

**РЕКОМЕНДАЦИИ**  
ПО ОРГАНИЗАЦИИ  
ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАЛЫХ  
НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ,  
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИЧЕСКИЕ  
ВЕЩЕСТВА

*(на примере  
Ленинградской области)*



гуманитарное  
действие



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Словарь сокращений и терминов</b> .....	<b>5</b>
<b>Введение</b> .....	<b>6</b>
<b>Глава 1. Программы профилактики ВИЧ-инфекции в малых населенных пунктах (сельской местности)</b> .....	<b>8</b>
Роль программ профилактики ВИЧ-инфекции .....	8
Различия в организации услуг по профилактике ВИЧ-инфекции в городских и сельских районах .....	10
Сложности в организации программ профилактики в сельской местности .....	12
Примеры программ профилактики ВИЧ-инфекции в сельской местности .....	18
<b>Глава 2. Организация программы профилактики ВИЧ-инфекции в сельской местности (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)</b> .....	<b>23</b>
Система оказания профилактических услуг в программе профилактики .....	23
Особенности ключевой группы ЛУН в Ленинградской области .....	27
Необходимые ресурсы для организации работы .....	28
Особенности работы с командой программы профилактики .....	31
Сбор и анализ данных о работе программы профилактики .....	33
<b>Глава 3. Низкопороговая помощь в программе профилактики ВИЧ в сельской местности (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)</b> .....	<b>34</b>
Особенности оказания низкопороговых услуг в сельской местности .....	34
Привлечение клиентов в пункт низкопороговой помощи .....	38
Сложности в оказании низкопороговых услуг и удержание клиентов в программе .....	39
<b>Глава 4. Медико-социальное сопровождение в сельской местности (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)</b> .....	<b>41</b>
Особенности оказания услуг сопровождения в сельской местности .....	41
Привлечение клиентов в сопровождение .....	45
Сложности в оказании услуг сопровождения и удержание на сопровождении.....	46
Работа по формированию приверженности лечению .....	48
<b>Глава 5. Особенности оказания медицинской помощи ключевым группам населения в сельской местности (на примере Ленинградской области)</b> .....	<b>50</b>
Барьеры в доступе к лечению ВИЧ-инфекции в сельской местности .....	50
Методы увеличения доведения ключевых групп до лечения и удержания их в нем .....	53
Взаимодействие государственных учреждений и НКО .....	55
<b>Заключение</b> .....	<b>58</b>
<b>Список источников</b> .....	<b>59</b>
<b>Приложение</b> .....	<b>61</b>

## **АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ**

Антонова Дарья Владимировна – кандидат психологических наук, координатор по работе с региональными программами профилактики ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербургском благотворительном фонде «Гуманитарное действие», независимый исследователь.

### **Рецензенты**

1. Шаболтас Алла Вадимовна – доктор психологических наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет.
2. Лиознов Дмитрий Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «НИИ гриппа им. А.А. Смородинцева» Министерства здравоохранения РФ, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

### **Редакторы**

1. Скочиллов Роман Владимирович – кандидат социологических наук, доцент, специалист по мониторингу и оценке Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие».
2. Куликова Ирина Михайловна – координатор программы профилактики ВИЧ-инфекции в Ленинградской области Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие».
3. Кучумова Дарья Игоревна – психолог-консультант пункта профилактики ВИЧ-инфекции в Ленинградской области Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие».

### **Благодарности**

Подготовка данных рекомендаций была бы невозможна без всесторонней поддержки руководства ГБУЗ Ленинградской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и его специалистов, без активного участия команды пункта профилактики ВИЧ-инфекции в Ленинградской области Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие», специалистов службы сопровождения и координаторов фонда, без вдумчивой обратной связи от рецензентов и без кропотливой работы редакторов.

## СЛОВАРЬ СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

АРТ – антиретровирусная терапия

БФ ГД – Санкт-Петербургский благотворительный фонд «Гуманитарное действие»

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВН – вирусная нагрузка

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ

ЛУН – люди, употребляющие наркотики

НКО – некоммерческая организация

НПВ – новые психоактивные вещества

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

Центр СПИД – Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

ЭБД «ГД» – электронная база данных «Гуманитарное действие»

UNAIDS – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД

*Веб-аутрич-работа (веб-аутрич)* – метод установления контакта, консультирования, вовлечения и удержания представителей ключевых групп в программах профилактики посредством веб-сайтов, социальных сетей, мессенджеров, специализированных форумов, включая Даркнет-площадки<sup>1</sup>.

*Каскад лечения ВИЧ* – последовательность событий, произошедших с ВИЧ-положительным человеком, находящимся на лечении, до момента подавления его вирусной нагрузки до неподдающихся обнаружению уровней.

*Ключевые группы населения* – группы, которые играют ключевую роль как в развитии эпидемии, так и в ответных мерах; это группы людей, которые из-за определенных поведенческих особенностей подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ<sup>2</sup>.

*Партнерская сеть* — совокупность организаций, которые предоставляют клиентам необходимые им социальные, медицинские и прочие услуги.

*Равный консультант* — человек, живущий с ВИЧ и/или употребляющий наркотики (или имеющий опыт употребления в прошлом), и прошедший дополнительную подготовку по оказанию помощи представителям ключевых и уязвимых групп<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Recommendations: «Web-Outreach for People Who Use Drugs». United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Eastern Europe: Regional Program Office of the United Nations Office on Drugs and Crime for Eastern Europe. 2021. 38 p.

<sup>2</sup> Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. 2015. 72 с.

[https://afif.tj/images/files/pdf/rukovodstvo\\_yuneyds\\_po\\_terminologii.pdf](https://afif.tj/images/files/pdf/rukovodstvo_yuneyds_po_terminologii.pdf)

<sup>3</sup> Рекомендации по организации работы службы социального сопровождения (кейс-менеджмента) людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики. СПб БФ «Гуманитарное действие». СПб, 2021. 56 с.

