітенціарних системах були прийняті програми надання ув'язненим, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом, дезінфікуючих засобів, а також інструкцій із дезінфекції приладдя для ін'єкцій перед їх повторним використанням. Оцінки ефективності таких програм показали, що видача хлорного вапна в виправних установах цілком здійсненна та безпечна. Проте дослідження, проведені у цивільних умовах, викликали сумніви щодо ефективності використання хлорного вапна для знезараження приладдя для ін'єкцій. На сьогодні дезінфекція як засіб профілактики ВІЛ-інфекції розглядається тільки як стратегія, що стоїть на другому місці після ПОШ. Інструкції по знезараженню вимагають вимочування приладдя для ін'єкцій у свіжому розчині нерозбавленого хлорного вапна (5% розчин гіпохлориту натрію) не менше 30 секунд. Ще більше часу потрібно для знезараження при використанні розведеного хлорного вапна. Більш того, оцінюючи ефективність використання хлорного вапна для профілактики ВГС, зроблено висновок: хоча часткову ефективність виключати не можна, опубліковані дані недвозначно вказують на те, що дезінфекція з використанням хлорного вапна має обмежену ефективність у профілактиці передачі ВГС серед ЛВНІ. У виправних установах ефективність використання хлорного вапна як знезаражуючого засобу може бути ще нижчою.

WHO, 2016

ТРАНСГЕНДЕРИ

Трансгендери, які споживають ін'єкційні препарати для корекції статі, повинні використовувати стерильний ін'єкційний інструментарій та безпечні методи ін'єкції задля зниження ризику інфікування патогенами, що передаються з кров'ю, – ВІЛ, ВГВ та ВГС (3).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Рекомендації ВООЗ не містять конкретних вікових обмежень для ПОШ.

Міркування щодо впровадження

Структурні зміни є необхідними для створення сприятливих політичних, правових та соціальних умов, що полегшить справедливий доступ до профілактики та лікування ВІЛ для всіх, включаючи ПОШ для ЛВНІ (8).

Адвокація, заснована на даних громадського здоров'я, часто є необхідною для інших секторів, особливо правоохоронних органів та місцевих громад, з метою створення умов, у яких ПОШ зможуть функціонувати у повному обсязі (8, 36, 45, 47).

Криміналізація – це непродуктивний підхід. Якщо носіння використаних голочок та шприців є правопорушенням або може бути використано як доказ споживання наркотиків, ЛВНІ навряд чи віднесуть використаний інструментарій в пункт обміну голочок і шприців для їх утилізації (27, 36, 45).

Обслуговування ключових груп населення. Важливо, щоб співробітники ПОШ враховували медичні потреби кожної з ключових груп населення. Організації представників ключових груп населення можуть або самі проводити такі втручання, або використовувати ефективні канали для перенаправлення клієнтів до відповідних послуг (32).

Інший інструментарій. Окрім стерильних голочок та шприців, у рамках ПОШ також може надаватися інший інструментарій, зокрема спиртові тампони, ампули стерильної води, фільтри, турнікети, змішувальні ємності (наприклад, спеціальні ложки або «кукери») та окислювачі (наприклад, аскорбінова чи лимонна кислота у вигляді порошку) (8, 27).

Безпечна утилізація. В рамках ПОШ необхідно створити та популяризувати системи безпечної утилізації ін'єкційного інструментарію (8, 27). Існують різні моделі таких систем, включаючи поширення одноразових резистентних до проколювання контейнерів. Ефективна та безпечна утилізація голочок та шприців зменшує кількість забрудненого інструментарію в громаді і тим самим знижує ризик його повторного використання або ненавмисних уколів зараженою голкою, а також сприяє ослабленню негативного ставлення серед населення. Інформування населення також може створювати можливості для скорочення споживання наркотиків у довгостроковій перспективі.

Інформаційно-освітня робота у в'язницях та інших закритих закладах. Ув'язнені і персонал в'язниць повинні отримувати інформацію про відповідні програми, а також брати участь в їх розробці та впровадженні. Ретельно оцінені пілотні ПОШ, які впроваджуються у в'язницях, можуть бути важливими для прокладання шляху до постійних широкомасштабних програм. Проте розширення ПОШ не повинно чекати результатів пілотних програм, зокрема в тих закладах, де споживання ін'єкційних наркотиків є поширеним явищем (9).

Коментар робочої групи

В Україні на сьогодні відсутня законодавча та нормативно-правова база щодо впровадження ПОШ в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань. Робоча група рекомендує розробку

необхідної нормативної бази для впровадження ПОШ в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань.

Для подальшого читання

- WHO, UNODC, UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision*. Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- WHO, UNAIDS, UNODC. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, WHO, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf
- *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, WHO, 2004.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/>
- *Best practices for injections and related procedures toolkit*. Geneva, WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599252_eng.pdf

4.1.2.2. Замісна підтримувальна терапія

Загальна інформація та обґрунтування

ЗПТ має високу ефективність в аспекті зниження рівня споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, яке наражає осіб, залежних від опіоїдів, на ризик інфікування ВІЛ.

Втручання, які ефективно лікують наркотичну залежність, можуть скоротити незаконне споживання наркотиків і, як наслідок, частоту ін'єкцій, а також покращити здоров'я та соціальну активність осіб, що отримують таке лікування (8). Для людей, залежних від опіоїдів, ЗПТ агоністами опіоїдів, яку іноді називають «медичною підтримувальною терапією», має високу ефективність в аспекті зниження рівня споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, що наражає цих осіб на ризик інфікування ВІЛ (33, 34, 48, 49, 50). ЗПТ може зменшити рівень споживання опіоїдів та покращити утримання пацієнтів у програмах лікування ВІЛ (51, 52, 53). Доступність та дотримання режиму ЗПТ може покращити показники здоров'я (4), зменшити частоту виникнення передозувань та пов'язаної з ними смертності (54), знизити рівень злочинності (55), сприяти кращим психосоціальним наслідкам (56) та знизити ризик для наркозалежних вагітних жінок та їхніх немовлят (57).

Метадон та бупренорфін, включені до в переліку основних лікарських засобів ВООЗ, – це опіоїдні агоністи, які найчастіше використовуються при ЗПТ (58). Метадон – це синтетичний опіоїд, за допомогою якого лікують залежність від героїну та інших опіоїдів. Він скорочує опіоїдний абстинентний синдром та ейфорійний ефект від споживання опіоїдів. Метадон приймають перорально щодня; при цьому важливо забезпечити надання обґрунтованої дози (60–120 мг) впродовж обґрунтовано тривалого періоду її прийому (8, 50). Бупренорфін – це частковий агоніст; його ефективність у лікуванні опіоїдної залежності аналогічна ефективності метадону. Цей препарат приймають головним чином під язик (8–24 мг/добу). Програми ЗПТ повинні створювати сприятливі умови та відносини з лікуючим лікарем задля полегшення скоординованого лікування супутніх проблем, пов'язаних з психічним та фізичним здоров'ям пацієнтів, а також враховувати психосоціальні фактори (50).

WHO, 2014

Вагітним жінкам з опіоїдною залежністю слід рекомендувати використовувати ЗПТ за її наявності, а не намагатися проводити детоксикацію. Їм слід рекомендувати продовжити або почати ЗПТ метадонем або бупренорфіном.

Питання доступу жінок ЛВНІ до ЗПТ досі залишається надзвичайно актуальним для України. Так, аналіз соціально-демографічних характеристик пацієнтів, що знаходяться на ЗПТ, протягом років впровадження програми в Україні демонструє, що співвідношення чоловіків та жінок в програмі ЗПТ становить в середньому 80 та 20% відповідно.

Ціла низка бар'єрів системного (недостатнє розуміння гендерних відмінностей, обмежений доступ жінок до формування політики та прийняття рішень щодо розподілу ресурсів), структурного (підходи та практики до надання послуг), соціального, культурного та особистісного характеру обмежують доступ жінок до наркологічного лікування.

При впровадженні програм ЗПТ необхідно враховувати особливі потреби наркозалежних жінок щодо питань, пов'язаних із вагітністю та пологами, доглядом за дитиною, репродуктивним здоров'ям тощо.

Важливим компонентом розвитку програми на сьогодні є розвиток взаємодії з акушерсько-гінекологічною службою щодо інформування наркозалежних вагітних жінок стосовно ЗПТ, її переваг в аспекті зниження численних ризиків для здоров'я дитини порівняно з продовженням вживання нелегальних наркотиків, а також проведення інформаційно-освітніх заходів з акушер-гінекологами, сімейними лікарями щодо основ програми та роботи з наркозалежними жінками. В свою чергу, особливу увагу слід надати забезпеченню безперешкодного доступу ВІЛ позитивних ЛВНІ до послуг програми ЗПТ.

WHO, 2016

- Для досягнення оптимального охоплення та позитивних результатів лікування ЗПТ має проводитись безкоштовно або за рахунок державного медичного страхування та бути доступною для всіх, хто її потребує, в тому числі для осіб у в'язницях та інших закритих закладах (50).
- ЗПТ не повинна бути примусовою; пацієнти мають давати інформовану згоду на лікування (8, 50).
- Для забезпечення найбільшої ефективності ЗПТ необхідно проводити як підтримувальну терапію обґрунтованої тривалості з належними дозами (8, 50).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Всім представникам ключових груп населення, які мають опіоїдну залежність, необхідно пропонувати ЗПТ відповідно до рекомендацій ВООЗ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (8, 32, 50), включаючи осіб у в'язницях та інших закритих закладах (9).

Додаткове зауваження

- Щоб максимально підвищити безпеку та ефективність програм ЗПТ, відповідні документи і нормативи мають забезпечувати гнучкість дозування, не обмежуючи рівнів дозування чи тривалості лікування (50). Звичайні підтримувальні дози метадону повинні бути в діапазоні мінімум 60–120 мг/добу, а середні підтримувальні дози бупренорфіну – не менше ніж 8 мг/добу (50). Видачу доз препарату для прийому вдома може бути запропоновано тільки за умови досягнення стабільності дозування та соціального становища пацієнта, коли ризик використання препарату в незаконних цілях є мінімальним (50). ЗПТ найбільш ефективна як підтримувальна терапія впродовж досить тривалого часу (лікування може тривати роками). Детоксикація або відмова від споживання опіоїдів призводять у довгостроковій перспективі до гірших результатів, ніж ЗПТ. Проте необхідно допомогти пацієнтам відмовитись від опіоїдів, якщо це їхній інформований вибір (50).

- Під час вагітності для лікування опіоїдної залежності краще використовувати ЗПТ, ніж методи опіоїдної детоксикації (50, 59).
- Усім особам з опіоїдною залежністю слід надавати психологічну підтримку в поєднанні з фармакологічним лікуванням цієї залежності. Ця підтримка має включати, як мінімум, оцінку психологічних потреб, підтримувальне консультування та забезпечення зв'язків із послугами на рівні сім'ї та громади (50).
- Для осіб з опіоїдною залежністю, хворих на ТБ, ВГВ, ВГС або ВІЛ, ЗПТ має проводитись у поєднанні з медичним лікуванням. Щоб розпочати лікування таких станів не варто чекати відмови пацієнта від опіоїдів (50).
- Лікувальні служби повинні пропонувати вакцинацію проти ВГВ усім пацієнтам з опіоїдною залежністю (попри те, беруть вони участь в програмах ЗПТ чи ні) (50).
- У місцях, де проводиться ЗПТ, необхідно ініціювати та підтримувати надання АРТ особам, що живуть з ВІЛ та відповідають необхідним критеріям (4).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- У країнах, де ЗПТ доступна у громаді, адміністрація пенітенціарних установ повинна терміново запровадити програми ЗПТ і якомога швидше розширити їх до необхідного масштабу (9).
- Країни мають підтвердити та зміцнити принцип надання лікування, навчання та реабілітації як альтернативи засудженню та покаранню за правопорушення, пов'язані з наркотиками (8).
- Слід забезпечити осіб, які проходили ЗПТ перед потраплянням до в'язниць або інших закритих закладів, можливістю продовження ЗПТ без перерви, зокрема при ув'язненні або переміщенні між в'язницями (9, 50), та можливістю отримання прив'язки до ЗПТ у громаді після звільнення (60).
- Надання ЗПТ перед звільненням може допомогти зменшити кількість смертельних випадків, пов'язаних із передозуванням (61).

ТРАНСГЕНДЕРИ

Даних щодо взаємодії між препаратами ЗПТ та ліками, що використовуються для корекції статі, немає; проте обсяг досліджень у цьому напрямку є дуже обмеженим.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Рекомендації ВООЗ не містять конкретних вікових обмежень для отримання ЗПТ та залучення до ПОШ.

Коментар робочої групи

Відповідно до статті 38 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», «Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій». Водночас стосовно ЗПТ існують додаткові обмеження, пов'язані з віком пацієнта. Так, відповідно до наказу МОЗ України від 17.12.2012 №200, включення до ЗПТ хворих віком до 18 років проводиться лише на підставі письмового звернення батьків або законних представників.

Міркування щодо впровадження

Необхідно впровадити **документування процесів** для гарантування безпечних і законних закупівель, зберігання, видачі та дозування ліків, особливо метадону та бупренорфіну (50).

Нагляд. На ранній стадії лікування прийом доз метадону та бупренорфіну має здійснюватися під безпосереднім наглядом (50).

Видачу доз препарату для прийому вдома може бути рекомендовано за умови досягнення стабільності дозування та соціального становища пацієнта, коли ризик використання препарату в незаконних цілях є мінімальним (50).

Вимушене відсторонення пацієнта від лікування є виправданим, коли необхідно гарантувати безпеку персоналу та іншим пацієнтам, проте порушення правил програми само по собі загалом не повинно бути причиною для вживання таких заходів. Перед відстороненням пацієнта від лікування необхідно вжити всіх слушних заходів для покращення ситуації, включаючи повторну оцінку підходу до лікування (50).

Для подальшого читання

- Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy for the management of opioid dependence. Geneva, WHO, 2009.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
- Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html
- Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva, WHO, 2014.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

Коментар робочої групи

Відповідно до рекомендацій технічної настанови ВООЗ, ЮНЕЙДС, УНЗ ООН для країн щодо розробки цілей в рамках концепції забезпечення загального доступу до профілактики, лікування та догляду у зв'язку із ВІЛ-інфекцією серед ЛВНІ та рекомендацій, представлених в «Services for people who inject drugs» (UNAIDS, 2014), доступ до надання ЗПТ визначається на основі підрахунку відсотка людей із опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ: низьке охоплення: <20%; середнє охоплення: 20–40%; високе охоплення: >40.

4.1.2.3. Інші типи лікування наркотичної залежності

Загальна інформація та обґрунтування

Дані щодо профілактики ВІЛ не володіють рівнем доказовості стосовно ПОШ та ЗПТ. Проте інші втручання, пов'язані із наркозалежністю, наполегливо рекомендується впроваджувати там, де широко використовуються неопіоїдні препарати або досі відсутня ЗПТ.

Завдання лікування наркотичної залежності полягає в досягненні та подальшому підтримуванні фізичного, психологічного і соціального благополуччя пацієнта за рахунок зменшення ризиків, пов'язаних із споживанням наркотиків, зниження рівня споживання наркотиків або повної відмови від них. З огляду на хронічний рецидивуючий характер наркотичної залежності та необхідність вирішення цілої низки соціальних та психологічних питань, досягнення повної відмови від споживання наркотиків, якщо така мета є, – це

тривалий і складний процес. Визначення «камінців для кроків» чи «стратегій стабілізації» – короткострокових та більш досяжних цілей – може допомогти визначити і структурувати поступ. Це може також допомогти у зменшенні шкоди, пов'язаної із вживанням наркотиків, одним з аспектів якої є передача вірусних інфекцій через кров (ВІЛ, ВГВ та ВГС) (62).

Наявні дані щодо впливу інших форм лікування наркозалежності відносно захворюваності на ВІЛ є менш переконливими порівняно з даними про ефективність ЗПТ (8, 63). Проте ці втручання рекомендовано у випадках широкого споживання неопіїдних препаратів, до яких відносяться стимулятори амфетамінового типу, кокаїн, седативні та снодійні препарати, а також там, де ЗПТ залишається недоступною (8). Лікування наркотичної залежності допомагає запобігти інфікуванню ВІЛ, оскільки знижує рівень споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, частоту спільного використання ін'єкційного інструментарію, ризикованої статевої поведінки та створює можливості для підвищення обізнаності та отримання медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ (64).

Зазвичай, лікування наркозалежності включає різні методи, але підходи до лікування можна в цілому поділити на психосоціальні (втручання, спрямовані на відмову від наркотиків; втручання з корекції поведінки) та фармакологічні. Фармакологічні методи можна додатково поділити на такі види: детоксикацію, запобігання рецидивам та лікування; всі вони спрямовані на зниження тяги до наркотиків та їх споживання (62).

Тримання під вартою – це не лікування. У багатьох країнах споживачів наркотиків затримують та ізолюють в установах примусового утримання нібито з метою лікування наркозалежності та реабілітації. Але це відбувається без суду та без клінічної оцінки стану їхньої наркотичної залежності; результати лікування рідко впливають на тривалість утримання під вартою. Зазвичай в таких установах не здійснюється медичний нагляд за перебігом абстинентного синдрому і не пропонуються науково обгрунтовані методи лікування. Осіб, яких тримають під вартою, можуть примушувати до неоплачуваної праці або муштри на зразок армійської, вони можуть зазнавати фізичних покарань. Після звільнення з таких установ багато з цих людей повертаються до споживання наркотиків, при чому ризик передозування може зрости (65).

Такі підходи порушують права людини. Крім того, не існує жодних доказів того, що вони дозволяють ефективно лікувати наркотичну залежність або знизити ризик передачі ВІЛ. Отже, їх не можна вважати лікуванням наркотичної залежності (8). Виходячи з цього, ВООЗ та інші партнери ООН не підтримують таких форм утримання під вартою і закликають Держав-Членів закрити центри примусового лікування та реабілітації наркозалежних, а замість них впровадити соціальні послуги у громаді на засадах добровільності, наукової обгрунтованості та поваги до прав людини (66).

Стимування поширеності ВІЛ є успішнішим там, де використовується комплексний та широкий набір науково обгрунтованих послуг для лікування наркозалежності (62).

UNAIDS, 2009

Крім замісної терапії важливим є також надання програм лікування, заснованих на утриманні, коли ув'язнені повністю відмовляються від прийому наркотиків. Такі програми сприяють досягненню мети тюремного ув'язнення, створюючи для ув'язнених можливість жити, не здійснюючи кримінальних злочинів після звільнення.

Існує безліч різноманітних заснованих на утриманні програм, але всі вони починаються зі стадії оцінки та включають стадію детоксикації. До числа орієнтованих на утримання програм відносяться когнітивна поведінкова терапія, терапія, спрямована на попередження рецидиву, або організація терапевтичних груп.

Високоякісне, адекватне та доступне лікування може забезпечити більшу безпеку в тюрмах, а також поліпшити стан здоров'я та соціальне функціонування ув'язнених; воно також

може сприяти зниженню рівня рецидивної злочинності, якщо при цьому забезпечуються безперервне лікування, підтримка та лікарський нагляд після звільнення, а лікування відповідає індивідуальним потребам ув'язнених. Для здійснення такої програми завжди необхідно залучати фахівців, що можуть впровадити та здійснити її. Таке лікування в умовах в'язниці може виявитися дієвим і сприяти скороченню обсягів вживання наркотиків у в'язницях та після звільнення.

Враховуючи, що багато ув'язнених зазнають серйозних проблем із вживанням заборонених наркотиків, важливо використовувати можливості лікування та реабілітації, які надаються в умовах тюремного ув'язнення.

Найбільш ефективним лікуванням для профілактики ВІЛ-інфекції та ВГС серед споживачів опіатів є ЗПТ. Інтенсивна психосоціальна підтримка та/або нагляд після звільнення, терапевтичні спільноти та програма «12 кроків» довели свою ефективність. Це означає, що фармакотерапія, психосоціальна підтримка та інші всеосяжні інтервенції дають надію на можливість стабілізації стану ув'язнених. Найважливіше значення для ефективності наркологічної допомоги має включення до комплексного пакету інтегрованих медичних та психосоціальних послуг, а також набору методів для задоволення потреб наркозалежних в'язнів.

WHO, 2016

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Всі представники ключових груп, які зловживають алкоголем або споживають наркотики, повинні мати доступ до науково обґрунтованих втручань, зокрема до короткострокових психосоціальних втручань, що складаються з оцінки, індивідуальних висновків та рекомендацій (*умовна рекомендація, дуже низька якість доказів*) (3, 46).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Ув'язнені повинні мати доступ до таких самих можливостей науково обґрунтованого лікування наркозалежності, як і решта населення (9, 60).
- Для зниження надмірно високих термінів позбавлення волі та рівня переповнення в'язниць, що збільшує ризик інфікування ВІЛ, країни повинні переглянути своє законодавство і нормативні акти, які криміналізують споживання алкоголю або наркотиків (9, 60).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Лікування підлітка повинно проводитися в його найкращих інтересах та за умови його належного консультування.

Міркування щодо впровадження

Психосоціальна допомога повинна бути частиною комплексного лікування наркотичної залежності (39, 50).

Альтернативи криміналізації. Країни повинні підтвердити і зміцнити принцип надання лікування, освіти та реабілітації як альтернативи засудженню й позбавленню волі за правопорушення, пов'язані з наркотиками. На сьогодні багато країн витрачають великі

кошти на утримання наркозалежних осіб у в'язницях, проте цей підхід пов'язаний з дуже високою частотою виникнення рецидивів у цих осіб після їхнього звільнення. Немає доказів того, що такий підхід є ефективним або економічно вигідним (8).

Для подальшого читання

- *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings*. Geneva, WHO, 2011.
http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.htm
- *Technical briefs on amphetamine-type substances*. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/ats_tech_brief/en/index.html
- *Basic principles for treatment and psychosocial support of drug dependent people living with HIV/ AIDS*. Geneva, WHO, 2006.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/basic_principles_drug_hiv.pdf

4.1.2.4. Передозування опіоїдами: профілактика та лікування

Загальна інформація та обґрунтування

В усьому світі передозування наркотиками є основною причиною смертності серед ЛВНІ, а також поширеною причиною не пов'язаною з ВІЛ-інфекцією смертності серед людей, які живуть з ВІЛ. За оцінками, щороку від передозування помирають близько 69 000 осіб (67).

Передозуванню опіоїдами можна запобігти, а за наявності його ознак – застосувати лікування.

Передозуванню опіоїдами можна запобігти, а за наявності його ознак – застосувати лікування. ЗПТ є найбільш ефективним методом профілактики від передозування серед осіб, залежних від опіоїдів (50). Лікування передозування опіоїдами включає штучну вентиляцію легенів та застосування опіоїдного антагоністу швидкої дії – налоксону. Налоксон має давню клінічну історію успішного застосування для лікування передозування опіоїдами. Цей препарат не дає ніякого результату, якщо в організмі нема опіоїдів, і тим самим він убезпечує від можливого зловживання. Налоксон включено до Стандартного переліку основних лікарських засобів ВООЗ (68).

Хоча налоксон вже давно широко використовується медичними працівниками та медичними закладами, останнім часом у низці країн різних регіонів почали поширювати цей препарат у громаді, тобто дозволили його розповсюдження та використання серед людей з опіоїдною залежністю, їхнього найближчого оточення, членів їх сімей, а також дозволили його використання працівникам служб екстреного реагування – поліції та швидкої допомоги. Більша поширеність налоксону через його розподіл у громаді може допомогти знизити високі показники передозування опіоїдами, особливо в місцях, де доступ до основних медичних послуг для ЛВНІ є обмеженим.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Люди, в найближчому оточенні яких можуть спостерігатися випадки передозування опіоїдами, повинні мати доступ до налоксону та пройти інструктаж щодо його використання для швидкого реагування у випадках

підозри на передозування опіоїдами (*наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів*) (69).

- Налоксон є ефективним при внутрішньом'язовому, інтраназальному, внутрішньовенному та підшкірному введенні. Особи, які застосовують налоксон, повинні обрати конкретний спосіб введення з урахуванням наявної форми препарату, навичок введення ліків, навколишніх умов та місцевого контексту (*умовна рекомендація, дуже низька якість доказів*) (69).
- При підозрі на передозування опіоїдами працівники служби швидкого реагування повинні зосередитися на підтримці дихальних шляхів, використовуючи штучну вентиляцію легенів та введення налоксону (*наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів*) (69).
- Після успішної реанімації завдяки введенню налоксону слід проводити ретельний моніторинг рівня притомності та дихання постраждалої особи, якщо це можливо, до її повного одужання (*наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів*) (69).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Рекомендації ВООЗ не містять конкретних вікових обмежень щодо лікування передозувань.

Міркування щодо впровадження

Законодавчі та нормативно-правові питання. Можуть існувати і законодавчі, і нормативно-правові перешкоди для доступу та використання налоксону особами зі служб швидкого реагування, які не є медичними працівниками. Такі перешкоди слід переглянути для впровадження цієї рекомендації.

Дозування. За можливістю, слід докладати зусиль для ретельного вибору дози препарату задля усунення вираженого абстинентного синдрому. Визначення початкової дози залежатиме від форми препарату та умов його використання, проте застосування дози понад 0,8 мг (внутрішньом'язово, внутрішньовенно або підшкірно) частіше призводить до стрімко виражених значних симптомів абстинентного синдрому.

Для подальшого читання

- *Community management of opioid overdose.* Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf?ua=1&ua=1
- *WHO model list of essential medicines, 18th list.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf
- UNODC, WHO. *Discussion paper. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality.* Vienna, United Nations, 2013.
<http://www.unodc.org/docs/treatment/overdose.pdf>

4.1.3. Поведінкові втручання

Загальна інформація та обґрунтування

Поведінкові втручання допомагають людям дотримуватися більш безпечної поведінки та підтримувати цю позитивну зміну.

Щоб зменшити ризик інфікування ПСШ або ВІЛ, люди повинні розуміти свій рівень ризику, бути впевненими у знаннях та навичках щодо ефективності для зменшення цього ризику. Поведінкові втручання надають інформацію, мотивацію, знання та навички, що допомагають людям знизити рівень ризикованої поведінки та підтримувати цю позитивну зміну.

Поведінкові втручання можуть бути спрямовані на окремих людей або на групи населення. Індивідуальне консультування може зосереджуватися на обізнаності людини щодо її особистого ризику та стратегії його зниження; наприклад, консультанти або громадські працівники можуть обговорювати поведінкові ризики клієнта, безпосередньо співвідносити його дії з ризиком інфікування ВІЛ, а також розглядати способи зниження цього ризику. З іншого боку, втручання за принципом «рівний–рівному» та групові сесії можуть спрямовуватись на підвищення загальної обізнаності про ризик, при цьому додаткова перевага групових сесій полягає в тому, що вони підтримують пошук дієвих стратегій зниження ризику. Також можуть бути корисними кампанії соціального маркетингу, які популяризують тестування, лікування та інші послуги.

Втручання, спрямовані на зміну поведінки, можуть здійснюватися як частина інших втручань із комплексного пакету послуг. Вони можуть відбуватися при особистому спілкуванні або через засоби масової інформації чи цифрові засоби на зразок Інтернету. Вибір змісту, підходу та засобу реалізації втручання повинен спиратися на належний аналіз місцевої ситуації.

Хоча логіка поведінкових втручань спирається, насамперед, на індивідуальну обізнаність та прийняття рішення щодо ризику, такі втручання можуть також спрацьовувати на рівні громади. Наприклад, можна залучати лідерів громадської думки до навчання з питань спілкування зі своїм оточенням, внаслідок чого змінюватиметься сприйняття соціальних норм щодо ризиків та їх запобігання.

Підлітки заслуговують особливої уваги, оскільки в цьому віці потяг до досліджень та експериментів зазвичай розвивається раніше, ніж здатність приймати рішення (70). Еволюція пізнавальних здібностей підлітків – це важлива складова у процесі розробки поведінкових втручань для них.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Низка поведінкових втручань може надати інформацію та сформувати навички, що сприятимуть зниженню ризику, профілактиці передачі ВІЛ та підвищенню рівня користування послугами серед представників усіх ключових груп населення. На сьогодні недостатньо даних для формулювання загальних рекомендацій для всіх ключових груп населення. Проте конкретні поведінкові підходи щодо окремих груп вже пройшли оцінку і можуть бути рекомендовані.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ЧСЧ

- Для підвищення рівня безпечної статевої поведінки та користування послугами КіТ серед ЧСЧ рекомендовано такі стратегії:
 - цільове інформування через Інтернет;

- стратегії соціального маркетингу;
- аутріч-робота в місцях, де чоловіки зустрічаються з метою сексу (3, 32).
- Поведінкові втручання пропонується впроваджувати як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади (3, 32).

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Використання комплексного підходу за принципом «рівний–рівному» підвищує ефективність просвітницьких заходів з питань ВІЛ у в'язницях (9).
- Інформаційно-просвітницькі програми з питань ВІЛ та інших інфекційних захворювань мають велике значення як для ув'язнених, так і для персоналу в'язниць. Особливу увагу слід приділяти потребам ув'язнених після їхнього виходу на свободу.

UNAIDS, 2009

Інформаційні та просвітницькі програми повинні:

- в оптимальному варіанті бути одним з елементів більш масштабної програми санітарної освіти та зміцнення здоров'я;
- містити фактичні дані про ВІЛ та методи його передачі, а також інформацію про інші захворювання, широко поширені в пенітенціарних установах, зокрема, ППСШ, ВГВ, ВГС та ТБ;
- містити достовірну, безсумнівну та актуальну інформацію, відкриту для загального доступу;
- сприяти підвищенню ступеня інформованості ув'язнених та тюремного персоналу щодо проблеми охорони здоров'я, пов'язаної з моделями поведінки, що характеризуються виникненням підвищеного рівня ризику: вживанням ін'єкційних наркотиків, нанесенням татуювання та пірсингом тіла;
- забезпечувати підвищення ступеня інформованості ув'язнених щодо методів захисту від інфікування, включаючи навчання належним методам використання презервативів та змащувальних речовин, методам безпечного використання приладдя для ін'єкцій, очищення голів і шприців, а також методикою очищення приладдя, що використовується для пірсингу;
- забезпечувати підвищення ступеня інформованості тюремного персоналу щодо використання так званих «універсальних заходів безпеки» з метою запобігання ВІЛ-інфікуванню під час виконання своїх службових обов'язків в пенітенціарних установах;
- сприяти реалізації заходів протидії стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВ і людей, яким загрожує небезпека ВІЛ-інфікування в тюрмах, зокрема ЛВНІ та гомосексуалістів;
- сприяти роз'ясненню форм прояву ВІЛ та інших захворювань, а також інформуванню щодо існуючих методів їх лікування.

Проте інформації та просвіти само собою недостатньо для вирішення проблеми ВІЛ/СНІДу в пенітенціарних установах. Ряд досліджень свідчать про підвищення ступеня інформованості та зміну моделей поведінки, про які повідомляють самі ув'язнені, внаслідок реалізації просвітницьких ініціатив на базі пенітенціарних установ. Втім, просвіта та консультування не мають для ув'язнених великої цінності в тому випадку, якщо інформація не підкріплена засобами захисту (такими, як презервативи та чистий ін'єкційний інструментарій), якими вони могли б скористатися відповідно до отриманої інформації.

WHO, 2015

ЛВНІ

- ЛВНІ та відповідні мережі у громадах повинні брати участь у розробці та поширенні інформаційних повідомлень.
- Поведінкові втручання серед ЛВНІ повинні спрямовуватися на ризики, пов'язані як зі споживанням наркотиків, так і зі статевою поведінкою (27).
- Для ЛВНІ особливо ефективними щодо профілактики ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів є втручання за принципом «рівний–рівному» (39).
- Інформування і навчання щодо застосування безпечних ін'єкцій та профілактики передозувань також дуже важливі.

РКС

Програми популяризації презервативів, зокрема у громаді, можуть підвищити рівень використання презервативів РКС та їхніми клієнтами. Через втручання за принципом «рівний–рівному» та просвітницьку діяльність у громаді ці програми можуть надати інформацію та сприяти набуттю навичок щодо використання презервативів, що підвищить попит на послуги тестування на ВІЛ, скринінгу на ПСШ, а також послуги лікування та догляду (71).

ТРАНСГЕНДЕРИ

Для підвищення рівня безпечної статевої поведінки та користування послугами КіТ серед ЧСЧ рекомендовано такі стратегії:

- цільове інформування через Інтернет;
- стратегії соціального маркетингу;
- аутріч-роботу в місцях, де чоловіки зустрічаються з метою сексу (3, 32).

Поведінкові втручання пропонується впроваджувати як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади (3, 32).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Інтерактивні та колективні підходи до роботи з підлітками з ключових груп населення, а саме – консультування онлайн, мобільні медичні послуги, підхід за принципом «рівний–рівному» та аутріч, підтвердили свою прийнятність для підлітків та виявилися перспективними за певних умов (72, 73).

Для подальшого читання

- Kennedy CE et al. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*, 2010, 88(8): 615–623.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/09-068213/en/>
- *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Geneva, WHO, 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/

4.1.4. Профілактика передачі ВІЛ у медичних закладах

Суттєві складові профілактики передачі ВІЛ у медичних закладах включають **заходи первинної та вторинної профілактики**.

Заходи первинної профілактики

- Безпека крові (див. <http://www.who.int/bloodsafety/publications/en/>).
- Профілактика небезпечних ін'єкцій.
- Використання методів екстреної та основної хірургічної допомоги, які обмежують потребу в переливанні крові.
- Стандартні запобіжні заходи щодо мінімізації поширення інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, уникнення прямого чи непрямого контакту з кров'ю, біологічними рідинами, виділеннями та пошкодженою шкірою. Ці основні заходи інфекційного контролю в медичних закладах передбачають гігієну рук, використання індивідуальних засобів захисту для запобігання інфікуванню, безпечну утилізацію гострих предметів та відходів, а також безпечне прибирання та дезінфекцію приміщень й обладнання.
- Виявлення, усунення та контроль незахищеності від нещасних випадків на робочому місці та запобігання уколів голками.

Вторинну профілактику, тобто ПКП ВІЛ, застосовують в медичних закладах, коли заходи з первинної профілактики виявилися недостатніми або коли медичний працівник чи пацієнт зазнавав ризику передачі ВІЛ внаслідок нещасного випадку або через небезпечну процедуру (див. розділ 4.1.5.2).

Для подальшого читання

Blood donor selection. Guidelines on assessing donor suitability for blood donation. Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/bloodsafety/publications/bts_guideline_donor_suitability/en

4.1.5. Профілактика ВІЛ за допомогою антиретровірусних препаратів

4.1.5.1. Преконтактна профілактика

У 2015 р. ВООЗ було розроблено нові рекомендації щодо ПреКП, які включено до даної настанови. У цьому документі представлено повний аналіз цих рекомендацій та їх обґрунтування.

Загальна інформація та обґрунтування

Пероральна ПреКП – це прийом АРВ-препаратів ВІЛ-негативними особами з метою блокування інфікування ВІЛ перед можливим контактом із вірусом.

Було проведено дванадцять досліджень ефективності пероральної ПреКП серед дискордантних пар, гетеросексуальних чоловіків, жінок, ЧСЧ, ЛВНІ та трансгендерних жінок. За умови високого рівня прихильності до лікування вдалося досягти суттєвих показників ефективності, що свідчить про результативність цього втручання у рамках комбінованих підходів до профілактики.

У 2012 р. ВООЗ рекомендувала використання ПреКП для дискордантних пар, ЧСЧ та трансгендерів за умови того, що визначення оптимальних підходів потребувало реалізації демонстраційних проектів. (74) Версія документу 2014 р. містила наполегливу рекомендацію щодо використання ПреКП серед ЧСЧ.

Ця нова рекомендація замінює собою попередню рекомендацію ВООЗ щодо ПреКП і дає можливість розглядати застосування ПреКП для людей, що зазнають високого ризику

інфікування ВІЛ, при цьому рекомендація не обмежується окремими групами населення. Нові рекомендації дадуть можливість більш широкому колу осіб отримувати переваги цього додаткового способу профілактики. Крім того, нова версія рекомендацій дає можливість призначати ПреКП, виходячи з індивідуальної оцінки, а не приналежності до певної групи ризику. Метою такого підходу є застосування цього методу залежно від місцевої епідеміологічної ситуації у контексті факторів ризику інфікування ВІЛ.

Більше інформації щодо цієї рекомендації можна знайти у настанові ВООЗ щодо початку АРТ та щодо доконтактної профілактики ВІЛ (4).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Пероральна ПреКП (з використанням тенофовіру – TDF) має пропонуватися як додатковий спосіб профілактики для представників уразливих груп, які зазнають підвищеного ризику інфікування ВІЛ, у рамках комбінованих підходів до профілактики (наполеглива рекомендація, високий рівень доказів) (4).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ЛВНІ

Пріоритетними інтервенціями, спрямованими на профілактику ВІЛ серед ЛВНІ, залишаються заходи зменшення шкоди, включаючи ПОШ та ЗПТ для осіб із залежністю від опіоїдів. (8).

Для подальшого читання

- Web Annexes 1, 2, 3 and 7.
- *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects.* Geneva, WHO, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf
- *Technical update on pre-exposure prophylaxis.* Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-technical-update-2015/en/>
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.* Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
- *WHO expands recommendation on oral pre-exposure prophylaxis of HIV infection.* Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/>

4.1.5.2. Постконтактна профілактика

Загальний зміст та обґрунтування

ПКП – це єдиний шлях зниження ризику інфікування після контакту з ВІЛ.

ПКП надають для зменшення ймовірності інфікування ВІЛ після можливого контакту. З початку 90-х років ХХ століття АРВ-препарати призначають для ПКП внаслідок професійного контакту з ВІЛ. Цю практику було поширено на неробочі ситуації, включаючи сексуальне насильство. Інші непрофесійні контакти з ВІЛ трапляються

внаслідок спільного використання ін'єкційного інструментарію серед ЛВНІ та через секс за згодою (79). ПКП – це на сьогодні єдиний шлях зниження ризику інфікування для особи, яка зазнала контакту з ВІЛ. Тому ПКП повсюдно розглядають як невід'ємну частину загальної стратегії профілактики (79).

Настанову ВООЗ щодо ПКП для всіх груп населення було оновлено у 2014 р. Вона є релевантною для всіх груп населення. На сьогодні рекомендована тривалість ПКП становить 28 днів; першу дозу слід прийняти якомога швидше впродовж 72 годин після контакту з ВІЛ. Сформувалась прогресивна тенденція на користь затвердження режимів ПКП, що краще сприймаються організмом та часто складаються з однієї щоденної потрібної комбінації АРВ-препаратів, які включають аналоги нуклеотидів та термостійкі посилені інгібітори протеази. Зовсім недавно було розглянуто інші альтернативні класи препаратів, до яких належать ненуклеозидні аналоги та інгібітори інтегрази. У настанові ВООЗ 2014 р. щодо ПКП надано оновлені режими ПКП для дорослих, підлітків та дітей.

Попри коротку тривалість ПКП, повідомляється про низькі показники рівнів її завершення. Тому рекомендовано проводити консультування та інші заходи для підтримання прихильності до неї. ПКП не слід розглядати як ефективну на 100%. Тому в нормативних документах щодо ПКП ВІЛ необхідно посилити важливість первинної профілактики та консультування з профілактики ризику за будь-яких умов, де можлива передача ВІЛ (79).

Пропонування ПреКП після завершення 28-денного курсу ПКП може бути показано особам з регулярно високоризикованою поведінкою або для повторних курсів ПКП.

ПКП повинна надаватися на добровільних засадах всім особам з ключових груп населення, які її потребують, після можливого контакту з ВІЛ.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

ПКП ВІЛ може бути показано особам, які впродовж 72 годин заявили про перенесене сексуальне насильство. Рішення щодо необхідності ПКП слід приймати спільно з жертвою насильства (*наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів*) (80).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

ПКП слід зробити доступною для всіх осіб у в'язницях та інших закритих закладах, які могли зазнати контакту з ВІЛ, подібно до таких заходів у цивільному секторі. Слід розробити чіткі вказівки щодо ПКП і донести їх до ув'язнених, медичного персоналу та інших працівників в'язниць й закритих закладів (9, 11).

Міркування щодо впровадження

Частину ПКП як втручання повинні бути оцінка ризику інфікування ВІЛ та консультування з питань ВІЛ та ПКП (79).

Для осіб, які отримали курс ПКП, повинні бути доступними комплексні послуги на постійній основі, включаючи лікування та догляд для сероконверсивних осіб (79).

Для подальшого читання

- *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. WHO, 2014.*

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_dec2014/en/

- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva, WHO, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

4.1.5.3. Ранній початок АРТ та надання АРТ незалежно від кількості клітин CD4

Загальні дані та обґрунтування

Незалежно від кількості клітин CD4, доцільно використовувати ранній початок АРТ для профілактики передачі ВІЛ.

Вірусне навантаження – це єдиний і найбільш вагомий фактор ризику передачі ВІЛ. Коли в особи пригнічене (невизначальне) вірусне навантаження, ризик передачі ВІЛ значно знижується. Зростає кількість даних про потенціал АРТ у зменшенні передачі ВІЛ за рахунок зниження вірусного навантаження. Ці дані свідчать на користь раннього початку АРТ незалежно від кількості клітин CD4 для профілактики передачі ВІЛ (4).

Сучасні настанови ВООЗ з АРТ рекомендують початок АРТ незалежно від кількості клітин CD4 для всіх ЛЖВ (4). Ранній початок АРТ також рекомендовано за клінічними показаннями з пріоритетом щодо осіб, коінфікованих ВІЛ та ВГВ із ознаками важкої хвороби печінки та/або активним ТБ.

У консолідованій настанові ВООЗ щодо АРТ 2015 р. рекомендовано призначення АРТ представникам усіх груп населення, включаючи групи ризику.

АРТ має призначатися незалежно від кількості клітин CD4 представникам груп ризику як з метою управління епідемією (для збільшення доступу до АРТ серед представників груп, які наразі мають низький доступ, слабкий зв'язок та високий показник неможливості подальшого спостереження після встановлення діагнозу), так і з огляду на переваги щодо громадського здоров'я у контексті зменшення рівня передачі ВІЛ.

Хоча АРТ має значний профілактичний ефект щодо ВІЛ, її необхідно застосовувати в поєднанні з іншими біомедичними втручаннями, які зменшують ризик небезпечної щодо ВІЛ поведінки та/або знижують ймовірність передачі ВІЛ на одиницю контакту з ВІЛ, включаючи чоловічі і жіночі презервативи, ПОШ, ЗПТ з метадоном чи бупренорфіном, а також добровільне медичне чоловіче обрізання (ДМЧО) (4).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

АРТ необхідно починати всім особам з ВІЛ незалежно від клінічної стадії ВООЗ або кількості клітин CD4 з пріоритетом для наступних груп:

- Особи з ВІЛ та активною формою ТБ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*).
- Особи, коінфіковані ВІЛ та ВГВ із ознаками важкої хронічної хвороби печінки (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*).
- Всі ВІЛ-позитивні вагітні жінки та матері-годувальниці (слід починати АРТ як лікування упродовж життя з програмних та функціональних причин, особливо в умовах генералізованої епідемії) (*умовна рекомендація, низька якість доказів*) (4).
- Партнери з ВІЛ у серодискордантних парах (необхідно пропонувати АРТ з метою зниження ризику передачі ВІЛ неінфікованим партнерам) (*наполеглива рекомендація, висока якість доказів*) (4).

Для подальшого читання

Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre exposure prophylaxis for HIV. WHO, Geneva, September 2015.

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/>

4.1.6. Добровільне медичне чоловіче обрізання для профілактики ВІЛ-інфекції**Загальні дані та обґрунтування**

Поєднані дані трьох рандомізованих контрольованих випробувань в Африці свідчать, що медичне чоловіче обрізання знижує ризик статевої передачі ВІЛ від жінки чоловікові приблизно на 60% (81, 82, 83). Тому ВООЗ та ЮНЕЙДС рекомендують ДМЧО як додаткове дієве втручання з профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо в умовах генералізованої епідемії ВІЛ (84). Новітні дані з Уганди свідчать, що через п'ять років після закінчення в цій країні згаданого випробування зберіглася висока ефективність внаслідок обрізання серед чоловіків, які пройшли цю процедуру, з результатом захисту від інфікування ВІЛ у 73% (85).

ДМЧО є безпечним, коли його проводять висококваліфіковані медичні фахівці в обладнаних належним чином умовах. Інформування щодо здоров'я повинно бути ретельно пристосованим, культурно чутливим, проводитись місцевою мовою із використанням місцевих символів та відповідати конкретному рівню освіти та розуміння груп населення, яким воно адресовано. Інформування повинно спрямовуватись як на чоловіків, так і на жінок (84).

Рекомендації та вказівки**ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ**

- ДМЧО рекомендовано як додаткова важлива стратегія для профілактики інфікування чоловіків гетеросексуальним шляхом, особливо в умовах гіперендемичної та генералізованої епідемії й низького рівня поширеності чоловічого обрізання (84).
- Надання послуг ДМЧО повинно використовуватись як можливість задовольнити потреби щодо статевого здоров'я чоловіків; ці послуги повинні включати консультування та популяризацію більш безпечної статевої поведінки (84).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення**ЧСЧ**

- ДМЧО не рекомендовано як засіб запобігання передачі ВІЛ у сексі між чоловіками з огляду на відсутність даних про те, що ДМЧО захищає під час рецептивного анального контакту (3).
- ЧСЧ можуть все ж таки отримати користь від ДМЧО, якщо вони також займаються вагінальним сексом. ЧСЧ не слід виключати з послуг ДМЧО у країнах Східної та Південної Африки, де ДМЧО пропонують з метою профілактики інфікування ВІЛ.

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

ДМЧО не є одним з рекомендованих втручань у пакеті послуг для в'язниць. Якщо ДМЧО пропонують чоловікам у в'язницях у пріоритетних країнах Східної та Південної

Африки, де спостерігаються генералізована епідемія та низький рівень поширення чоловічого обрізання, критично важливим є здійснення його із повною відповідністю до принципів медичної етики та прав людини. Слід забезпечити інформовану згоду, конфіденційність та відсутність примушення.

РКС ТА ЇХ КЛІЄНТИ

- Під час інформування та консультування з питань здоров'я слід наголошувати на тому, що продовження статевих стосунків в умовах, коли рана ще не повністю загоїлась, може збільшити ризик інфікування ВІЛ серед ВІЛ-негативних чоловіків, які нещодавно пройшли обрізання, а також підвищити ризик передачі ВІЛ жінкам-партнеркам ВІЛ-позитивних чоловіків, які нещодавно пройшли обрізання (84).
- «Послуги чоловічого здоров'я», які пропонують ДМЧО клієнтам РКС або іншим чоловікам з групи високого ризику (серодискордантні пари), можуть бути перспективним підходом у високопріоритетних країнах Східної та Південної Африки з метою охоплення чоловіків, які зазнають підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Втім, цей підхід ще не отримав системного аналізу та оцінки.

ТРАНСГЕНДЕРИ

ДМЧО не рекомендовано для профілактики ВІЛ серед жінок-трансгендерів (3).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

У країнах з гіперендемічною та генералізованою епідемією ВІЛ та низьким рівнем поширеності чоловічого обрізання необхідно розширити доступ до послуг чоловічого обрізання із пріоритетом щодо підлітків та молодих чоловіків (84).

Міркування щодо впровадження

Частковий захист. Чоловіче обрізання забезпечує лише частковий захист від передачі ВІЛ від жінки до чоловіка. Тому послуги чоловічого обрізання слід надавати не відокремлено, а як частину рекомендованого мінімального пакету послуг, який також включає інформування про ризики та користь цієї процедури, консультування щодо безпечної статевої поведінки, доступ до тестування на ВІЛ, популяризацію і надання презервативів та лікування ПСШ (84).

Можливість розширення послуг. Запровадження і розширення послуг ДМЧО у високопріоритетних країнах Східної та Південної Африки повинно використовуватись як можливість для розширення послуг щодо ВІЛ для всіх чоловіків.

Для подальшого читання

- *Male circumcision for HIV prevention.* Geneva, WHO, 2014.
<http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/>
- *Clearinghouse on male circumcision for HIV prevention.* Research Triangle Park NC, USA, FHI360, 2014.
<http://www.malecircumcision.org/>
- *New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications.* Geneva, WHO, 2007.
http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf

4.2. Консультування і тестування на ВІЛ

Загальні дані та обґрунтування

КіТ – це найсуттєвіший перший крок у наданні можливості людям з ВІЛ дізнатися про їхній ВІЛ-статус та отримати послуги профілактики, лікування та догляду щодо ВІЛ. Якщо особа з ризиком щодо ВІЛ пройшла тест на ВІЛ і він виявився негативним, то КіТ для неї – це важливий шанс залучення до програм первинної профілактики та подальшого повторного тестування на ВІЛ (4).

Для ключових груп населення, особливо для осіб з криміналізованою поведінкою, послуги КіТ іноді використовують як вид покарання або їх проведення має примусовий характер. Проте КіТ повинно завжди бути добровільним та непримусовим, зокрема, з боку медичних працівників, партнерів, сім'ї, клієнтів РКС або інших осіб в умовах в'язниці чи іншого закритого закладу (4, 8, 9, 10, 86). Як консультування й тестування загалом, КіТ для ключових груп населення потребують особливої уваги до 5 принципів КіТ, визначених ВООЗ («5 С»): згоди, конфіденційності, консультування, правильних результатів та прив'язки до допомоги (87). Особливо важливими є згода та конфіденційність.

КіТ – це найсуттєвіший перший крок, але близько половини осіб, які живуть з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус.

Крім того, КіТ повинні бути частиною комплексної програми профілактики, лікування та догляду (4). Важливо забезпечити безперешкодні і надійні зв'язки між тестуванням та послугами профілактики, лікування й догляду для осіб з позитивним результатом тесту на ВІЛ та з послугами профілактики для ВІЛ-негативних осіб; недостатня прив'язка завадить людям діяти відповідно до результатів їхнього тесту. Тестування на ВІЛ серед ключових груп населення повинно відповідати затвердженим національним алгоритмам тестування, узгоджуватися зі стратегіями тестування ВООЗ та мати дієві відповідні механізми забезпечення/покращення якості (88).

Непоінформованість стосовно особистого ВІЛ-статусу. За оцінками ВООЗ, в усьому світі близько половини людей, які живуть з ВІЛ, не знають свого ВІЛ-статусу (88). Для осіб з ключових груп населення доступ до КіТ, а отже – поінформованість щодо свого ВІЛ-статусу, зазвичай становить ще менший відсоток. Ці особи часто проходять тестування занадто пізно; вони часто не мають можливості перейти від КіТ до стадії отримання допомоги та оцінки показань для АРТ (88). Тому багато з них починають лікування, маючи значну імуносупресію, коли більш імовірними є незадовільні результати лікування, а також вертикальну трансмісію ВІЛ – у вагітних жінок, які звертаються по допологову допомогу на пізніх термінах вагітності або в пологах (4).

Консультування – це суттєвий компонент тестування. Дотестове консультування повинно надавати точну інформацію про тест та наслідки його позитивного чи негативного результату, щоб надати можливості особі, яка звертається по тестування, зробити інформований вибір. Післятестове консультування нарівні з іншими важливими питаннями повинно пропонувати підтримку стосовно розкриття ВІЛ-статусу. Також КіТ створюють неоціненну можливість надати точну інформацію про більш безпечний секс та зменшення шкоди з урахуванням результатів тесту відповідно до потреб особи, яка проходить тестування. Консультування щодо зміни поведінки та зменшення шкоди також може бути цінним.

Різноманітні заклади. Швидке тестування на ВІЛ дозволяє медичним працівникам надати клієнтам результати того ж дня. Тому послуги КіТ можуть надавати в різних закладах, включаючи заклади первинної медичної допомоги (жіночі консультації, клініки для новонароджених та дітей). Зокрема, послуги тестування на ВІЛ можуть надавати аутріч-працівники.

Тестування у громаді, що є складовою комплексу заходів з профілактики, лікування та догляду, має потенціал щодо охоплення більшої кількості осіб, ніж КіТ у медичному закладі,

оскільки ці особи відвідують медичний заклад з меншою ймовірністю або не відзначають в себе жодних симптомів (89). Для підтвердження позитивних результатів тесту на ВІЛ та перенаправлення клієнтів до лікування та догляду важливо впровадити чіткі процедури, що відповідають національним стратегіям та алгоритмам тестування на ВІЛ (9).

Тестування і консультування з ініціативи медичного працівника (ТКІМП), що пропонують у медичному закладі в рутинному порядку, має на меті збільшити охоплення послугами КіТ. Такий вид тестування рекомендовано тільки якщо він є необов'язковим, непримусовим та має зв'язок із послугами лікування та догляду відповідно до настанови ВООЗ. Особливу увагу слід приділяти забезпеченню точного інформування, завжди отримувати інформовану згоду, результати ж повинні залишатися конфіденційними.

Усі форми КіТ повинні бути добровільними та відповідати принципам «5 С»: згода, конфіденційність, консультування, правильні результати тесту та зв'язок із послугами догляду, лікування та профілактики. Забезпечення якості консультування та тестування дуже важливе в усіх підходах КіТ (4, 90).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Добровільне КіТ необхідно пропонувати в рутинному порядку всім особам з ключових груп населення як у громаді, так і в медичних закладах (3, 4, 8, 10, 91).
- КіТ у громаді для ключових груп населення з прив'язкою до послуг з профілактики, лікування та догляду рекомендовано як доповнення до ТКІМП (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (4).

Додаткове зауваження

Парам та партнерам необхідно пропонувати добровільне КіТ та підтримку взаємного розкриття ВІЛ-статусу (92).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Важливо уникати негативних наслідків тестування у в'язницях (наприклад, сегрегації ув'язнених) і поважати конфіденційність. Також важливо, щоб особи з позитивним результатом тесту мали доступ та прив'язку до послуг лікування та догляду щодо ВІЛ (9, 93).
- Послуги КіТ повинні бути добровільними (93).
- Використання швидких тестів на ВІЛ може підвищити ймовірність отримання ув'язненими своїх результатів (93).
- Тестування в поєднанні з іншими послугами щодо зменшення ризику, такими як надання презервативів, лубрикантів та скринінгу ПСШ, може збільшити користь від КіТ (93).

UNAIDS, 2009

Тестування на ВІЛ завжди повинно носити добровільний характер, і для ув'язнених повинна бути доступною можливість проходження тестування та отримання відповідних консультацій протягом всього періоду ув'язнення. Велике значення мають зусилля зі створення в рамках пенітенціарних установ умов для проведення тестування на ВІЛ та організації відповідних консультацій, оскільки вони дозволять охопити осіб із підвищеним ризиком ВІЛ-інфікування, які, перебуваючи на волі, не скористались можливістю отримання консультацій або проходження тестування.

З огляду на це, в'язні повинні мати різні можливості для проходження тестування на ВІЛ:

- Можливість тестування на ВІЛ повинна надаватися всім ув'язненим під час їх медичного огляду при надходженні до пенітенціарної установи.
- Крім того, взяття під варту вже супроводжується стресом, внаслідок чого багато ув'язнених можуть відмовитися від проходження тесту на ВІЛ саме в цей час, тому необхідно надати ним можливість проходження тесту на ВІЛ в будь-який інший час протягом усього терміну ув'язнення. Під час проведення просвітницьких заходів з проблеми ВІЛ в рамках вживаних медичним персоналом зусиль слід постійно нагадувати ув'язненим про можливість проходження тестування на ВІЛ, а також вжити заходів щодо заохочення проходження ними цього тестування.

Багато позитивних результатів проведення тестування на ВІЛ обумовлені організацією консультування до та після такого тестування. Ув'язнені, які отримали позитивні результати аналізів тестування на ВІЛ, повинні отримати консультацію з пропозицією подальшого лікування із забезпеченням належного догляду та підтримки. В рамках консультацій після проведення тестування основної маси ув'язнених, які отримали негативні результати, може бути надана важлива інформація про методи захисту та зниження рівня ризику інфікування.

КіТ повинні бути тісно пов'язані із можливістю отримання доступу до лікування, догляду та підтримки для осіб, які отримали позитивні результати тестування.

КіТ не можна розцінювати як окремий захід. Завдяки забезпеченню догляду, лікування та підтримки ВІЛ-інфікованих, він є підставою для впровадження заходів щодо зменшення ризику передачі цього інфекційного захворювання іншим особам. Зв'язок між проведенням тестування на ВІЛ та наданням догляду й лікування відповідно до діючих стандартів за межами пенітенціарної системи має велике значення з огляду на формування в ув'язнених бажання до участі в програмах тестування на ВІЛ.

Слід відзначити необхідність забезпечення конфіденційного характеру надання медичної інформації щодо результатів тестування, подолання упередженого відношення щодо самої процедури тестування та запобігання її негативним наслідкам: ув'язнені не погодяться брати участь у програмах КіТ, якщо у разі позитивного результату тестування в них буде ризик стикнутися із дискримінацією або негативним ставленням.

Крім можливості КіТ, в'язні повинні мати доступ до засобів особистого захисту. Як було зазначено вище, багато ув'язнених, включаючи тих, що знають про свій ВІЛ-позитивний статус, беруть участь у небезпечній з огляду на ВІЛ-інфікування діяльності. Лише обізнаності про свій ВІЛ-статус недостатньо для запобігання поширенню ВІЛ в умовах пенітенціарної установи, у якій відсутня можливість використання засобів захисту щодо зниження ризику інфікування у випадках, коли ув'язнений не може відмовитися від моделей поведінки, що спричиняють такого роду ризик.

WHO, 2016

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

В усіх епідеміологічних умовах підліткам необхідно надавати доступні та прийнятні послуги КіТ без спричинення особистого ризику (86). Необхідно заохочувати країни до перегляду їхніх чинних документів щодо зниження віку надання згоди на користування послугами КіТ із подальшою прив'язкою до профілактики, лікування та догляду (86). Молоді люди повинні мати можливість приймати рішення щодо отримання послуг КіТ самостійно, без отримання обов'язкової згоди або присутності батьків чи законних представників.

- КіТ із подальшою профілактикою, лікуванням та доглядом рекомендовано підліткам з ключових груп населення в усіх умовах (генералізована, низькорівнева та концентрована епідемія) (*наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів (4, 86)*).
- Підлітків необхідно консультувати щодо переваг та ризиків розкриття їхнього ВІЛ-статусу (*умовна рекомендація, дуже низька якість доказів (86)*).
- Дітей шкільного віку необхідно повідомити про їхній ВІЛ-статус (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів (86)*).

Міркування щодо впровадження

Швидкі тести. Швидкі тести для діагностики ВІЛ у місці надання допомоги значно полегшують доступ до тестування, прискорюють надання результатів (того ж дня) та дають можливість швидкого переспрямування до подальшого лікування та нагляду (4).

Безперервне постачання. Необхідно розробити механізми для безперервного постачання наборів для тестів із запобіганням їх нестачі.

Якість послуг визначає рівень користування послугами КіТ. Тому критично важливо впровадити систему забезпечення якості на національному та субнаціональному рівнях, на рівні закладу та громади (95).

Пенітенціарні системи повинні бути складовою частиною національних програм щодо розширення доступу до КіТ. У в'язницях ці послуги повинні надаватися не окремо, а скоріше як частина комплексної програми щодо ВІЛ, спрямованої на покращення медичної допомоги та досягнення широкого доступу до послуг профілактики ВІЛ у в'язницях та інших закритих закладах (93).

Консультивання і тестування пар. Існує багато потенційних переваг спільного тестування пар із взаємним розкриттям їх ВІЛ-статусу. Разом вони можуть прийняти інформовані рішення щодо профілактики ВІЛ та підтримати один одного щодо подальшої АРТ. КіТ для пар чи партнерів необхідно пропонувати кожній особі незалежно від того, як вона визначає свої стосунки. Принцип та політика надання такої послуги повинна рекомендувати надавачам послуг заохочувати всіх осіб, що перебувають у статевих стосунках, отримувати тестування як пара або партнери незалежно від їхньої сексуальної орієнтації, тривалості або стабільності стосунків.

Самотестування на ВІЛ (ВІЛ-СТ) – це процес, за допомогою якого особа, що бажає дізнатися про свій ВІЛ-статус, бере зразок, ставить тест та інтерпретує його результати в домашніх умовах. ВІЛ-СТ – це скринінговий тест, що не встановлює діагноз (96); у випадку отримання позитивного початкового результату необхідно провести підтверджувальне тестування. ВІЛ-СТ може збільшити кількість осіб, що проходять тестування, дізнаються свій статус, а за наявності позитивного результату тесту отримують подальші рекомендації щодо лікування. ВООЗ планує опублікувати настанову із самотестування у 2016 р., а наразі рекомендує впроваджувати демонстраційні та пілотні проекти з метою визначення ефективних підходів до реалізації такого підходу серед уразливих груп населення.

Коментар робочої групи

У грудні 2016 р. ВООЗ було опубліковано настанову із самотестування «Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services» (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf;jsessionid=C31197C2208FBCDDE039D82ADB392C2?sequence=1>).

Хоча набори для ВІЛ-СТ може бути затверджено для вільного продажу та використання, в багатьох країнах не існує офіційних нормативно-правових актів чи положень щодо їхнього використання.

Для подальшого читання

- *Consolidated guidelines on HIV testing services*. Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, WHO, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf
- UNODC, WHO, UNAIDS. *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*. Vienna, UNODC, 2009.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/tc_prison_tech_paper.pdf
- *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*. Geneva, WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf
- *Service delivery approaches to HIV testing and counselling: a strategic policy framework*. Geneva, WHO, 2010.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf
- *Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples*. Geneva, WHO, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf
- *Report on the first International Symposium on Self-testing for HIV the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up*. Geneva, WHO, 2013.
www.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf
- *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf

4.3. Прив'язка та реєстрація в системі допомоги у зв'язку з ВІЛ

Послуги тестування на ВІЛ – це лише перший крок у спектрі надання допомоги щодо ВІЛ. Наявність лише ВІЛ-позитивного діагнозу без надання подальших рекомендацій щодо профілактики, лікування та догляду дає обмежену користь. Забезпечення прив'язки та реєстрації осіб у системі клінічної допомоги щодо ВІЛ необхідне для отримання повного спектру медичної та профілактичної користі від АРТ. На жаль, кожний етап допомоги щодо ВІЛ супроводжується суттєвою втратою пацієнтів. Ця втрата може бути особливо значною серед ключових груп населення.

Психологічні та соціальні перешкоди. Низка психологічних та соціальних перешкод заважають прив'язці до допомоги осіб із вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. Пережита стигма, пов'язана з відвідуванням закладів з лікування ВІЛ, продовжує залишатися перешкодою до раннього звернення по допомогу. Відсутність підтримки в сім'ї та страх розкриття статусу також обмежують доступ. Відношення осіб з ВІЛ до свого здоров'я та ефективності АРТ також може впливати на їхнє бажання звернутися по клінічну допомогу: ЛЖВ, що схиляються до альтернативних методів лікування, можуть боятися наслідків побічних ефектів АРТ; особи, що переконані у гарному стані свого здоров'я, реєструватимуться у системі допомоги щодо ВІЛ із меншою вірогідністю, ніж особи без таких уявлень (99). Споживання наркотиків ін'єкційним шляхом також зумовлює погану прив'язку до системи допомоги та утримання в ній (100, 101).

Деякі втручання, спрямовані на подолання цих психологічних перешкод, дали позитивні результати. Посилене післятестове консультування у поєднанні з подальшим консультуванням, яке здійснюється медичними працівниками у громаді, значно підвищує кількість осіб, що реєструються в системі допомоги щодо ВІЛ (102).

ЛВНІ з більшою ймовірністю почнуть та продовжуватимуть лікування ВІЛ, якщо вони беруть участь у програмах ЗПТ (103).

Економічні обмеження. Міграція, пов'язана із пошуком роботи (104), та неможливість відсутності на роботі деякий час для отримання клінічних призначень (105, 106) також можуть уповільнити реєстрацію в системі клінічної допомоги щодо ВІЛ.

Фактори системи охорони здоров'я, що впливають на прив'язку до допомоги, включають застосування пасивного перенаправлення як єдиної стратегії прив'язки, невідповідний підбір кадрів, тривале очікування та надання неякісних послуг, запропонованих у закладах з лікування ВІЛ, а також негативне ставлення з боку медичних працівників.

Задля покращення прив'язки до системи допомоги, необхідно розглянути та вирішити ключові організаційні питання, зокрема налагодити партнерство між надавачами послуг у громаді та в медичному закладі і докласти зусиль для підвищення якості надання цих послуг (див. розділ 6).

Коментар робочої групи

За останніми даними епідагляду (Звіти по дослідженню серед ЛВНІ, ЧСЧ за 2016 р.), наявні вагомні прогалини у прив'язці до лікування ВІЛ-позитивних ключових груп населення в Україні. Оцінки свідчать, що лише 44% ЛВНІ та 23% ЧСЧ були поінформовані щодо особистого ВІЛ-позитивного статусу. Лише 26% ВІЛ-позитивних ЛВНІ та 6% ВІЛ-позитивних ЧСЧ почали АРТ. З метою покращення якості забезпечення догляду та лікування з приводу ВІЛ-інфекції для ЛВНІ було розпочато проект кейс менеджменту (соціального супроводу) в програмах зменшення шкоди внаслідок ВІЛ, який отримав назву «Лікування, розпочате силами спільноти» (СІПІ). СІПІ надає підтримку та догляд кейс-менеджерів для ВІЛ-позитивних ЛВНІ з метою реєстрування їх в системі надання допомоги ВІЛ-інфікованим з подальшим початком АРТ та забезпеченням дотримання цього лікування. У 2015 р. СІПІ було запроваджено у 35 НУО в 13 регіонах України. Протягом 2015 р. послуги отримали 2288 пацієнтів із вперше встановленим діагнозом ВІЛ, з них 1708 осіб були ЛВНІ, раніше зареєстрованими в закладах охорони здоров'я, що надають підтримку ВІЛ-позитивним особам, а 723 особи почали АРТ. Також СІПІ надає послуги тим клієнтам, які раніше проходили тестування на ВІЛ та отримали ВІЛ-позитивний статус, але не проходили лікування та були втрачені для подальшого спостереження. Зокрема, у 2015 р. 822 ЛВНІ з числа втрачених для спостереження осіб повернулись до програми та почали лікування АРТ.

Статистичні дані демонструють успіх СІПІ у прив'язці та реєстрації в системі допомоги щодо ВІЛ (75% проти 24% серед нововиявлених ЛВНІ були зареєстровані в Центрах СНІДу, а 32% проти 4% почали АРТ). За даними біоповедінкових досліджень (звіти дослідження серед ЛВНІ за 2016 р.), особи, що не є клієнтами проектів зі зменшення шкоди внаслідок ВІЛ, мають в два рази нижчі показники на всіх етапах лікування: 64% клієнтів порівняно із 31% неклієнтів були поінформовані стосовно особистого ВІЛ-позитивного статусу, 60% проти 27% – були зареєстровані в Центрах СНІДу та 40% проти 16% – отримали АРТ.

4.4. Лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ

4.4.1. Антиретровірусна терапія

Загальні дані та обґрунтування

Застосування АРТ у зв'язку з ВІЛ серед ключових груп населення повинно відповідати таким самим загальним принципам та рекомендаціям, як і для всіх дорослих (4). Ці групи також повинні мати такий самий доступ до послуг. Особи з ключових груп населення можуть мати досвід дискримінації та маргіналізації, що може заважати отриманню ними доступу до медичних послуг, включаючи лікування ВІЛ. Важливо забезпечити справедливий доступ цих груп населення до лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ.

Оновлена вказівка. Переглянута редакція настанови ВООЗ з АРТ, підготовлена у 2013 та 2015 роках, включає нові рекомендації щодо того, коли починати АРТ, які режими прийому

ліків застосовувати для першого, другого та третього ряду лікування, як здійснювати моніторинг осіб під час АРТ. Ця настанова (4) потребує консультацій для пояснення всіх деталей організації АРТ.

Для ЛЖВ з ключових груп населення слід забезпечити такий самий, як і для інших груп населення, доступ до АРТ та надання допомоги. Організація АРТ теж має бути подібною до такої в осіб інших груп населення.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Початок АРТ

- Насамперед АРТ слід починати в усіх осіб з важкою або прогресуючою клінічною формою захворювання на ВІЛ (III або IV клінічна стадія за класифікацією ВООЗ) та в осіб з показником $CD4 \leq 350$ клітин/мм³ (*наполеглива рекомендація, помірні докази*) (4).
- АРТ слід призначати усім особам з ВІЛ-інфекцією незалежно від клінічної стадії за класифікацією ВООЗ (*наполеглива рекомендація, помірні докази*) (4).
- АРТ слід починати в усіх осіб з ВІЛ незалежно від клінічної стадії за класифікацією ВООЗ та показника клітин CD4, при цьому пріоритет надається представникам таких груп (4):
 - особи з ВІЛ та активною формою ТБ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*);
 - особи, коінфіковані ВІЛ та ВГВ, з ознаками важкого захворювання печінки (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*);
 - партнери з ВІЛ у серодискордантних парах – з метою зниження ризику передачі ВІЛ неінфікованим партнерам (*наполеглива рекомендація, висока якість доказів*);
 - вагітні жінки та матері-годувальниці (*наполеглива рекомендація, помірні докази*).

Додаткове зауваження

Не існує спеціальних клінічних рекомендацій щодо АРТ, особливих для будь-якої з ключових груп населення. Проте часто з причин стигми, дискримінації та маргіналізації вони пізно звертаються по лікування.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Прихильність до лікування ВІЛ можна підвищити шляхом подолання стигми та дискримінації, забезпечення конфіденційності ВІЛ-статусу ув'язнених і надання особам у в'язницях та інших закритих закладах доступу до лікування та догляду без дискримінації з боку працівників в'язниці.
- У випадку їхнього переміщення, особи у в'язницях та інших закритих закладах повинні отримати необхідну кількість медикаментів для АРТ на період, доки для них не буде налагоджено медичну допомогу в новій в'язниці або, у випадку звільнення, доки не буде здійснено прив'язку до допомоги щодо ВІЛ у громаді (60, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114).

ЛВНІ

- Чинна вказівка ВООЗ щодо застосування АРТ для лікування ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків стосується осіб з ВІЛ – ЛВНІ (4).
- Коли АРТ надають у сприятливому оточенні, результати лікування ЛВНІ подібні до результатів інших людей (115).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Правильно підібрані підходи до надання послуг у громаді можуть посилити прихильність до лікування підлітків, які живуть з ВІЛ, а також утримати їх в системі допомоги (86).

Навчання медичних працівників може сприяти прихильності до лікування та утриманню в системі допомоги підлітків, які живуть з ВІЛ (86).

Медичні працівники можуть сприяти прихильності до лікування серед підлітків тим, що:

- допомагатимуть їм з'ясувати фактори, які впливають на їхню прихильність;
- покращуватимуть їхнє розуміння ВІЛ, АРТ;
- визнаватимуть їхні потреби розвитку, підтримуючи становлення їхньої незалежності;
- допомагатимуть їм інтегрувати АРТ у повсякденне життя;
- пропонуватимуть спрощенні режими АРТ;
- заохочуватимуть до участі в групах взаємної підтримки та втручаннях у громаді (116, 117, 118).

Міркування щодо впровадження

Надання послуг АРТ. У зведеній настанові ВООЗ з АРТ 2013 р. та оновленій 2015 р. (4) запропоновано низку рекомендацій щодо надання послуг, включаючи децентралізацію АРТ та інтеграцію служб АРТ до інших клінічних служб, таких як протитуберкульозні служби, клініки допологової допомоги та місця надання ЗПТ.

Підходи до підтримки надання АРТ, утримання в системі допомоги та прихильності.

Особи з ключових груп населення часто стикаються з більшою, ніж інші люди, кількістю перешкод для доступу до допомоги та перебування в ній. Вони часто є важкодосяжними та мобільними, мають менший доступ до медичних послуг та нижчий рівень користування ними загалом, можуть стикатися зі стигмою та дискримінацією у медичних закладах. У розділі 6 розглянуто різні підходи покращення доступу, моделі утримання та формування прихильності.

АРТ у в'язницях та інших закритих закладах. У в'язницях лікування ВІЛ, включаючи АРТ, догляд та підтримку, повинно бути еквівалентним лікуванню, що надають ЛЖВ у громаді, та відповідати національним настановам.

Особи, які перебувають в ув'язненні, зазнають додаткового ризику інфікування ТБ. Проте за умов належної підтримки та структурованих лікувальних програм можна досягти чудових результатів лікування у в'язниці (4, 9). З огляду на велику кількість ув'язнених серед ключових груп населення, слід докласти зусиль для забезпечення наявності АРТ (та лікування ТБ) як складової медичних послуг у в'язниці (4, 9).

Для подальшого читання

- *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
- *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

4.4.2. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

Загальні дані та обґрунтування

Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД), також відома як профілактика вертикальної трансмісії, стосується втручань з профілактики передачі ВІЛ від матері, яка живе з ВІЛ, до її немовляти впродовж її вагітності, переймів та пологів або під час грудного вигодування. ППМД також спрямована на ранній початок АРТ для матері та захист її здоров'я.