## ВВЕДЕНИЕ

Программы профилактики ВИЧ-инфекции (далее – ВИЧ) широко распространены в мире. При этом условия реализации таких программ в разных странах и даже в разных регионах одной страны могут значительно отличаться. Профилактическая работа в крупном мегаполисе предполагает прикладывание потенциально меньших усилий для широкого охвата профилактическими услугами всех ключевых групп населения. В ситуации же работы в малых городах, или когда населенные пункты являются небольшими и при этом они разбросаны на большом пространстве, одной организации зачастую невозможно охватить всю территорию определенной области. Требуется слишком много усилий для того, чтобы найти точки выхода на ключевые группы, чтобы заслужить доверие потенциальных клиентов программ профилактики, и чтобы они перестали бояться осуждения и стигмы, привычно присутствующей в обществе, чтобы выстроить взаимодействие с профильными государственными учреждениями, которые оказывают помощь людям. И кроме того, требуются большие финансовые и человеческие ресурсы для того, чтобы выстроить комплексную и системную работу по профилактике ВИЧ в таких условиях.

Данные рекомендации основаны на опыте отечественных и иностранных организаций, реализующих программы профилактики ВИЧ в малых населенных пунктах (сельской местности) - в них собраны примеры успешных программ профилактики ВИЧ и других социально значимых заболеваний, созданных в разных странах и в разных регионах России. Этот материал представлен в главе 1. Кроме того, руководство обобщает и систематизирует опыт работы Санкт-Петербургского благотворительного фонда «Гуманитарное действие» (далее – БФ ГД). В нем представлены особенности организации программы профилактики ВИЧ в сельской местности, особенности оказания низкопороговых услуг и услуг медико-социального сопровождения. Этим вопросам посвящены главы 2-4. Отдельное внимание уделялось особенностям взаимодействия с профильными государственными учреждениями при доведении представителей ключевых групп населения с выявленным положительным ВИЧ-статусом до лечения, а также барьерам в доступе к лечению ВИЧ в сельской местности и методам их совместного преодоления. Этим вопросам посвящена глава 5.

При создании данных рекомендаций осуществлялось изучение иностранной и отечественной литературы о программах профилактики ВИЧ и других социально значимых заболеваний в малых населенных пунктах (сельской местности). Помимо этого, осуществлялся анализ текстов глубинного интервью, проведенных с сотрудниками профильных государственных организаций в Ленинградской области,

сотрудниками пункта профилактики БФ ГД в Ленинградской области и клиентами из ключевых групп, посещающих этот пункт, со специалистами службы сопровождения и координаторами фонда.

Рекомендации разработаны для использования сотрудниками профильных государственных и некоммерческих организаций (далее – НКО), занимающихся профилактикой и лечением ВИЧ и других социально значимых заболеваний в малых населенных пунктах (сельской местности) среди представителей ключевых групп населения, в частности людей, употребляющих наркотики (далее – ЛУН). Надеемся, что руководство поможет увеличить эффективность существующих программ профилактики ВИЧ, а также может быть полезным для НКО, которые только собираются организовать программу профилактики ВИЧ в сельской местности.

## **ГЛАВА 1. ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАЛЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ (СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ)**

В данной главе будет представлен успешный опыт реализации программ профилактики ВИЧ и других социально значимых заболеваний среди ключевых групп населения в разных странах и в разных регионах России.

### **Роль программ профилактики ВИЧ-инфекции**

Концепция непрерывности вмешательств, связанных с профилактикой ВИЧ, стала стандартной для борьбы с эпидемией ВИЧ. Эта концепция лежит в основе целей Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД (далее – UNAIDS) и Каскада лечения ВИЧ [20]. Помимо этого, данная концепция является важнейшим инструментом достижения Целей устойчивого развития, которые были приняты странами-членами ООН до 2030 года и которые нацелены на улучшение благосостояния населения, в частности профилактику и лечение ВИЧ (Цель 3: хорошее здоровье и благополучие<sup>4</sup>).

Непрерывность вмешательств, связанных с профилактикой ВИЧ, во многих странах (в первую очередь, с низким уровнем дохода населения) обеспечивается благодаря значительной поддержке НКО. Деятельность НКО, таким образом имеет ключевое значение в борьбе с эпидемией ВИЧ в мире.

Такие вмешательства выполняют важнейшие функции – предотвращение появления новых случаев заражения ВИЧ и доведение до лечения тех людей, которые уже имеют положительный ВИЧ-статус, то есть людей, живущих с ВИЧ (далее – ЛЖВ). Особенно важным является тот факт, что в программах профилактики ВИЧ особый упор ставится на работу с ключевыми, и как правило труднодоступными для государственных учреждений групп населения. Без поддержки НКО такая работа является трудноосуществимой. Усилия НКО при этом направлены на поиск представителей ключевых групп населения, предоставление им первичной информации о ВИЧ и опасности заболевания, усиленную мотивационную работу с такими людьми для проведения с ними тестирования на ВИЧ и доведение до лечения.

Первоочередной задачей при этом является удержание представителей ключевых групп населения в программе профилактики, что является важнейшим аспектом работы в рамках концепции непрерывности вмешательств, и позволяет в дальнейшем вести длительную и целенаправленную работу по изменению поведенческих паттернов у таких

---

<sup>4</sup> Цели в области устойчивого развития. ООН. Цель 3: хорошее здоровье и благополучие.  
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/health/>



людей и формированию здоровьесберегающего поведения, которое включает в себя снижение поведенческих рисков [5].

Программы профилактики направлены на предотвращение появления новых случаев заражения ВИЧ как за счет работы с ВИЧ-отрицательными клиентами, так и за счет качественного и своевременного лечения ЛЖВ.

К общим принципам программ профилактики относят следующее [5]:

1. Активное вовлечение представителей целевой группы в процесс разработки программ профилактики для учета потребностей группы.
2. Научная обоснованность – программы профилактики должны строиться на современных и научно обоснованных данных.
3. Междисциплинарность – в программах профилактики необходимо комбинировать достижения разных наук и создавать команду специалистов различного профиля для оказания всесторонней помощи людям (социальные работники, психологи, врачи).
4. Комплексность – программы профилактики должны комбинировать в себе разные подходы к оказанию услуг; включать в себя, в том числе, оказание помощи по вопросам, связанным с улучшением социального и психического благополучия человека (решение сложной жизненной ситуации клиента, лечение ментальных расстройств, которые препятствуют началу лечения).
5. Непрерывность оказания услуг – необходимо выстраивать длительные сервисы для тщательной работы по изменению поведенческих паттернов клиентов.
6. Системность – компоненты программы должны быть взаимосвязаны между собой и дополнять друг друга.

## **Различия в организации услуг по профилактике ВИЧ-инфекции в городских и сельских районах**

Характер эпидемии ВИЧ в различных странах мира меняется со сдвигом в сторону перемещения заболевания из преимущественно городских центров в более сельские районы [14, 17]. В частности, в Канаде уровень распространения ВИЧ в сельской местности в 2,5 раза выше, чем средний показатель по стране [17]. Такой сдвиг эпидемии ВИЧ связывают со следующими факторами:

1. Социально-экономические факторы – более высокие показатели бедности и более низкий уровень образования у сельского населения, низкие уровни сексуальной культуры, информированности о ВИЧ, частые случаи партнерского насилия [16].
2. География – ресурсы здравоохранения недостаточны для покрытия всей территории; в части стран существуют отдельные резервации и коренные общины, которые удалены и изолированы от городских центров, и в которых распространяется ВИЧ - основным препятствием для оказания помощи является отсутствие координации провинциального и федерального здравоохранения.
3. Культурный контекст – отсутствие культурно адаптированных услуг.
4. Развивающаяся негородская эпидемия инъекционного употребления наркотиков – в ряде стран одним из основных путей передачи ВИЧ в сельской местности становится употребление наркотиков в противоположность городу, где в первую очередь происходит заражение гетеросексуальным путем [18].

В связи с совокупным влиянием данных факторов эпидемия перемещается в места, где население рассредоточено на большой территории, а ресурсы здравоохранения, включая профилактику и лечение ВИЧ, ограничены. Различия в организации программ профилактики между сельской местностью и городами в континууме услуг демонстрируют последствия этого социально-географического сдвига. При этом ресурсы для профилактики и лечения ВИЧ в основном сосредотачиваются в городских районах, где имеется значительная концентрация людей из ключевых групп населения и возможности для более быстрого выхода на эти группы.

Ситуация с профилактикой и лечением ВИЧ в негородских районах по сравнению с городскими отличается [14, 17]:

- более низким охватом тестированием на ВИЧ (при этом значительное количество проводимых тестов связаны с диагностикой во время беременности), что способствует
- задержкам в диагностике ВИЧ и поздней постановке диагноза, в том числе при возникновении синдрома приобретенного иммунодефицита (далее – СПИД);

- и, следовательно, увеличением летальности по причинам, связанным с ВИЧ.

Данные факторы отражают слабость инфраструктуры профилактики и тестирования. Кроме того, ЛЖВ, проживающие в сельской местности, часто сталкиваются со стигмой и социальной изоляцией, которые оказывают существенное влияние на использование медицинской помощи и эффективность лечения [17]. Стигма в сельской местности по отношению к ЛЖВ из ключевых групп отличается многогранностью, люди сталкиваются как со словесными проявлениями стигмы, так и потерей социальных ролей, потерей уважения со стороны окружающих людей и глобальной потерей ресурсов, включая более низкое качество или отсутствие медицинской помощи [22]. Барьеры в доступе к медицинской помощи, с которыми сталкиваются ключевые группы в целом, в сельской местности усугубляются и становятся еще более труднопреодолимыми [11].

ЛЖВ, проживающие в сельской местности, сталкиваются с необходимостью преодолевать большие расстояния до места оказания медицинской помощи, с ситуацией ограниченной транспортной доступности и отсутствия доступа к поставщикам услуг с опытом работы в данной сфере [17]. Согласно литературе, существуют серьезные различия между городскими и негородскими районами в отношении приверженности, вирусологического подавления и смертности [13, 14, 17]. Они заключаются в следующем:

1. У негородского населения наблюдается значительно более быстрое прогрессирование ВИЧ.
2. У негородских жителей наблюдается худшее снижение вирусной нагрузки.
3. У негородских жителей наблюдаются более низкие показатели удержания в уходе, значительно чаще наблюдается перерывы в приеме препаратов АРТ и несоблюдение режима лечения, в том числе на ежедневной основе.

Детерминанты городских и негородских различий в приверженности АРТ неизвестны, но могут быть опосредованы особенностями культурных норм, убеждений, связанных со здоровьем, особенностями поведения и механизмами совладания со специфическими для сельской местности стрессорами, злоупотреблением психоактивными веществами и другими факторами [17]. При этом некоторые авторы отмечают, что серьезных различий в самом каскаде лечения ВИЧ и реализации модели непрерывного ухода при ВИЧ между городскими и негородскими районами не наблюдается [7, 10].

## Сложности в организации программ профилактики в сельской местности

Проживание в сельской местности усугубляет барьеры в доступе к качественной и своевременной медицинской помощи для ЛЖВ. Когда существуют барьеры, люди не решаются обращаться за услугами и лечением, что создает риск заражения ВИЧ для других людей и ухудшает исходы заболевания для самих ЛЖВ [6].

Согласно литературе, существуют следующие **барьеры** выстраивания работы по профилактике и лечению ВИЧ в сельской местности для всех возрастных групп населения:

1. Отсутствие видимого государственного признания необходимости создания и расширения имеющихся программ профилактики ВИЧ в сельской местности, а кроме того - необходимости системной работы по устранению коренных причин заражения ВИЧ (например, бедности, недостатка сексуальной культуры, психического неблагополучия общества и неумения справляться с травмой, гендерного насилия, расизма, стигмы и дискриминации в отношении ключевых и уязвимых групп населения и т.д.) [14, 17].
2. Отсутствие координации регионального и федерального здравоохранения. «Спускание» финансирования и содержания программ профилактики и лечения ВИЧ без учета специфики региона, культуральных особенностей и без участия местного сообщества [17].
3. Ограниченность ресурсов здравоохранения и ограниченность ее инфраструктуры, необходимость более высоких затрат для охвата ключевых групп населения в сельской местности. Нехватка финансирования для широкомасштабных программ профилактики и лечения ВИЧ в сельской местности [7, 14, 17].
4. Высокая стоимость лечения и медицинского наблюдения за ЛЖВ по сравнению с городскими районами [18].
5. Более позднее внедрение достижений в области исследований АРТ в некоторых странах в сельской местности и использование менее современных схем АРТ [17].
6. Рассредоточенность населенных пунктов на большой территории и как следствие - низкая транспортная доступность профильных медицинских учреждений [6, 7, 14, 17, 20].
7. Препятствия в доступе к уходу (например, плохие дороги), отсутствие коммуникационных услуг / низкое качество таких услуг, в том числе интернет-услуг [13, 20].
5. Недостаточность кадровых ресурсов медицинских учреждений [6, 14, 17, 18].