ВООЗ рекомендує «чотиризубчастий» підхід до комплексної стратегії ППМД:

1. Первинна профілактика інфікування ВІЛ серед жінок дітородного віку.
2. Запобігання небажаних вагітності серед жінок, які живуть з ВІЛ.
3. Запобігання передачі ВІЛ від жінок, які живуть з ВІЛ, до їхніх немовлят.
4. Надання необхідного лікування, догляду та підтримки матерям, які живуть з ВІЛ, їхнім дітям та сім'ям.

Прямі втручання для запобігання вертикальній трансмісії складаються з каскаду послуг.

У «третьому зубці», який зосереджується на прямих втручаннях з профілактики вертикальної трансмісії, профілактичні втручання складаються з каскаду послуг – від КіТ, АРТ, безпечних пологів, безпечного вигодування немовляти, післяпологових втручань у контексті постійної АРТ, ранньої та остаточної діагностики немовлят, які мали контакт з ВІЛ, через прив'язку матері та дитини до відповідного лікування та догляду («четвертий зубець»).

Усі вагітні жінки з ключових груп населення повинні мати такий самий доступ до послуг ППМД та виконувати такі самі рекомендації, як жінки з інших груп населення.

Рекомендації та вказівки

ВСІ ВАГІТНІ ЖІНКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ¹⁰

- Всі вагітні жінки та жінки-годувальниці, які живуть з ВІЛ, повинні почати прийом потрійних АРВ-препаратів та приймати їх принаймні впродовж періоду ризику передачі ВІЛ від матері до дитини. Жінки, які відповідають критеріям лікування, повинні продовжувати АРТ упродовж життя ($CD4 < 500$ клітин/ mm^3) (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*) (4).
- З програмних та організаційних причин, особливо в умовах генералізованої епідемії, всі вагітні жінки та матері-годувальниці, які живуть з ВІЛ, повинні почати АРТ якнайшвидше і отримувати її як лікування впродовж життя (опція В+) (*умовна рекомендація, низька якість доказів*) (4).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

¹⁰ Це стосується також вагітних чоловіків-трансгендерів.

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

Необхідно надати особливу увагу забезпеченню негайного доступу вагітних ув'язнених жінок до послуг ППМД, оскільки у в'язниці жінки часто стикаються з більшими, ніж за її межами, перешкодами відносно КіТ, лікування та догляду.

ЛВНІ

Всі вагітні жінки та їхні сім'ї, які зазнали пошкоджень здоров'я внаслідок споживання наркотиків, повинні мати доступ до недорогих послуг та втручань з профілактики й лікування, які надаються з особливою конфіденційністю та увагою до національного законодавства й міжнародних стандартів прав людини; цих жінок не можна виключати з медичних послуг через споживання ними наркотиків (119).

Міркування щодо впровадження

Справедливість і подолання перешкод для доступу. У переважній більшості країн жінки з ключових груп населення мають менший доступ до ППМД, ніж жінки з числа загального населення. Зокрема, менший доступ мають ЛВНІ, їхні партнери, а також РКС. Також дівчата-підлітки загалом та особливо дівчата-підлітки з ключових груп населення мають менший доступ до втручань ППМД та, як наслідок, мають гірші показники результатів цих втручань. Слід докласти виняткових зусиль, щоб зрозуміти та подолати перешкоди для доступу та надати прийнятні послуги, які охоплюють жінок – дорослих та підлітків – з ключових груп населення.

Пізнє звернення. Часто жінки (дорослі та підлітки) з ключових груп населення пізно звертаються по допологову допомогу або вперше звертаються в переїмах без отримання будь-якої допологової допомоги, внаслідок чого вони отримують доступ до втручань ППМД занадто пізно. Також вони часто стикаються з особливими проблемами свого здоров'я та здоров'я їхніх немовлят, що знижує ефективність втручань ППМД. Слід розробити стратегії популяризації та підтримки більш раннього відвідання допологових клінік жінками з ключових груп населення.

Підтримка прихильності. Необхідне надання спеціальних зусиль та впровадження ініціатив для оптимізації доступу до допомоги та заручення підтримкою прихильності жінок з ключових груп населення, а також дотримання їх ефективної прив'язки до довготривалого лікування. Це особливо важливо під час грудного вигодовування: подальший нагляд у цей період часто виявляється неякісним.

Для подальшого читання

- *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
- *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.* Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
- *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf

4.4.3. Взаємодія антиретровірусних препаратів

Загальні дані та обґрунтування

Можлива взаємодія ліків ускладнює їх призначення та моніторинг лікування.

Надавачі послуг повинні знати про усі ліки, що приймають ЛЖВ на момент початку АРТ, та нові препарати, які додають упродовж лікування. У багатьох осіб з ключових груп населення

лікування може включати рекреаційні препарати, препарати для лікування коінфекцій та супутніх захворювань, а у трансгендерів – крос-статеві гормони. Можлива взаємодія ліків ускладнює їх призначення та моніторинг лікування. Критично важливими компонентами високоякісної допомоги для всіх ЛЖВ є консультування з питань наслідків взаємодії ліків та формування оточення, яке сприятиме інформуванню про поєднані препарати.

ТБ

У настанові ВООЗ щодо лікування ТБ переглянуто основні висновки щодо ведення коінфекції ТБ/ВІЛ (120). Рифампіцин та інгібітори протеази (ІП) є ключовими протипоказаннями для поєднання ліків. Коли особи, коінфіковані ТБ та ВІЛ, отримують посилений ІП, рифампіцин необхідно замінити на рифабутин. За умови відсутності рифабутину упродовж лікування ТБ можна використовувати тільки поєднання препаратів лопінавір/ритонавір (LPV/r) та надавати збільшену посилену дозу ритонавіру (RTV) або подвійну стандартну дозу LPV/r.

ВГС

Для лікування хронічного ВГС часто застосовують рибавірин та пегільований інтерферон альфа-2а. Призначення цих агентів разом із зидовудином (AZT) пов'язано з підвищеним ризиком виникнення анемії та печінкової декомпенсації. Особам, коінфікованим ВГС та ВІЛ, які отримують AZT, може знадобитися заміна AZT на TDF (121).

Гормони, які застосовують для контрацепції

АРВ-препарати можуть як знизити, так і підвищити біологічну наявність стероїдних гормонів у складі гормональних контрацептивів (122). Обмежені дані припускають можливу лікувальну взаємодію між контрацептивними гормонами та багатьма АРВ-препаратами (особливо деякими нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази (ННІЗТ) та ІП, посиленого дією RTV). Ця взаємодія **може** порушити безпечність та ефективність як гормональних контрацептивів, так і АРВ-препаратів. Але в чинній настанові ВООЗ щодо контрацепції наведено висновок про те, що жодна взаємодія ліків між рекомендованими на сьогодні АРВ-препаратами для лікування та ПрекП, з одного боку, та гормональними контрацептивами, з іншого боку, не є достатньо значущою для відмови їх спільного застосування (122). Якщо жінки, які отримують АРТ, вирішать почати або продовжити прийом гормональних контрацептивів, для запобігання передачі ВІЛ або для попередження будь-якого можливого зниження ефективності гормональних контрацептивів рекомендовано в цей період постійно користуватися презервативами.

Гормони, які застосовують у протоколах крос-гормонального лікування для трансгендерних жінок та чоловіків

Існують обмежені дані взаємодії АРВ-препаратів та низки інших лікарських засобів, які застосовують у протоколах крос-гормонального лікування для трансгендерних жінок, особливо з анти-андрогенами (такими як ацетат ципротерону, флутамід). Це стосується також андрогенів, які зазвичай приймають чоловіки-трансгендери (дигідротестостерон). На сьогодні не існує документальних підтверджень взаємодії між цими лікарськими засобами та АРВ-препаратами. Втім, це питання потребує більшого вивчення, оскільки трансгендерні жінки та чоловіки часто приймають декілька препаратів у поєднанні, і часто – у великих дозах, що спричинює потенційну взаємодію лікарських засобів у різних напрямках. З огляду на те, що лікування АРВ-препаратами може призвести до гормональних коливань у жінок-трансгендерів, які приймають ліки для корекції статі, у цей період рекомендовано проводити їх ретельний моніторинг (див. *Policy Brief Transgender people and HIV*. Geneva, WHO, 2015).

Крім того, деякі АРВ-препарати можуть посилювати порушення метаболізму глюкози та ліпідів, пов'язані зі змінами гормонального рівня, а також підвищувати ризик виникнення тромботичних випадків та гепатотоксичності (123). Всі ці ризики виникнення побічних ефектів у подальшому можуть підвищитися за рахунок частотої практики самолікування, яка нерідко включає менш безпечні препарати і дози, ніж ті, що зазвичай призначають медичні працівники. Необхідно також провести більше досліджень у цих сферах.

Опіоїди

ВООЗ рекомендує метадон та бупренорфін для лікування опіоїдної залежності (50). Одночасне призначення ефавіренцу (EFV) та метадону знижує концентрації останнього. Це може спричинити виникнення абстинентного синдрому, а також підвищити ризик повернення до споживання наркотиків. Особи, які отримують метадон та EFV, підлягають ретельному моніторингу, а особи з абстинентним синдромом можуть потребувати врегулювання їхньої дози метадону (50).

Обмежені дані свідчать про відсутність взаємодії між АРВ-препаратами та рекреаційними лікарськими засобами. Проте між рекреаційними лікарськими засобами може бути небезпечна взаємодія. Наприклад, одночасний прийом амлінітриу («кнопок») та силденафілу може спричинити серцево-судинні ускладнення (табл. 4.1).

Таблиця 4.1. Ключова взаємодія АРВ-препаратів та пропонувані заміни

АРВ-препарат	Ключова взаємодія	Пропонована терапія
AZT	Рибавірин та пегінтерферон альфа-2а	Перший ряд: замінити AZT на TDF. Другий ряд: замінити AZT на ставудин (d4T)
Посилений ПІ (атазанавір/ритонавір (ATV/r), дарунавір/ритонавір (DRV/r), LPV/r)	Рифампіцин	Замінити рифампіцин на рифабутин ¹¹
	Гормональна контрацепція на основі естрогену	Порадити додатково користуватися чоловічими або жіночими презервативами
	Метадон та бупренорфін	Переглянути дози метадону та бупренорфіну відповідно до випадку
EFV	Метадон	Переглянути дозу метадону відповідно до випадку
	Гормональна контрацепція на основі естрогену	Порадити додатково користуватися чоловічими або жіночими презервативами
Невірапін (NVP)	Рифампіцин	Замінити на EFV
	Гормональна контрацепція на основі естрогену	Порадити додатково користуватися чоловічими або жіночими презервативами
<p>Для подальшого читання</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>HIV-drug interactions</i>. The University of Liverpool. http://www.hiv-druginteractions.org • <i>Policy Brief Transgender people and HIV</i>. Geneva, WHO 2015. http://www.who.int/hiv/pub/transgender/transgender-hiv-policy/en/ 		

4.5. Профілактика та лікування коінфекцій та супутніх захворювань

Суттєвою частиною лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ є організація лікування опортуністичних інфекцій, таких як ТБ та вірусні гепатити. Для ефективного подолання ВІЛ також необхідно охопити інші поєднані захворювання, такі як гемотрансмісивні інфекції, що передаються статевим шляхом, та розлади психічного здоров'я. Щоб забезпечити синергію зусиль контролю та профілактики, доцільно шукати можливості поєднати надання послуг тестування на ВІЛ, лікування та профілактики для осіб з коінфекціями та супутніми захворюваннями.

¹¹ Якщо рифабутин відсутній, можна використовувати тільки поєднання LPV/r та надавати збільшену посилену дозу ритонавіру або подвійну стандартну дозу LPV/r.

4.5.1. Туберкульоз

Загальні дані та обґрунтування

ТБ піддається профілактиці та лікуванню, але він є причиною однієї з кожних п'яти смертей, пов'язаних з ВІЛ.

Незважаючи на можливість профілактики та лікування ТБ, він є головною причиною смертності внаслідок ВІЛ, зумовлюючи одну з кожних п'яти смертей, пов'язаних з ВІЛ. Ризик розвитку ТБ у 30 разів вищий серед ЛЖВ, ніж серед тих, хто не має ВІЛ-інфекції (124). У 2012 р. було проведено оцінку 1,1 млн випадків ТБ серед 35 млн ЛЖВ з усього світу (124). Незалежно від їхнього ВІЛ-статусу, представники ключових груп населення, особливо ЛВНІ та ув'язнені, зазнавали підвищеного ризику захворювання на ТБ, включаючи множинну лікарську резистентність ТБ (МЛР-ТБ) (50, 125, 126, 127, 128). Крім того, спалахи ТБ та МЛР-ТБ зафіксовані серед ЧСЧ та РКС-трансгендерів (129, 130). Спільні фактори ризику та соціальні детермінанти, які наражають ключові групи населення на підвищений ризик до ТБ, включають інфікування ВІЛ, бідність, недоїдання, стрес, алкоголізм, куріння, діабет, забруднення повітря у приміщенні, споживання наркотиків, ув'язнення, погані умови життя та роботи (131).

В'язниці відіграють ключову роль у розпалюванні епідемій ТБ та МЛР-ТБ, а ТБ вважають основною причиною смертності серед ув'язнених в умовах коінфікування з ВІЛ (132, 133). Так само часте відвідання особами з ВІЛ інших публічних місць та маргіналізованих груп наражає їх на підвищений ризик до інфікування ТБ за умови відсутності належних заходів інфекційного контролю щодо цього захворювання. До таких місць відносяться борделі, бари, дроп-ін центри, центри лікування залежностей, медичні заклади та притулки (130, 134, 135, 136).

Щоб подолати ТБ серед ЛЖВ, у тому числі з ключових груп населення, ВООЗ рекомендує пакет з 12 заходів співпраці щодо ТБ/ВІЛ. Цей пакет спрямовано на встановлення та посилення механізмів надання інтегрованих послуг щодо ТБ та ВІЛ, зменшення тягара ТБ серед ЛЖВ і тягара ВІЛ – серед пацієнтів з ТБ (4, 65, 137, 138, 139).

Необхідно подолати перешкоди щодо профілактики та допомоги для ключових груп населення задля забезпечення їхнього доступу до інтегрованих, клієнт-орієнтованих послуг, бажано в початковому пункті надання допомоги, та посилення їхньої прихильності до лікування (65).

Профілактика ТБ. Профілактичне лікування ізоніазидом (ПЛІ) та АРТ при спільному застосуванні можуть знизити ризик захворюваності на ТБ серед ЛЖВ аж до 97% (140). Застосування ПЛІ окремо засвідчило зниження ризику виникнення ТБ серед ЛЖВ на 68% (137). Одразу після подолання активної стадії ТБ ЛЖВ необхідно запропонувати принаймні 6 місяців ПЛІ, а також надати підтримку для забезпечення прихильності до лікування. Не менш суттєвими для скорочення передачі ТБ у публічних місцях є заходи належного контролю щодо ТБ та відстеження контактів (50, 125).

Скринінг та діагностика ТБ. Всі ЛЖВ при кожному контакті з медичним працівником повинні проходити регулярний скринінг за рекомендованим ВООЗ чотирисимптомним алгоритмом скринінгу на ТБ, який включає наявний кашель, лихоманку, нічну пітливість та втрату ваги (137). Такий скринінг дозволяє визначити показання до ПЛІ шляхом виключення ймовірності активного ТБ, встановити осіб, що потребують подальшої оцінки, діагностики та лікування ТБ (за необхідності). ВООЗ рекомендує використовувати Хретт МТВ/RIIF як перший діагностичний тест на всі форми ТБ для всіх ЛЖВ, а також для кожної особи з підозрою на МЛР-ТБ (незалежно від ВІЛ-статусу) (141). Керівники, які відповідають за надання підтримки ключовим групам населення, можуть визначати «точки доступу» до раннього виявлення ТБ, своєчасної профілактики та лікування ТБ й ВІЛ. Тому дуже важливою є обізнаність персоналу щодо з симптомів ТБ.

Лікування ТБ. Незалежно від ВІЛ-статусу, лікування ТБ включає стандартизований режим прийому антибіотиків упродовж як мінімум 6 місяців. Завершення лікування ТБ є критично важливим для скорочення рівня смертності та запобігання розвитку й поширенню МЛР-ТБ. Також важливо створити підтримувальне, неосудливе та недискримінаційне оточення, що дозволить особам з ключових груп населення закінчити лікування, забезпечити додаткові заходи, спрямовані на підтримку їх прихильності до лікування з метою покращення його результатів, та скоротить ризик подальшої передачі ВІЛ (65).

Своєчасний початок АРТ значно скорочує ризик смертності внаслідок ВІЛ-асоційованого ТБ. Оскільки ТБ є одним із найчастіших СНІД-індикаторних захворювань, всім особам з підозрюваним або діагностованим ТБ необхідно в першу чергу запропонувати КіТ, щоб особи з позитивним результатом тесту могли почати АРТ якнайшвидше, принаймні не пізніше ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ (незалежно від кількості клітин CD4).

Програми з надання послуг ключовим групам населення повинні забезпечувати доступ до інтегрованих, клієнт-орієнтованих послуг; надання допомоги бажано здійснювати у початковому пункті, включаючи скринінг, профілактику, лікування ТБ, а також підтримку прихильності до лікування (65).

Ключові групи населення повинні мати такий самий доступ до послуг профілактики, скринінгу та лікування ТБ, як і інші групи населення, що зазнають ризику інфікування ВІЛ або живуть з ВІЛ (138).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Рутинне тестування на ВІЛ необхідно пропонувати всім особам з підозрюваним або діагностованим ТБ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (138).
- АРТ необхідно розпочинати в усіх осіб з ВІЛ та активною формою ТБ незалежно від клінічної стадії за класифікацією ВООЗ чи кількості клітин CD4 (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (4).

Додаткове зауваження

- АРТ необхідно починати якнайшвидше, не пізніше ніж через 8 тижнів після початку лікування ТБ (4).
- Алкогольна залежність, активне споживання наркотиків та розлади психічного здоров'я можуть бути причинами відмови у лікуванні ТБ (65).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Необхідно звернути увагу на систематичний скринінг при активних формах ТБ у в'язницях та інших закритих закладах (124). Він повинен мати пріоритетне значення в місцях з високим рівнем поширеності ТБ серед загального населення та ув'язнених, в місцях з високим рівнем поширеності ВІЛ або МЛР-ТБ та в місцях з несприятливими умовами проживання; за умови отримання високих показників – тримання під вартою.
- Для всіх ув'язнених повинні проводитися медичні обстеження, включаючи скринінг на ТБ, при потраплянні до в'язниці та в будь-який час потім відповідно до прийнятих міжнародних стандартів конфіденційності та допомоги (65).
- Ув'язнені повинні отримувати таку саму допомогу, яка надається загальному населенню (65).

- З огляду на високий ризик передачі ТБ та високі показники виникнення супутніх захворювань ВІЛ-ТБ у закритих закладах, в усіх в'язницях необхідно проводити тестування на ТБ, надавати ПЛІ ЛЖВ та запроваджувати ефективні заходи з контролю ТБ (65).
- Для профілактики ТБ у в'язницях суттєвим є покращення умов перебування шляхом обмеження кількості ув'язнених у камерах, запровадження належної вентиляції та підвищення якості харчування (65).
- Осіб у в'язницях чи інших закритих закладах зі встановленим або підозрюваним інфекційним ТБ необхідно відокремити (до медичного закладу) від решти людей до завершення лікування та встановлення неінфекційного статусу (65).
- Навчальні заходи для ув'язнених повинні включати питання етикету кашлю та гігієни дихальних шляхів (11).
- Безперервність лікування ТБ у в'язницях та інших закритих закладах є суттєвою для запобігання розвитку резистентності і повинна забезпечуватися на всіх стадіях тримання під вартою, включаючи період переміщення між в'язницями, а також під час подальшого звільнення. Це вимагає тісної співпраці між медичними службами, які надають допомогу загальному населенню, відповідними службами медичної допомоги заарештованим, ув'язненим тощо (11).

ЛВНІ

- Особи з ТБ, які споживають наркотики ін'єкційним шляхом, повинні мати справедливий доступ до лікування ТБ (50).
- Поєднані захворювання, включаючи інфікування вірусним гепатитом, не повинні бути протипоказанням для лікування ТБ в ЛВНІ та повинні мати належну організацію лікування (65).
- ЗПТ для пацієнтів з ТБ слід організовувати у поєднанні з медикаментозним лікуванням; нема потреби чекати на відмову від опіоїдів для початку протитуберкульозного або антиретровірусного лікування (50).
- Рифампіцин, один з препаратів першого ряду для лікування ТБ, може значно знизити концентрацію та скоротити ефективність дії метадону та бупренорфіну, що може призвести до абстинентного синдрому (див. розділ 4.4.3) (142, 143, 144).

РКС

Клінічні програми або послуги аутріч у громаді для РКС можуть виконувати скринінг на ТБ та підтримувати їх упродовж всього циклу надання допомоги: від профілактики ТБ до діагностики та лікування. Вони можуть навчити РКС розпізнавати симптоми ТБ та розуміти способи передачі ТБ, а також оцінювати важливість інфекційного контролю та етикету кашлю. Ці програми/послуги можуть також поінформувати своїх клієнтів про найближчі медичні заклади для діагностики та лікування ТБ (71).

Міркування щодо впровадження

Співпраця. Програми з ТБ та ВІЛ, соціальні служби, служби лікування наркозалежності та медичні служби в'язниць повинні співпрацювати у перенаправленні та наданні послуг особам з ключових груп населення задля забезпечення комплексної профілактики, лікування та догляду щодо ТБ та ВІЛ для цих осіб. Персонал, включаючи працівників в'язниць, також повинен знати, як захистити себе від професійного контакту з ВІЛ та ТБ (65).

Інфекційний контроль щодо ТБ. Кожен медичний заклад або інше публічне місце повинні мати план інфекційного контролю щодо ТБ (бажано включити його до загального плану інфекційного контролю), підтриманий усіма керівниками, який включає адміністративні заходи, заходи захисту навколишнього оточення та засоби особистого захисту, спрямовані на скорочення темпів передачі ТБ і нагляд за хворими на ТБ працівниками (65).

Основний напрям надання послуг з лікування ТБ повинен бути доступним та відповідати потребам ключових груп населення (65).

Для подальшого читання

- WHO, UNODC, UNAIDS. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach*. Geneva, WHO, 2008.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf
- *Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs.- Consolidated guidelines*. Geneva, WHO, 2016.
<http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv-services-for-pwid/en/>
- *WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders*. Geneva, WHO, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf
- *Guidelines for intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings*. Geneva, WHO, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf

4.5.2. Вірусний гепатит

Загальні дані та обґрунтування

ВГВ та ВГС вражають ключові групи населення непропорційно внаслідок статевої передачі або спільного користування голками, шприцами та допоміжним ін'єкційним обладнанням. За розрахунками, в усьому світі 240 млн осіб хронічно інфіковано ВГВ та понад 185 млн – ВГС^{12, 13}. Серед ЛВНІ близько 1,1 млн осіб мають ВГВ та 10 млн осіб – ВГС (145).

Комплексний підхід до подолання вірусного гепатиту серед ключових груп населення включає профілактику, скринінг, вакцинацію проти ВГВ, лікування та догляд.

З 35 млн ЛЖВ в усьому світі хронічний ВГВ вражає приблизно 5–20%, ВГС – 5–15%. Тягар коінфекції має найвищий рівень у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, особливо у Південно-Східній Азії та, стосовно ВГВ, в країнах Африки на південь від Сахари. В осіб з ВІЛ, коінфікованих ВГВ або ВГС, захворювання печінки розвивається швидше, а показник смертності вищий, ніж серед ВІЛ-негативних осіб з ВГВ чи ВГС.

Показники серопревалентності ВГС у в'язницях вищі навіть за показники ВІЛ, і в багатьох країнах анамнез інфікування ВГС пов'язаний із ув'язненням (146, 147, 148, 149, 150).

Комплексний підхід до подолання вірусного гепатиту серед ключових груп населення включає профілактику, скринінг, вакцинацію проти ВГВ, а також лікування та догляд для осіб, коінфікованих ВІЛ й ВГВ та/або ВГС (4).

Профілактика ВГВ та ВГС

Основними шляхами передачі вірусного гепатиту є використання нестерильного медичного інвентаря під час ін'єкцій або інших процедур, переливання зараженої крові, незахищений статевий контакт та небезпечні ін'єкції наркотиків (39, 61, 149, 151, 152, 153). ВГС рідше передається при гетеросексуальних стосунках. Проте за останнє десятиліття зафіксовано

¹² Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva, WHO, 2015.

¹³ Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva, WHO, 2014.

декілька спалахів інфекції ВГС (переданої, можливо, статевим шляхом) серед ВІЛ-позитивних ЧСЧ. Зафіксовано також подібну передачу ВГС серед ВІЛ-негативних ЧСЧ та через небезпечну поведінку, аналогічну до такої у наркозалежних осіб (154).

Внаслідок однакових шляхів передачі вірусного гепатиту та ВІЛ, багато втручань, що запобігають ВІЛ, також запобігають ВГВ та ВГС. До таких втручань відноситься правильне та постійне користування презервативом, впровадження ПОШ, ЗПТ та використання стерильних медичних матеріалів під час нанесення татуювання.

Вакцина проти ВГВ

Вакцина проти ВГВ безпечна, ефективна і загалом недорога. У більшості країн діють як цільові, так і загальні програми вакцинації проти ВГВ, що включають вакцинацію немовлят, осіб з груп ризику, а також додаткову вакцинацію. До груп ризику відносяться ЛВНІ, ЧСЧ, статеві партнери ЛЖВ, ув'язнені, а також особи з інших груп, такі як реципієнти компонентів крові та медичні працівники. До 2012 р. 181 країна світу включила вакцинацію проти ВГВ у свій національний графік як складову частину національного графіку імунізації немовлят (155). За оцінками, 79% з когорти немовлят, народжених у 2012 р. в усьому світі, отримали три дози вакцини проти ВГВ (156). Концепція впровадження національних програм вакцинації проти ВГВ полягає в тому, що через деякий час вакцинація проти ВГВ груп високого ризику стане менш значущою внаслідок збільшення кількості осіб, вакцинованих у дитинстві, тобто вже захищених (39).

На сьогодні не існує вакцини проти ВГС. Тому є навіть більша (порівняно з ВГВ) потреба посилення сучасних заходів профілактики передачі ВГС серед ключових груп населення (39).

Лікування ВГВ та ВГС

Важливо забезпечити належне ведення коінфекції ВІЛ з ВГВ та/або ВГС. Коінфекція ВІЛ та ВГС прискорює розвиток фіброзу печінки, пов'язаного з ВГС, внаслідок чого показники останньої стадії захворювання печінки та смертності є вищими (121, 151, 157).

Ключові групи населення повинні мати такий самий доступ до послуг профілактики, скринінгу та лікування ВГВ та ВГС, як і інші групи населення, що зазнають ризику інфікування ВІЛ або живуть з ВІЛ.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

ВГВ

- Стратегії додаткової імунізації проти ВГВ необхідно запровадити в умовах, де імунізація немовлят не сягає повного охоплення (3, 10, 22).
- Особам з ключових груп населення з коінфекцією ВІЛ та ВГВ, які мають важке хронічне захворювання печінки, необхідно пропонувати АРТ на основі TDF та ламівудину (ЗТС) (або емтрицитабіну (ЕТС) незалежно від кількості клітин CD4 або клінічної стадії за класифікацією ВООЗ (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (4)¹⁴.

ВГС

- Серологічне тестування на ВГС слід пропонувати особам з груп населення, серед яких спостерігається високий рівень поширеності ВГС, які мають в анамнезі ризик контакту з ВГС або дотримуються ризикованої поведінки (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*) (158).

¹⁴ Для підтримки початку АРТ у кожній особі, коінфікованої ВІЛ та ВГВ, з кількістю CD4 > 500 клітин/мм³ або незалежно від кількості клітин CD4 чи клінічної стадії за класифікацією ВООЗ недостатньо даних або сприятливого співвідношення ризику та користі. Тому, незалежно від кількості клітин CD4, початок АРТ рекомендовано лише особам з ознаками важкого хронічного захворювання печінки, які зазнають найвищого ризику розвитку хвороби та показників смертності внаслідок захворювання печінки. Особам без ознак важкого хронічного захворювання печінки АРТ необхідно розпочинати за такими самими принципами та рекомендаціями, як і для інших дорослих.

- Рекомендовано проводити оцінку споживання алкоголю серед усіх осіб з інфекцією ВГС, після чого особам з рівнем споживання алкоголю від помірного до високого пропонувати корекцію поведінки з метою скорочення споживання алкоголю (*наполеглива рекомендація, помірні докази*) (158).
- Рекомендовано проводити оцінку ефективності протівірусного лікування всіх дорослих та дітей з хронічною інфекцією ВГС, включаючи ЛВНІ (*наполеглива рекомендація, помірні докази*) (158).
- Крім наведених вище, розроблено низку рекомендацій щодо діагностики та режимів протівірусного лікування ВГС (158).

Додаткове зауваження

НОВЕ Нові клінічні настанови ВООЗ щодо лікування ВГВ та стратегій скринінгу ВГВ і ВГС були розроблені у 2014 та 2015 роках.

- У настанові ВООЗ щодо ВГС наведено детальні вказівки щодо лікування та догляду (158).
- Існують проблеми зі встановленням діагнозу та лікуванням активної інфекції ВГС серед окремих груп населення, зокрема ЛВНІ, особливо в умовах з обмеженим доступом до тестів на антитіла до ВГС та РНК, засобів діагностики захворювань печінки й терапії ВГС. Слід проводити ретельний моніторинг осіб, які приймають АРВ та препарати проти ВГС, щодо можливої взаємодії ліків (158, 159).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- В'язниці пропонують вакцинацію проти ВГВ (50, 60)
- Важливо пропонувати добровільне тестування на ВГВ/ВГС, лікування та догляд ЛЖВ одразу після їх оформлення до в'язниці відповідно до існуючих рекомендацій ВООЗ. Заходи зменшення шкоди також повинні бути запропоновані для ув'язнених.

ЛВНІ

На додаток до комплексного пакету зменшення шкоди з 9 втручань для ЛВНІ (8), найважливішими з яких є ПОШ та ЗПТ, особливі рекомендації включають:

- пропонування швидкого режиму вакцинації проти ВГВ для ЛВНІ (39);
- ПОШ повинні пропонувати голки з малим мертвим простором (39);
- пропонування втручань за принципом «рівний–рівному» для зменшення передачі вірусного гепатиту серед ЛВНІ (39).

Також важливо враховувати, що:

- Високодозовану вакцину проти ВГВ слід застосовувати у швидкому режимі¹⁵.
- Коли швидкий режим вакцинації недоступний, необхідно пропонувати стандартний режим.
- Для обох режимів (стандартного та швидкого) пріоритетним є надання першої дози вакцини.
- Щоб зменшити інтенсивність передачі вірусного гепатиту, ПОШ повинні пропонувати всі типи голок та іншого інструментарію, який застосовують для приготування ін'єкційних наркотиків, зокрема, «кукери», стерильну воду, спиртові тампони, фільтри та турнікети, відповідно до місцевих потреб.

¹⁵ Стандартний режим вакцинації для немовлят і невакцинованих дорослих: 0, 1, 6 місяців; швидкий режим: 1-й, 7-й та 21-й дні (39).

Міркування щодо впровадження

Втрачені можливості. Можливість проведення вакцинації ЛВНІ часто втрачаються через поганий доступ до вакцинації або небажання її пройти (160). Заохочення ЛВНІ та пропонування їм зручного доступу може підвищити рівень вакцинації та сприяти повному дотриманню графіка вакцинації проти ВГВ (87, 152). Проте навіть часткова імунізація сприяє певному захисту імунітету (89). Прийняття рішення щодо пропонування заохочення залежить від місцевого сприйняття та ресурсів (161).

Пригнічення імунітету. Особи, що отримали неналежне лікування ВІЛ або мають хронічний ВГС, можуть мати пригнічену імунну відповідь. Тому стандартний режим вакцинації проти ВГВ для них може бути кориснішим, ніж швидкий режим (39).

Для подальшого читання

- *Hepatitis B Fact sheet №204.* Geneva, WHO, 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
- *Hepatitis C, Fact sheet №164.* Geneva, WHO, 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
- *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.* Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf
- *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs.* Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf
- *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection.* Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf

4.5.3. Психічне здоров'я

Загальні дані та обґрунтування

ЛЖВ, включаючи представників ключових груп населення, їхні сім'ї та опікунів, можуть мати широке коло потреб щодо психічного здоров'я. Серед супутніх психічних захворювань поширеними є депресія та тривога. Деменція та інші когнітивні розлади також пов'язані з тривалим періодом інфікування ВІЛ. Заклади допомоги у зв'язку з ВІЛ можуть надати можливість ЛЖВ виявити проблеми психічного здоров'я та подолати їх, включаючи вже наявні розлади психічного здоров'я.

Особи з ключових груп населення можуть стикатися з подвійним тягарем – питаннями психічного здоров'я, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, та проблемами маргіналізації, дискримінації та стигми.

Крім непропорційного важкого тягаря ВІЛ, ключові групи населення мають вищі показники депресії, тривоги, куріння, зловживання алкоголем та наявності алкогольної залежності, споживання наркотиків та самогубства як результату хронічного стресу, соціальної ізоляції, насильства та неможливістю користування низкою медичних та підтримувальних послуг (3).

Дослідження свідчать, що розлади психічного здоров'я у ЛЖВ можуть заважати початку лікування та формуванню прихильності до нього, призводячи до незадовільних результатів лікування (162). Наявність супутніх психічних захворювань може руйнувати прихильність до АРТ внаслідок забудькуватості або поганої організації, мотивації чи розуміння планів лікування. Психологічна підтримка, консультування, відповідна лікарська терапія, а також втручання на зразок ведення випадку можуть покращити прихильність до АРТ та сприяти утриманню в системі допомоги (4). У виданні ВООЗ «Посібник щодо втручання «Програма подолання прогалин психічного здоров'я (mhGAP)» з психічних, неврологічних і

наркологічних питань у неспеціалізованих медичних закладах» наведено рекомендації стосовно загальної допомоги щодо психічного здоров'я, проте їх може бути застосовано до ЛЖВ, включаючи осіб з ключових груп населення (4, 46).

Підлітки з ключових груп населення. Супутні психічні захворювання серед підлітків викликають особливе занепокоєння. Самогубство є однією з основних причин смертності серед підлітків в усьому світі; однополярні депресивні розлади та самоушкодження є головними причинами втрати років життя з урахуванням неповноправності (DALYs) серед осіб віком 10–19 років (163). Підлітки з ключових груп населення можуть зазнавати соціальної ізоляції, переслідування та дискримінації, які можуть накладатися на їхню вразливість до супутніх психічних захворювань, емоційний дистрес та внутрішню стигму.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Рутинний скринінг та лікування розладів психічного здоров'я (особливо депресії та психологічного стресу) необхідно надавати ЛЖВ з ключових груп населення для покращення показників їхнього здоров'я та посилення прихильності до АРТ. Таке лікування може починатися зі спільного консультування у зв'язку з ВІЛ та депресією із впровадженням подальшого відповідного медикаментозного лікування (4).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Групи взаємопідтримки та «безпечні простори» можуть допомогти покращити самооцінку та подолати внутрішню стигму. Крім того, індивідуальне та сімейне консультування може подолати супутні психічні захворювання у підлітків. Залучення підтримки батьків або законних представників може бути особливо корисним для підлітків, які потребують постійного лікування та допомоги. Проте важливо отримати дозвіл підлітка перед спілкуванням з батьками чи опікунами (86).

Міркування щодо впровадження

Інтегровані та комплексні послуги надають можливість пацієнт-орієнтованої профілактики, лікування та догляду з багатьох проблем емоційного та психічного здоров'я, яких зазнають ключові групи населення. Крім того, інтегровані послуги посилюють імовірність покращення взаємодії (і як наслідок – більш якісної допомоги) різних надавачів послуг, які працюють з ключовими групами населення (30).

Для подальшого читання

mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva, WHO, 2011.

http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

4.6. Загальний догляд

4.6.1. Харчування

Загальні дані та обґрунтування

Співпраця між програмами протидії ВІЛ-інфекції та наявними національними програмами продовольчої підтримки є необхідною та цілком можливою.

Низькокалорійний раціон на фоні підвищених енергетичних потреб у зв'язку з ВІЛ та супутніми інфекціями або станами часто призводить до втрати ваги та виснаження,

пов'язаних з ВІЛ. Крім того, змінений метаболізм, поганий апетит та діарейні захворювання можуть знижувати надходження та рівень засвоєння поживних речовин, тим самим зумовлюючи їх втрату (164). Ці наслідки можуть посилюватися в умовах низького рівня доходів та нестачі харчів, з якими стикаються багато представників ключових груп населення. Зі свого боку, погане харчування може прискорювати розвиток ВІЛ-інфекції; низький індекс маси тіла серед дорослих (нижче 18,5 кг/м²) – це незалежний фактор ризику для розвитку хвороби, пов'язаної з ВІЛ, та смертності (4).

Співпраця між програмами протидії ВІЛ-інфекції і наявними національними програмами продовольчої підтримки є необхідною та цілком можливою для досягнення оптимальних показників здоров'я в умовах нестачі харчів. Слід звернути увагу на забезпечення продовольчої підтримки ЛЖВ з ключових груп населення, які живуть в умовах нестачі харчів (4). АРТ у поєднанні з продовольчою підтримкою може прискорювати одужання.

НОВЕ Зараз ВООЗ розробляє рекомендації щодо продовольчої допомоги та підтримки підлітків та дорослих, які живуть з ВІЛ.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

Неналежне харчування є головною проблемою для багатьох осіб у в'язницях. Наслідки неналежного харчування в осіб, які живуть з ВІЛ або ТБ, можуть ставити під загрозу їхню прихильність до лікування та результати цього лікування. Захист і підтримка здоров'я осіб у в'язницях та інших закритих закладах повинні включати надання належного харчування, зокрема доступ до безпечної питної води і харчових додатків (11).

4.6.2. Втручання у сфері статевого та репродуктивного здоров'я

Медичні працівники часто не надають належного значення статевого та репродуктивного здоров'ю ЛЖВ.

Представники ключових груп населення незалежно від ВІЛ-статусу повинні мати можливість повноцінного та задовільного статевого життя, а також мати доступ до низки репродуктивних засобів. Жінки з ключових груп населення повинні мати такі самі репродуктивні права, які і решта жінок; для них важливо мати доступ до послуг сімейного планування та інших послуг у сфері репродуктивного здоров'я, включаючи профілактику, скринінг та лікування раку репродуктивних шляхів (32). Часто для багатьох чоловіків з ключових груп населення головними турботами є не лише ВІЛ та ПСШ, але й інші питання репродуктивного здоров'я. Проте медичні працівники часто не надають значення статевого та репродуктивного здоров'ю ЛЖВ.

4.6.2.1. Профілактика, скринінг та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом

Загальні відомості та обґрунтування

В усьому світі ПСШ є основною причиною виникнення гострого захворювання, безпліддя, довготривалої непрацездатності та смертності. Деякі ПСШ можуть сприяти передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом (165).

ПСШ, особливо ті, що призводять до генітальних виразок, підвищують вразливість до інфікування ВІЛ чоловіків та жінок. Також гострі ПСШ є важливим маркером незахищеної статевої поведінки та ризику передачі ВІЛ. ЧСЧ, РКС та трансгендери часто зазнають підвищеного ризику виникнення ПСШ.

Тому важливо пропонувати клінічне лікування ППСШ особам з ключових груп населення, які звертаються по допомогу з приводу ППСШ, дотримуючись чинних вказівок ВООЗ (138). За відсутності лабораторних тестів можна застосовувати симптоматичне лікування. Тестування та лікування повинні завжди бути добровільними та непримусовими. З огляду на те, що більшість випадків ППСШ безсимптомні, особливо в жінок, програми скринінгу ППСШ необхідно зробити доступними для ключових груп населення.

НА СТАДІЇ Повністю оновлена настанова ВООЗ щодо ППСШ перебуває в розробці і
РОЗРОБКИ повинна бути завершена наприкінці 2016 р.

Скринінг, діагностику та лікування ППСШ необхідно пропонувати у рутинному порядку як частину комплексного пакету послуг профілактики та лікування ВІЛ для ключових груп населення (4).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Скринінг, діагностика та лікування ППСШ – це критично важливі складові комплексної відповіді на ВІЛ; це включає послуги для ключових груп населення (4). Лікування ППСШ необхідно здійснювати відповідно до наявних настанов ВООЗ та адаптувати до місцевого контексту (166). Також воно повинно бути конфіденційним та непримусовим; пацієнти повинні давати інформовану згоду на лікування (32, 166).
- Рекомендовано проводити періодичний скринінг осіб з ключових груп населення на безсимптомні ППСШ (*умовна рекомендація, низька якість доказів*) (4, 10).
- За відсутності лабораторних тестів, особи з ключових груп населення повинні отримувати симптоматичне лікування відповідно до національної настанови з лікування ППСШ (166).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ЛВНІ

Медичні працівники повинні бути уважними при контролі та лікуванні ППСШ у ЛВНІ. Ці особи можуть також бути РКС, а чоловіки-ЛВНІ можуть бути ЧСЧ; внаслідок цього вони зазнають вищого ризику виникнення ППСШ (153, 167).

РКС

- Ми пропонуємо проводити періодичне пробне лікування (ППЛ) безсимптомних ППСШ у жінок-РКС в умовах високого рівня поширеності та обмежених клінічних послуг (*умовна рекомендація, якість доказів від помірної до високої*).
- ППЛ необхідно впроваджувати тільки як безкоштовний, добровільний, конфіденційний, короткотерміновий захід, що є частиною комплексних послуг для статевого здоров'я, а послуги щодо ВІЛ/ППСШ в умовах високого рівня поширеності ППСШ (наприклад, >15% поширеності гонореї або хламідіозу) – надалі розвивати (10).

ТРАНСПЕНДЕРИ

Медичні працівники повинні бути чутливими та обізнаними щодо специфічних медичних потреб трансгендерів. Зокрема, генітальна перевірка та взяття зразка можуть бути незручними або травматичними незалежно від того, чи пройшла особа операцію з генітальної реконструкції (32).

Міркування щодо впровадження

Можливі стратегії підвищення показників скринінгу та лікування ППСШ (3):

- основні послуги з лікування ППСШ повинні бути доступними та відповідати потребам ключових груп населення;
- в умовах, де ключові групи населення дуже маргіналізовані, необхідно впровадити специфічні та цільові послуги, зокрема аутріч та підтримку за принципом «рівний–рівному»;
- необхідно розробити активні маршрути перенаправлення та інтегрування програми скринінгу та тестування до інших послуг, якими користуються ключові групи населення;
- послуги діагностики та лікування ППСШ необхідно надавати разом із послугами щодо ВІЛ, по які звертаються ключові групи населення.

У в'язницях та інших закритих закладах слід надавати тестування на ППСШ та подальше лікування на засадах добровільності, конфіденційності та інформованої згоди пацієнта. Якщо у в'язниці неможливо надати належну допомогу, ув'язнені повинні мати змогу отримати медичні послуги у громаді (11).

Коментар робочої групи

Рання діагностика та лікування ППСШ мають велике значення з огляду на те, що ці інфекційні захворювання підвищують ймовірність передачі та інфікування ВІЛ. ППСШ призводять до виникнення розширення шкіри або пошкодження слизової оболонки, що може спричинити кровотечу, внаслідок чого підвищується інфективність та сприйнятливість до ВІЛ.

З огляду на це, в рамках системи пенітенціарних установ спільно з Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) та установами системи громадської охорони здоров'я рекомендується розробити комплексну програму раннього виявлення та лікування ППСШ з метою скорочення частоти виникнення такого роду захворювань та рівня їх поширеності в тюрмах.

Для подальшого читання

- *Guidelines for the management of sexually transmitted infections.* Geneva, WHO, 2004.
<http://www.who.int/hiv/pub/sti/pub6/en/>
- *Training modules for the syndromic management of sexually transmitted infections.* Geneva, WHO, 2007.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>
- WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, World Bank. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- UNFPA, MSMGF, UNDP, WHO, USAID, PEPFAR, World Bank. *Implementing Comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men. Practical guidance for collaborative interventions.* UNFPA, 2015.
<http://aidsetc.org/resource/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men-practical-guidance>

4.6.2.2. Послуги контрацепції

Загальні дані та обґрунтування

Важливо, щоб медичні працівники наполегливо пропонували пацієнтам використовувати подвійний захист.

Контрацепція – це послуга, яку часто ігнорують стосовно ключових груп населення (32). Важливо, щоб медичні працівники наполегливо пропонували використовувати подвійний захист усім особам з груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ: або користування презервативами одночасно з іншими методами, або постійне і правильне користування лише презервативами (122).

Повністю оновлена настанова ВООЗ щодо контрацепції зараз перебуває у розробці і буде закінчена у 2015 р.

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/stis-new-treatment-guidelines/en/>.

Представники ключових груп населення, включаючи ЛЖВ, повинні мати можливість повноцінного та задовільного статевого життя, а також можливість доступу до низки репродуктивних засобів (32, 122).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Важливо, щоб послуги контрацепції для всіх осіб з ключових груп населення надавалися безкоштовно, добровільно та без примушення.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

Важливо, щоб медичні служби у в'язницях пропонували жінкам послуги контрацепції (9, 169, 170, 171, 172).

ЛВНІ

Важливо, щоб медичні працівники під час спілкування з жінками-ЛВНІ пропонували їм засоби контрацепції, включаючи гормональні контрацептиви, як частину стандартного пакету допомоги.

РКС

Жінкам з груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, включаючи РКС, які починають прийом гормональних контрацептивів, необхідно наполегливо рекомендувати завжди користуватися презервативами (чоловічими або жіночими) та іншими засобами профілактики ВІЛ з огляду на наявні, хоча й неостаточні, дані можливого підвищення ризику інфікування ВІЛ серед жінок, що використовують тільки прогестогенову ін'єкційну контрацепцію (4, 168).

Додаткове зауваження

Жінкам-РКС необхідно пропонувати консультування з питань контрацепції задля з'ясування їхніх намірів щодо вагітності та надавати варіанти контрацепції, включаючи подвійний захист.

ТРАНСГЕНДЕРИ

- Важливо інформувати **жінок-трансгендерів**, які приймають пероральні протизаплідні засоби для фемінізації, що етиніл естрадіол зумовлює вищий ризик виникнення тромботичних ускладнень, ніж 17-бета естрадіол.
- Необхідно розглянути можливість пропонування **чоловікам-трансгендерам-ЧСЧ** відповідних засобів контрацепції, які не призводять до небажаної системної фемінізації.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- Для того, щоб послуги статевого та репродуктивного здоров'я, включаючи інформування та надання послуг щодо контрацепції, відповідали освітнім та сервісним потребам підлітків, рекомендовано надавати ці послуги підліткам без обов'язкового дозволу/інформування батьків або законних представників (173).
- Щоб діяти в найкращих інтересах підлітків, медичним службам необхідно визначити першочергові потреби підлітків щодо здоров'я та звернути увагу на ознаки вразливості, жорстокого поводження та експлуатації. Відповідне та конфіденційне перенаправлення, за чітко виявленим бажанням підлітка, може створити прив'язку до інших послуг та секторів з метою його підтримки (73).

Для подальшого читання

- *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf
- *Medical eligibility criteria for contraceptive use: fourth edition.* Geneva, WHO, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
- *Medical eligibility criteria for contraceptive use: fifth edition.* Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=1

4.6.2.3. Безпечний аборт та допомога після аборту

Законодавство та послуги щодо аборту повинні захищати права людини та право на здоров'я всіх жінок, зокрема з ключових груп населення.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ВСІ ЖІНКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- В країнах, де аборт є законним, важливо встановити прив'язку до безпечних щодо нього послуг.
- В країнах, де аборт є незаконним, його проведення без дотримання належних правил безпеки може спричинити серйозні негативні наслідки для здоров'я. Жінок з ключових груп населення необхідно інформувати щодо цих ризиків (174).
- Доступ до належної допомоги після проведення аборту є суттєвим для скорочення внаслідок його проведення захворюваності та смертності.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Необхідність отримання дозволу батьків або законних представників може стати перешкодою у зверненні підлітків до медичних послуг; це може підвищити ймовірність їхнього звернення до осіб, які проводять аборт без дотримання правил безпеки (174).

Міркування щодо впровадження

Надання послуг з безпечного проведення абортів. Послуги з безпечного проведення абортів повинні бути легкодоступними та недорогими для всіх у повному обсязі, визначеному законом. Це означає, що послуги повинні бути доступними на первинному рівні надання медичної допомоги із можливістю подальшого перенаправлення осіб, які потребують медичної допомоги вищого рівня, до відповідних медичних закладів.

Для подальшого читання

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

4.6.2.4. Скринінг та лікування раку шийки матки

Скринінг та лікування раку шийки матки проводять для виявлення такого виду раку або змін шийки матки, що є його передвісниками, із проведенням подальшого належного лікування. Жінки, які живуть з ВІЛ, зазнають підвищеного ризику інфікування ВПЛ та виникненням пов'язаних із ним новоутворень, включаючи внутрішньоепітеліальну неоплазію 2-го або 3-го класу та інвазивну цервікальну карциному (175). Встановлено, що рівень поширеності ВПЛ та внутрішньоепітеліальної неоплазії зростає разом з підвищенням імуносупресії (176, 177).

Важливо пропонувати скринінг шийки матки всім жінкам з ключових груп населення та (за потреби) трансгендерним чоловікам відповідно до настанови ВООЗ 2013 р. щодо скринінгу шийки матки (178).

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ВСІ ЖІНКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

На територіях з високими показниками ендемічної ВІЛ-інфекції важливо пропонувати скринінг шийки матки сексуально активним дівчатам та жінкам одразу після отримання позитивного результату їхнього тестування на ВІЛ (178).

ТРАНСГЕНДЕРИ

Особливі міркування щодо чоловіків-трансгендерів (178):

- Чоловіки-трансгендери, які зберегли жіночі геніталії, часто залишаються неохопленими послугою скринінгу шийки матки та іншими послугами статевого здоров'я, оскільки вони або не звертаються по ці послуги, або виключені з них. Внаслідок цього вони можуть зазнавати підвищеного ризику виникнення захворювань яєчників, матки та шийки матки.
- Після повного видалення матки за умови наявності в анамнезі дисплазії шийки матки високого класу та/або раку шийки матки, можна робити тест Папаніколау для культі піхви щороку, доки не буде задокументовано три задовільні тести, і надалі – кожні 2 чи 3 роки.

- У випадках, коли яєчники видалені, але матка і шийка матки залишаються неушкодженими, необхідно дотримуватись настанови ВООЗ щодо скринінгу шийки матки для осіб, народжених жінками. За умови відсутності в анамнезі генітальної статевої активності проведення цього тесту може бути відкладено на більш пізніший час. Важливо поінформувати лікаря-патолога про поточний або попередній прийом тестостерону, оскільки атрофія шийки матки може стати подібною до дисплазії.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- Вакцинація проти ВПЛ не заміняє скринінгу раку шийки матки. У країнах, де запроваджено вакцинацію проти ВПЛ, необхідно запровадити або посилити програми скринінгу (179).
- Цільова група, рекомендована ВООЗ для вакцинації проти ВПЛ, – це дівчата віком 9–13 років (включаючи ЛЖВ), які ще не стали сексуально активними (179).

4.6.2.5. Скринінг на анальний рак

В інфікованих ВІЛ осіб щонайменше у 20 разів вища ймовірність діагностувати рак анального каналу, ніж у неінфікованих осіб (180). Подібно до раку шийки матки, рак анального каналу пов'язаний із ВПЛ. Можна проводити скринінг на рак анального каналу та його передвісники, відомі як анальні сквамозні внутрішньоепітеліальні пошкодження високого класу ризику (HSIL), особливо серед ЧСЧ, трансгендерів та інших осіб з ключових груп населення, що більш ймовірно практикують анальний секс.

Для подальшого читання

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, WHO, 2013.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

4.6.2.6. Зачаття та вагітність

Важливо, щоб усі жінки з ключових груп населення мали таку саму підтримку та доступ до послуг допомоги у зв'язку з зачаттям й вагітністю, як і жінки з інших груп, відповідно до настанови ВООЗ.

Супутні рекомендації та контекстуальні питання щодо окремих ключових груп населення

ВСІ ЖІНКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- Усі вагітні жінки дорослого та підліткового віку з ключових груп населення, які живуть з ВІЛ, повинні отримувати належне лікування та догляд щодо ВІЛ для запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини відповідно до вказівок ВООЗ (4).
- Жінкам із серодискордантних пар, які живуть з ВІЛ і хочуть мати дитину, необхідно надавати інформацію та підтримку, щоб допомогти їм завагітніти якомога безпечніше.
- Багато жінок з ключових груп населення, особливо підлітки, мають неадекватний доступ до послуг допологової допомоги, звертаючись по допомогу на пізніх строках вагітності, та внаслідок чого мають менший доступ до послуг ППМД (див. розділ 4.4.2).

5. ВИРІШАЛЬНІ ПЕРЕДУМОВИ

Прогресування епідемії ВІЛ, особливо серед ключових груп населення, є наслідком стигми та дискримінації, гендерної нерівності, насильства, відсутності прав та можливостей громади, порушень прав людини, а також наявності законів та нормативних актів, що криміналізують споживання наркотиків та різноманітні форми гендерної ідентичності та сексуальності. Ці соціально-структурні фактори обмежують доступ до послуг щодо ВІЛ та способів їх надання, применшуючи їхню ефективність.

Тому важливо врахувати різні політичні, географічні й соціальні умови, в яких ключові групи населення живуть і отримують послуги щодо ВІЛ. Також необхідно визнати, що кожна ключова група населення є гетерогенною, і ефективні програми повинні враховувати цю різноманітність.

Незважаючи на проблеми маргіналізації, криміналізації поведінки окремих ключових груп та прямі порушення прав людини в певних місцях, надання послуг щодо ВІЛ є можливим і необхідним, проте робити це слід у спосіб, що захищає безпеку та благополуччя як осіб з ключових груп населення, так і надавачів послуг. Медичні працівники мають етичний обов'язок лікувати та підтримувати людей безпристрасно та справедливо. Як країни, так і програми щодо ВІЛ повинні забезпечити конфіденційність послуг, полегшити доступ до основної медичної допомоги для осіб з ключових груп населення, підвищити якість надання цих послуг, навчити та проінструктувати медичних працівників, зменшити рівень стигми та дискримінації. Наскільки дозволяє безпека, осіб з ключових груп населення необхідно заохочувати до участі у розробці і впровадженні заходів профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією. Незважаючи на юридичні обмеження, особи з ключових груп населення в багатьох країнах наполегливо продовжують шукати шляхи взаємодії для надання підтримки. Також ключові групи населення можна охопити онлайн та через регіональні мережі.

Інтеграція послуг щодо ВІЛ та супутніх медичних послуг у первинну медичну допомогу може сприяти ширшому та справедливішому доступу до послуг щодо ВІЛ для ключових груп населення. Щоб підвищити якість надання послуг у закладах первинної медичної допомоги, медичні працівники повинні розуміти поняття гендерної ідентичності, мати уявлення про різноманітність видів статевої поведінки та ідентичності, розуміти специфіку споживання наркотиків та залежності, що виникає внаслідок цього, а також враховувати всі ці питання при наданні послуг. Сектор охорони здоров'я може вжити заходів для зміни ставлення та поведінки медичних працівників з метою скорочення стигми та дискримінації, особливо стосовно гомофобії, трансфобії, комерційного сексу та споживання наркотиків. Медичних працівників слід забезпечити необхідними ресурсами та підтримкою щодо надання послуг ключовим групам населення. Водночас, вони повинні нести відповідальність внаслідок недотримання стандартів, які спираються на професійну етику та міжнародно визнані принципи прав людини (1). Важливо здійснювати МіО для забезпечення не лише технічної якості та результатів надання цих послуг, але й атмосфери їх надання, а отже – їхньої прийнятності для осіб з ключових груп населення.

Термін «**Вирішальні передумови**», який вживається в даному документі, поєднує в собі стратегії, заходи та підходи, спрямовані на покращення доступності, прийнятності, використання, справедливого охоплення, якості, ефективності та дієвості послуг та втручань щодо ВІЛ. Передумови діють на багатьох рівнях: особистому, громадському, інституційному, суспільному, а також національному, регіональному та глобальному. Вони критично важливі для впровадження комплексних програм протидії ВІЛ-інфекції для ключових груп населення в усіх епідемічних контекстах. Вирішальні передумови спрямовані на подолання головних перешкод для користування послугами, таких як соціальна ізоляція і маргіналізація, криміналізація, стигма та несправедливість. Якщо не

зважаючи на такі перешкоди, вони негативно впливатимуть на надання послуг щодо ВІЛ, особливо для ключових груп населення (2).

Перешкоди та вирішальні передумови, проаналізовані в цьому розділі, стосуються як дорослих, так і підлітків з ключових груп населення. Щодо дорослих представників цих груп, наведені фактори можуть надалі посилитися за рахунок швидкого психічного та розумового розвитку дорослих, а також складних психосоціальних та соціально-економічних видів їхньої вразливості. Підлітки ж з ключових груп населення стикаються з соціально-структурними перешкодами щодо послуг, зокрема нормативними та юридичними обмеженнями щодо віку надання згоди на отримання послуг. Найближче оточення осіб з ключових груп населення, зокрема батьки й діти, також можуть зазнавати стигми та дискримінації, внаслідок чого матимуть такі самі труднощі в доступі до послуг. З огляду на це, важливим є залучення родичів до процесу отримання послуг щодо ВІЛ.

Успішне впровадження вирішальних передумов вимагає співпраці між різними секторами.

Сектор охорони здоров'я повинен відігравати важливу роль, але успішне впровадження вирішальних передумов вимагає співпраці між різними секторами, такими як охорона здоров'я, правосуддя, житлове та соціальне забезпечення, працевлаштування. Це також вимагає взаємодії численних партнерів з державного, громадського та приватного секторів. Повне охоплення осіб з ключових груп населення та ЛЖВ є також критично важливим (3, 4).

У цьому розділі описано низку перешкод, які піддають ризику доступ до необхідних та якісних послуг щодо ВІЛ для ключових груп населення, визначено вирішальні передумови для подолання цих перешкод (рис. 5.1) та наведено низку рекомендацій щодо успішного досвіду. Ці рекомендації базуються на попередніх документах ВООЗ щодо ключових груп населення. Хоча ці перешкоди та передумови взаємопов'язані, необхідно розглянути кожні з них окремо.



Рисунок 5.1. Вирішальні передумови щодо ключових груп населення

5.1. Законодавство і політика

5.1.1. Законодавчі перешкоди

За даними ЮНЕЙДС, 60% країн світу мають закони, нормативно-правові акти чи політики, які заважають ключовим групам населення та уразливим групам населення отримувати ефективні послуги щодо ВІЛ (5). Зокрема, більше, ніж у 100 країнах світу, певні або всі аспекти надання послуг комерційного сексу вважаються злочином. Принаймні 76 країн

світу визнають злочином статеві стосунки між особами однієї статі. Крім того, деякі країни застосовують смертну кару за порушення таких законів.

На додаток, у багатьох країнах світу законом не визнано трансгендерних осіб (5), тому вони стикаються з нормативними обмеженнями щодо вираження своєї гендерної належності; встановлена відповідальність щодо споживання наркотиків передбачає суворі покарання за зберігання малих доз наркотиків для особистого споживання, або нормативно визначено примусове тримання під вартою як «лікування» для осіб, що споживають наркотики (5). У багатьох в'язницях та інших закритих закладах послуги щодо ВІЛ надаються на рівні, нижчому за передбачений стандартом, або їх надання взагалі відсутнє (6).

Попри різноманітність законів, у багатьох умовах підлітки віком до 18 років офіційно визнаються як неповнолітні і тому повинні мати згоду батьків на отримання медичної допомоги, включаючи послуги щодо ВІЛ. Такі закони і політики можуть стати перешкодою доступу до послуг або звести нанівець бажання підлітків звернутися по них (7). Ці обмеження можуть створювати складні дилеми для надавачів послуг, які прагнуть діяти в найкращих інтересах своїх клієнтів, але можуть мати побоювання щодо власної правової відповідальності, а також щодо безпеки їхніх неповнолітніх клієнтів.

5.1.2. Вирішальні передумови

Перегляд законів та політик

Закони та політики можуть допомогти захистити права людини представників ключових груп населення, як ЛЖВ, так і тих осіб, що зазнають ризику інфікування ВІЛ. Декриміналізація статевої поведінки та споживання наркотиків, правове визнання статусу трансгендера та зниження віку надання згоди на отримання послуг щодо ВІЛ, а також нормативне визначення винятків зі стандартного віку надання цієї згоди (таких як «зрілі неповнолітні») є вирішальними передумовами, які можуть змінити оточення ключових груп населення з непривітного на сприятливе (8). Слід звернути особливу увагу на ці правові реформи як на частину будь-якого перегляду політик чи програм для ключових груп населення. Наприклад, у багатьох країнах світу зберігання, використання та продаж чистих голочок та шприців або презервативів залишаються підставою для арешту. Це потребує перегляду.

Декриміналізація поведінки ключових груп населення

Без захисних політик та зусиль у напрямку декриміналізації поведінки ключових груп населення перешкоди до отримання найважливіших медичних послуг існуватимуть і надалі.

Для підтримки здоров'я і благополуччя ключових груп населення, чия статева поведінка, споживання наркотиків, вираження гендерної належності або ймовірної сексуальної орієнтації зараз вважаються злочином, може знадобитися внесення змін до законодавства і прийняття нових політик та захисних законів відповідно до міжнародних стандартів прав людини. Без захисних політик та зусиль у напрямку декриміналізації поведінки ключових груп населення перешкоди до найважливіших медичних послуг існуватимуть і надалі; багато осіб з ключових груп населення можуть боятися звернення по медичну допомогу, оскільки це може мати для них негативні правові наслідки (9).

Закони, нормативні акти та практики необхідно переглянути і за потреби скоригувати за участю політиків та державних діячів, з конструктивним залученням керівників з ключових груп населення, щоб зробити можливим та підтримати розширення доступу до послуг щодо ВІЛ для цих груп населення (10, 11, 13).

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань декриміналізації

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Країнам необхідно працювати в напрямку декриміналізації таких форм поведінки, як споживання наркотиків, в тому числі споживання наркотиків ін'єкційним шляхом, комерційний секс, одностатеві стосунки та нетрадиційні прояви гендерної ідентичності, а також у напрямку зменшення несправедливого застосування законів і нормативно-правових актів цивільного права щодо споживачів наркотиків, в тому числі ЛВНІ, РКС, ЧСЧ та трансгендерів (10, 11, 12, 13, 14).

ЧСЧ

Країнам необхідно працювати над розробкою політик та законів щодо декриміналізації одностатевих стосунків (11).

ОСОБИ, ЯКІ СПОЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ

- Країнам необхідно працювати над розробкою політик та законів щодо декриміналізації ін'єкційних та інші способів споживання наркотиків, внаслідок чого зменшуючи терміни утримання під вартою.
- Країнам необхідно працювати над розробкою політик та законів щодо декриміналізації використання чистих голок та шприців (що дозволить впровадження ПОШ), а також щодо легалізації ЗПТ для осіб з опіоїдною залежністю.
- Країни повинні заборонити примусове лікування осіб, що споживають наркотики (12, 13, 14).

РКС

- Країнам необхідно працювати в напрямку декриміналізації комерційного сексу та заборони несправедливого застосування некримінальних законів та нормативно-правових актів щодо РКС.
- Працівники поліції не повинні використовувати наявність презервативів в особи доказом надання нею послуг комерційного сексу та підставою для арешту (10).

ТРАНСГЕНДЕРИ

- Країнам необхідно працювати в напрямку розробки політик і законів щодо декриміналізації одностатевих стосунків та нетрадиційних проявів гендерної ідентичності.
- Країнам необхідно працювати в напрямку правового визнання трансгендерів (11).

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань політик та законів стосовно віку надання згоди на користування послугами

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- ВООЗ заохочує країни перевірити їхні чинні політики з питань надання згоди та прийняти рішення щодо їх коригування з метою зменшення перешкод із надання послуг у зв'язку з ВІЛ, пов'язаних із віком, і дати можливість надавачам послуг діяти в найкращих інтересах підлітка (7).
- Послуги статевого та репродуктивного здоров'я, включаючи інформування та послуги з питань контрацепції, рекомендовано надавати підліткам без

обов'язкового дозволу чи інформування батьків або законних представників (15).

Конкретний випадок

Декриміналізація споживання наркотиків у Португалії

GIRU Barcelos, APDES, Portugal

<http://www.apdes.pt/en/>

Станом на 2012 р. в усьому світі 21 країна почала процес декриміналізації споживання та зберігання наркотиків (16). Наприклад, Португалія змінила своє законодавство у 2001 р., визначивши зберігання контрольованих наркотиків «адміністративним злочином»: осіб, затриманих із наркотиком для особистого споживання, направляють на засідання «ради з умовлянь», а не піддають покаранню та можливому ув'язненню. У незалежному дослідженні (17) було проаналізовано наслідки змін та встановлено, що:

- Кількість споживачів наркотиків, які перебувають на лікуванні, збільшилася з 23 654 осіб у 1998 р. до 38 532 осіб у 2008 р.
- В період з 2000 по 2008 роки кількість виникнення нових випадків ВІЛ серед споживачів наркотиків знизилася з 907 до 267 впродовж одного року; зменшення пов'язано з розширенням послуг щодо зменшення шкоди внаслідок споживання наркотиків.
- Всупереч очікуванням, значного підвищення рівня споживання наркотиків не відбулося; навпаки, дані виявили зниження рівня проблемного споживання наркотиків, зменшення кількості виникнення негативних наслідків, пов'язаних із їх споживанням, та позбавлення переповненості системи кримінального правосуддя.

Організації у громаді продовжують відігравати суттєву роль як у вирішенні проблеми стигми та дискримінації, так і у покращенні доступу до послуг. Організація Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES), заснована у 2004 р., працює з особами, що зазнають найбільшого ураження, та громадами в напрямку забезпечення доступу до медичної допомоги, працевлаштування та освіти, прагнучи розширити можливості цих груп населення та посилити соціальну згуртованість. Вони координують GIRU Barcelos, мультидисциплінарну аутич-команду, яка працює, насамперед, зі споживачами героїну/кокаїну та РКС у північній Португалії, зосереджуючи свої зусилля на наданні послуг зі зменшення шкоди. Завдяки їхнім зусиллям, дискримінація споживачів наркотиків, зокрема з боку медичних працівників, скоротилася завдяки проведенню регулярних зустрічей та налагодженню комунікації між громадами і надавачами послуг, проведенню дебатів та радіопрограм під назвою «GIRU розмови» на місцевій радіостанції. Присутність у команді наставника за принципом «рівний–рівному» та постійне залучення споживачів наркотиків – це наріжні камені втручання GIRU Barcelos, які можна вважати вирішальними у досягненні їх позитивного результату.

Вирішення інших нормативних питань стосовно ключових груп населення

Одночасно із зусиллями щодо декриміналізації, існують інші нормативні зміни, які можуть допомогти особам з ключових груп населення реалізувати свої права людини та право на здоров'я. Деякі теперішні політики, спільні для всіх ключових груп, обмежують доступ до системи правосуддя та медичних послуг. Ключові міркування щодо цього наведено нижче.

Визнання правового статусу трансгендерів. Для трансгендерів правове визначення їхнього статусу та імені, якому вони надають перевагу, може бути важливим в аспекті зменшення стигми, дискримінації та заперечення гендерної різноманітності. Таке визнання з боку медичних працівників може сприяти кращому доступу до послуг щодо ВІЛ, їх використанню та наданню.

Конкретний випадок

В Уругваї національний діалог підтримує законодавчі зміни

У 2010 р. ПРООН утворила Глобальну комісію з питань ВІЛ та законодавства, щоб розробити здійсненні, засновані на доказах відповіді на ВІЛ та рекомендації щодо протидії ВІЛ-інфекції, які захищатимуть і популяризуватимуть права людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, найбільш вразливих до ВІЛ (<http://www.hivlawcommission.org>). Робота комісії була спрямована на вироблення конструктивного діалогу між організаціями громадянського суспільства та урядами з питань ВІЛ і законодавства, який охоплює процес від визначення проблем до розробки та поширення практичних рішень.

В Уругваї національну міжсекторальну комісію спільно утворили Міністерство охорони здоров'я, Міністерство соціального розвитку, організації профспілок, Національна рада з протидії ВІЛ/СНІДу (CONASIDA), Федерація статевої різноманітності та Парламентський комісар з питань ув'язнених. Комісія закликала до діалогу з питань ВІЛ та прав людини, спрямованого на гармонізацію та покращення національного законодавства стосовно протидії ВІЛ-інфекції. Впроваджена за сильної підтримки Регіонального бюро ПРООН, ФН ООН та ЮНЕЙДС, ця двомісячна ініціатива надала можливість людям, які зазнали контакту з ВІЛ та є вразливими до ВІЛ, презентувати дані з питань, які замовчувались або були невідомі. Окремі особи та організації громадянського суспільства навели близько 30 окремих випадків порушення прав людини. Учасники процесу, зокрема організації громадянського суспільства, надали технічну допомогу в дослідженні та презентації пов'язаних з ВІЛ питань сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності; дискримінації під час отримання медичної допомоги, працевлаштування та навчання; роботи у сфері комерційного сексу; жорстокості поліцейських; доступу до лікування; інтелектуальної власності, а також прав ЛЖВ.

Цей національний діалог забезпечив постійну роботу над створенням нового комплексного закону щодо ВІЛ. У заключному звіті за підсумками діалогу, поданому до парламенту в травні 2014 р., визначено прогалини в законодавстві, закони, які заважають протидії ВІЛ, та випадки невиконання законів, які повинні були б сприяти протидії ВІЛ. На додаток, у ньому запропоновано приклади найкращого досвіду та сформульовано рекомендації щодо дотримання прав людини. Адвокація і мобілізація громадянського суспільства, особливо ЛЖВ, груп лесбійок, геїв, бісексуалів та трансгендерів, у поєднанні з узгодженими зусиллями та в партнерстві з агенціями ООН, урядом і науковцями прискорювала цей діалог.

CONASIDA-CMM (Національна рада з питань профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом – координаційний механізм країни) буде впроваджувати головні рекомендації за результатами діалогу та здійснювати нагляд за їх виконанням для підтримки проекту, який розроблятиме закон щодо ВІЛ. Крім того, нещодавно утвореному Національному інституту прав людини в Уругваї, який також залучено до діалогу, зараз доручено здійснювати обґрунтування, моніторинг та адвокацію впровадження оновлених законів.

Покращення доступу ключових груп населення до правосуддя і правової допомоги.

Нормативні акти, які криміналізують поведінку ключових груп населення, обмежують можливості цих людей щодо правосуддя та юридичних послуг. Необхідно розробити політики та процедури, які гарантуватимуть, що особи з ключових груп населення зможуть повідомляти про порушення їхніх прав, таких як дискримінація, насильство, пов'язане з гендером, конфлікти з поліцією, порушення прав щодо інформованої згоди, медичної конфіденційності та відмова у наданні медичних послуг. Такі засоби повідомлення (а не лише відвідання поліції) сприятимуть інформуванню щодо порушень прав людини. Наприклад, особи з ключових груп населення можуть пройти навчання як помічники адвокатів; організація, яка працює з цими групами населення, може виступати третьою стороною-доповідачем у юридичних позовах.

Удосконалення нормативної бази щодо доступу до медичних послуг та інформування.

Забезпечення обізнаності осіб з ключових груп населення зі своїми юридичними правами і правами людини як особистості, зокрема правом на охорону здоров'я, може покращити їхній доступ до медичних послуг. З огляду на те, що ключові особи часто є мішенню для експлуатації, маргіналізації, криміналізації, стигми та дискримінації, програми повинні забезпечити обізнаність ключових груп населення щодо своїх юридичних прав та прав людини, включаючи впровадження відповідних захисних законів, а також інформувати їх щодо місць, де вони можуть отримати юридичні послуги та повідомити про порушення. Програми грамотності щодо здоров'я, навчання та підтримки з питань статевого життя можуть допомогти у покращенні обізнаності (18). Будучи краще поінформованими,

ключові групи населення можуть краще зорганізуватися задля просування своїх прав та підвищення обізнаності щодо своїх прав, потреб, політик та юридичних питань, які найбільше їх стосуються (10, 19, 20).

Крім того, країни можуть переглянути закони, які передбачають покарання для медичних працівників за роботу з ключовими групами населення (наприклад, закони, згідно яких аутріч-працівники порушують закон, коли мають при собі презервативи або чисті голки та шприци для розповсюдження).

Правоохоронні органи можуть відігравати важливу роль, гарантуючи ключовим групам населення непорушність їхніх прав людини. Працівникам поліції необхідно надавати безперервне навчання щодо того, як вони можуть сприяти – або, принаймні, не перешкоджати – доступу ключових груп населення до найголовніших медичних послуг, зокрема, не арештовувати осіб, які виходять з клінік лікування наркозалежності; не конфісковувати препарати для лікування наркозалежності; уникати нагляду за центрами зменшення шкоди; не використовувати факт зберігання чистих голок або презервативів як підставу для арешту. Системи для популяризації успішного досвіду поліції та для надання безпечних способів повідомлення про порушення прав людини можуть допомогти в гарантуванні захисту поліцією як права громадського здоров'я, так і права людини стосовно всіх осіб. Забезпечення зберігання медичних карток в умовах конфіденційності – це один з кроків, який можуть зробити медичні працівники для підвищення довіри між медичними службами та ключовими групами населення.