6. Недостаточный уровень квалификации медицинского персонала в сельской местности и недостаточность опыта (врачи общей практики в негородских районах могут не связывать некоторую симптоматику соматических заболеваний с ВИЧ и не предлагать тестирование на ВИЧ; профильные специалисты также могут не обладать достаточными компетенциями, что сопровождается оказанием некачественных медицинских услуги и может привести к отказу самих ЛЖВ от посещения медицинского учреждения) [6, 7, 10, 14, 17, 18].
8. Широко распространенные как внутри общества, так и среди поставщиков медицинских государственных услуг, стигма и дискриминация в отношении ЛЖВ, ключевых групп населения, этнических меньшинств и тд. Это может приводить к отказу медицинских работников от своевременного назначения лечения и как следствие – дальнейшему распространению заболевания и увеличению смертности, связанной с ВИЧ. Стигма приводит к изоляции ЛЖВ, наличию повышенного страха дискриминации, страха обращения за помощью и как следствие - отказу от нее [6, 7, 14, 17, 22].
9. Недостаточная осведомленность о ВИЧ на уровне сообщества и отсутствие сплоченного и поддерживающего сообщества ЛЖВ, которое играет важную роль в преодолении изоляции и получении помощи в связи со стигматизацией [6, 14, 17].
10. Нарушение конфиденциальности в изолированной среде небольших населенных пунктов, что приводит к возникновению опасений по поводу конфиденциальности в случае тестирования на ВИЧ и тем более в случае обнаружения заболевания [10, 13, 14, 17].
11. Страх отвержения или изгнания из местного сообщества в случае раскрытия наличия стигматизированной идентичности [13].
12. Миграция выявленных ЛЖВ из сельской местности в более густонаселенные районы с целью избегания возможного отвержения общиной или изгнания, но где при этом они не могут получать лечение [13].
13. Неадекватность служб поддержки и несоответствие программ профилактики потребностям ЛЖВ и людям из ключевых групп населения [17].
14. Отсутствие языковой адаптации программ профилактики [6].
15. Социально консервативный климат, нетерпимость к социальным меньшинствам, расизм, сексизм и т.д. [6, 7, 14, 17].
16. Недостаточность доступа к остальным медицинским услугам (которые не связаны напрямую с ВИЧ, но являются необходимыми для сохранения здоровья клиента, например лечение сопутствующего гепатита С) [17, 18].

17. Недостаток программ помощи для детей с ВИЧ [17].
18. Отсутствие должного ухода за пожилыми ЛЖВ, которые сталкиваются с многоуровневыми возрастными барьерами в доступе к лечению [14].
19. Более низкий социально-экономический статус населения по сравнению с городом - высокий уровень бедности, низкий уровень образования, неудовлетворительное жилье и отсутствие продовольственной безопасности [6, 14, 16, 17].
20. Барьеры, связанные с самими ЛЖВ - психическое состояние, график работы, уровень грамотности, готовность обращаться за медицинской помощью и соблюдать режим лечения, готовность раскрывать ВИЧ-статус (как минимум медицинскому работнику), низкие уровни ценности своего здоровья, недостаток ответственности и социальной поддержки [6].

Важнейшей особенностью ситуации в сельской местности является отсутствие системной работы по профилактике и лечению ВИЧ, в том числе, часто отсутствуют программы низкопороговой доступности, которые имеют ключевое значение в профилактике ВИЧ среди группы ЛУН [17, 18].

ЛЖВ, проживающие за пределами города, оценивают барьеры к лечению ВИЧ как более сложные к преодолению, чем те, кто проживает в городских районах. Конечно, существуют региональные и страновые отличия в том, какие барьеры в выстраивании работы по профилактике и лечению ВИЧ преобладают. Но в любом случае расширение доступа к АРТ имеет важное значение как для снижения скорости распространения ВИЧ, так и для снижения смертности населения. Но из-за описанных текущих барьеров, присущих негородскому контексту эпидемии ВИЧ, эта цель может быть труднодостижима [17].

Авторы исследований отмечают, что стратегии по устранению широкого спектра препятствий для лечения ВИЧ в негородских районах должны быть многопрофильными, учитывать социальные детерминанты распространения ВИЧ в сельской местности и включать смягчение финансовых барьеров доступа к АРТ [17]. ЛЖВ представляют собой группу населения с множественными потребностями, которая выигрывает от многостороннего подхода в сфере здравоохранения и социальной сфере [16]. Многосторонний подход нацелен как на индивидуальный, так и на организационный уровни работы, и включает в себя вмешательства для повышения медицинской грамотности и навыков общения персонала с ЛЖВ, вмешательства, направленные на обеспечение сохранения ВИЧ-статуса пациента в тайне, всеобщий скрининг для оценки дополнительных потребностей пациентов в обслуживании и индивидуальных барьеров приема АРТ (религия, культурные факторы и тд) [9].

В качестве **ресурсов** для выстраивания работы по профилактике и лечению ВИЧ в сельской местности авторы называют следующее:

1. Взаимодействие с местным сообществом (позволяет достигать культурной согласованности в содержании программ профилактики, непрерывности ухода и поддержки ЛЖВ в негородских условиях) [17].

Инициативы по вовлечению сообществ в развитие программ профилактики и лечения ВИЧ и других инфекционных заболеваний имеют ключевое значение в странах с низким и средним уровнем дохода. Такие инициативы играют решающую роль в борьбе с эпидемией ВИЧ [12].