Рекомендації щодо успішного досвіду з інших нормативних питань

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Країнам необхідно працювати над розробкою альтернатив, не пов'язаних із позбавленням волі, для ЛВНІ, РКС та ЧСЧ (12).
- Рекомендовано виключити вимоги щодо наявності дозволу третьої сторони, в тому числі вимоги щодо дозволу чоловіків для жінок, які приймають контрацептиви, отримують супутнє інформування та послуги (15).

Додаткове зауваження

Важливо, щоб країни захищали політичну прихильність, здійснювали відповідне інвестування до адвокації та передбачали адекватне фінансування медичних послуг та програми щодо ВІЛ для ключових груп населення.

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

У процесі роботи країн над розробкою стратегій, які не передбачають позбавлення волі, однією з цілей необхідно визначити загальне зменшення переповненості в'язниць (12).

РКС

- Необхідно позбутися поліцейської практики використання факту наявності презервативів як доказу причетності до комерційного сексу та підстави для арешту РКС (10).
- Необхідно позбутися широкої свободи дій поліції щодо безпідставного арешту та тримання під вартою РКС, а також поліцейського здирицтва (10).

ТРАНСГЕНДЕРИ

Країнам необхідно працювати в напрямку правового визнання трансгендерів (11).

Конкретний випадок

Замісна підтримувальна терапія у в'язницях Індонезії

Партнерство щодо ВІЛ Австралії та Індонезії (AIPN) – Програма співпраці щодо ВІЛ для Індонезії (НСРІ)

ЗПТ для ув'язнених ЛВНІ пройшла пілотне тестування у 2005 р. у в'язниці м. Керобокан (о. Балі) після ознайомлення керівниками в'язниці з програмами ЗПТ у в'язницях Австралії. Досягнення пілотного проекту у в'язниці Керобокана включають:

- запровадження комплексних послуг зі зменшення шкоди (у тому числі ЗПТ) та досягнення високого рівня охоплення ними ув'язнених із опіоїдною залежністю;
- розширення послуг ЗПТ, освіти і допомоги, лікування та догляду в 11 інших в'язницях, місцях тримання під вартою та службах нагляду за умовно-достроково звільненими; в'язниця Керобокана здійснює постійне наставництво багатьох із цих закладів;
- високі рівні інтеграції з іншими медичними послугами у громаді о. Балі, що забезпечують м'який перехід від програм ЗПТ в'язниці до такої у громаді (і в зворотному напрямку), а також ранній або безперервний доступ до лікування ВІЛ.

Крім того, зараз у багатьох в'язницях ефективно впроваджено тестування та лікування ВІЛ. Понад 90% ув'язнених з високим ризиком інфікування ВІЛ пройшли тестування, і більшість осіб з позитивним результатом тестування почала АРТ.

У рамках широкого впровадження цієї ініціативи, у 2013 р. МОЗ та Генеральний директорат виправних заходів підписали меморандум про порозуміння, яким визначено, що МОЗ повністю покриватиме видатки на придбання метадону для програми ЗПТ. НСРІ продовжує надавати навчання та обмежену фінансову підтримку програмі.

5.2. Стигма та дискримінація

5.2.1. Перешкоди

Представники ключових груп населення найчастіше зазнають стигми, дискримінації та негативного ставлення до себе внаслідок своєї поведінки (а негативні наслідки цього ставлення ще й подвоюються, якщо вони ЛЖВ) з боку членів сім'ї, громад та медичних працівників. Така стигма є звичною в багатьох медичних закладах та правоохоронних органах. Може здатися, що її впроваджено за принципом мовчазної згоди внаслідок відсутності національних антидискримінаційних законів та політик. Наслідками такої стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, можуть бути запізніле тестування на ВІЛ, приховування позитивного серологічного статусу та низький рівень користування послугами щодо ВІЛ (21, 22, 23, 24, 25). Це може звести нанівець зусилля національних медичних програм щодо ефективного прив'язки людей до медичної допомоги у зв'язку ВІЛ, їх залучення та утримання в системі довготривалої допомоги (26, 27).

В межах сектору охорони здоров'я стигма та дискримінація можуть набувати багатьох форм на індивідуальному та системному рівнях. Відсутність навчальних та освітніх програм, які б інформували медичних працівників про потреби ключових груп населення, питання їхнього здоров'я, впровадження відповідних стратегій та втручань для них, призводить до їх маргіналізації. Це залишає медичних працівників некомпетентними щодо потреб здоров'я ключових груп населення і вкорінює практики стигматизації та дискримінації цих груп, аж до відмови у наданні послуг для них.

5.2.2. Вирішальні передумови

Зусилля щодо скорочення стигми та дискримінації на національному рівні, такі як популяризація антидискримінаційних та захисних політик для всіх ключових груп населення, можуть підтримати формування сприятливого середовища, особливо в системах охорони здоров'я та правосуддя (20). Нормативні акти набувають найбільшої ефективності

за умови їх спрямовування на одночасне подолання індивідуальних, організаційних та суспільно-політичних факторів, які уможливають або сприяють виникненню стигми та дискримінації (28). Необхідно впроваджувати антистигматичні та антидискримінаційні політики й правила поведінки як у програмах сектору охорони здоров'я, так і поза його межами. Моніторинг і нагляд – важливі передумови впровадження та дотримання стандартів. Крім того, необхідно зробити доступними для ключових груп механізми анонімного повідомлення щодо проявів стигми та/або дискримінації, яких вони зазнають при спробі отримати медичні послуги.

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань впровадження та посилення антистигматичних, антидискримінаційних та захисних політик

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Країнам необхідно працювати над впровадженням та посиленням антидискримінаційних і захисних законів, які спиратимуться на стандарти прав людини, задля подолання стигми, дискримінації та насильства щодо осіб з ключових груп населення.
- Розробники даної політики, парламентарії та інші керівники громадського здоров'я повинні співпрацювати з організаціями громадянського суспільства, щоб спільними зусиллями здійснювати моніторинг стигми, протистояти дискримінації щодо ключових груп населення та змінювати каральні юридичні та соціальні норми (3, 10, 11, 12, 13, 19).

Надання послуг, дружніх до ключових груп населення

Важливо зробити медичні послуги наявними, доступними та прийнятними для ключових груп населення, а також пристосувати їх до потреб цих груп (20). Втручання та послуги для ключових груп населення, зокрема для підлітків з цих груп, можуть спиратися на принципи, дружні до цих груп, при чому особливої уваги необхідно приділити доступності послуг, кваліфікації та ставленню надавачів послуг (7).

Підходи до надання послуг, дружніх до ключових груп населення, включають:

- інтегровані медичні послуги, які поєднують впровадження втручань на спільній території та перехресне навчання надавачів послуг, наприклад, надання АРВ-препаратів у центрах лікування наркозалежності;
- планування годин надання послуг таким чином, щоб вони були регулярними, надійними та задовольняли потенційних клієнтів;
- стратегічне розміщення пунктів надання послуг в тих місцях, де ключові групи населення збираються або переміщуються;
- залучення громади до аналізу, популяризації, надання, МіО послуг за принципом «рівний–рівному»;
- навчання персоналу щодо питань роботи з різними ключовими групами населення;
- впровадження заходів для гарантування того, що діяльність правоохоронних органів не перешкоджатиме доступу клієнтів до послуг у зв'язку з ВІЛ (11, 12, 13, 20).

Конкретний випадок

Інструктаж медичних працівників у Південно-Африканській Республіці

Національна рада Південно-Африканської Республіки та Департамент охорони здоров'я зі СНІДу Південно-Африканської Республіки, Південно-Африканська Республіка
<http://www.health.gov.za>; <http://www.sanac.org.za>

Дискримінація осіб з ключових груп населення з боку медичних працівників системи громадського здоров'я та недружніх медичних закладів заважає їхньому доступу до послуг, що зумовлює гірші показники здоров'я (29). Багатопартнерський проект у Південно-Африканській Республіці розробив інтегрований підхід, спрямований на інструктаж медичних працівників з проблем, які стосуються ключових груп населення, та питань розширення можливостей штатних працівників системи громадського здоров'я щодо взаємодії відповідним чином (в аспекті свого ставлення та своєї клінічної компетенції) з представниками ключових груп населення. Тренінги було проведено як підготовку до впровадження Національної операційної настанови щодо програм з ВІЛ, ІПСШ і ТБ для ключових груп населення у Південно-Африканській республіці. Повна тренінгова програма включає стаціонарне навчання та менторинг. Тридцять тренерів взяли участь у початковому семінарі-тренінгу для тренерів. Вони налагодили зв'язки з місцевими тренінговими центрами та медичними закладами. Упродовж 6 місяців було проведено навчання 420 медичних працівників.

Після проведення цих тренінгів представники ключових груп населення повідомили про покращення у ставленні медичних працівників до них. Там, де навчання було поєднано з аутріч-роботою за принципом «рівний–рівному» та профілактичними заходами організацій громадянського суспільства, відзначено підвищення рівня довіри до громад, а також збільшення кількості звернень до медичних закладів. Заплановано подальшу оцінку проекту для обґрунтування його розширення.

Навчання та інструктаж медичних працівників

Розробка всеосяжних медичних послуг вимагає проведення інструктажу і навчання надавачів цих послуг та інших штатних працівників медичних й соціальних служб. Це може бути здійснено упродовж додипломної та післядипломної освіти, через підтримку та супервізію за місцем роботи, а також через створення атмосфери повної інклюзивності та недискримінації.

Ставлення. Медичні працівники, які надають послуги дорослим або підліткам з ключових груп населення, повинні бути неупередженими, доброзичливими, відповідальними та ввічливими, повинні розуміти питання, з якими стикаються люди з ключових груп населення (7, 10, 11, 20). За участю представників та організацій з ключових груп населення можна розробити програми навчання для медичних працівників, акцентуючи увагу на важливих для цих груп населення питаннях та недискримінаційному ставленні з урахуванням прав ключових груп населення на охорону здоров'я, конфіденційність, непримусову допомогу та інформовану згоду.

Навички. Важливо, щоб медичні працівники були обізнаними щодо особливих потреб ключових груп населення та могли надавати якісні послуги; знали, за допомогою яких втручань, інструментів і матеріалів вони можуть надати допомогу; могли порадити стратегії зниження ризику у зв'язку з ВІЛ та підтримати прихильність до лікування й утримання в системі допомоги (20).

Покращення ставлення та підтримання навичок медичних працівників на належному рівні – це безперервний процес, що складається з багатьох компонентів, таких як офіційні тренінги, посадові інструкції, підтримувальна супервізія, спостереження після навчання, наставництво. Мультидисциплінарне навчальне та робоче оточення може посилити прив'язку до надавачів послуг у громаді, внаслідок чого більш доступними будуть перенаправлення та належний супровід пацієнтів. Особливо за умови нестачі медичних працівників, важливо, щоб усі надавачі послуг (у тому числі консультанти без спеціальної освіти) пройшли навчання з питань, специфічних для підлітків, з метою забезпечення перерозподілу обов'язків (7).

Медичні послуги необхідно зробити наявними, доступними та прийнятними для осіб з ключових груп населення, а надавати їх – на принципах медичної етики, без проявів стигми та дискримінації й з урахуванням права на охорону здоров'я (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань надання послуг, дружніх до ключових груп населення

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Медичні працівники повинні проходити відповідне періодичне навчання та отримувати інструктаж з метою підтвердження, що вони розуміють специфіку надання послуг дорослим та підліткам з ключових груп населення та мають необхідні навички, засновані на загальнолюдських правах на охорону здоров'я, принципах конфіденційності та недискримінації.
- Рекомендовано зробити контрацептиви фінансово доступними для всіх, включаючи підлітків, та забезпечити нормативно-правову підтримку доступу до контрацепції для знедолених і маргіналізованих груп населення (3, 7, 10, 11, 12, 13, 15).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

- Послуги для підлітків з ключових груп населення повинні включати психологічну підтримку у формі консультування, груп та мереж взаємопідтримки для подолання внутрішньої стигми і самодискримінації. Додаткове консультування членів сім'ї, зокрема батьків (за потреби і на запит підлітка), може бути важливим для підтримки та полегшення доступу підлітка до послуг, особливо за умови необхідності надання згоди батьків на їх отримання (7).
- Медичні працівники повинні гарантувати, що підлітки з ключових груп населення знають свої права на конфіденційність, охорону здоров'я, захист і самовизначення, що дасть їм змогу відстоювати свої потреби та звертатися по послуги, на які вони мають право (7).
- Надавачі послуг повинні надавати комплексне інформування і навчання відповідно до рівня розвитку та зосереджуватись на формуванні навичок зменшення ризику (7).
- Пункти надання послуг повинні бути безпечним місцем, яке посилює захист підлітків від проявів стигми та дискримінації, де вони можуть вільно виражати свої занепокоєння, а надавачі послуг проявляють терпіння, розуміння та є обізнаними щодо можливостей і послуг, доступних для підлітка (7).

Конкретний випадок

У Південно-Африканській Республіці розширюють знання та навички щодо надання послуг ЧСЧ

Health4Men, Інститут здоров'я Анови
www.anovahealth.co.za

Проект Health4Men спрямований на задоволення різноманітних потреб статевого здоров'я чоловіків, особливо – з уразливих і маргіналізованих груп, включаючи ЧСЧ. Мета проекту – інституціоналізувати знання та навички щодо надання послуг ЧСЧ у наявних державних медичних закладах. Процес включає:

- інструктаж для зміни ставлення;
- тренінг з медичних питань для розширення знань;
- наставництво для перетворення знань на навички;
- постійну технічну підтримку, зокрема консультування, тренінги і наставництво, та надання навчальних матеріалів.

Під керівництвом Інституту здоров'я Анови проект Health4Men утворив два ЧСЧ-центри передового досвіду (у Кейптауні та Йоганнесбурзі), кожний з яких отримує підтримку від

підпорядкованої клініки. Ці клініки надають послуги ЧСЧ, а проведення аутріч-роботи стимулює запит на ці послуги.

Проект Health4Men розробив інноваційний за змістом і матеріалами тренінг для підвищення кваліфікації медичних сестер, консультантів та службовців медичних закладів щодо того, як відповідати на особливі потреби ЧСЧ у чутливій та небайдужій манері. У партнерстві з департаментами охорони здоров'я провінцій проект утворює в кожній з них принаймні один Пункт регіонального лідерства, який виступає осередком розвитку знань та навичок; наставники медсестер та аутріч-команди організують роботу з цих пунктів. Станом на середину 2014 р. було проведено навчання понад 3000 медичних працівників; 584 працівники клінік отримали наставництво; 64 клініки у 4 провінціях було названо медично компетентними для надання послуг ЧСЧ. Очікується, що до кінця 2014 р. буде понад 120 медично компетентних закладів у 6 провінціях, а до кінця 2015 р. – понад 160 закладів у всій країні.

5.3. Розширення можливостей спільноти

5.3.1. Перешкоди

Часто ключові групи населення недостатньо контролюють або взагалі не контролюють фактори ризику щодо ВІЛ, які зумовлені їхнім правовим, політичним та соціальними оточенням, а також контекстом їхнього життя. Наприклад, РКС нерідко зазнають ризику інфікування ВІЛ або інших ІПСШ внаслідок неспроможності домовитися з клієнтами про постійне користування презервативами (30, 31). Відсутність контролю поглиблюється, якщо люди непоінформовані про наявні послуги щодо ВІЛ, свої юридичні та загальнолюдські права, особливо – про право на охорону здоров'я, а також про те, що робити у випадку порушення цих прав.

Зокрема, досить небагато молодих людей з ключових груп населення отримують адекватне інформування та навчання стосовно свого статевого життя. Натомість, вони отримують суперечливі або плутані відомості щодо гендеру та сексуальності. Завдяки цьому молоді люди залишаються вразливими до примусу, жорстокого поводження та експлуатації; високим є ризик виникнення небажаної вагітності та інфікування на ІПСШ, зокрема на ВІЛ (18). Нестача можливостей спільноти, а також поширеної в ній обізнаності та поінформованості знижує загальну ефективність втручань, спрямованих на скорочення ризику щодо ВІЛ (10, 20).

5.3.2. Вирішальні передумови

Політики та програми з питань здоров'я мають вищу ефективність та більший позитивний вплив на показники здоров'я за умови залучення до їх розробки представників вразливих груп населення (32). Розширення можливостей спільноти – це керівний принцип для всіх програм та заходів щодо ВІЛ. Це колективний процес, який надає змогу ключовим групам населення подолати структурні перешкоди щодо здоров'я, прав людини та добробуту; здійснити соціальні, економічні та поведінкові зміни; покращити доступ до медичних послуг (10). Розширення можливостей спільноти може сприяти ширшому охопленню та більшій ефективності послуг для ключових груп населення (10). Таке розширення запроваджено в багатьох умовах, наприклад серед РКС (рис. 5.2).



Примітка. Цей рисунок стосується РКС, проте наведені елементи розширення можливостей спільноти можна адаптувати до інших ключових груп населення.

Рисунок 5.2. Ключові елементи розширення можливостей спільноти РКС (20)

Розширення можливостей спільноти – це вирішальна передумова для покращення умов життя ключових груп населення, розробки стратегій для втручання з питань їх здоров'я та прав, подолання наслідків порушень прав людини, яких зазнають представники ключових груп населення. Розширення можливостей спільноти може набувати багатьох форм, таких як конструктивна участь осіб з ключових груп населення у розробці послуг, навчання за принципом «рівний–рівному», впровадження правової грамотності та сервісних програм, сприяння групам і програмам, керівниками яких є представники ключових груп населення, а також надання послуг щодо ВІЛ (10, 20).

Ключові групи населення різноманітні та мобільні. Тому для забезпечення ефективності програм необхідно брати до уваги різноманітні правові, політичні, соціальні та медичні умови, в яких живуть особи з ключових груп населення, та поважати їхню культурну різноманітність (20). Ця гнучкість, оперативність і здатність адаптуватися дуже важливі для ініціатив щодо розширення можливостей спільноти. Ініціативи повинні мати змогу розвиватися з плином часу, щоб відповідати мінливим потребам ключових груп населення.

Програми, якими керують організації з ключових груп населення

Дуже важливо сприяти дослідженням та надавати підтримку службам і закладам, якими керують організації з ключових груп населення. Такі організації, колективи та мережі можуть відігравати ключову роль у навчанні штатних працівників медичних служб, поліції та соціальних служб, полегшенні взаємодії між спільнотами ключових груп населення та організації надання послуг. Власне, вони можуть мати особливі потужності для надання послуг у громаді та в умовах проведення аустріч-роботи.

Конкретний випадок

Формування грамотності з питань здоров'я серед молодих ЛВНІ у Мексиці

Programa de Política de Drogas (Espolea, A.C), Мексика

<http://www.espolea.org>

Espolea, молодіжна громадська організація в Мексиці, розпочала свою програму з наркополітики та зменшення шкоди внаслідок вживання наркотиків у 2008 р. і з того часу впровадила онлайн та особисті канали спілкування для надання молодим людям віком 15–29 років об'єктивної інформації про наркотики та зменшення ризику внаслідок їх вживання.

Організація встановила, що інформування є найбільш ефективним за умови його здійснення у місцях споживання наркотиків молодими людьми, зокрема на фестивалях електронної танцювальної музики, рок-концертах та культурних зібраннях. На цих заходах Espolea встановлює стенд як безпечне для молодих людей місце отримання інформації про наркотики, які вони, можливо, споживають. Організація також проводить семінари у школах та у громадах, де є скупчення молодих людей з груп найвищого ризику.

Espolea має активну аустріч-стратегію, використовує соціальні мережі, в тому числі Facebook та Twitter, а також інтернет-блоги. Один блог (www.universodelasdrogas.org) служить як банк даних щодо наркотиків і є стрижнем кампанії зменшення шкоди, яку впроваджено програмою. Інформацію готують штатні працівники, партнери, а також молоді люди. У друкованих матеріалах наводяться факти і рекомендації щодо нічного життя, споживання алкоголю, ризикованої статевої поведінки, ВІЛ та інших ІПСШ.

Конструктивна участь

Навіть якщо організації, якими керують особи з ключових груп населення, не очолюють процес, конструктивна участь представників спільноти в розробці програм є вирішальною для забезпечення відповідності та прийнятності послуг для цільових клієнтів. Це також важливо для побудови довірчих стосунків між спільнотою та надавачами послуг, які, можливо, самі звикли встановлювати параметри надання послуг та визначати моделі налагодження стосунків або партнерства (20). Конструктивна участь означає, що ключові групи:

- 1) приймають рішення, чи брати участь;
- 2) приймають рішення, як і хто їх представлятиме;
- 3) приймають рішення, як вони братимуть участь у процесі;
- 4) мають рівне право голосу щодо способів організації партнерства.

Політики та програми з питань здоров'я мають вищу ефективність, коли вразливі групи населення беруть участь у їх розробці.

Конструктивна участь може означати не лише право голосу при прийнятті рішень, але й сприяння у наданні послуг. Наприклад, підлітки з ключових груп населення можуть отримати можливість, повноваження та пройти навчання як інструктори, консультанти, вчителі та адвокати за принципом «рівний–рівному» (33). Навчання за принципом «рівний–рівному» – це успішна стратегія для підвищення рівня знань молодих людей, їх тестування та консультування, а також прив'язки до допомоги; вона з більшою ймовірністю призведе до змін поведінки, ніж багато інших втручань. Крім того, навчання за принципом «рівний–рівному» може допомогти мобілізувати спільноти та соціальні мережі (34).

Партнерські стосунки є критично важливими, але їх необхідно будувати і підтримувати таким чином, щоб не наражати залучених до них осіб на ризик заподіяння шкоди. Успіх втручань, які сприяють участі, вимірюється не лише ефективністю результатів, але й ступенем залучення ключових груп населення, процесом і механізмами такого залучення (35).

Групи та організації, якими керують представники ключових груп населення, повинні стати важливими партнерами та лідерами під час розробки, планування, впровадження та оцінки медичних послуг.

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань розширення можливостей спільноти

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Програми повинні впровадити пакет втручань для посиленого розширення можливостей спільноти щодо ключових груп населення (10, 11, 12, 15).
- Необхідно впровадити програми, які підвищують правову грамотність і надають правові послуги серед ключових груп населення для підвищення рівня їх обізнаності щодо своїх прав та відповідних законів і можливості отримання ними допомоги від системи правосуддя у випадку утисків (10, 11, 12, 15).

ЧСЧ

Групи з питань чоловічого здоров'я та організації ЧСЧ – це основні партнери у проведенні комплексного навчання і надання послуг, тому їх необхідно активно залучати до співпраці. Вони також можуть полегшити взаємодію між членами сексуально різних спільнот, оскільки проявляють більше розуміння щодо потреб їхнього емоційного здоров'я, а також знають ціну бездіяльності щодо гомофобії (11).

ЛВНІ

Розширення можливостей та мобілізація спільноти – це важливі елементи у подоланні стигми та маргіналізації ЛВНІ з боку сектору охорони здоров'я. Необхідно залучати цих осіб до планування й надання послуг, зокрема проведення навчання та тренінгів за принципом «рівний–рівному» з питань безпечніших ін'єкцій, зменшення шкоди, а також стосовно їхніх прав та здоров'я (25, 39).

РКС

Програми повинні запровадити інструктаж і навчання медичних працівників щодо недискримінації та права РКС на отримання високоякісних і непримусових послуг, конфіденційність та інформовану згоду (10).

ТРАНСГЕНДЕРИ

Організації трансгендерів – це основні партнери у проведенні комплексного навчання з питань людської сексуальності та гендерного вираження. Вони також можуть полегшити взаємодію між членами спільнот з різною гендерною ідентичністю та вираженням, оскільки проявляють більше розуміння щодо потреб їхнього емоційного здоров'я, а також знають ціну бездіяльності щодо трансфобії (11).

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Рекомендовано, щоб навчальні програми з питань сексуальності для підлітків, як у школі, так і за її межами, були науково точними, комплексними та включали інформацію про контрацептиви, зокрема як ними користуватися і де їх взяти (15).

Конкретний випадок

Конструктивна участь ЛВНІ у Непалі

Подолання розриву: програма з питань здоров'я і прав людини для ключових груп населення, організація «Найя Горето» (Naya Goreto), Непал
www.nayagoreto.org.np

Визнаючи відсутність у Непалі спеціальних законів чи політик на підтримку ЛВНІ та нестачу послуг на рівні громади, організація «Найя Горето» розробила програму з питань здоров'я і прав людини для ключових груп населення «Подолання розриву». Мета програми – залучити посадовців широкого спектру (від парламентаріїв до членів місцевих рад, від керівників закладів громадського здоров'я до медичних волонтерів) до адвокації з питань, які хвилюють ЛВНІ.

Організація підкреслює необхідність конструктивної участі ЛВНІ на всіх рівнях програми. Понад 200 представників спільноти пройшли навчання з питань організації різноманітних заходів – від проведення ситуаційного аналізу до кампаній з адвокації та програмного моніторингу. Програма також об'єднала різних посадовців, включаючи колишніх політиків, членів рад, працівників громадського здоров'я, а також громаду, створивши комітет, який лобює питання здоров'я і прав людини стосовно ЛВНІ. До заходів з розширення можливостей громади було включено:

- впровадження адвокаційних програм в умовах малих груп, вільних від стигми, таких як засідання в місцевих кафе, що дає змогу більш особистого та конструктивного обговорення питань;
- утворення мереж під керівництвом представників ключових груп населення, таких як Адвокаційна мережа споживачів наркотиків міста Лалітпур;
- прив'язку ЛВНІ до експертів та інших причетних зацікавлених осіб для легкого доступу до адекватного інформування про програми та бюджети;
- мобілізацію осіб зі спільноти, які пройшли спеціальне навчання, для участі в консультаційних зустрічах з ключовими посадовими особами для лобювання загальнолюдських прав та права на здоров'я ЛВНІ серед гарантів реалізації цих прав.

Організація Naya Goreto побудувала міцні партнерські зв'язки між ЛВНІ, створивши колективне відчуття солідарності для спільного вирішення питань, які їх безпосередньо стосуються. Такі питання зараз включено до річних планів роботи місцевих державних та громадських організацій. Місцеві урядові органи внесли до річних бюджетів кошти на проведення програм з питань обізнаності щодо наркотиків за участю цих спільнот та безпосередньо для них. Зараз у районній координаційній раді з питань СНІДу відведено місце для представника спільноти. На рівні громадського суспільства підвищилася позитивна обізнаність (наприклад, через національні ЗМІ) з питань, які суттєво впливають на ЛВНІ.

Конкретний випадок

Молодіжна адвокація, лідерство та розширення можливостей молоді з ключових груп населення

Youth LEAD, NewGen програма лідерства, Азіатсько-Тихоокеанський регіон
<http://youth-lead.org>

Youth LEAD – це мережа, що складається з молодих осіб ключових груп населення, найбільш уразливих до ВІЛ, яка працює у 20 країнах Азії та Тихоокеанського регіону. У 2011 р. Youth LEAD розробила курс лідерства NewGen Asia – п'ятиденну молодіжну програму з питань адвокації, лідерства та розширення можливостей. Курс пройшов пілотне тестування на Філіппінах; після оцінки його результатів було здійснено його перегляд та розроблено тренінгові матеріали. Семиденний тренінг для тренерів відбувся наступного року та охопив 21 учасника з п'яти країн. Це забезпечило впровадження NewGen та адаптацію національних тренінгів у М'янмі, на Філіппінах та в Індонезії.

У курсі NewGen використовується низка інтерактивних заходів, що допомагають молодим людям критично осмислити, яким чином соціальні, політичні та інституційні умови впливають на благополуччя представників ключових груп населення. Учасники набувають суттєвих навичок адвокації та комунікації, використовуючи ці дані під час підготовки промов та участі у засіданнях як представників своїх спільнот.

Як підсумок, учасники дуже високо оцінюють курс NewGen. Вони вважають тренінг особливо корисним для вивчення нових навичок лідерства та адвокації, а також задоволені інтерактивною методологією тренінгу. Через спільну роботу та навчання учасники формують відчуття колективності. Випускники курсу допомогли запровадити нові мережі спільнот молодих людей з ключових груп населення у багатьох країнах, часто через соціальні мережі.

5.4. Насильство

5.4.1. Перешкоди

Насильство проти осіб з ключових груп населення виявилось фактором ризику щодо інфікування ВІЛ (36). Таке насильство є повсюдним. Воно може набувати різних форм – психічного, психологічного чи сексуального насильства (37). Насильство стимулюється за рахунок дисбалансу сил між гендером та упередженістю і дискримінацією щодо осіб, які виявили бажання відійти від прийнятих норм та проявів гендерної належності й сексуальної орієнтації. Крім того, численні структурні фактори впливають на вразливість до насильства, включаючи дискримінаційні або суворі закони та поліцейські практики, культурні та соціальні норми, які легітимізують стигму та дискримінацію.

Жінки, особливо молоді, з ключових груп населення, включаючи ЛВНІ, РКС та жінок-трансгендерів, зазнають психічного, психологічного та сексуального насильства особливо високого рівня (38, 39, 40). Зафіксовано високі показники насильства щодо РКС та жінок-трансгендерів (41, 42, 43), але при цьому, ймовірно, такі дані є неповними щодо умов, де певні види поведінки ключових груп населення визнано незаконними.

У деяких країнах також зростає гомофобне насильство внаслідок збільшення кількості політик і законів, які забороняють та визнають кримінальним злочином одностатеві стосунки (44). Це, ймовірно, підвищує ризик щодо ВІЛ (45).

5.4.2. Вирішальні передумови

Для подолання насильства щодо осіб з ключових груп населення повинні докладати зусиль різні сектори разом із сектором охорони здоров'я. Вони повинні спільно створити сприятливе середовище для підтримки психічного, статевого, емоційного благополуччя та безпеки цих груп. Вирішальні передумови включають механізми для документування та моніторингу випадків насильства, навчання осіб з ключових груп населення та інших зацікавлених осіб з питань розуміння прав людини та посилення відповідальності працівників правоохоронних органів щодо забезпечення профілактики, протидії насильству та порушенням прав людини (46).

Запобігання насильству щодо ключових груп населення

Деякі дії з боку правоохоронних органів можуть підвищити ризик виникнення насильства, якого зазнають ключові групи населення. Крім того, працівники цих органів самі можуть бути правопорушниками. Робота з правоохоронцями може включати тренінги з прав людини щодо ключових груп населення, а також формування відповідальності правоохоронних органів щодо дотримання прав людини в їхній діяльності (46). Зусилля з профілактики насильства можна популяризувати через адвокацію законодавчих та нормативних реформ у напрямку захисту прав та безпеки ключових груп населення, шляхом підвищення обізнаності про механізми повідомлення щодо насильства та введенням дисциплінарних стягнень, шляхом проведення інструктивних семінарів для осіб, які відіграють визначальну роль у громаді (наприклад, працівники органів влади, поліції, ЗМІ, медичні працівники та релігійні лідери), через утворення безпечного простору та шляхом розробки механізмів раннього повідомлення і швидкого реагування з залученням членів спільноти ключових груп населення, медичних працівників та представників правоохоронних органів. Залучення представників громади до цих зусиль також допоможе створити канали комунікації між ключовими групами населення, державними службовцям та поліцією (47).

Підтримка осіб, які зазнають насильства

Особи, які зазнають сексуального насильства, потребують своєчасного доступу до медичної допомоги для жертв згвалтування, включаючи екстрену контрацепцію, ПКП ВІЛ та інших ПСШ, імунізацію проти ВГВ, психологічну допомогу та підтримку, а також перенаправлення до поліції та юридичних служб. Профілактика, лікування та догляд у

зв'язку з ВІЛ повинні включати клінічну та психологічну допомогу й підтримку для жертв насильства відповідно до настанови ВООЗ щодо протидії сексуальному насильству (46). Жертвам насильства може знадобитися лікування психічних травм та довготермінова допомога щодо психічного здоров'я. Медичні служби також можуть документувати медико-правові докази, які допоможуть доступу жертв до правосуддя. Підтримувальні послуги також включають «гарячі лінії», на яких спеціально підготовлені консультанти пропонують психологічну підтримку, та втручання кризової протидії, які впроваджуються мультидисциплінарними командами і надають жертвам насильства різноманітні послуги та доступ до безпечних місць (10).

Рекомендації щодо успішного досвіду з питань зменшення насильства

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Необхідно в партнерстві з організаціями, якими керують представники ключових груп населення, запобігати та протидіяти насильству щодо осіб з цих груп населення. Слід відстежувати та фіксувати всі випадки насильства щодо осіб з цих груп населення, а також запровадити механізми відшкодування збитків для забезпечення правосуддя (10, 11, 12, 46).
- Медичні та інші підтримувальні послуги необхідно надавати всім особам з ключових груп населення, які зазнають насильства. Зокрема, особи, які зазнають сексуального насильства, повинні мати своєчасний доступ до комплексної допомоги жертвам зґвалтування відповідно до настанови ВООЗ.
- Необхідно провести навчання з питань поваги до загальнолюдських прав ключових груп населення та забезпечити їх дотримання працівниками правоохоронних органів, надавачами медичних та соціальних послуг, а також зробити їх підзвітними у випадку порушення ними цих прав, зокрема шляхом скоєння насильства (10, 11, 12, 46).

ОСОБИ У В'ЯЗНИЦЯХ ТА ІНШИХ ЗАКРИТИХ ЗАКЛАДАХ

- Керівники в'язниць повинні забезпечити адекватний підбір персоналу, ефективний нагляд, впровадити дисциплінарні санкції, а також програми навчання, роботи та дозвілля для ув'язнених.
- В'язниці та інші закриті заклади, їх штатні працівники повинні докладати зусиль для зміни інституційної культури, терпимої до зґвалтування та іншого сексуального насильства. У в'язницях необхідно запровадити комплексні підходи до подолання сексуального насильства, включаючи профілактичні політики та програми (наприклад, навчання та розподіл ув'язнених, структурні втручання, такі як краще освітлення, кращі умови для прийняття душу та сну), навчання штатних працівників, розслідування, дисциплінарні стягнення, надання послуг для жертв насильства (зокрема медичних та з питань психічного здоров'я) та документування випадків насильства (12).

Конкретний випадок

Розбудова партнерства для подолання насильства та підвищення правової грамотності в Індії

Цільовий фонд для зміцнення здоров'я штату Карнатака (КНРТ)

<http://www.khpt.org>

Подолання насильства щодо РКС – це складне завдання, яке потребує партнерства організацій-однодумців. Цільовий фонд для зміцнення здоров'я штату Карнатака (КНРТ) працює в напрямку профілактики ВІЛ серед РКС у штаті Карнатака (Індія) упродовж 10 років. РКС гостро потребували заходів із запобігання та протидії насильству. КНРТ провів інструктаж для працівників поліції та

судової системи і закликав їх не вчиняти та не виправдовувати випадків насильства щодо РКС. У партнерстві з фондом:

- Департамент благополуччя жінок і дітей штату зробив послуги для жінок, які зазнали насильства, доступними для РКС;
- громадські організації провели роботу з РКС у 30 районах та інформували їх про їхні права;
- Форум альтернативного права і Національна юридична школа Індії розробили та провели тренінг з правової грамотності для РКС;
- неурядова організація «Центр адвокації та досліджень» провела кампанію з медіа-адвокації, навчила РКС бути речниками засобів масової інформації та розповідати про випадки насильства, яких вони зазнають, підтримала їхню здатність до опору та впровадила заходи для запобігання та протидії насильству.

Для подальшого читання

- *UNAIDS guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and other key populations.* Geneva, UNAIDS, 2011.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_en.pdf
- Chapter 2: Addressing violence against sex workers. In: *Implementing comprehensive HIV/ STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions.* Geneva, WHO, 2013.
http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
- *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua
- *Evidence for action technical papers: effectiveness of interventions to address HIV in prisons.* Geneva, WHO, UNODC, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1
- Global Commission on HIV and the Law. *HIV and the law: risks, rights and health.* New York, UNDP, 2012.
<http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Geneva, WHO, 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
- *The human rights costing tool (HRCT): a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice.* Geneva, UNAIDS, 2012.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm
- *The user guide for the HIV-related human rights costing tool: costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV.* Geneva, UNAIDS, 2012.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf
- *UNAIDS guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses.* Geneva, UNAIDS, 2012.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf
- *Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment.* New York, UNDP, 2011.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/201211_UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_en.pdf
- *Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV.* Geneva, WHO, 2013.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>

6. НАДАННЯ ПОСЛУГ

6.1. Огляд

Комплексний пакет втручань, наведений у розділах 3 та 4, включає медичні втручання, спільні для всіх ключових груп населення, а також додаткові послуги для окремих груп населення. Більшість цих втручань – це такі самі втручання з профілактики, діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ, як і для загального населення (1). Проте часто виникають суттєві перешкоди, проаналізовані в розділі 5, для впровадження й надання цих послуг ключовим групам населення. Програмам необхідно подолати ці перешкоди та забезпечити стійке надання ключовим групам населення послуг з діагностики ВІЛ, прив'язки до систем надання допомоги із формуванням прихильності до цих систем та подальшим утриманням в них. Для забезпечення максимального впливу необхідно зробити послуги **доступними, прийнятними, недорогими та справедливими**. Крім того, ключові групи населення потребують обізнаності щодо наявних послуг.