2. Дополнение и конкретизация существующих источников данных (отсутствие общепринятого определения сельской местности<sup>5</sup>) влияет на сбор данных и возможность планирования профилактики и ухода, распределения ресурсов и отчетности о негородской эпидемиологии; оценки распространенности ВИЧ, которые используются в городских районах могут быть не вполне применимы к негородским районам; когортные исследования негородских жителей позволяют проводить региональные сравнения, и предоставлять данные, более репрезентативные для популяции в целом; проведение гериатрических исследований в сельской местности позволит сделать программы помощи пожилым ЛЖВ более комплексными и эффективными) [14, 17].
3. Развитие кадрового потенциала учреждений здравоохранения (например, обучение врачей первичного звена, в том числе удаленное, особенностям заболевания и симптомам, на которые необходимо обращать внимание; регулярное обучение работе с ЛЖВ с упором на рассмотрение их потребностей для улучшения взаимопонимания с пациентами; необходимо проведение оценки потребностей поставщиков медицинских услуг, проживающих в негородских районах, их восприятия медицинских услуг и ЛЖВ, проведение исследований барьеров, с которыми они сталкиваются при оказании услуг ЛЖВ в сельской местности; повышение информированности медицинского персонала о немедицинских методах поддержки здоровья) [9, 16, 17, 20].
4. Поиск дополнительных ресурсов и внешнего финансирования; расширение связей между поставщиками услуг по ВИЧ и учреждениями здравоохранения, занимающихся лечением сопутствующих заболеваний [16].
5. Переименование организации, клиники или отделения с целью исключения любых ссылок на ВИЧ/СПИД и объединение услуг по всем вопросам в одном

---

<sup>5</sup> В зарубежных странах

физическом пространстве (в том числе, услуг по психологической помощи), что потенциально сведет к минимуму возможность идентификации пациента как ЛЖВ [9].

6. Инновационное предоставление услуг, связанных с ВИЧ (меры по расширению практики тестирования на ВИЧ не должны основываться исключительно на клиниках, связанных с ВИЧ; другими возможными местами для продвижения тестирования на ВИЧ в условиях ограниченности контакта с системой здравоохранения в сельской местности могут быть, например, аптеки и отделения неотложной медицинской помощи, которые в том числе являются точками входа и для людей из ключевых групп населения) [17].

Важно отдельно отметить, что эффективная реализация программ профилактики невозможна без использования современных онлайн-технологий, которые значительно увеличивают доступность медицинской помощи и вовлеченность в уход особенно для людей с более низким материальным статусом [4]. Кроме того, такие технологии улучшают социальную поддержку для ЛЖВ, которые географически изолированы и относятся к стигматизированным группам населения. К онлайн-технологиям относятся, например, телемедицина, мобильные приложения для формирования и поддержания приверженности АРТ или для информирования о преимуществах доконтактной профилактики [11, 14, 17]. Мобильные приложения при этом предлагают потенциальное решение для преодоления некоторых барьеров в доступе к услугам профилактики ВИЧ для сельских жителей, что особенно актуально для ключевых групп населения (адаптация информации под потребности ключевых групп, использование нестигматизирующей лексики и тд) [11]. Одним из современных методов работы с ключевыми группами населения является веб-аутрич работа, которая позволяет устанавливать и поддерживать контакт с труднодоступными ключевыми группами населения, оказывать услуги консультирования и вовлекать их в программы профилактики ВИЧ [15].

Безусловно, использование онлайн-технологий в сельской местности напрямую зависит от скорости интернет-услуг и сотовой связи, использования качественного и современного оборудования сервис-провайдерами, а также от технологической грамотности поставщиков медицинских услуг и самих ЛЖВ [11, 14].



Для грамотного планирования программ профилактики ВИЧ в сельской местности необходимо ответить на следующие **вопросы** [14, 17]:

1. Как лучше всего распространять информацию о профилактике и лечении ВИЧ в негородских условиях?
2. Как выстроить эффективные и масштабируемые стратегии для проведения первичной профилактики ВИЧ в негородских условиях и в чем они заключаются?
3. По какой причине негородское население реже проходит тестирование на ВИЧ?
4. Какова экономическая эффективность планового тестирования в условиях низкой плотности населения?
5. Какова роль тестирования на уровне сообщества в сельской местности?
6. Каким образом можно преодолеть описанные препятствия для направления на лечение в негородских условиях?
7. Существует ли еще разница в уровне приверженности АРТ у негородских жителей по сравнению с городскими? Увеличивается ли эта разница или наоборот уменьшается и по какой причине?
8. Какую роль в приверженности лечению играет вынужденная миграция (например, в целях трудоустройства)?
9. Может ли телемедицина увеличить удержание в лечении негородских ЛЖВ?
10. Каким образом можно ускорить принятие новых методов лечения ВИЧ в негородских условиях?
11. Каковы последствия проживания в негородских условиях для старения с ВИЧ?
12. Могут ли модели совместной телемедицины предложить комплексную первичную медицинскую помощь для стареющих ЛЖВ в негородских условиях?

## Примеры программ профилактики ВИЧ-инфекции в сельской местности

В зарубежной литературе упоминания об особенностях организации и реализации программ профилактики ВИЧ и других социально значимых заболеваний в сельской местности встречаются достаточно часто. В основном они описывают особенности работы в странах Африканского региона, странах региона Восточная Европа и Центральная Азия, а также особенности работы в малых населенных пунктах стран с высоким уровнем экономического развития – в Англии, США и Канаде. Информация о реализации программ профилактики ВИЧ в сельской местности в России практически отсутствует, научные публикации не были обнаружены. В рамках данных рекомендаций в качестве источников отечественной литературы использовались открытые документы нескольких благотворительных фондов, которые реализуют программы профилактики ВИЧ в малых населенных пунктах страны (в частности, Ассоциация «Е.В.А.»).

Можно выделить следующие аспекты работы успешных программ профилактики ВИЧ в сельской местности:

1. Согласованные усилия профильных служб по проведению тестирования (интеграция тестирования на ВИЧ в другие медицинские услуги позволяет расширять доступ к профилактике ВИЧ [20]):

- В штате Джорджия в США отделение неотложной помощи, обслуживающее полусельское/полугородское население, внедрило универсальную программу скрининга на ВИЧ (*a universal opt-out HIV screening program*) с возможностью отказа от участия; согласились пройти скрининг на ВИЧ 91% людей, которым оно было предложено [17].
- В городе штата Северная Каролина, который обслуживал негородское население, была проведена успешная интеграция быстрого скрининга на ВИЧ в первичную медицинскую помощь; согласились пройти скрининг на ВИЧ 72% людей, которым оно было предложено [17].
- В сельской местности на юго-востоке США в отделении неотложной помощи была внедрена программа скрининга на ВИЧ, в рамках которой была достигнута 75% связь с уходом для ЛЖВ. Команда программы состояла из консультантов, которые осуществляли личную доставку результатов теста на ВИЧ пациенту. У людей с положительным результатом теста была взята кровь на CD4 и вирусную нагрузку (далее – ВН), и было предложено организовать последующее лечение в клинике инфекционных заболеваний для взрослых [17].

- Согласно Национальной стратегии США по борьбе с ВИЧ/СПИД, как в сельской местности, так и в городских районах, предоставление услуг профилактики, в частности тестирование на ВИЧ, осуществляются не только в медицинских учреждениях, но и в общественных центрах и «нетрадиционных» учреждениях (например, в центрах ментального здоровья). Это позволяет оказывать скоординированную помощь в случае наличия у ЛЖВ сложных жизненных ситуаций или проблем с психическим здоровьем [13].

## 2. Взаимодействие с местным сообществом

- Вмешательство консультанта по вопросам здоровья для испаноговорящих мужчин, которые были членами футбольных команд в негородских сообществах штата Северная Каролина, увеличило как частоту использования барьерных методов профилактики ВИЧ, так и частоту тестирования на ВИЧ [17].

## 3. Инновационное предоставление услуг

- В Вермонте, одном из самых маленьких штатов США, была внедрена модель междисциплинарных клиник по «ВИЧ-аутричу» (*a model of interdisciplinary HIV outreach clinics*). В рамках данной модели осуществляется встраивание клиники по ВИЧ в местные сельские больницы, а также привлечение экспертов-поставщиков медицинских услуг в негородские сообщества. Это увеличивает транспортную доступность медицинской помощи, связанной с ВИЧ [17].
- В США была внедрена модель дистанционного обучения тестированию на ВИЧ с помощью аудиовизуальной онлайн-технологии в режиме реального времени для обучения врачей в отдаленном амбулаторном учреждении первичной медицинской помощи. Распространение опыта таким образом экономит время и деньги, требует меньшего количества персонала и обеспечивает доступ к опытным ведущим независимо от географического положения [17].
- В штате Вирджиния (США) было разработано мобильное приложение Positive Links, которое включает в себя предоставление информации о ВИЧ и функции самоконтроля соблюдения режима приема лекарств. Авторы приложения утверждают, что оно оказалось более востребованным среди людей с низким материальным статусом, плохой вовлеченностью в уход и определяемой ВН [17].

## 4. Уменьшение влияния специфических барьеров сельской местности в доступе к АРТ

- В сельской местности Уганды для ЛЖВ было внедрено предоставление материальной компенсации транспортных расходов, связанных с посещением клиники по ВИЧ. Это повысило уровень посещения таких клиник и начала лечения ВИЧ [17].

Далее будет представлено описание содержания некоторых комплексных программ профилактики ВИЧ в сельской местности.

### *1. Провинция Саскачеван, Канада [17]*

В ответ на эпидемию ВИЧ в 2010 году в провинции Саскачеван была разработана 4-летняя стратегия общественного здравоохранения, которая была построена вокруг 4 стратегических столпов: (1) участие сообщества и образование; (2) профилактика и низкопороговая помощь; (3) клиническое управление; (4) наблюдение и исследования. Успехи этой стратегии включали формирование провинциальной руководящей группы по ВИЧ в провинции; внедрение и расширение программ по принципу «равный-равному»; формирование многопрофильных клиник, которые оказывают помощь в отдаленных и негородских районах, а также коренным общинам; и развертывание более активной практики тестирования на ВИЧ в провинции. Программы профилактики также были расширены, что привело к 15%-ному увеличению показателей по распространению профилактических наборов за первые 5 лет реализации стратегии. Такие программы в Саскачеване стали широко использованы, набрав более 50 000 посещений в период с 2013 по 2014 год, причем 78% посетителей идентифицировали себя как коренные жители региона.

### *2. Кот-д'Ивуар, Западная Африка [12]*

С целью увеличения доступности медицинской помощи, связанной с ВИЧ, туберкулезом и малярией, в сельской местности был разработан 3-х летний проект по интеграции профилактики и лечения этих заболеваний в систему оказания первичной медицинской помощи. Такая интеграция осуществлялась на уровне сообщества через местных работников здравоохранения (*Community Health Workers*). Проект был направлен на обучение этих работников особенностям профилактики и лечения ВИЧ, туберкулеза и малярии, и более тщательное взаимодействие с пациентами во время визитов на дом.

Проект включал в себя: (1) встречи НКО с органами здравоохранения для представления им проекта и определения участников – малых населенных пунктов; (2) информирование населения о программе - осуществляли органы здравоохранения через радиостанции; (3) разработку электронного приложения, которым работники здравоохранения сообществ могли пользоваться через планшеты и которое автоматически сохраняло данные о посещении пациента для последующей интеграции в общую информационную систему здравоохранения; (4) обучение работников здравоохранения сообществ особенностям профилактики и лечения ВИЧ, туберкулеза и малярии с теоретическим блоком и

практическим полевым обучением (с поддержкой опытных профильных специалистов);

(5) домашние визиты для оказания помощи:

- первичные визиты, в рамках которых проводилась «инвентаризация» различных компонентов домохозяйства (количество людей, пол, возраст, статус вакцинации детей в возрасте до 5 лет, проведение дородовых консультаций, послеродовые визиты и т. д.);
- последующие ежемесячные визиты, в рамках которых оказывались, в том числе, услуги по профилактике и лечению ВИЧ, туберкулеза и малярии (скрининговое тестирование, наблюдение за режимом приема препаратов в случае выявления заболеваний); в отношении ВИЧ также – предложение скрининга супругам и детям, предложение использования ДКП в дискордантных парах, доставка АРТ.

(6) ежемесячные обучающие встречи в сельских комитетах по здравоохранению; (7) внедрение системы сбора АРТ в сообществе (создание «аптечки АРТ»); (8) регулярный мониторинг эффективности проекта (посещение малых населенных пунктов).

*3. Квазулу-Натал – прибрежная провинция Южно-Африканской Республики [19]*

В данной провинции было организовано большое мультиморбидное обследование на уровне сообщества (*Vukuzazi*), в рамках которого всем жителям провинции в возрасте 15 лет и старше предлагалось пройти скрининг на ВИЧ, гипертонию и сахарный диабет. При этом заполнялась анкета оценки диагностированных состояний здоровья, истории лечения и общего состояния здоровья человека. Относительно каждого состояния (т. е. ВИЧ, гипертонии и диабета) люди определялись в одну из трех групп: (1) как не имеющие потребностей в лечении (отсутствие состояния); (2) с удовлетворенными потребностями в лечении (состояние, которое хорошо контролируется); (3) с одной или несколькими неудовлетворенными потребностями в лечении (включая диагностику, участие в уходе и тд). Подобное обследование представляет простую структуру для определения потребностей в здравоохранении у пациента, которая применима к инфекционным и неинфекционным заболеваниям, и позволяет комплексно взглянуть на здоровье человека, чтобы избежать потери улучшений, достигнутых с помощью АРТ.