В даному розділі зосереджено увагу на елементах надання послуг, які важливі для комплексного пакету медичних втручань, спрямованих на ключові групи населення. У вставці 6.1 наведено перелік інструментів ВООЗ, які можуть допомогти в організації їх впровадження.

Вставка 6.1. Вказівки ВООЗ щодо підходів до надання послуг у зв'язку з ВІЛ

«Зведене керівництво щодо використання антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції» (1) містить основні вказівки щодо шести найсуттєвіших сфер діяльності й надання послуг:

- прихильність до АРТ;
- утримання в системі допомоги впродовж всього періоду надання послуг;
- надання послуг, яке передбачає інтеграцію, прив'язку та децентралізацію послуг лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ;
- людські ресурси, зокрема перерозподіл обов'язків;
- лабораторні та діагностичні послуги;
- системи організації закупівель та постачання.

Інструменти впровадження для підтримки розробки програм щодо ВІЛ для ключових груп населення

ВООЗ та інші агенції ООН підготували нормативні вказівки щодо профілактики ВІЛ-інфекції, лікування та догляду для ключових груп населення, які зведено в даній настанові. Щоб підтримати впровадження програм щодо ВІЛ для цих груп, агенції зараз спільно розробляють інструменти впровадження. Перший з них – це видання *«Впровадження комплексних програм з ВІЛ/ПСС за участю секс-працівників: практичні підходи до спільних втручань» (2)*. Інші видання стосуються розробки програм щодо ВІЛ для ЧСЧ, ЛВНІ та трансгендерів. Також ВООЗ та інші агенції ООН розробили інструменти для підтримки планування та впровадження окремих втручань, таких як ПОШ (3).

Регіональні вказівки ВООЗ щодо надання послуг для ключових груп населення

Регіональні бюро ВООЗ розробили інструменти для окремих пріоритетів та потреб у цих регіонах, зокрема:

- **Регіональне бюро для країн Африки**
Профілактика ВІЛ у місцях секс-роботи в країнах Африки на південь від Сахари (4).
- **Регіональне бюро для країн Східного Середземномор'я**
МЕНАХРА: Найкращий досвід Асоціації зменшення шкоди країн Середнього Сходу та Північної Африки (МЕНАХРА) щодо посилення ролі громадянського суспільства в наданні послуг зменшення шкоди (5).

- **Регіональне бюро для країн Європи**

Як покращити впровадження ЗПТ(6).

- **Регіональне бюро для країн Північної та Південної Америки**

Покращення доступу ключових груп населення до комплексних медичних послуг у зв'язку з ВІЛ (7).

Сценарій надання комплексної допомоги для геїв та інших чоловіків, які мають секс із чоловіками, в країнах Латинської Америки і Карибського басейну (8).

- **Регіональне бюро для країн Південно-Східної Азії**

Розв'язання загальних проблем здоров'я у споживачів наркотиків (9).

Першочергові втручання щодо ВІЛ і статевого здоров'я в секторі охорони здоров'я для чоловіків, які мають секс із чоловіками, і трансгендерів у країнах Азіатсько-Тихоокеанського регіону (10).

- **Регіональне бюро для країн західної частини Тихоокеанського регіону**

Стислий технічний виклад: ВІЛ, інфекції, що передаються статевим шляхом, та інші проблеми зі здоров'ям серед трансгендерів у країнах Азії та Тихого океану (11).

Час настав: підвищення якості послуг щодо ВІЛ, ППСШ та інших питань статевого здоров'я для ЧСЧ та трансгендерів у країнах Азії та Тихого океану (12).

Регіональна оцінка потреб у зв'язку з ВІЛ, ППСШ та іншими проблемами зі здоров'ям трансгендерів у країнах Азії та Тихого океану (13).

6.2. Ключові стратегії надання послуг

Спираючись на дані та досвід, ВООЗ рекомендує три всеосяжні стратегії, які можуть покращити надання послуг (1): **інтеграція, децентралізація та перерозподіл обов'язків**. Ці стратегії, окремо чи в поєднанні, можуть покращити доступність допомоги. Громада в цілому та підходи, які впроваджуються у громаді та очолюються громадою, – це невід'ємні складові цих стратегій, особливо для ключових груп населення. З огляду на різноманітність цих груп, соціальних та епідеміологічних передумов, застосування цих підходів потребуватиме спираючись на оцінку ситуації та консультацій з ключовими групами населення і надавачами послуг під час впровадження.

6.2.1. Інтеграція послуг

ВООЗ рекомендує інтеграцію послуг щодо ВІЛ з низкою інших відповідних клінічних послуг, таких як послуги щодо ТБ, вірусного гепатиту, здоров'я матері та дитини, послуги з питань статевого і репродуктивного здоров'я та лікування наркозалежності (1).

Інтеграція послуг сприяє наданню комплексної та безперервної допомоги. Вона дозволяє особам отримувати допомогу відповідно до їхніх різноманітних проблем щодо здоров'я одночасно та в одному місці.

ВООЗ рекомендує інтеграцію послуг щодо ВІЛ в інші відповідні клінічні послуги, такі як послуги щодо ТБ, вірусного гепатиту, здоров'я матері та дитини, послуги з питань статевого і репродуктивного здоров'я та лікування наркозалежності.

Інтеграція послуг передбачає не лише надання пов'язаних послуг у межах одного закладу, але й організацію системи прив'язки для обміну інформацією і засобами перенаправлення між закладами та між надавачами послуг (1). Співпраця програм на кожному рівні системи охорони здоров'я є важливою складовою для успіху надання послуг щодо ВІЛ, а також інших супутніх медичних та соціальних послуг.

Аспекти координації, які потребують розгляду, включають мобілізацію та розподіл ресурсів, навчання, наставництво та супервізію медичних працівників, закупівлі та організацію використання ліків та інших медичних засобів, а також проведення МіО. Метою програмного планування повинно бути створення систем надання послуг, які найкращим чином сприятимуть доступу до цих послуг.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Надання АРТ в закладах допологової допомоги та інших закладах охорони здоров'я матері та дитини

В умовах генералізованої епідемії необхідно починати і підтримувати АРТ для вагітних жінок та породіль, які відповідають критеріям, та для немовлят у пологових будинках, відділеннях для новонароджених та педіатричних закладах з прив'язкою та перенаправленням до постійної допомоги у зв'язку з ВІЛ та АРТ (за потреби) *(наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів) (1)*.

Надання АРТ у протитуберкульозних закладах та лікування ТБ у закладах лікування ВІЛ

- В умовах високого рівня поширеності ВІЛ ($\geq 5\%$) серед пацієнтів з ТБ у протитуберкульозних закладах необхідно починати АРТ для ВІЛ-позитивних осіб, коінфікованих ТБ, з прив'язкою до постійної допомоги щодо ВІЛ та АРТ *(наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів) (1)*.
- В умовах значного тягаря ВІЛ і ТБ лікування ТБ необхідно надавати особам з ВІЛ у закладах лікування ВІЛ, якщо діагноз ТБ також встановлено *(наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів) (1)*.

ЛВНІ

АРТ у місцях надання ЗПТ

У місцях надання ЗПТ необхідно починати та підтримувати надання АРТ для осіб з ВІЛ, які відповідають критеріям щодо АРТ *(наполеглива рекомендація, дуже низька якість доказів) (1)*.

Конкретний випадок

Інтегровані послуги для РКС у Зімбабве

CeSHHAR, Зімбабве

<http://www.ceshhar.co.zw>

Неурядова організація «Центр статевого здоров'я та досліджень ВІЛ/СНІДу» (CeSHHAR) впровадила програму «Сестри з голосом», яка надає інтегровані послуги РКС у багатьох місцях по всій країні за дорученням Національної ради зі СНІДу. Співпраця з ключовими урядовими міністерствами (Міністерством з питань СНІДу, Міністерством охорони здоров'я та Міністерством соціального забезпечення) та залучення РКС до впровадження значно сприяли успішності програми.

За підтримки мережі неформальних наставників, які пройшли навчання з питань інтерактивної мобілізації та розширення можливостей спільнот, програма «Сестри з голосом» пропонує послуги КіТ, синдромного лікування ПСШ, надає контрацептиви, проводить навчання з питань здоров'я та надає юридичні поради. Зараз розгортається проведення скринінгу шийки матки; здійснюється навчання медичних сестер з питань візуальної перевірки та лікування передракових пошкоджень з використанням кріотерапії.

Неформальні наставники проводять сесії з мобілізації спільнот. Упродовж 36 сесій висвітлюються питання про самих РКС (самооцінка, зміни поведінки, контрацепція, ВІЛ та рак шийки матки), питання, які стосуються їх клієнтів та партнерів (спілкування, впевненість у собі, серодискордантність, секс-мережі та одночасна наявність кількох партнерів), і питання, які стосуються «сестринства» (адвокація, стигма, права та підтримка).

З 2009 р. програма розширилася з 5 пунктів роботи до розгалуженої мережі з 36 пунктів по всій країні. До 2013 р. шість стаціонарних закладів та 30 пунктів проведення аутріч-роботи разом надали допомогу понад 14 000 жінок. Крім того, в пункті, де було проведено два популяційні дослідження, частка ВІЛ-негативних жінок, які повідомили про нещодавнє тестування на ВІЛ, збільшилася з 35% у 2001 р. до понад 70% у 2013 р. Упродовж цього самого періоду частка жінок з ВІЛ, які отримують АРТ, збільшилася з 28 до 45%.

Приклад інтегрованих послуг наведено в наступному конкретному випадку, де специфічні медичні послуги для трансгендерів надаються в лікувально-профілактичному закладі.

Конкретний випадок

Надання комплексних послуг для трансгендерів у лікарні громади

Програма «Сім'я трансгендера», Мережа медичної допомоги у громаді, США

<http://www.chnnyvc.org>

Програму «Сім'я трансгендера» започатковано у 2004 р. у клініках Мережі медичної допомоги у громаді Нью-Йорка для покращення доступу до профілактики ВІЛ та прив'язки до первинної медичної допомоги.

Щоб зрозуміти, як краще інтегрувати комплексні послуги для трансгендерів у лікарню в громаді, працівники Мережі провели картування громади, консультації та форуми, а також вивчили досвід схожих програм. Важливо, що в рамках програми пацієнтам запропонували утворити Дорадче правління клієнтів, щоб допомогти керувати інтеграцією та впровадженням послуг для спільноти трансгендерів.

Інтегровані послуги для трансгендерів включають медичну допомогу, КІТ, ведення медичного випадку, підтримку прихильності до лікування, скринінг та лікування ППСШ, профілактичні втручання та послуги з питань психічного здоров'я і харчування. Крім того, програма проводить консультування з питань зниження ризику, засідання груп підтримки, аутріч, двомовні навчальні семінари та перенаправляє до юридичних й соціальних служб. Стратегії набору штатних працівників та лідерів, які пройшли навчання і працюють за принципом «рівний–рівному», включають особисті контакти, заходи у громаді та онлайн-заходи (зокрема реклама та соціальні медіа). Клієнтам пропонують залучати до програми членів сім'ї. Це виправдало себе як важливу стратегію щодо покращення доступу та відвідуваності.

Понад 750 осіб отримали специфічні для трансгендерів послуги. Виявлена користь від інтегрованих послуг для трансгендерів включає:

- підвищення толерантності та чуйності до трансгендерів, довготривале позитивне сприйняття цієї групи населення в ширшій громаді;
- покращену доступність послуг внаслідок зручного розташування центрів їх надання;
- більшу спроможність щодо надання допомоги внаслідок встановлення зручного графіку роботи центрів надання цієї допомоги;
- розширення доступу до низки послуг з підтримки, які надаються вдома.

На додаток, глибинна оцінка встановила значне зниження обсягів комерційного сексу, спільного використання голук та нерегульованих ін'єкцій гормонів, а також підвищену ймовірність регулярного користування презервативами.

6.2.2. Децентралізація послуг

Децентралізація спрямована на надання всіх послуг щодо ВІЛ ближче до особи. В багатьох умовах видатки на проїзд та тривале очікування в центральних лікарнях – це важливі перешкоди для доступу до послуг та утримання в системі допомоги. Зокрема, в сільській місцевості децентралізація зможе зменшити труднощі, пов'язані із часом та витратами на дорогу, та скоротити час очікування. За умови ретельного планування та впровадження децентралізація може забезпечити більш безпечні, конфіденційні та доступні способи надання медичної допомоги, зокрема для ключових груп населення. Проте децентралізація послуг для ключових груп населення може не завжди бути доступною чи відповідати їхнім потребам. У певних умовах загальні послуги щодо ВІЛ можуть забезпечувати більшу анонімність.

ВООЗ особливо рекомендує децентралізацію послуг АРТ. Може також розглядатися децентралізація повного спектру послуг профілактики, діагностики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ для ключових груп населення. Здійснюючи децентралізацію послуг лікування та догляду щодо ВІЛ, можна ще більше посилити залучення громади, встановити зв'язок між втручаннями у громаді та медичними закладами, а також покращити доступ до послуг, підвищити частоту звернення по них та утримання в системі надання допомоги (1).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Необхідно розглянути такі варіанти децентралізації послуг на початку надання АРТ та при його продовженні:

- початок АРТ у лікарнях та продовження її надання в периферійних медичних закладах (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*);
- початок та продовження надання АРТ у периферійних медичних закладах (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*);
- початок АРТ у периферійних медичних закладах та підтримка її надання на рівні громади між регулярними відвідуваннями лікарні (тобто за межами медичного закладу, в умовах на зразок пунктів аутріч, постів здоров'я, отримання послуг вдома або в громадських організаціях) (*наполеглива рекомендація, помірної якість доказів*) (1).

Конкретний випадок

Мобільні аутріч-послуги для РКС у Південно-Африканській Республіці

Консультативна програма організації Re-Action, Південно-Африканська Республіка
<http://www.re-action.co.za>

У співпраці з Департаментом охорони здоров'я організація Re-Action впроваджує п'ятирічну програму, спрямовану на зменшення кількості виникнення нових випадків інфікування ВІЛ серед РКС та їхніх клієнтів, у двох сільських районах провінції Мпумаланга Південно-Африканської Республіки. Зараз програма охоплює близько 4100 жінок-РКС.

Бригада медичних сестер пропонує різноманітні безкоштовні послуги, включаючи скринінг та тестування відповідно до факторів ризику (включаючи Медичний пункт з тестування на наявність клітин CD4), КІТ, лікування та догляд, перенаправлення до інших медичних та соціальних послуг, які можна отримати в умовах мобільної клініки. Бригада відвідує місця надання своїх послуг принаймні двічі на тиждень у зручний для клієнтів час. За допомогою 28-денного календаря РКС знають, де вони можуть отримати послуги в екстреному випадку. За потреби медична сестра може надати послуги (включаючи АРТ) на робочому місці клієнта.

Медичні сестри, які пройшли навчання щодо початку та організації ведення АРТ, можуть здійснювати діагностику клієнтів, встановлювати стадію їхнього захворювання та реєструвати їх у системі відповідних послуг щодо АРТ. Медичні сестри забезпечують пацієнтів ліками від Департаменту охорони здоров'я, відвідують їх для подальшого спостереження та навчають правилам дотримання лікування. Коли клієнт випадає з системи лікування, аутріч-працівники забезпечують йому допомогу та спостереження. Програма має дуже низький показник втрати клієнтів – 2,3%, що переважно пов'язано з переїздом жінок до іншого місця проживання.

6.2.3. Перерозподіл обов'язків під час надання послуг

Завдяки перерозподілу обов'язків наявний персонал може забезпечити надання послуг більшій кількості людей.

Перерозподіл обов'язків включає раціональний перерозподіл завдань між медичними працівниками. Де це можливо, обов'язки передають від висококваліфікованих медичних працівників медичним працівникам з коротшим терміном навчання та меншою кількістю додаткових кваліфікацій (1). Багато країн відчувають нестачу медичних працівників. Перерозподіл обов'язків може підвищити ефективність та розширити обсяг надання послуг наявними працівниками. Організації, якими керують представники спільноти, також можуть відігравати важливу роль в охопленні ключових груп населення, співпрацюючи з ними, забезпечуючи їх прив'язкою до послуг, а також надаючи їм постійного догляду та підтримки.

Працівники, які надають підтримку за принципом «рівний–рівному», можуть надавати повноцінні послуги і встановлювати зв'язок між наданням цих послуг у громаді та у медичному закладі. Як і інші медичні працівники, вони потребують регулярного навчання, наставництва та супервізії (1). Вони повинні отримувати адекватну заробітну плату та/або інші відповідні заохочення (14).

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

- Навчені медичні працівники (не лікарі), акушерки, медичні сестри можуть починати надання АРТ першого ряду (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*).
- Навчені медичні працівники (не лікарі), акушерки, медичні сестри можуть продовжувати надання АРТ (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*).
- Навчені медичні працівники у громаді, щодо яких здійснюється супервізія, можуть відпускати пацієнтам ліки для АРТ між регулярними відвідуваннями лікаря (*наполеглива рекомендація, помірна якість доказів*) (1).

Конкретний випадок

Розподіл налоксону на рівні громади в Індії

Організація «Служба соціальної обізнаності» (SASO), Маніпур, Індія

<http://sasoiimphal.org>

У штаті Маніпур (Індія) з 2000 р. організація «Служба соціальної обізнаності» (SASO) надає, поміж іншого, послугу щодо подолання опіоїдного передозування за допомогою надання безкоштовного налоксону під час проведення аутріч-роботи (наприклад, у місцях споживання наркотиків ін'єкційним шляхом) та у дроп-ін центрах. Також через зустрічі малих груп, особисті контакти та консультування організація проводить інформування і навчання з питань передозування наркотиків та способів його подолання для всіх ЛВНІ та членів їхніх сімей.

Програму було розширено і посилено у 2008–2009 роках через залучення ключових зацікавлених сторін до полегшення процедури надання налоксону в громаді та забезпечення ширшого охоплення. Етичні побоювання щодо некомпетентності працівника, який не має медичної освіти та надає ліки ЛВНІ, подолали шляхом демонстрації того, як надання допомоги під час передозування рятує життя. Упродовж 2004–2012 років у п'яти центрах було зафіксовано понад 450 випадків передозування, і понад 90% осіб з передозуванням залишилися живі. Крім того, понад третина клієнтів з передозуванням отримала доступ до лікування наркозалежності та іншої медичної допомоги на зразок тестування на ВІЛ/ВГС та АРТ.

6.2.4. Підходи до надання послуг у громаді

Підходи до надання послуг у громаді можуть підвищити доступність та прийнятність цих послуг для ключових груп населення. Підходи до надання послуг через аутріч, у дроп-ін центрах та на майданчиках, а також надання мобільних послуг, є корисними для охоплення осіб, які мають обмежений доступ до послуг або отримують їх у недостатньому обсязі в офіційних медичних закладах. Ці підходи дозволяють встановити критично важливі зв'язки та впровадити перенаправлення між послугами у громаді та медичними закладами; також ці підходи сприяють децентралізації (див. розділ 6.2.2). Програми, які впроваджуються у громаді, також можуть стосуватися програм, якими керують і які виконують представники спільнот ключових груп населення. Штатні працівники, включаючи працівників, що допомагають за принципом «рівний–рівному», залучені до підходів у громаді, повинні отримувати необхідну підтримку не тільки у навчанні, супервізії та керуванні, але й мати заохочення та одержувати винагороду.

Громада відіграє життєво важливу роль у заходах відповіді на ВІЛ.

Послуги, керовані громадою, в яких члени громади керують аутріч-роботою і наглядом за виконанням програми з профілактики ВІЛ, довели свої вагомі переваги стосовно результатів протидії ВІЛ. Вони також надають змогу членам громади подолати структурні перешкоди у втіленні їхніх прав та розширити їхні можливості щодо зміни соціальних норм, тим самим зменшуючи їхню вразливість загалом та до ВІЛ зокрема.

Послуги, керовані громадою, – це втручання, які розробляють, впроваджують та оцінюють члени громади. Вони можуть бути спрямовані на вирішення різних важливих питань осіб з ключових груп населення, наприклад:

- надання адекватного і надійного доступу до засобів профілактики (презервативів, лубрикантів, голочок та шприців) та клінічних послуг через проведення аутріч-роботи і перенаправлення;
- протидія насильству щодо членів спільноти та впровадження інших структурних втручань;
- підтримка безпечного та ефективного застосування налоксону у громаді особами, які стають свідками передозування опіоїдами;
- популяризація поведінкових та соціальних змін, які зміцнюють не лише знання, а й навички і методи стійкої профілактики та утримання в системі лікування та догляду;
- створення для громади формальних та неформальних засобів, які б забезпечували зворотний зв'язок щодо якості послуг та охоплювали послугами ключові групи населення й поза межами програми з ВІЛ (2).

Втручання за принципом «рівний–рівному» (які також називають втручаннями, що базуються на принципі «рівний–рівному» або керуються ним) – це важлива методика надання послуг, обміну інформацією та навичками, які сприяють формуванню більш безпечної поведінки окремих осіб чи мереж представників ключових груп населення. Крім надання послуг, такі втручання можуть діяти подібно до рольових моделей, пропонуючи неупереджену та ввічливу підтримку, що може сприяти зменшенню стигми, полегшенню доступу до послуг та підвищенню рівня користування ними.

Рекомендації та вказівки

ВСІ КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

ВООЗ рекомендує в усіх умовах епідемії ВІЛ-інфекції проводити для ключових груп населення (на додаток до ТКІМП) КіТ у громаді з прив'язкою до послуг профілактики, лікування та догляду (*наполеглива рекомендація, низька якість доказів*) (1).

ЛВНІ

Див. розділ 4.1.2.4 щодо особливих рекомендацій з підтримки за принципом «рівний–рівному» й надання налоксону в громаді.

ПІДЛІТКИ З КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Підходи у громаді можуть покращити прихильність підлітків, які живуть з ВІЛ, до лікування та підвищити вірогідність їх утримання в системі надання допомоги (*умовна рекомендація, дуже низька якість доказів*) (15) (вставка 6.2).

Вставка 6.2. Підлітки з ключових груп населення

Міркування та підходи щодо надання послуг, проаналізовані в цьому розділі в аспекті всіх ключових груп населення, можна застосовувати і для підлітків з цих груп. Проте

необхідно додати ще кілька міркувань. Важливо, щоб послуги для підлітків з ключових груп населення розроблялися і надавалися з урахуванням численних взаємопов'язаних вразливостей, з якими стикаються ці підлітки, різноманітності їхніх потреб у зв'язку з віком, особливих моделей поведінки та складності соціальних і правових умов.

Враховуючи додаткові міркування та підходи щодо підлітків з ключових груп населення, необхідно:

- Визнавати потенціал та розбудовувати сильні сторони, розширювати знання та можливості підлітків з ключових груп населення, особливо їхню здатність чітко виразити, яких послуг вони потребують. Залучати їх до прийняття рішень, визнаючи право на врахування їхніх поглядів. Це важливе міркування в аспекті вирішення питань отримання згоди батьків на послуги та лікування для підлітків (див. розділ 5.1.2).
- Приділяти основну увагу відстеженню найкращих інтересів молодих людей в усіх діючих законах і політиках, спрямованих на захист їхніх прав (Конвенція про права дитини, Стаття 3) (16).
- Пристосувати якомога більше наявних послуг та інфраструктури до потреб молоді, додати компоненти для охоплення підлітків з ключових груп населення із наданням їм послуг, при чому ці послуги повинні бути дружніми як до підлітків, як і до решти молоді.
- Впровадити мультидисциплінарний підхід, який забезпечує комплексний характер надання послуг, охоплюючи, насамперед, специфічні аспекти вразливості підлітків.
- Здійснювати інформування і навчання підлітків з ключових груп населення з урахуванням рівня їхнього розвитку, зосереджуючись при цьому на формуванні навичок щодо зменшення ризику. Інформація може розповсюджуватись різноманітними способами, включаючи Інтернет, мобільний зв'язок та інші інтерактивні засоби.
- Надавати психологічну підтримку через консультування, групи підтримки та мережі взаємопідтримки для подолання внутрішньої стигми та дискримінації, інших проблем психічного здоров'я. Додаткове консультування членів сім'ї, включаючи батьків (за потреби та за проханням підлітка), може бути важливим для підтримки та полегшення доступу підлітків до послуг, особливо якщо для їх отримання необхідна згода батьків (7).
- Полегшувати доступ підлітків до соціальних послуг та державної допомоги, включаючи негайне надання притулку або можливості тривалого проживання, вирішувати питання безпеки харчування, зокрема через його оцінку.
- Підтримувати розвиток життєдіяльності та економічного зміцнення підлітків, заохочувати їх до продовження навчання у школі або, за умови припинення ними навчання, ініціювати повернення до школи, якщо це можливо.
- Долати соціальні норми та прояви стигми щодо статевої належності, гендерної ідентичності та сексуальної орієнтації через комплексне навчання з питань статевої належності у школах, підтримувальне інформування батьків, навчання вихователів та медичних працівників, впровадження недискримінаційних політик при працевлаштуванні.

Конкретний випадок

Керовані громадою центри надання послуг у Пакистані
Альянс чоловічого здоров'я Naz, Пакистан

Альянс чоловічого здоров'я Naz – це громадська організація Пакистану, що обслуговує спільноту ЧСЧ та трансгендерів. Частиною її постійної роботи щодо розширення можливостей спільноти є діяльність шести центрів надання послуг у п'яти містах, клієнтами яких зареєстровано 47 000 осіб. Кожен такий центр поділено на лікарню та дроп-ін центр, який створює безпечну та комфортну атмосферу для користувачів з низьким рівнем доходу. Центри розташовано поблизу до місць, популярних серед ЧСЧ, та до місць зосередження «hijra degas» (домівок трансгендерів). Робота працівників дроп-ін центрів та аутріч-працівників доповнюють одна одну: дроп-ін центри дають змогу встановити тривалі відносини з клієнтами, аутріч забезпечує прив'язку до дроп-ін центру.

Пункти надання послуг обслуговують окремо кожен спільноту задля ефективного забезпечення їхніх різноманітних потреб. У кожному центрі працює мультидисциплінарна команда у складі близько 15 осіб, до якої входять лікарі з проблеми ПСШ, психолог та інструктори, що надають підтримку за принципом «рівний–рівному». Команда складається насамперед із членів спільноти; понад 95% персоналу – це ЧСЧ та трансгендери.

6.3. Ключові фактори, які необхідно враховувати під час надання послуг для всіх ключових груп населення

Якщо стисло, забезпечення доступу до послуг, їхньої прийнятності та економічної доступності вимагає уваги до багатьох специфічних елементів під час розробки та впровадження програм. Врахування всіх цих елементів та особливостей контексту дозволять визначити програми, що є найприйнятнішими для ключових груп населення.

6.3.1. Доступ до послуг

Генерування попиту

Попит на послуги профілактики щодо ВІЛ та КіТ може бути згенеровано за допомогою проведення цільових кампаній у визначених місцях перебування ключових груп населення, використання певного підходу у громаді, мобільної телефонії, соціальних мереж, засобів масової інформації та онлайн-засобів.

Конкретний випадок

Онлайн-стратегії для підвищення рівня користування послугами КіТ у Бангкоку
 Центр досліджень СНІДу при Товарстві Червоного Хреста Таїланду, Бангкок, Таїланд
<http://en.tccarc.org>

У Бангкоку Клініка чоловічого здоров'я надає комплексні та дружні послуги ЧСЧ. Один з інструментів підвищення рівня користування послугами КіТ, впроваджений клінікою, – це перший двомовний (тайсько-англійський) навчально-розважальний веб-сайт для ЧСЧ (<http://adamslove.org>), створений у 2011 р.

Метою веб-сайту є заохочення до регулярного тестування на ВІЛ серед ЧСЧ. Щоб зв'язати відвідувачів сайту з послугами КіТ, у розділі під назвою «Пункт тестування на ВІЛ поруч з тобою» наведено інформацію про те, як скористатися послугами КіТ у місцях, дружніх до ЧСЧ, в Бангкоку та інших провінціях. Також були застосовані інші засоби формування постійного попиту на послуги КіТ через ЗМІ та цільові медіа-заходи, а саме: регулярні колонки в гей-журналах, втручання за принципом «рівний–рівному» і події у форматі «зустрінь та привітай зірку», пов'язані з тестуванням на ВІЛ.

Кількість клієнтів, які скористалися послугами КіТ, збільшилась майже у 5 разів – з 967 осіб у 2008 р. до 4371 – у 2012 р. За два роки веб-сайт Adam's Love залучив понад 500 000 відвідувачів, сторінка сайту в мережі Facebook має понад 15 000 прихильників. Чверть клієнтів клініки повідомили про те, що користуються послугами КіТ завдяки сайту.

Подолання перешкод, пов'язаних з віком

Закони щодо віку надання згоди на отримання послуг необхідно проаналізувати в аспекті визначення їхнього впливу на доступ до послуг. Країни повинні звернути увагу на перегляд політик щодо віку надання згоди та визначити винятки з обмежень за віком (наприклад,

стан зрілості неповнолітнього). Країнам також необхідно визначити шляхи оцінки спроможності підлітків щодо надання згоди.

Зручність послуг

Для полегшення доступу до послуг країни можуть використовувати для їх надання мобільні послуги, дроп-ін центри, а також впровадити надання послуг вихідного дня та/або в нічний час. Проведення аутріч-роботи, включаючи послуги на майданчиках та відвідування вдома, також може підвищити доступ до послуг.

Децентралізація послуг

Перерозподіл надання послуг з централізованих закладів до таких у громаді, периферійних медичних закладах та/або отримання них у мобільних аутріч-працівників може підвищити доступ до послуг. Наприклад, організація у школі навчальних заходів з питань статевої належності та консультування за принципом «рівний–рівному», поширення громадою меседжів щодо безпечної поведінки, популяризація подальшого перенаправлення до послуг, підвищення прихильності до лікування та загальне підвищення рівня піклування про власне здоров'я.

Конкретний випадок

У В'єтнамі децентралізація сприяє більш ранньому доступу до послуг у зв'язку з ВІЛ
Управління з контролю ВІЛ/СНІДу В'єтнаму, МОЗ В'єтнаму, Бюро ВООЗ у В'єтнамі

У 2012 р. Управління з контролю ВІЛ/СНІДу В'єтнаму, яке діє у складі Міністерства охорони здоров'я, розпочало пілотне тестування проекту, метою якого було впровадження більш раннього доступу до послуг у зв'язку з ВІЛ серед ключових груп населення, зокрема серед ЛВНІ, задля досягнення максимальної терапевтичної та профілактичної користі від АРТ, даючи змогу людям почати лікування якомога раніше. Пілотний проект включав децентралізацію послуг КіТ з районних закладів до медичних пунктів у громаді провінції Дьєнб'єн та м. Кантхо. У межах пілотного проекту було впроваджено виняткові для В'єтнаму нововведення, а саме: призначення комбінованої фіксованої дози АРВ-препаратів, тестування на ВІЛ із визначення кількості клітин CD4 за місцем надання допомоги, а також запроваджено децентралізоване медичне спостереження.

До проекту було залучено партнерів з громади, зокрема інструкторів, що надають підтримку за принципом «рівний–рівному», групи самопідтримки та медичних працівників сільської місцевості, проведено для них тренінги з мобілізації спільноти та організовано регулярні зустрічі із обговорення заходів та проблем аутріч-роботи. Працівники медичних пунктів у громаді пройшли навчання з питань надання послуг щодо ВІЛ, включаючи тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів, надання до- та післятестового консультування, формування прихильності до лікування, надання базової медичної допомоги та призначення АРВ-препаратів.

Було встановлено, що ця децентралізована модель роботи у громаді сприяла більш ранній діагностиці та початку лікування. Особи, що пройшли діагностику у громаді, мали значно вищі медіанні показники кількості клітин CD4 на момент початку АРТ (медіанний показник – 294 клітин/мм³), ніж діагностовані в районних закладах (медіанний показник – 88 клітин/мм³). Аутріч-роботу, проведену у громаді, та створення атмосфери довіри було визнано вирішальними факторами для впровадження більш раннього доступу ЛВНІ до послуг щодо ВІЛ.

Інтегрування послуг і забезпечення перенаправлення та прив'язки до допомоги

Інтеграція послуг, зокрема послуг КіТ та медичної допомоги, послуг щодо ВІЛ та наркозалежності (наприклад, ЗПТ, ПОШ), робить надання цих послуг зручнішим, що, зі свого боку, полегшує доступ до них. Щоб зменшити втрату пацієнтів на етапі спостереження, необхідно запровадити типові інструкції, якими визначити механізми прив'язки до допомоги та переміщення пацієнта від пункту тестування до пункту отримання АРТ. Системи обміну інформацією між лікарнями (наприклад, протитуберкульозними клініками та клініками з лікування ВІЛ), залучення аутріч-працівників для спостереження та підтримка пацієнтів за принципом «рівний–рівному» можуть сприяти їх утриманню в системі допомоги.

Конкретний випадок

Популяризація регулярного тестування та підтримка прив'язки до системи допомоги в Іспанії
 Організація Projecte dels NOMS-Hispanosida (BCN Checkpoint), Іспанія
<http://www.bcncheckpoint.com>

BCN Checkpoint – це громадський центр у гей-районі Барселони, в якому надають послуги щодо тестування на ВІЛ та виявлення інших ІПСШ серед ЧСЧ. Ним керує неурядова організація Projecte dels NOMS-Hispanosida. З метою раннього виявлення ВІЛ та сифілісу центр пропонує безкоштовне швидке тестування, яке проводять працівники, що надають допомогу за принципом «рівний–рівному», вакцинацію проти гепатиту А і В та популяризує статево здоров'я. Щоб заохотити відвідувачів проходити щорічне повторне тестування на ВІЛ, працівники BCN Checkpoint використовують електронну пошту, текстові повідомлення та телефонні нагадування.

Упродовж 2007–2013 років у рамках програми було здійснено понад 22 000 тестувань на ВІЛ та виявлено 756 нових випадків інфікування. Особам з позитивним результатом тестування центр пропонує інформаційно-освітню програму за участю ВІЛ-позитивного консультанта, що пройшов спеціальне навчання та консультує за принципом «рівний–рівному», та перенаправлення впродовж одного тижня до ВІЛ-відділення у лікарні. Щоб забезпечити прив'язку до системи надання допомоги, усіх нещодавно діагностованих осіб супроводжують для реєстрації. Зараз близько 90% з них включено до системи допомоги, 5% – самостійно знаходять місця отримання допомоги, і близько 4% – це особи, які перебувають у Барселоні тимчасово та отримують допомогу в країнах за місцем проживання. Втрата пацієнтів під час прив'язки до допомоги становить менше 2%.

Інвестування у вирішальні передумови

Країни можуть підтримувати доступ ключових груп населення до послуг, інвестуючи у впровадження вирішальних передумов, а саме: програми інтегрованого лікування і правової грамотності, юридичні послуги, програми щодо зменшення стигми та дискримінації, а також навчання медичних працівників та персоналу правоохоронних органів.

Конкретний випадок

Використання соціальних мереж у Гані для охоплення ЧСЧ

Проект SHARPER, FHI360, Гана

<http://www.fhi360.org/projects/strengthening-hiv-aids-response-partnership-evidenced-based-results-sharper>

У рамках проекту SHARPER проведено дослідження щодо використання соціальних медіа у зв'язках із громадськістю для виявлення неохоплених мереж ЧСЧ. Проект запустив сайт «MSM.net» на двох майданчиках через неформальне картування мереж спільноти. Працівників у зв'язках з громадськістю було обрано з мереж, з якими раніше не працювали інструктори, що надають допомогу за принципом «рівний–рівному»; вони пройшли навчання з питань надання інформації та послуг щодо ВІЛ і здоров'я загалом. Працівники використовували соціальні медіа на смартфонах та ноутбуках для охоплення ЧСЧ. Охопленим вважався чоловік, щодо якого було проведено оцінку ризику, надано інформацію про профілактику ВІЛ та перенаправлено до пункту надання послуг КІТ (чи інших послуг щодо ВІЛ).