*4. Комплексная поддержка групп повышенного риска в России (Ленинградская, Новосибирская, Свердловская, Челябинская области), проект Ассоциации «Е.В.А.» [2]*

Основная задача проекта — поддержка работы региональных НКО по следующим направлениям: (1) взаимодействие с партнерами (развитие отношений с местными, национальными фондами и другими донорами, бизнесом; укрепление отношений с местными и региональными НКО; обучение специалистов местных НКО и активистов; анализ и распространение лучших практик); (2) организация услуг по профилактике и

уходу в связи с ВИЧ в ключевых группах населения; (3) разработка и проведение информационной кампании для групп повышенного риска. В рамках проекта на основе рекомендаций ВОЗ, лучших российских практик, и совместно с представителями ключевых групп населения были определены наиболее эффективные методы профилактики ВИЧ и поддержки приверженности лечению у ЛЖВ<sup>6</sup>.

Проектом было охвачено 5 наиболее пораженных ВИЧ регионов, в том числе сельская местность: (1) Ленинградская область – БФ ГД; (2) Новосибирская область – Региональная общественная организация «Гуманитарный проект»; (3) Свердловская область – Региональный общественный фонд «Новая жизнь»; (4) Челябинская область – Исследовательский центр «Есть мнение» и БФ «Источник надежды».

5. *«Из виртуальности в реальность» (Ивановская, Ленинградская, Нижегородская, Тюменская области, Республика Башкортостан), проект Ассоциации «Е.В.А.» [1]*

Цель проекта — возврат ЛЖВ, которые оказались потеряны из диспансерного наблюдения (ЛЖВ, которые прервали лечение ВИЧ по немедицинским причинам), в систему оказания государственной медицинской помощи и удерживать в ней. В задачи проекта входило: (1) обучение равных консультантов поиску пациентов, потерянных из диспансерного наблюдения, проведению мотивационного интервьюирования, направленного на формирование приверженности, разработке дорожных карт для ключевых групп населения; (2) поиск информации об ЛЖВ, которые сошли с диспансерного наблюдения, выход на этих пациентов и доведение их до Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее – Центр СПИД); (3) осуществлять онлайн-консультирование ЛЖВ, нуждающихся в поддержке по вопросам доступа к АРТ и приверженности. В рамках проекта равные консультанты региональных НКО прошли обучение по программе «Социальный работник», которое включало в себя модули об основах социальной работы, организационных и правовых аспектах социальной работы, профилактике эмоционального выгорания. Помимо этого, совместно с региональными НКО было проведено исследование, направленное на изучение особенностей ЛЖВ, потерянных из диспансерного наблюдения<sup>7</sup>. На основе результатов исследования были разработаны методические рекомендации по поиску и сопровождению таких ЛЖВ, которые были распространены между партнерскими НКО<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Реестр лучших практик ВИЧ-сервисных организаций. Ассоциация Е.В.А. 2023 г.

<https://evanetwork.ru/article/reestr-luchshih-praktik-vich-servisnyh-organizatsij-analiz-luchshego-opyta/>

<sup>7</sup> <https://evanetwork.ru/article/pochemu-lyudi-s-vich-shodyat-s-lecheniya/>

<sup>8</sup> <https://evanetwork.ru/article/poisk-i-soprovozhdenie-lyudej-zhivushhih-s-vich-po-teryannyh-iz-dispansernogo-nablyudeniya/>

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)**

В этой и следующих главах представлены результаты анализа текстов глубинных интервью, проведенных с сотрудниками профильных государственных организаций в Ленинградской области, с сотрудниками мобильного пункта профилактики БФ ГД в Ленинградской области и клиентами из ключевых групп населения, посещающих этот пункт, со специалистами службы сопровождения и координаторами фонда (гайды глубинных интервью см. в Приложении). В текст включены иллюстрирующее написанные цитаты из этих интервью. Данный материал отражает опыт БФ ГД в организации программы профилактики ВИЧ для группы ЛУН в сельской местности (Ленинградской области).

### **Система оказания профилактических услуг в программе профилактики**

С 2018 года БФ ГД реализует программу профилактики ВИЧ в Ленинградской области. Первоначально работа в Ленинградской области являлась лишь частью одного из проектов БФ ГД – работа велась в 3 районах области. Однако после проведения опросов сотрудников профильных государственных учреждений области и клиентов программы профилактики, а также изучения данных по пораженности региона<sup>9</sup>, стало ясно, что потребность в профилактических услугах и поддержке фонда значительно выше. В связи с этим в 2020 году профилактическая работа в Ленинградской области была выделена в отдельное подразделение БФ ГД. На момент создания данных рекомендаций, работа осуществлялась в 9 районах и 15 городах Ленинградской области. Основная ключевая группа, с которой проводится работа – ЛУН.

*«Для работы в сельской местности важно учитывать специфику региона и потребности местного населения. Начинать нужно с того, что есть люди, которым нужна помощь и эта работа необходима»*

**Парадигмой** или базисом работы программы профилактики ВИЧ БФ ГД как в Ленинградской области, так и в Санкт-Петербурге, является парадигма *уменьшения негативных последствий от употребления наркотических веществ*, в основе которой

---

<sup>9</sup> На 31.12.2023 г. Ленинградская область входила в число регионов с показателем пораженности ВИЧ, превышающим среднее значение по стране (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2023 г.». Роспотребнадзор. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2024/09/spravka-vich-v-rossii-2023-god.pdf>).

лежит стремление сохранить жизнь и здоровье людей из ключевых групп населения. Данная парадигма представляет ЛУН возможность и право самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья без давления и осуждения, она направлена на возвращение ЛУН представления о ценности своих жизни и здоровья. Такая парадигма позволяет организовать безопасное и безоценочное пространство, которое располагает к анализу своего поведения, что с большой вероятностью приводит к изменению поведенческих паттернов и формированию более безопасного поведения [3].