У 2013 р. понад 15 000 ЧСЧ було охоплено через Facebook (45,6%), WhatsApp (13,4%) та інші платформи соціальних мереж. В Аккрі 82% чоловіків, охоплених цим підходом, раніше не спілкувалися з інструктором, що надає підтримку за принципом «рівний–рівному». В Кумасі 66% чоловіків раніше не отримували жодної з цих послуг. Працівник у зв'язках з громадськістю в Аккрі встановив 8 борделів та мереж чоловіків-РКС, про які раніше було не відомо.

Соціальні медіа довели своє важливе значення як засіб охоплення ЧСЧ, яких іноді не можуть охопити інструктори, що надають допомогу за принципом «рівний–рівному». ЧСЧ, яких охопили працівники у зв'язках з громадськістю, зазвичай були старші за віком, більш освічені, самотні, мали вищий щомісячний дохід; вони також (в Аккрі) повідомили про ширші соціальні мережі ЧСЧ, ніж ті, які було охоплено інструкторами, що допомагають за принципом «рівний–рівному».

6.3.2. Прийнятність послуг

Навчання медичних працівників

Необхідно інструктувати та навчати медичних працівників (зокрема, працівників у громаді, аутріч-працівників, що надають допомогу за принципом «рівний–рівному», допоміжний

персонал та управлінців) щодо особливих питань, які стосуються ключових груп населення, питань недискримінаційних практик та викорінення стигми, використовуючи до- та післядипломну освіту, посадові інструкції, підтримувальну супервізію та післятренінговий супровід. За можливості до навчання слід залучати представників ключових груп населення.

Створення безпечного та сприятливого середовища

Безпечні місця (для отримання медичних та соціальних послуг), конфіденційне та вільне від стигми середовище можуть стимулювати доступ до послуг ключових груп населення. Наприклад, забезпечення окремих та добре освітлених входів або розміщення послуг у відповідному місці можуть зменшити перешкоди до їх надання.

Надання високоякісних послуг

Послуги повинні бути прийнятними та високоякісними. Єдиним шляхом оцінки якості послуг є проведення моніторингу вражень клієнтів із застосуванням національних та глобальних індикаторів.

Забезпечення конфіденційності

Необхідно приділити увагу захисту приватності та конфіденційності, наприклад, зачиняючи двері консультаційної кімнати або знаходячи до відокремленого місця для розмови. Слід переконати клієнтів у конфіденційності, наприклад, запитуючи в них дозволу перед розкриттям інформації іншим медичним працівникам. Програми повинні подолати складнощі щодо підтримання конфіденційності, особливо в громаді, під час проведення аутріч-роботи та при застосуванні підходів «рівний–рівному».

Конкретний випадок

Конфіденційні та анонімні послуги в Лівані

Центр статевого здоров'я Marsa, Ліван

<http://www.marsa.me>

Центр статевого здоров'я Marsa у Бейруті (Ліван) пропонує відвідувачам послуги статевого та репродуктивного здоров'я у дружньому середовищі, вільному від стигми та дискримінації за віковою, статевою, гендерною чи сексуальною ознаками. Цільові клієнти – це молодь, незаміжні сексуально активні жінки, ЧСЧ, трансгендери, маргіналізовані спільноти з обмеженим доступом до медичних послуг щодо статевого здоров'я.

Анонімність та конфіденційність щодо клієнта при отриманні ним послуг у центрі Marsa відіграють ключову роль у залученні клієнтури. Центр використовує унікальний номер папки для кожного клієнта як форму його ідентифікації. Клієнт приймає рішення чи надавати до цієї папки інформацію, яка може його ідентифікувати.

Крім того, від персоналу, який складається з досвідчених та проінструктованих працівників, вимагають дотримання конфіденційності. Клієнти почуваються зручно, розкриваючись своїм лікарям, обговорюючи інтимні подробиці свого способу життя та отримуючи інформацію від фахівців, оскільки впевнені, що їхню особу не буде розкрито навіть серед працівників закладу.

Конкретний випадок

Онлайн та телефонне консультування забезпечує анонімність для ВІЛ-позитивних ЧСЧ в Російській Федерації

Програма «Позитивне життя», Фонд «мужЗДРАВ», НУО «Фенікс ПЛІУС», Росія

У партнерстві з неурядовою організацією Фонд «мужЗДРАВ» пропонує послуги молодим чоловікам віком 18–25 років, які живуть з ВІЛ і мають секс із чоловіками, в шести регіонах Російської Федерації. Багато молодих чоловіків неохоче відвідують групи підтримки, оскільки побоюються прилюдної ідентифікації їхньої сексуальної орієнтації чи ВІЛ-статусу, і тому програма «Позитивне життя» пропонує індивідуальне консультування телефоном, Скайпом або в соціальних мережах.

У кожному з шести міст консультанти, що надають допомогу за принципом «рівний–рівному», працюють на «гарячій» телефонній лінії, номер якої широко оприлюднено. Також пропонується консультування Скайпом, молоді чоловіки можуть надсилати консультантам запитання електронною поштою, через соціальні мережі Facebook, ВКонтакте або через профіль консультанта на гей-орієнтованих веб-сайтах.

Консультанти пропонують клієнтам інформацію про статеву належність, безпечний секс, ПСШ, позитивні результати АРТ, побічні ефекти АРВ-препаратів та необхідність розкриття ВІЛ-статусу статевим партнерам. Щодо осіб, які неохоче відвідують заклади або бояться бути впізнаними, існує можливість перенаправлення до одного з 20 медичних фахівців, які працюють у цих 6 регіонах, пройшли навчання та інструктаж щодо особливих потреб ВІЛ-позитивних ЧСЧ і надають послуги без проявів стигми чи дискримінації.

До програми залучено близько 80 консультантів, що працюють за принципом «рівний–рівному», – як штатних працівників, так і добровольців, що пройшли спеціальну підготовку. Усі консультанти програми беруть участь у централізованому навчанні. Вони отримують подальше навчання та супервізію в регіональних офісах проекту, а також під час відряджень працівників центрального офісу проекту до регіонів. У 2013 р. консультанти «Позитивного життя» надали майже 1900 телефонних консультацій та 1350 онлайн-консультацій.

Залучення представників ключових груп населення

Представників ключових груп населення необхідно залучати до впровадження програм, зокрема до планування, впровадження, МіО. Таке залучення може підвищити почуття причетності громади до програми, а отже її успіх. Осіб з ключових груп населення також необхідно залучати до надання послуг і захисту прав та інтересів.

Конкретний випадок

Розбудова можливостей надання послуг трансгендерам у громаді в США

Центр передового досвіду щодо здоров'я трансгендерів, Університет Каліфорнії, США
<http://transhealth.ucsf.edu>

Місія Центру передового досвіду щодо здоров'я трансгендерів полягає у розширенні доступу до комплексних та ефективних медичних послуг щодо зміни статі для трансгендерів та гендерно-варіантних спільнот. Найвищою метою є покращення загального здоров'я та благополуччя трансгендерів шляхом розробки та впровадження програм відповідно до визначених спільнотою потреб.

Ключовий факультет університету і штатні працівники з різноманітною освітою та досвідом пропонують програми, рекомендовані національним дорадчим правлінням у складі 14 транс-ідентифікованих лідерів з усіх куточків Сполучених Штатів Америки. Проекти центру стосуються широкого кола питань здоров'я трансгендерів. Одним із напрямків діяльності є розробка настанов з первинної медичної допомоги, включаючи первинну допомогу та профілактику, гормональну терапію, допомогу щодо психічного здоров'я, допомогу молоді та хірургічні втручання. Протоколи оприлюднено онлайн (<http://Transhealth.UCSF.edu/protocols>). Крім того, проект Transitions допомагає створенню організацій у громаді для адаптації, впровадження та оцінки науково обґрунтованих втручань щодо профілактики ВІЛ для спільнот трансгендерів.

Конкретний випадок

Сесії щодо розбудови можливостей надання допомоги та навчання персоналу в Танзанії

Організація Médecins du Monde, Танзанія
<http://doctorsoftheworld.org/where-we-work/africa/tanzania>

У Танзанії організація Médecins du Monde надає комплексні послуги щодо зменшення шкоди, включаючи ПОШ, перенаправлення до ЗПТ, а також впроваджує заходи з покращення благополуччя клієнтів та надає їм юридичну допомогу. В ширшому сенсі організація бере участь у розбудові неурядових та громадських організацій щодо надання послуг зменшення шкоди, особливо це стосується наявності дроп-ін центрів з ПОШ; це також включає спеціалізовані центри для жінок з додатковими послугами для їхніх дітей. У 2013 р. понад 2000 учасників пройшли навчання щодо підходів та проведення втручань зі зменшення шкоди.

Організація також допомогла створити національні та районні комітети щодо зменшення шкоди за участю державних та неурядових організацій. Підкомітети на обох рівнях зосереджуються на мобілізації ресурсів. Постійний діалог з міськими, районними та національними посадовцями, інструктивні сесії для поліції, медичного персоналу та журналістів стали важливими елементами цієї роботи.

6.3.3. Економічна доступність

Забезпечення надходження грошових ресурсів

Підтримка та фінансування з боку держави є дуже важливими. Публічно-приватне партнерство може допомогти збільшенню фінансування.

Мінімізація або відсутність плати за послуги

За можливості, послуги необхідно надавати безкоштовно або за зниженою вартістю. Страхування або медичні субсидії повинні покривати будь-яку плату за послуги.

Скорочення витрат

Витрати на систему охорони здоров'я та на окремого пацієнта можна скоротити шляхом інтеграції та децентралізації послуг, проведення аутріч-роботи в громаді та на майданчиках, а також у зручних місцях. Витрати з розрахунку на одну особу можна скоротити шляхом зменшення часу очікування в закладі через гнучкий графік прийомів та відокремлення консультаційних відвідувань клініки від візитів для отримання лікарських засобів.

7. РОЗВИВАЮЧИ ВІДПОВІДЬ НА ВІЛ: ПРОЦЕС ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ, ПЛАНУВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ

7.1. Вступ

Виконання рекомендацій, викладених у цій настанові, вимагає стратегії, заснованої на доказах та узгодженої з місцевим контекстом. Планування, прийняття рішень і моніторинг – це складові постійного процесу: щойно план, заснований на доказах, розроблено і впроваджено, необхідно здійснювати його МіО. Отримані результати надалі слугуватимуть підґрунтям для перегляду стратегії та процесу її впровадження (рис. 7.1).



Рисунок 7.1. Цикл планування, впровадження та оцінки програми

7.2. Керівні принципи

Ефективний процес розробки та впровадження заходів протидії ВІЛ серед ключових груп населення на національному або субнаціональному рівні повинен відповідати наведеним нижче принципам.

- **Підхід, заснований на етиці та правах людини**, повинен визначати весь процес прийняття рішень. Плановані заходи відповіді на ВІЛ серед ключових груп населення та власне процес прийняття рішень повинні бути недискримінаційними та підзвітними групам населення, для обслуговування яких їх розроблено, поважати та підтримувати їхню автономію і права. Необхідно дотримуватись принципів справедливості та рівності.
- **Конструктивна участь спільнот, вражених ВІЛ**, критично важлива для забезпечення того, що прийняті рішення, сформовані плани та розроблені програми є прийнятними для членів спільноти, справедливими та відповідають потребам спільноти. Представників «виборців» з числа ключових груп населення необхідно залучати на всіх етапах: від розробки заходів відповіді – через їх впровадження – до МіО (1). Успішне розширення можливостей спільноти (див. розділ 5.3) розвиває спроможність її організацій та окремих членів щодо конструктивної участі в цих процесах. Організації, якими керують представники спільноти, відіграють вирішальну роль у наданні послуг, які найкраще відповідають потребам ключових груп населення.
- **Залучення всіх зацікавлених сторін**. Протидія ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення вимагає багатосекторальної відповіді. Тому планування відповіді потребує залучення багатьох секторів. У вставці 7.1 наведено перелік потенційних зацікавлених сторін, які варто залучити до процесу планування.
- **Скоординований підхід**. Керівник національної програми з протидії ВІЛ та відповідний орган на зразок національної комісії з ВІЛ/СНІДу повинні взяти на себе відповідальність за загальне керівництво процесом планування, сприяння участі в ньому зацікавлених сторін та громади. Цьому може сприяти визначення окремого

працівника в рамках національної комісії зі СНІДу (чи подібного найвищого органу), якому буде доручено працювати виключно над розробкою та координацією послуг та питань, які стосуються ключових груп населення. У великих та різноманітних за ситуацією країнах розробка національної програми вимагає також формування стратегій на місцевому і субнаціональному рівнях, керівництво та координація яких здійснюватимуться централізовано – на національному рівні.

- **Відкритість і прозорість.** Необхідно оприлюднювати дані та обґрунтування для прийняття рішень, включаючи інформацію про очікувану ефективність та ризики, співвідношення користі для здоров'я і тягаря від прийнятих рішень для різних груп населення.
- **Опора на докази.** Політики, втручання та підходи повинні спиратися на переконливі докази або досвід.
- **Справедливість.** Метою програм повинно бути досягнення справедливого рівня показників здоров'я серед усіх груп населення та умов, а також забезпечення гендерної рівності.
- **Ефективність та сталість.** Програми повинні надавати результативні послуги найбільш ефективним способом і забезпечувати стале надання цих послуг упродовж тривалого часу.

Вставка 7.1. Потенційні зацікавлені сторони, які варто залучити до процесу планування

- Експерти та керівники програми, медичні працівники з таких сфер державного та приватного секторів: програми протидії ВІЛ та клініки лікування ВІЛ (КіТ, АРТ та ППМД, статеве і репродуктивне здоров'я, здоров'я матері та дитини, психічне здоров'я, послуги з питань гепатології та ТБ, послуги з питань наркозалежності та зменшення шкоди внаслідок вживання наркотиків, медичні програми у в'язницях).
- Громадянське суспільство, включаючи ЛЖВ, групи жінок та молоді, релігійні лідери, особи з інвалідністю.
- Технічні фахівці в окремих сферах, а саме: лабораторні послуги, фармакологія, стійкість до лікарських засобів, боротьба з токсичністю, ланцюжок постачання та громадське здоров'я.
- Урядові партнери, включаючи представників відповідних міністерств, а саме: охорони здоров'я, юстиції, правоохоронних органів, внутрішніх справ, фінансів і планування, а також регіональні (наприклад на рівні провінцій) посадовці.
- Неурядові організації, включаючи міжнародні агентства, релігійні організації, інші місцеві неурядові та громадські організації, а також приватні сервісні організації.
- Експерти з фінансів та бюджету, а саме: службовці з питань програмного бюджету та економісти у сфері охорони здоров'я.
- Академічні установи, включаючи експертів з операційних досліджень, впровадження, етики, навчання та супервізії.
- Професійні асоціації медичних працівників різного кадрового складу (лікарі, медичні сестри, медичні працівники у громаді).

7.3. Розуміння ситуації

Ефективність втручань з базового пакету послуг добре підтверджена. Досвід багатьох країн засвідчив можливість застосування результатів цих втручань у різних умовах. Проте місцеві фактори все-таки накладають відбиток на ефективність і вплив цих втручань. Тому критично важливо розуміти місцеву динаміку епідемії, характеристики груп населення, вражених нею, психологічні, соціальні й політичні умови, що впливають на ризик і вразливість, потреби осіб з ключових груп населення та інші фактори, які можуть сприяти чи заважати зусиллям для задоволення цих потреб, а також систему охорони здоров'я та

інфраструктуру громади. Володіючи цією інформацією, можна розробити і впровадити обґрунтований план дій.

Особи з ключових груп населення зазнають більшого ризику інфікування ВІЛ, ніж загальне населення, і мають специфічні потреби, пов'язані зі здоров'ям. Багато з цих ризиків і потреб можуть бути спільними для ключових груп населення в різних умовах, проте деякі фактори можуть відрізнятися в окремих групах, а деякі можуть бути властиві конкретному контексту. Отже, для того щоб відповідь на ВІЛ була адекватною, прийнятною і найбільш ефективною, ці ризики та потреби необхідно дослідити на місцевому рівні, а місцеві представники ключових груп населення повинні бути консультантами та активними учасниками ситуаційного аналізу.

Також важливо визнати відчутну різноманітність та мінливі рівні ризику всередині кожної ключової групи населення. Особи, які зазнають найвищого ризику, – це, ймовірно, люди, яких можна вважати членами більш як однієї ключової групи; наприклад, деякі ЧСЧ також споживають наркотики ін'єкційним шляхом або займаються комерційним сексом. Тому вони ризикують сконтактувати з ВІЛ різними шляхами. Особи з ключових груп населення можуть також мати інші специфічні особливості, які можуть підвищувати рівень їхнього ризику чи вразливості, створювати додаткові потреби щодо їхнього здоров'я чи благополуччя. Наприклад, ці особи можуть бути безпритульними, мати розлади психічного здоров'я або інші гострі чи хронічні супутні захворювання.

Дані повинні спрямовувати заходи відповіді на ВІЛ, але нестача даних – це не причина зупинити чи не починати такі заходи серед ключових груп населення.

Чисельність та розміщення ключових груп населення варіюють від місця до місця. Щоб визначити необхідний обсяг заходів відповіді на ВІЛ, необхідно досягти належного балансу між різними втручаннями та місцем їх впровадження; важливо, серед інших факторів, оцінити чисельність і розміщення ключових груп (див. вставку 7.2 та розділ 7.4).

Вставка 7.2. Ключова інформація, необхідна для прийняття рішень і планування	
Необхідна інформація	Джерело інформації (див. також вставку 7.4)
Чисельність ключових груп населення	<ul style="list-style-type: none"> оцінка чисельності групи населення
Поширеність ВІЛ серед ключових груп населення	<ul style="list-style-type: none"> серологічний нагляд
Місце перебування/географічне розміщення ключових груп населення	<ul style="list-style-type: none"> заходи з картування
Характеристики, поведінкові ризики та проблеми зі здоров'ям ключових груп населення	<ul style="list-style-type: none"> демографічні дослідження поведінкові дослідження дослідження загального стану здоров'я
Важливі структурні фактори, перешкоди для впровадження заходів відповіді на ВІЛ та потреби ключових груп населення	<ul style="list-style-type: none"> аудит чинної нормативно-законодавчої бази та досвіду її впровадження консультації з членами спільноти, організаціями, які очолюють члени спільноти, та іншими зацікавленими сторонами поведінкові дослідження
Доступність, охоплення, якість, наслідки та вплив втручання	<ul style="list-style-type: none"> програмні (адміністративні) дані журнали реєстрації захворювань інтегровані біоповедінкові дослідження (див. вставку 7.3, в якій наведено детальніший опис моделі МіО національної програми з ВІЛ)

Посібники для здійснення оперативної оцінки та заходів відповіді допомагають організувати початкову та постійну оцінку із застосуванням багатьох методів збору даних та проведення аналізу на багатьох рівнях:

- *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men.* Geneva, WHO, 2002.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrrar.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR).* Geneva, WHO, 1998.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour (SEX-RAR).* Geneva, WHO, 2002.
http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1
- *Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people.* Geneva, WHO, 2004.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerar.pdf?ua=1

Дуже важливо, щоб процес збору інформації і власне сама інформація служили захисту (а не піддавали ризику) безпеки та приватності осіб з ключових груп населення. За будь-яких умов необхідно дотримуватись етичних принципів та захищати загальнолюдські права представників ключових груп населення. За певних обставин визначення чисельності ключових груп або їх картування можуть ненавмисно наразити на небезпеку членів спільноти чи зробити їх предметом стигми, через те що ці ключові групи було ідентифіковано та встановлено місце їх розташування. Така інформація може також призводити до арешту чи ув'язнення осіб з ключових груп населення, поведінка яких є криміналізованою. При проведенні заходів щодо збору інформації важливо неухильно дотримуватись приватності, конфіденційності та безпеки зібраної інформації. Якщо безпека та загальнолюдські права представників ключових груп населення не вдається захистити, тоді збір певних даних, а саме – картування місць перебування цих осіб, краще уникнути.

Структура, характеристики та потреби ключових груп населення змінюються з плином часу, так само як і різноманітні фактори контексту й оточення. Постійний МіО визначають параметри, які змінюються, і створюють основу для покращення або переорієнтації заходів відповіді на ВІЛ.

За результатами ситуаційного аналізу майже напевно визначаться прогалини в знаннях. Планування подальших досліджень може заповнити ці прогалини.

Також дуже важливо під час аналізу та інтерпретації даних оцінювати їхню якість та наявність будь-яких джерел виникнення системної помилки.

7.4. Планування та впровадження заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції

Далі наведено деякі запитання, щодо яких необхідно прийняти рішення під час розробки та впровадження заходів національної відповіді на ВІЛ серед ключових груп населення.

Визначення цілей відповіді

- Які цільові групи населення та підгрупи в межах цих груп зазнають найбільшого ризику?
- Які законодавчі, нормативні або керівні документи необхідно розробити або переглянути?

Впровадження

- Які втручання необхідно впровадити, як їх розподілити за пріоритетністю?
- Де і в якому обсязі необхідно впроваджувати втручання¹⁶?

¹⁶ Щодо АРТ, у виданні ВООЗ «*Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*» (2013) наведено міркування стосовно впровадження та розширення послуг відповідно до ключових рекомендацій.

- Які цільові показники і терміни виконання необхідно встановити для впровадження та розширення втручань?
- Яким чином і наскільки необхідно децентралізувати та інтегрувати послуги, щоб забезпечити найкраще охоплення ними ключових груп населення?
- Які варіанти надання послуг найбільш відповідні?
- Які ролі та обов'язки мають різні зацікавлені сторони у впровадженні заходів відповіді та досягненні узгоджених цілей?

Необхідні ресурси

- Чи є кошти на впровадження заходів відповіді меншими, ніж кошти на потреби у випадку бездіяльності?
- Які фінансові, людські та інші ресурси й інфраструктура необхідні для впровадження заходів відповіді? Які ресурси наявні зараз, які додаткові внески потрібно зробити, і як це можна отримати? Які медичні та інші спеціалісти потрібні, як їх набрати та навчити? Як може розподіл та перерозподіл обов'язків оптимізувати використання наявних людських ресурсів та розширити надання послуг?
- Яким чином економія за рахунок масштабу та синергії втручань щодо ВІЛ та інших медичних втручань збереже кошти та покращить якість надання послуг?

МіО

- Як можна здійснити МіО впровадження заходів відповіді на ВІЛ?
- Яким чином необхідно посилити системи стратегічної інформації для МіО?

Ризики, наслідки та вплив

- Які існують потенційні ризики та слабкі місця запланованої відповіді на ВІЛ, які стратегії можуть зменшити їхній вплив? Ризики можуть стосуватися внутрішніх факторів, а саме: скорочення бюджету, крадіжки витратних матеріалів, плинність кадрів серед медичних працівників та поява резистентності до ліків. Зовнішні фактори можуть включати втрату зовнішньої фінансової підтримки, політичну нестабільність та природні катаклізми.

7.5. Моніторинг та оцінка заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції

Система МіО необхідна для оцінки структурних та медичних компонентів заходів відповіді на ВІЛ серед ключових груп населення. Дуже важливо, щоб такі системи МіО були дієвими, не занадто складними та збирали інформацію, яка є актуальною, корисною і готовою до використання.

Система МіО – це суттєва частина заходів відповіді на ВІЛ серед ключових груп населення.

ВООЗ та партнерські агенції ООН розробили логічні моделі моніторингу заходів відповіді на ВІЛ серед загального населення та серед ключових груп населення. Ці моделі описано в таких документах:

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector.* Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf

У кожній з цих логічних моделей рекомендовано низку індикаторів національного рівня. Ці індикатори оцінюють ключові фактори, які стосуються сприятливого середовища,

вимірюють наявність, охоплення та якість специфічних втручань, а також досліджують їхні наслідки та вплив (вставка 7.3). Ці індикатори також можна застосувати під час підготовки пропозицій чи звітів про прогрес для організацій-донорів.

Вставка 7.3. Індикатори МіО заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції

Щоб зрозуміти, наскільки добре впроваджуються заходи відповіді на ВІЛ і якими є результати впровадження цих заходів, різноманітні ключові вимоги, які висувуються до відповіді на ВІЛ, необхідно відстежувати індикатори щодо кожної ключової групи населення. Для кожної з цих вимог є низка корисних індикаторів.

Ці індикатори детально описано у настановах ВООЗ щодо ключових груп населення:

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* Geneva, WHO, 2015
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* WHO, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

Успішне впровадження та вплив заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції потребують сприятливої законодавчо-нормативної бази та інших структурних факторів.

За допомогою **структурних індикаторів** (або індикаторів сприятливого середовища) визначають:

- перегляд чинної законодавчо-нормативної бази;
- кількість організацій, якими керують представники ключових груп населення;
- конструктивну участь осіб з ключових груп населення в розробці нормативних актів і стратегій;
- послуги правової підтримки для ключових груп населення;
- послуги підтримки для осіб з ключових груп населення, які зазнали насильства;
- інструктивне навчання щодо роботи з ключовими групами населення для працівників правоохоронних органів;
- інструктивне навчання щодо роботи з ключовими групами населення для надавачів медичних та соціальних послуг.

Послуги повинні бути доступними для представників ключових груп населення.

За допомогою **індикаторів наявності** визначають:

- кількість місць, де наявне певне втручання;
- кількість і відсоток місць впровадження програм, спрямованих на ключові групи населення, в яких впроваджується певне втручання;
- кількість і відсоток місць впровадження основних програм, які містять певні втручання із дотриманням стандартів чутливості щодо ключових груп населення;
- відсоток усіх місць поточного впровадження певного втручання, які стосуються або основних програм та відповідають стандартам чутливості щодо ключових груп населення, або програм, спрямованих на ключові групи населення;
- відсоток осіб з вибірки ключової групи населення, які повідомляють, що певне втручання справді доступне;
- географічне картування ключових груп населення у прив'язці до місць впровадження втручань.

Втручання повинні досягати тих, хто їх потребує.

За допомогою **індикаторів охоплення** визначають:

- кількість і відсоток осіб з ключової групи населення, охоплених певним втручанням упродовж звітного періоду;

- кількість одиниць витратних матеріалів (голки та шприци чи презервативи), розповсюджених з розрахунку на одну особу з ключової групи населення упродовж звітнього періоду;
- відсоток осіб з вибірки ключової групи населення, які повідомляють, що їх було охоплено певним втручанням упродовж звітнього періоду.

Щоб забезпечити ефективність втручань, їх необхідно впроваджувати належним чином.

За допомогою **індикаторів якості** визначають:

- перегляд політики і практики програми з використанням контрольного переліку показників для оцінки якості програми;
- відсоток штатних працівників, які пройшли інструктивне навчання щодо роботи з ключовими групами населення;
- відсоток осіб з ключової групи населення, які повідомляють про те, що їх було охоплено втручанням, а також їм було надано специфічну важливу допомогу чи послугу (а саме – надання лубриканту, сумісного з презервативом);
- відсоток випадків, коли втручання здійснювалось одночасно з наданням специфічної важливої допомоги чи послуги (див. попередній пункт).

Визначених цілей необхідно досягти.

За допомогою **індикаторів наслідків та впливу** визначають:

- поширеність ризикованої поведінки в ключовій групі населення;
- кількість нових випадків інфікування в ключовій групі населення;
- кількість смертельних випадків, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, у ключовій групі населення;
- поширеність випадків стигми та дискримінації, яких зазнали представники ключової групи населення;
- кількість випадків насильства проти осіб з ключової групи населення.

Додаткові вказівки щодо МіО, включаючи питання організації оцінки на субнаціональному рівні, наведено в таких документах:

- *Операційне керівництво з МіО програм з ВІЛ для секс-працівників, чоловіків, які мають секс із чоловіками, і трансгендерів.* Женева, ЮНЕЙДС, 2012.
http://unaids.org/en/index/Document_view.asp?id=712
- *Операційне керівництво з МіО програм з ВІЛ для споживачів наркотиків.* Женева, ЮНЕЙДС, 2011, проєкт.
<http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs/idu-service-delivery-level-guidelines/view>

Для процесу МіО необхідні дані з різноманітних джерел, включаючи поведінкові дослідження та сероепідеміологічний нагляд, програмні та адміністративні дані, а також інформація, зібрана шляхом перегляду нормативних та законодавчих документів, консультацій з експертами і зацікавленими сторонами (вставка 7.4). Якість та обмеження цих даних необхідно оцінити і врахувати під час проведення аналізу та інтерпретації його результатів.

Вставка 7.4. Джерела даних

Поведінкові дослідження та сероепідеміологічний нагляд ключових груп населення можуть надати дані щодо поширеності захворювань та інформацію про досвід, ризики та користування послугами щодо осіб з цих груп. У багатьох країнах періодичні біоповедінкові дослідження ключових груп населення вже є частиною постійного моніторингу епідемії ВІЛ-інфекції. Можливість застосування результатів досліджень у більшому масштабі (генералізованість) залежить від того, наскільки репрезентативною

є вибірка щодо ключової групи населення загалом; важливо взяти до уваги похибку вибору щодо способу рекрутування учасників дослідження. Поведінкові дослідження вразливі до сторонніх упереджень внаслідок конфліктів інтересів.

Програмні або адміністративні дані. Більшість програм під час надання послуги у рутинному порядку фіксують принаймні деяку основну інформацію. Це може включати кількість осіб, які отримали послугу, основні відомості про клієнта, кількість використаних чи розповсюджених витратних матеріалів.

Щоб оцінити послуги, надані особам з ключових груп населення, програмні дані необхідно розподілити за цими групами. Програми, спрямовані на ключові групи населення, можуть мати дані стосовно цих груп населення, але ця інформація не завжди наявна у програм, які надають послуги багатьом різним групам або загальному населенню.

Аналіз документів та консультування з експертами. Аналізуючи різноманітні нормативні та законодавчі документи, можна визначити наявність або відсутність законів чи політик, які можуть стосуватися осіб з ключових груп населення.

Оцінка чисельності ключових груп населення. Формування реалістичних оцінок чисельності певних груп населення у випадку з ключовими групами може бути складним завданням. Можна застосовувати різноманітні методи, кожен з яких має свої переваги та обмеження. Загальні методи включають перепис та підрахунок осіб, дослідження загального населення, метод подвійного охоплення, а також метод множника та метод розширення мережі. Корисним буде формування комплексних оцінок через застосування різних методологій та тріангуляція результатів. Необхідно також сформулювати чіткі визначення ключових груп населення.

7.6. Постійне планування та розробка заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції

Встановлення чітких, досяжних, але амбіційних цілей є дуже важливим при плануванні збільшення масштабу втручань для впровадження заходів відповіді на ВІЛ. Цілі конкретно визначають, чого саме повинна досягти успішна національна програма чи проект упродовж відведеного періоду часу. Цілі може бути визначено для індикаторів, які стосуються втручань, і для наскрізних індикаторів наслідків та впливу (див. вставку 7.3).

Індикатори втручань та сприятливого середовища відображають наявність, охоплення та якість втручання чи послуги або оцінюють зміни у факторах середовища, а саме – перегляд законодавства, в межах визначеного періоду часу. Цілі встановлюються для того, щоб досягти такого зниження ризику виникнення ВІЛ та ПСШ, який буде достатнім для контролю за епідемією, і забезпечити адекватне надання відповідного лікування та догляду для осіб, які живуть з ВІЛ або ПСШ.

Індикатори наслідків та впливу спрямовані на вимірювання впливу втручань на наслідки, які стосуються контакту з ризиком, такі як зміни ризикованої поведінки (наприклад, частка осіб, які постійно користуються презервативами), або впливу на перебіг епідемій ВІЛ та ПСШ (наприклад, зниження захворюваності на ВІЛ чи ПСШ).

Як і планування загалом, процес встановлення цілей повинен відбуватися у співпраці із залученням широкого кола зацікавлених сторін. При визначенні цілей треба взяти до уваги, чи є вони реалістичними та чи практично можливо зібрати дані для них. Цілі, у прив'язці до програмних стратегій, необхідно узгодити з місцевими умовами епідемії та з показниками, яких може реально досягти стратегія відповідно до наявних фінансів та ресурсів. Моделювання може допомогти визначити, як досягнення цілей різних рівнів впливатиме на епідемію.

Базова оцінка. Початкова оцінка повинна виміряти масштаб теперішніх заходів відповіді, оцінюючи наявність, охоплення і якість поточних втручань та визначаючи наявні

передумови й перешкоди середовища. Ця інформація слугує точкою відліку для відстеження прогресу. Також необхідно визначити доступні на цей момент ресурси і технічні можливості, щоб розрахувати, що ще потрібно і як виміряти втручання адекватно. Спираючись на цю інформацію, можна встановити реалістичні цілі та визначити терміни їх досягнення.

Розрахунок коштів. Розрахунок коштів, пов'язаних із впровадженням заходів відповіді на ВІЛ, – це ключовий крок у плануванні їх розгортання. На сьогодні існує кілька інструментів та ресурсів для розрахунку коштів. Наприклад, програма Spectrum – це набір моделей та інструментів аналізу для підтримки процесу прийняття рішень. Вона включає кілька програмних додатків, зокрема AIM (AIDS Impact Model – модель впливу на СНІД) та Goals (Cost and Impact of HIV Interventions – вартість та вплив втручань щодо ВІЛ). У більшості країн файли AIM готують як частину національних епідеміологічних розрахунків, отже, обидві моделі можна швидко впровадити. Програма Spectrum доступна онлайн за посиланням: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum2013/>.

OneHealth – це програмний інструмент, розроблений для покращення аналізу та фінансових розрахунків системи охорони здоров'я, а також для формування сценарію її фінансування на рівні країни. Його спеціально підготовлено для країн з низьким та середнім рівнями доходів. Цей програмний інструмент надає розробникам планів єдину платформу для планування, розрахунку коштів, аналізу впливу, формування бюджету та фінансування стратегій відповіді щодо всіх основних захворювань та компонентів системи охорони здоров'я. Програму OneHealth (Ф'ючерс Інститут, 2013) можна безкоштовно завантажити з сайту: <http://www.futuresinstitute.org/onehealth.aspx>.

ЮНЕЙДС розробив **Інструмент розрахунку коштів для прав людини** (The human rights costing tool, HRCT) – гнучкий інструмент для розрахунку інвестицій у вирішальні передумови (а саме: програми інтегрованого лікування і правової грамотності, юридичні послуги, програми зниження стигми та дискримінації, а також навчання медичних працівників та представників правоохоронних органів). Його також можна завантажити безкоштовно разом із посібником для користувача (2, 3) на сайті www.unaids.org:

- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm
- http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf

Для подальшого читання

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* Geneva, WHO, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/
- *Consolidated HIV monitoring and evaluation guidelines.* Geneva, WHO, в розробці.
- *Interim guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information: proceedings from a workshop 15-17 May 2006, Geneva, Switzerland.* Geneva, UNAIDS, 2007.
http://data.unaids.org/pub/manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf
- *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV.* Geneva, WHO, 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf
- *HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit.* Vienna, UNODC, 2010.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/HIV_in_prisons_situation_and_needs_assessment_document.pdf
- *Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men (MSM-RAR).* Geneva, WHO, 2002.
http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/msmrar.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on injecting drug use (IDU-RAR).* Geneva, WHO, 1998.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/IDURARguideEnglish.pdf?ua=1
- *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour (SEX-RAR).* Geneva, WHO, 2002.

http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/686.pdf?ua=1

- *Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people.* Geneva, WHO, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/youngpeoplerar.pdf?ua=1

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ЩО БУЛА ВИКОРИСТАНА ПРИ РОЗРОБЦІ ПРОТОТИПУ НАСТАНОВИ

Визначення ключових термінів

1. *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2014
2. *World AIDS Day Report 2012*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf, accessed 25 February 2014
3. *Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission*. Evidence for Action Technical Papers. Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf, accessed 6 June 2014
4. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014
5. United Nations. *Convention on the Rights of the Child*. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989. <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, accessed 01 May 2014
6. Carroll A. *Testing the waters: LGBT people in the Europe & Eurasia region*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2013.
7. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people*. Minneapolis, MN, USA, World Professional Association for Transgender Health, 2012. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351, accessed 28 April 2014
8. *HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014
9. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014
10. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.

Розділ 1. Вступ

1. *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf, accessed 25 February 2014
2. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014
3. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
4. *World AIDS Day Report 2012*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/jc2434_worldaidsday_results_en.pdf, accessed 25 February 2014
5. Beyrer C et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*, 2012, 380(9839): 367–377. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PNS0140-6736\(12\)60821-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PNS0140-6736(12)60821-6/abstract), accessed 25 February 2014
6. Hladik F, McElrath MJ. Setting the stage: host invasion by HIV. *Nature Reviews Immunology*, 2008, 8(6): 447–457. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587276/pdf/nihms51727.pdf>, accessed 01 May 2014

7. Royce RA et al. Sexual transmission of HIV. *New England Journal of Medicine*, 1997, 336: 1072–1078.
8. Hakim A et al. *HIV prevalence and associated risk factors among MSM: a respondent-driven sampling survey Abidjan, Côte d'Ivoire*. Poster 1021 presented at the 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2013, Atlanta.
9. *Étude sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à Abidjan, Côte d'Ivoire*. Abidjan, Côte d'Ivoire Ministère de la Santé et de la Lutte contre le VIH/sida, 2012.
<http://afridroit.com/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-vih-msmfinale-Etude-SHARMCI-nov12.pdf>, accessed 29 April 2014
10. Johnson C. *Off the map: how HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa*. New York, International Lesbian and Gay Human Rights Commission, 2007.
11. *83 countries where homosexuality is illegal*. Erasing 76 CRIMES, 2014.
<http://76crimes.com/76-countries-where-homosexuality-is-illegal>, accessed 3 March 2014
12. Poteat T et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One*, 2011, 6(12): e28760.
13. Stoicescu G (ed.) *The global state of harm reduction 2012: towards an integrated response*. London, Harm Reduction International, 2012.
14. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651): 1733–1745.
doi:10.1016/S0140-6736(08)61311-2
15. Emmanuel F et al. Second-generation surveillance for HIV/AIDS in Pakistan: results from the 4th round of Integrated Behavior and Biological Survey 2011–2012. *Sexually Transmitted Infections*, 2013, 89: iii23–iii28.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3841725/pdf/sextrans-2013-051161.pdf>, accessed 29 April 2014
16. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf, accessed 10 June 2014
17. Walmsley R. *World prison population list, 7th ed*. London, King's College London, International Centre for Prison Studies, 2007.
<http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/world-prison-pop-seventh.pdf>, accessed 10 June 2014
18. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf, accessed 25 February 2014
19. *Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200)*. Geneva, International Labour Office, 2010.
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_142706.pdf, accessed 25 February 2014
20. *HIV in places of detention: a toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings*. New York, United Nations, 2008.
<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf>, accessed 25 February 2014
21. Pintilei L. *Harm reduction in prisons of Republic of Moldova*. Presentation at HIV/AIDS in Prisons in Ukraine – From Evidence to Action: Prevention and Care, Treatment, and Support, Kyiv18, 1–2 November, 2005.
22. *Legislating for health and human rights: model law on drug use and HIV/AIDS. Module 5: Prisons*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.
<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=872>, accessed 25 February 2014
23. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12: 538–549.
24. Baral S et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and metaanalysis. *Lancet*, 2013, 13: 214–220.
25. Bayer AM et al. «Just getting by»: a cross-sectional study of male sex workers as a key population for HIV/STIs among men who have sex with men in Peru. *Sexually Transmitted Infections*, 2014, 90(3): 223–229.
26. Platt L et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*, 2013, 3(7): e002836.

27. Tran BX et al. HIV infection, risk factors, and preventive services utilization among female sex workers in the Mekong Delta Region of Vietnam. *PLoS One*, 2014, 9(1): e86267.
28. *A background review of the global epidemiology among young people from key populations*. Geneva, Interagency Working Group on Key Populations. Unpublished, 2014.
29. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI*. Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.
30. *Young people and the law in Asia and the Pacific: a review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services*. Bangkok, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2013.
31. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policymakers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014
32. *Consultation on strategic information and HIV prevention among most-at-risk adolescents: consultation report*. New York, United Nations Children's Fund, 2009.
33. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377(9782): 2031–2041.
34. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Bank. *New HIV infections by mode of transmission in West Africa: a multi-country analysis*. Geneva, UNAIDS, 2010.
35. Kerrigan D et al. *The global HIV epidemics among sex workers*. Washington, DC, World Bank, 2013.
36. *HIV in Asia and the Pacific*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
37. Commission on AIDS in Asia. *Redefining AIDS in Asia: crafting an effective response*. New Delhi, Oxford University Press, 2008.
38. Beyrer C et al. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington, DC, World Bank, 2011.
39. *Universal Declaration of Human Rights*. Geneva, United Nations, 1948.
<http://www.un.org/en/documents/udhr/>, accessed 25 February 2014
40. *International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf, accessed 25 February 2014).
41. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, International Covenant on Civil and Political Rights and Optional Protocol to the International Covenant on Civil and Political Rights, A/RES/21/2200*. New York, United Nations General Assembly, 1966.
<http://www.undocuments.net/a21r2200.htm>, accessed 25 February 2014
42. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014
43. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users – an integrated approach*. Evidence for Action Technical Papers. Geneva, World Health Organization, 2008.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014

Розділ 2. Методологія та процес розробки настанови

1. *WHO handbook for guideline development*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, accessed 3 March 2014
2. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014
3. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers).
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014

4. Jürgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infectious Diseases*, 2009, 9(1): 57–66.
5. *Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, accessed 4 March 2014
6. Atkins D et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2004, 328(7454): 1490.
7. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650): 924–926.
8. Andrews JC et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2013, 66(7): 726–735.
9. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4): 401–406.

Розділ 3. Комплексний пакет заходів

1. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597760_eng.pdf?ua=1, accessed 6 June 2014
2. *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 6 June 2014
3. *Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/prisons_prevention/en/, accessed 6 June 2014
4. *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions, Policy Brief*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013.
https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 6 June 2014.
5. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014

Розділ 4. Втручання в секторі охорони здоров'я

1. *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: advisory note*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf, accessed 25 February 2014
2. *Position statement on condoms and HIV prevention*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2004, updated 2009.
http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090318_position_paper_condoms_en.pdf, accessed 25 February 2014
3. *Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach 2011*. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44619/1/9789241501750_eng.pdf, accessed 25 February 2014
4. *Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2013.
5. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva, WHO, 2015.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014
6. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. Geneva, WHO, 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1

7. Goldenberg SM et al. Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4): 969–981.
8. Lyons A et al. Age at first anal sex and HIV/STI vulnerability among gay men in Australia. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88(4): 252–257.
9. Preda M et al. *Research Report on MARA: conducted as part of the project «HIV Prevention in Most-at-Risk Adolescents»*. Bucharest, University of Bucharest Romania Faculty of Sociology and Social Work, United Nations Children's Fund Romania, 2009.
10. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 31 May 2014
11. *Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers). http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595797_eng.pdf, accessed 6 June 2014
12. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014
13. *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions: policy brief*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013 http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 25 February 2014
14. WHO information update: considerations regarding reuse of the female condom. Geneva, World Health Organization, 2002. http://www.who.int/entity/reproductivehealth/topics/rtis/reuse_FC2_info_update.pdf, accessed 25 February 2014
15. Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F First anal intercourse and condom use among men who have sex with men in Switzerland. *Archives of Sexual Behavior*, 2009, 38(6): 1000–1008.
16. Pettifor A et al. Sexual power and HIV risk, South Africa. *Emerging Infectious Disease*, 2004, 10: 1996–2004.
17. *Condom programming for HIV prevention: an operations manual for programme managers*. New York, United Nations Population Fund, 2005. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/condom_prog2.pdf, accessed 25 February 2014
18. Peters A, Jansen W, van Driel F. The female condom: the international denial of a strong potential. *Reproductive Health Matters*, 2010, 18(35): 119–128. [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(10\)35499-1/fulltext](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(10)35499-1/fulltext), accessed 25 February 2014
19. *Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. *Global AIDS response progress reporting 2012: guidelines construction of core indicators for monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
21. United Nations General Assembly. *General Assembly Resolution 65/277 - Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS*. New York, United Nations, 2011.
22. United Nations Economic and Social Council. *United Nations Economic and Social Council Resolution E/2009/L.23: Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS); Adopted 24 July 2009*. New York, United Nations, 2009.
23. *Resolution 53/9: Achieving universal access to prevention, treatment, care and support for drug users and people living with or affected by HIV*. Vienna, Commission on Narcotic Drugs, 2010.
24. *4th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board Geneva, Switzerland 22–24 June 2009: decisions, recommendations and conclusions*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2009.
25. *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 27 February 2014
26. Silva-Santisteban A et al. Understanding the HIV/AIDS epidemic in transgender women of Lima, Peru: results from a sero-epidemiologic study using respondent driven sampling. *AIDS Behavior*, 2012, 16(4): 872–881. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21983694>, accessed 28 February 2014

27. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf, accessed 27 February 2014
28. Agrawal N et al. Silicone-induced granuloma after injection for cosmetic purposes: a rare entity of calcitriol-mediated hypercalcemia. *Case Reports in Medicine*, 2013, 2013: 807292.
29. Ellenbogen R, Rubin L. Injectable fluid silicone therapy. Human morbidity and mortality. *Journal of the American Medical Association*, 1975, 234(3): 308–309.
30. Wilson E et al. The use and correlates of illicit silicone or «fillers» in a population-based sample of transwomen, San Francisco, 2013. *Journal of Sexual Medicine*, 2014, 11(7): 1717–1724.
31. Ball A. *Overview: Policies and Interventions to Stem HIV-1 Epidemics Associated with Injecting Drug Use*. In *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. GV Stimson, DC Des Jarlais, A Ball (Eds). University College London Press, London, 1998.
32. Institute of Medicine of the National Academies. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC, National Academy of Sciences, 2007. http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11731, accessed 28 February 2014
33. Degenhardt L et al. HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376(9737): 285–301. <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673610607428.pdf>, accessed 28 February 2014
34. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41(6–7): 777–813. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167>, accessed 28 February 2014
35. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action Technical Papers). http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 28 February 2014
36. *Policy brief: reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use). http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.05.pdf, accessed 28 February 2014
37. Palmateer N et al. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*, 2010, 105(5): 844–859.
38. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75357/1/9789241504041_eng.pdf, accessed 25 February 2014
39. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *The Journal of Infectious Diseases*, 2011, 204(1): 74–83.
40. Hagan H et al. An interview study of participants in the Tacoma, Washington, syringe exchange. *Addiction*, 1993, 88(12): 1691–1697.
41. National Research Council. *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC, The National Academies Press, 2006.
42. Schechter MT et al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users? An investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS*, 1999, 13(6):F45–51.
43. Watters JK et al. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 271(2): 115–120.
44. *Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*. Geneva, World Health Organization, 2004 (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use). http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HIV_2004.03.pdf?ua=1, accessed 28 February 2014
45. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 27 February 2014
46. *HIV prevention in generalized epidemics: optimal interventions for Global Fund applications: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502467_eng.pdf, accessed 27 February 2014

47. Gowing L et al. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, 2: CD004145.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425898>, accessed 28 February 2014
48. *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2004.
<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-drug/en/>, accessed 28 February 2014
49. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva, World Health Organization, 2009.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf, accessed 27 February 2014
50. Ward J, Mattick RP, Hall W (eds.) *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Sydney, Harwood Academic Publishers, 1998.
<http://www.drugsandalcohol.ie/3767>, accessed 28 February 2014
51. Heimer R et al. Structural interventions to improve opiate maintenance. *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13(2): 103–111.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395902000099>, accessed 28 February 2014
52. Lawrinson P et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 2008, 103: 1484–1492.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2008.02249.x/abstract>, accessed 28 February 2014
53. Spire B, Lucas GM, Carrieri MP. Adherence to HIV treatment among IDUs and the role of opioid substitution treatment (OST). *International Journal of Drug Policy*, 2007, 18(4) 262–270.
<https://www.plhivpreventionresources.org/index.cfm?action=main.abstract&id=1460>, accessed 28 February 2014
54. Hall W. Methadone Maintenance Treatment as a Crime Control Measure. *Crime and Justice Bulletin*, 1996, Contemporary Issues in Crime and Justice, 29.
<http://www.bocsar.nsw.gov.au/agdbasev7wr/bocsar/documents/pdf/cjb29.pdf>, accessed 28 February 2014.
55. Tenore P. Psychotherapeutic benefits of opioid agonist therapy. *Journal of Addictive Diseases*, 2008, 27: 49–65.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18956529>, accessed 28 February 2014
56. Hendrée JE et al. The effectiveness of incentives in enhancing treatment attendance and drug abstinence in methadone-maintained pregnant women. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 61(3): 297–306.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871600001526>, accessed 28 February 2014
57. Herget G. Methadone and buprenorphine added to the WHO list of essential medicines. *HIV/AIDS Policy & Law Review*, 2005, 10(3): 23–24.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16544403>, accessed 28 February 2014
58. *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 2014.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/, accessed 11 March 2014
59. *Rolling out of opioid substitution treatment (OST) in Tihar prisons, India: scientific report*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2013.
60. Degenhardt L et al. What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010-2012? A review of the six highest burden countries. *International Journal of Drug Policy*, 2014, 25: 53–60.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095539591300128X>, accessed 27 February 2014
61. *Evidence for action: effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2005.
http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf, accessed 27 February 2014
62. Farrell M et al. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1): S67–S75.
http://www.researchgate.net/publication/228339212_Effectiveness_of_drug_dependence_treatment_in_HIV_prevention, accessed 27 February 2014
63. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 59(1): 17–31.
http://www.researchgate.net/publication/12608715_Drug_abuse_treatment_as_an_HIV_prevention_strategy_a_review/file/9fcfd50c6233394473.pdf, accessed 27 February 2014

64. *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach.* Geneva, World Health Organization, 2008 (Evidence for Action Technical Papers). http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf, accessed 25 February 2014
65. *Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs.- Consolidated guidelines.* Geneva, WHO, 2016. http://www.who.int/tb/publications/integrating-collaborative-tb-and-hiv_services_for_pwid/en/
66. *UN joint statement: compulsory detention and rehabilitation centres.* Geneva, United Nations, 2012. http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014
67. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 2012, 379(9810): 55–70.
68. *WHO model list of essential medicines, 18th list, April 2013.* Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf, accessed 28 February 2014
69. Sawyer SM et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 2012, 379(9826): 1630–1640.
70. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions.* Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014
71. *Guidance brief: HIV interventions for most-at-risk young people.* New York, Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, 2007.
72. Interagency Youth Working Group. *Young people most at risk of HIV: a meeting report and discussion paper from the Interagency Youth Working Group, United States Agency for International Development, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People, and FHI.* Research Triangle Park, NC, USA, FHI, 2010.
73. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects.* Geneva, World Health Organization, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf, accessed 27 February 2014
74. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.* Geneva, WHO, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf
75. *Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children.* WHO, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145719/1/9789241508193_eng.pdf?ua=1&ua=1
76. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines,* Geneva, World Health Organization, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, accessed 27 February 2014
77. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. *PLoS Med*, 2005, 2(11): e298.
78. Bailey R et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2007, 369: 643–656.
79. Gray R et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*, 2007, 369: 657–666.
80. *Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: research implications for policy and programming.* Geneva, World Health Organization, 2007. http://libdoc.who.int/publications/2007/9789241595988_eng.pdf, accessed 27 February 2014
81. Gray R et al. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a posttrial follow-up study. *AIDS*, 2012, 26(5): 609–615.
82. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers.* Geneva, World Health Organization, 2013.
83. Lum PJ, Ochoa KC, Moss AR. Hepatitis B virus immunization among young injection drug users in San Francisco, Calif: the UFO Study. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(6): 919–923.

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447870/>, accessed 27 February 2014
84. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTC policy framework*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf, accessed 27 February 2014
 85. Hall AJ et al. Hepatitis B vaccination: protection for how long and against what? *British Medical Journal*, 1993, 307(6899): 276–277.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1678572/pdf/bmj00032-0006.pdf>, accessed 27 February 2014
 86. *Joint statement on scaling up voluntary community-based HIV testing and counselling for key populations in Asia and the Pacific*. Bangkok, Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, Asian Network of People who Use Drugs, Coalition of Asia Pacific Regional Networks on HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization, Asia Pacific Network of Sex Workers, Asia Pacific Coalition of Male Sexual Health, and United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2013.
http://www.wpro.who.int/hiv/Joint_Statement_on_scaling_up_community_based_testing_in_AP.pdf, accessed 22 May 2014
 87. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva, World Health Organization, 2007.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf, accessed 27 February 2014
 88. *Consolidated guidelines on HIV testing services*. Geneva, WHO, 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
 89. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf, accessed 27 February 2014
 90. *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings, technical paper*. New York, United Nations, 2009.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf, accessed 27 February 2014
 91. *Handbook for improving HIV testing and counselling services: field-test version*. Geneva, World Health Organization, 2010.
 92. *Report on the first international symposium on self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of HIV self-testing scale-up*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85267/1/9789241505628_eng.pdf, accessed 4 June 2014
 93. Braunstein SL et al. HIV diagnosis, linkage to HIV care, and HIV risk behaviors among newly diagnosed HIV-positive female sex workers in Kigali, Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 57(4): e70–76.
 94. Chakrapani V et al. Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India. *AIDS Care*, 2014, 26(7): 835–841.
 95. Buckingham E, Schrage E, Cournos F. Why the treatment of mental disorders is an important component of HIV prevention among people who inject drugs. *Advances in Preventive Medicine*, 2013.
 96. Wouters E et al. Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review. *BMC Health Services Research*, 2012, 12: 194.
 97. Milloy MJ, Montaner J, Wood E. Barriers to HIV treatment among people use injection drugs: implications for «treatment as prevention». *Current Opinion in HIV/AIDS*, 2012, 7(4): 332–338.
 98. Shastri S et al. The journey to antiretroviral therapy in Karnataka, India: who was lost on the road? *Journal of the International AIDS Society*, 2013, 16(1): 18502.
 99. Mtetwa S et al. You are wasting our drugs: health service barriers to HIV treatment for sex workers in Zimbabwe. *BMC Public Health*, 2013, 13: 698.
 100. Govindasamy D et al. Linkage to HIV care from a mobile testing unit in South Africa by different CD4 count strata. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 58(3): 344–352.
 101. Roberson DW, White BL. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy for HIV infected female inmates. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2009, 20(1): 50–61.
 102. Small W et al. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care*, 2009, 21(6): 708–714.

103. Shalihu N et al. Namibian prisoners describe barriers to HIV antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care*, 2014, 26(8): 968–975.
104. Catz SL et al. Prevention needs of HIV-positive men and women awaiting release from prison. *AIDS Behaviour*, 2011, 16(1): 108–120.
105. Fontana L, Beckerman A. Recently released with HIV/AIDS: primary care treatment needs and experiences. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2007, 18(3): 699–714.
106. Wohl DA et al. Intensive case management before and after prison release is no more effective than comprehensive pre-release discharge planning in linking HIV-infected prisoners to care: a randomized trial. *AIDS Behavior*, 2011, 15(2): 356–364.
107. Nunn A, Cornwall A et al. Linking HIV-positive jail inmates to treatment, care, and social services after release: results from a qualitative assessment of the COMPASS program. *Journal of Urban Health*, 2010, 87(6): 954–968.
108. Zaller ND et al. Linkage to treatment and supportive services among HIV-positive ex-offenders in Project Bridge. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(2): 522–531.
109. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*, 2010, 376(9738): 355–366.
110. *IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV: participants manual and facilitator guide*. Geneva, World Health Organization, 2010.
111. *Adolescent HIV care and treatment: a training curriculum for health workers*. New York, International Center for AIDS Care and Treatment Programs, 2012.
112. *Toolkit for transition of care and other services for adolescents living with HIV*. Arlington, VA, USA, AIDSTAR-One, 2013.
113. *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. Geneva, World Health Organization, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, accessed 9 June 2014
114. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, 4th ed*. Geneva, World Health Organization, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf, accessed 27 February 2014
115. Benhamou Y et al. Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients. *Hepatology*, 1999, 30: 1054–1058.
116. *Medical eligibility criteria for contraceptive use (4th ed.)* Geneva, World Health Organization, 2010.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf, accessed 27 February 2014
117. *HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific: joint regional technical brief*. Geneva, World Health Organization, 2014.
<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>, accessed 22 May 2014
118. *Global tuberculosis report 2013*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf, accessed 28 February 2014
119. *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households*. Geneva, World Health Organization, 2009.
120. Mathers BM et al. Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372(9651): 1733–1745.
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608613112/abstract?isEOP=true>, accessed 25 February 2014
121. van den Hof S et al. Converging risk factors but no association between HIV infection and multidrug-resistant tuberculosis in Kazakhstan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2013, 17(4): 526–531.
122. Akksilp S et al. Multi-drug resistant TB and HIV in Thailand: overlapping, but not independently associated risk factors. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 2009, 40(6): 1264.
123. Sterling et al. A multi-state outbreak of tuberculosis among members of a highly mobile social network: implications for tuberculosis elimination. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 11(9): 1066–1073.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092720>, access 6 June 2014

124. Palmero D et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak among transvestite sex workers, Buenos Aires, Argentina. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005, 9(10): 1168–1170.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16229230>, access 6 June 2014
125. Lönnroth K et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Social Science & Medicine*, 2009, 68(12): 2240–2246.
doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.041 Epub 2009 Apr 23.
126. Levy MH, Reyes H, Coninx R. Overwhelming consumption in prisons: human rights and tuberculosis control. *Health and Human Rights*, 1999, 4: 166–191.
127. Dara M et al. *Guidelines for control of tuberculosis in prisons*. Washington, DC, United States Agency for International Development, 2009.
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf, accessed 6 June 2014
128. Conover C et al. Outbreak of multidrug-resistant tuberculosis at a methadone treatment program. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5: 59–64.
129. Tan de Bibiana J et al. Tuberculosis and homelessness in Montreal: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 2011, 11: 833.
doi: 10.1186/1471-2458-11-833
130. *WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households*. Geneva, World Health Organization, 2009.
http://www.who.int/tb/publications/2009/infection_control/en/, accessed 6 June 2014
131. *Guidelines for intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource constrained settings*. Geneva, World Health Organization, 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf, accessed 28 February 2014
132. *WHO Policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/, accessed 22 May 2014
133. *Antiretroviral treatment as prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update*. Geneva, World Health Organization, 2012.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.12_eng.pdf, accessed 27 February 2014
134. Rangaka MX et al. Isoniazid plus antiretroviral therapy to prevent tuberculosis: a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2014, 384(9944): 682–690.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60162-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60162-8/abstract), accessed 6 June 2014
135. *Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF system for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children: policy update*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112472/1/9789241506335_eng.pdf, accessed 28 February 2014
136. McCance-Katz E et al. Rifampin, but not rifabutin, may produce opiate withdrawal in buprenorphine-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118(2–3): 326–334.
137. *Protocol 4. Management of tuberculosis and HIV coinfection, 2013 revision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
138. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 55: S37–S42.
139. Nelson PK et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 2011, 378(9791): 571–583.
140. Larney S et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*, 2013, 58(4): 1215–1224.
141. Weinbaum C et al. Prevention and control of infections with hepatitis viruses in correctional settings. Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(RR-1): 1–36.
142. Semaille C et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus among French prison inmates in 2010: a challenge for public health policy. *Euro Surveill*, 2013, 18(28): pii20524.
143. Adjei AA et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, hepatitis C virus and syphilis among prison inmates and officers at Nsawam and Accra, Ghana. *Journal of Medical Microbiology*, 2006, 55(Pt 5): 593–597.

144. Barros LA et al. Epidemiology of the viral hepatitis B and C in female prisoners of Metropolitan Regional Prison Complex in the State of Goiás, Central Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2013, 46(1): 24–29.
145. Deng LP et al. Impact of human immunodeficiency virus infection on the course of hepatitis C virus infection: a meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology*, 2009, 15: 996–1003.
146. Des Jarlais DC, Fisher DG, Perlman D. Providing hepatitis B vaccination to injection drug users: referral to health clinics vs. on-site vaccination at a syringe exchange program. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(11): 1791–1792.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446878/>, accessed 27 February 2014
147. Des Jarlais DC, Semaan S. Interventions to reduce the sexual risk behaviour of injecting drug users. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1): S58–S66.
<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/article/PIIS0955395905000794/abstract>, accessed 27 February 2014
148. Rockstroh J et al. *Increases in acute hepatitis C (HCV) incidence across Europe: which regions and patient groups are affected?* Paper presented at the 11th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection (HIV11), Glasgow, 11–15 November 2012, abstract O242.
149. *Immunization, vaccines and biologicals. IVB document centre*. Geneva, World Health Organization, 2014.
<http://www.who.int/immunization/documents/en/>, accessed 22 May 2014
150. *WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2013 global summary*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary, accessed 22 May 2014
151. Pineda JA et al. HIV coinfection shortens the survival of patients with hepatitis C virus-related decompensated cirrhosis. *Hepatology*, 2005, 41: 779–789.
152. *Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection*. Geneva, WHO, 2014.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf, accessed 2 June 2014
153. Walsh N et al. The silent epidemic: responding to viral hepatitis among people who inject drugs. In: Cook C (ed.) *Global state of harm reduction 2010*. London, International Harm Reduction Association, 2011.
http://www.ihra.net/files/2010/06/15/Chapter_3.1Web_pdf, accessed 28 February 2014
154. Kuo I et al. Hepatitis B virus infection and vaccination among young injection and non-injection drug users: missed opportunities to prevent infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 73(1): 69–78.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687961>, accessed 27 February 2014
155. Topp L et al. A randomised controlled trial of financial incentives to increase hepatitis B vaccination completion among people who inject drugs in Australia. *Preventive Medicine*, 2013, 57(4): 297–303.
156. Joska JA et al. Severe mental illness and retention in anti-retroviral care: a retrospective study. *AIDS Behavior*, 2014, 18(8): 1492–1500.
157. *Global health estimates 2013 summary tables: DALYs, YLLs and YLDs by cause, age and sex by WHO regional group and World Bank income classification, 2000–2012 (provisional estimates)*. Geneva, World Health Organization, 2014.
158. Ivers LC et al. HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity. *Clinical Infectious Diseases*, 2009, 49: 1096–1102.
<http://cid.oxfordjournals.org/content/49/7/1096.full.pdf>, accessed 27 February 2014
159. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75(1): 3.
<http://sti.bmj.com/content/75/1/3.long>, accessed 27 February 2014
160. *Sexually transmitted and other reproductive tract infections*. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>, accessed 27 February 2014).
161. Donoghoe MC. Sex, HIV and the injecting drug user. *Addiction*, 1992, 87: 405–416.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1992.tb01941.x/abstract>, accessed 27 February 2014
162. Polis CB, Curtis KM. Use of hormonal contraceptives and HIV acquisition in women: a systematic review of the epidemiological evidence. *Lancet Infectious Diseases*, 2013, 13(9): 797–808.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23871397>, accessed 27 February 2014
163. La Vigne NG et al. Preventing violence and sexual assault in jail: a situational crime prevention approach. Justice Policy Center Brief, 2011.

164. Yap L et al. The decline in sexual assaults in men's prisons in New South Wales: a systems approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 2011, 26(15): 3157–3181.
165. Ravi A, Blankenship KM, Altice FL. The association between history of violence and HIV risk: a cross-sectional study of HIV-negative incarcerated women in Connecticut. *Women's Health Issues*, 2007, 17(4): 210–216.
166. Kerbs JJ, Jolley JM. Inmate-on-inmate victimization among older male prisoners. *Crime and Delinquency*, 2007, 31(5): 385–393.
167. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services Guidance and recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2014.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/, accessed 22 May 2014
168. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed.* Geneva, World Health Organization, 2012.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/, accessed 22 May 2014
169. De Vuyst H et al. HIV, human papillomavirus, and cervical neoplasia and cancer in the era of highly active antiretroviral therapy. *European Journal of Cancer Prevention*, 2008, 17: 545–554.
170. Denny L et al. Human papillomavirus infection and cervical disease in human immunodeficiency virus-1-infected women. *Obstetrics and Gynecology*, 2008, 111: 1380–1387.
171. Firmhaber C et al. Association between cervical dysplasia and human papillomavirus in HIV seropositive women from Johannesburg South Africa. *Cancer Causes & Control*, 2010, 21: 433–443.
172. *WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94830/1/9789241548694_eng.pdf, accessed 27 February 2014
173. *Comprehensive cervical cancer prevention and control – a healthier future for girls and women: WHO guidance note*. Geneva, World Health Organization, 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/index.html>, accessed 7 March 2014
174. Grulich AE et al. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*, 2007, 370(9581): 59–67.

Розділ 5. Вирішальні передумови

1. *Improving access of key populations to comprehensive HIV health services: towards a Caribbean consensus*. Washington, DC, Pan-American Health Organization, 2011.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23644&Itemid, accessed 22 May 2014
2. *Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment*. New York, United Nations Development Programme, 2011.
http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_ENG.pdf, accessed 2 July 2014
3. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf, accessed 29 May 2014
4. *Tool for setting and monitoring targets for prevention, treatment and care for HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men, sex workers and transgender people*. Geneva, World Health Organization, 2014.
5. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2013.
6. *HIV and prisons in sub-Saharan Africa: opportunities for action*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2007.
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf, accessed 22 May 2014
7. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013.

- http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014
8. *Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health.* New York, United Nations Development Programme, 2012.
 9. *Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note.* Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.
 10. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach.* Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, accessed 25 February 2014
 11. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people.* Geneva, World Health Organization, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/, accessed 02 May 2014
 12. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons.* Geneva, World Health Organization, 2007 (Evidence for Action Technical Papers). http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596190_eng.pdf?ua=1, accessed 23 May 2014
 13. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* Geneva, World Health Organization, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/, accessed 22 May 2014
 14. *UN Joint Statement Compulsory detention and rehabilitation centres.* Geneva, United Nations, 2012. http://www.who.int/hiv/topics/idu/joint_statement_20120308.pdf, accessed 22 May 2014
 15. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations.* Geneva, World Health Organization, 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua, accessed 22 May 2014
 16. Rosmarin A, Eastwood N. *A quiet revolution: drug decriminalisation policies in practice across the globe.* London, Release, 2012.
 17. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 2010, 50(6): 999–1022.
 18. *Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive Sexuality Education.* New York, United Nations Population Fund, 2013. <http://www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483>, accessed 11 March 2014
 19. *Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to Justice in national HIV responses.* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012.pdf, accessed 22 May 2014
 20. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions.* Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014
 21. Brou H et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programme, Abidjan. *PloS Medicine*, 2007, 4(12): e342.
 22. Bwirire LD et al Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in Rural Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2008, 102(12): 1195–1200.
 23. *HIV-related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine.* Copenhagen, HIV in Europe, 2011.
 24. Karim QA et al. The influence of AIDS stigma and discrimination and social cohesion on HIV testing and willingness to disclose HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Global Public Health*, 2008, 3(4): 351–365.
 25. Stangl A et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *Journal of the International AIDS Society*, 2013.
 26. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 2013, 84: 22–29.
 27. Roberts TK, Fantz CR. Barriers to quality health care for the transgender population. *Clinical Biochemistry*, 2014, 47(10–11): 983–987.
 28. Katz IT et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 2014, 16(3 Suppl 2): 18640.

29. *Policy brief: key populations, key solutions: a gap analysis and recommendations for key populations and HIV in South Africa*. Pretoria, South African National AIDS Council, 2011.
http://www.sanac.org.za/resources/doc_download/40-sanac-kay-population-policy-brief, accessed 3 June 2014
30. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, 12(7): 538–549.
31. Harcourt D et al. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81(3): 201–206.
32. Potts E. *Accountability and the right to the highest standard of health*. Colchester, University of Essex Human Rights Centre, 2008.
33. *Peer education toolkit*. New York, United Nations Population Fund, 2006.
<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/360>, accessed 22 May 2014
34. UNAIDS Inter-Agency Task Team on HIV and Young People. *Global guidance briefs on community based: HIV interventions for young people*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2008.
<https://www.unfpa.org/webdav/site/global/groups/youth/public/EN-GlobalGuidance-kit.pdf>, accessed 22 May 2014
35. *GIYPA guidebook: supporting organisations and networks to scale up the meaningful involvement of young people living with HIV*. Amsterdam, Global Network for and by People Living with HIV, 2012.
36. Gardsbane D. *Gender-based violence and HIV*. Arlington, VA, USA, United States Agency for International Development, 2010.
37. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/, accessed 23 May 2014
38. Pack AP et al. Intimate partner violence against female sex workers in Mombasa, Kenya. *Culture, health & sexuality*, 2013, 1–14.
39. Wechsberg WM et al. *Drugs, sex, gender-based violence, and the intersection of the HIV/AIDS epidemic with vulnerable women in South Africa*. Research Triangle Park, NC, USA, RTI Press, 2010.
40. *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 22 May 2014
41. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, Argento E, Shannon K. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *American Journal of Public Health*, 2014, 104(5): e42–54.)
42. Schwitters A et al. Prevalence of Rape and Client-Initiated Gender-Based Violence Among Female Sex Workers: Kampala, Uganda, 2012. *AIDS Behavior*, 2015, 19(01): S68–S76.
43. Supervie V, Halima Y, Blower S. Assessing the impact of mass rape on the incidence of HIV in conflict-affected countries. *AIDS*, 2010, 24: 2841–2847.
44. *Young men who have sex with men: health, access & HIV. Data from the 2012 global men's health & rights (GMHR) survey*. Oakland, CA, The Global Forum on MSM and HIV (MSMSGF), 2013.
http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/Publications/MSMGF_YMSM_PolicyBrief.pdf, accessed 22 May 2014
45. Hladik W et al. HIV infection among men who have sex with men in Kampala, Uganda—a respondent driven sampling survey. *PLoS One*, 2012, 7(5): e38143.
doi:10.1371/journal.pone.0038143
46. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, World Health Organization, 2013.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>, accessed 22 May 2014
47. *Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note*. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2014.

Розділ 6. Надання послуг

1. *Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2013.
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf, accessed 25 February 2014
2. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers*. Geneva, World Health Organization, 2013.

- http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014
3. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596275_eng.pdf, accessed 14 June 2014
 4. *Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa*. Geneva, World Health Organization, 2011. <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/acquired-immune-deficiencysyndrome/features/2880-preventing-hiv-in-sex-work-settings-in-sub-saharan-africa.html>, accessed 4 June 2014
 5. *MENAHRA: The Middle East and North Africa Harm Reduction Association best practices in strengthening civil society's role in delivering harm reduction services*. Cairo, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012. http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_879.pdf, accessed 4 June 2014
 6. *How to improve opioid substitution therapy implementation*. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 2014. <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/communicable-diseases/hivaids/publications/2014/how-to-improve-opioid-substitutiontherapy-implementation>, accessed 4 June 2014
 7. *Improving access of key populations to comprehensive HIV health services*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2011. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20106&Itemid=, accessed 4 June 2014
 8. *Blueprint for the provision of comprehensive care to gay men and other men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2010. <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20ENGLISH.pdf>, accessed 4 June 2014
 9. *Management of common health problems of drug users*. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2009. <http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290222927/en/>, accessed 4 June 2014
 10. *Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region*. New Delhi, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2010. <http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290614630/en/>, accessed 4 June 2014
 11. *Joint technical brief: HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific*. Manila, World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2013. <http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>, accessed 4 June 2014
 12. *The time has come: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific*. Bangkok, United Nations Development Programme, Asia-Pacific Regional Centre, 2013. <http://www.wpro.who.int/hiv/documents/timehascome/en/>, accessed 4 June 2014
 13. *Regional Assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific*. Manila, World Health organization, Regional Office for the Western Pacific, 2013. <http://www.wpro.who.int/hiv/documents/regionalassesmentTG/en/>, access 4 June 2014
 14. *Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions*. Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, accessed 23 May 2014
 15. *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers*. Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, accessed 25 February 2014
 16. United Nations. *Convention on the Rights of the Child*. Geneva, United Nations General Assembly, 20 November 1989. <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>, accessed 01 May 2014

Розділ 7. Розвиваючи відповідь на ВІЛ: процес прийняття рішень, планування та моніторингу

1. Jürgens R. «*Nothing about us without us*» – greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imperative. Ontario, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005.
2. *The human rights costing tool (HRCT): a tool to cost programs to reduce stigma and discrimination and increase access to justice*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm, accessed 23 May 2014

3. *The user guide for the HIV-related human rights costing tool: costing programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in the context of HIV*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2012.
www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf, accessed 23 May 2014

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ, ЩО БУЛА ВИКОРИСТАНА В ПРОЦЕСІ АДАПТАЦІЇ КЛІНІЧНОЇ НАСТАНОВИ

1. Вивчення механізмів забезпечення життєздатності профілактичних заходів щодо ВІЛ/СНІД для груп підвищеного ризику з огляду на очікуване скорочення міжнародної фінансової допомоги в Україні. Аналітичний звіт. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2015.
2. Методичні рекомендації для представників ВІЛ-сервісних НУО та державних структур. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2015.
3. Нормативно-правовий огляд щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та доступу підлітків, зокрема з груп ризику, до медико-соціальних послуг. Аналітичний звіт. В.М. Стешенко, О.М. Балакірева та ін. (ред.). Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, Київ, 2013.