Кроме того, согласно литературе, для качественной работы по профилактике ВИЧ необходим многогранный подход, включающий рутинное тестирование на ВИЧ, выстраивание связи с профильными учреждениями здравоохранения, и использование парадигмы уменьшения негативных последствий от употребления наркотических веществ. Эти компоненты при совместном осуществлении способны сократить число случаев заражения ВИЧ и поддерживать здоровье ЛУН [8, 18]. В программе профилактики ВИЧ в Ленинградской области данные компоненты присутствуют.

В целом программа профилактики ВИЧ построена на основе **принципов** (1) *системности* и (2) *комплексности* оказания услуг. В ней охвачены все аспекты профилактики и в том числе смежные вопросы, которые могут оказывать влияние на удержание клиента в программе профилактики и изменение его поведенческих паттернов на более безопасные. Все услуги выстроены в четкую систему, взаимосвязаны друг с другом и в совокупности нацелены на профилактику ВИЧ.

Кроме того, в основе программы профилактики лежит (3) *модель низкопороговой помощи*, о которой говорилось в предыдущих главах, и которая имеет ключевое значение в профилактике ВИЧ среди группы ЛУН.

К другим принципам программы профилактики относится следующее:

- 4) уважение каждой человеческой личности;
- 5) клиент-ориентированность команды – ориентация на потребности конкретного человека и его запрос;
- 6) анонимность предоставления услуг;
- 7) конфиденциальность в отношении данных о клиентах, посещающих программу;
- 8) мотивация клиентов даже к незначительным изменениям в поведении – только малыми и системными шагами возможно достичь устойчивых изменений;
- 9) признание и поддержка любых достижений клиентов в изменении своего поведения (даже самых небольших как может показаться со стороны)

Работа программы профилактики ВИЧ в Ленинградской области строится на основе целей UNAIDS и Каскада лечения ВИЧ [21]. Необходимыми **компонентами** программы с точки



зрения применения парадигмы уменьшения негативных последствий от употребления наркотических веществ и модели низкопороговой помощи является следующее:

1. Выдача профилактических наборов (состав наборов определяется на основе потребностей ключевой группы).
2. Бесплатное и анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ и другие сопутствующие заболевания (например, вирусный гепатит С, сифилис).
3. Консультирование – психологические консультации, консультации социального работника и медицинского специалиста.
4. Длительное и доступное медико-социальное сопровождение как для людей с новыми случаями ВИЧ, так и для потерянных пациентов (доведение до лечения и удержание на нем), которое осуществляется социальным работником, в идеале проживающем в том же районе Ленинградской области.

Важным аспектом работы является обеспечение *постоянства сервиса* – длительные и устойчивые изменения поведенческих паттернов возможны только при условии регулярной мотивационной работы и регулярного консультирования. В рамках мониторинга и оценки работы программ профилактики БФ ГД был осуществлен анализ данных анкетирования и тестирования крови 473 людей, употребляющих наркотики инъекционно, которые до момента анкетирования не получали положительного результата теста на ВИЧ (февраль-июль 2019 года). На основе данных была построена логистическая регрессионная модель.

	Скорректированное отношение шансов*	95% доверительный интервал	Уровень значимости
2 или более посещений программы за последний месяц	<b>3.421</b>	<b>1.315 - 8.900</b>	<b>0.0117</b>

Wald test's p-value= 0.0007, H-L test's p-value=0.990, c-statistic = 62.00%

\* модель скорректирована на наличие ВИЧ+ сексуального партнера

Модель демонстрирует, что если клиент посещал программу профилактики 2 раза в месяц или чаще, то вероятность того, что у него будет обнаружен ВИЧ более чем в 3 раза ниже, чем у клиента, который посещает программу 1 раз в месяц.

В связи с этим критично важно, чтобы выезды на одни и те же точки работы были регулярными и с определенной периодичностью (например, 2 раза в месяц). В связи с такими условиями для максимального охвата районов Ленинградской области была организована 5-ти дневная рабочая неделя. Помимо постоянства сервиса, необходимо постоянное изучение новых методов профилактической работы и их внедрение в

практику с учетом особенностей региона и ключевых групп (например, индексное тестирование, усиленный аутрич и тд) <sup>10</sup>.

**Сложности** или барьеры в организации системной работы в Ленинградской области, с которыми БФ ГД столкнулся и продолжает сталкиваться в своей деятельности, схожи с теми сложностями, которые были описаны в предыдущей главе. Участники глубинных интервью (координаторы БФ ГД) отметили следующие специфические моменты:

1. Закрытость сообщества ЛУН, в связи с чем требуется длительная работа команды над формированием доверительного отношения к сервисам фонда.
2. Сложности с поиском равных консультантов на местах, что обусловлено как закрытостью сообщества, внутренней стигматизацией у представителей сообщества, так и более высоким уровнем стигматизации в отношении ЛУН и ЛЖВ за пределами мегаполисов. Потенциальные равные консультанты как правило боятся жить с открытым лицом в небольшом населенном пункте, испытывая страх стигмы и социального отвержения.
3. Практически полное отсутствие альтернативных сервисов и меньшее число доступных услуг в сельской местности для ЛУН, что приводит к непониманию потенциальными клиентами смысла программы, недоверию к ней, обуславливает необходимость длительного информирования и мотивационной работы.
4. Необходимость осуществления системной работы по формированию партнерских и доверительных отношений с государственными медицинскими учреждениями, которые ранее также не знали о фонде и его профилактических программах.
5. Недостаточное доверие к НКО со стороны государственных учреждений, непонимание содержания программ и смысла их организации.
6. Невозможность охвата всех районов области, транспортная недоступность некоторых из них, что требует высоких финансовых затрат на организацию выездов мобильного пункта, а также осложняет процесс доведения ЛЖВ до АРТ и сохранения приверженности в условиях неизбежности регулярных поездок к врачу.
7. Низкое качество коммуникационных услуг, отсутствие устойчивого покрытия интернетом некоторых районов Ленинградской области, что затрудняет развитие веб-аутрич-работы в данном регионе и выход на группу молодых ЛУН, употребляющих новые психоактивные вещества (далее – НПВ), в которой распространение ВИЧ уже начинает происходить.

---

<sup>10</sup> EpiC. Индексное тестирование и тестирование рискованных сетей. Реализация программ и обучение. Руководство для фасилитаторов. FHI 360; Дарем (Северная Каролина): 2021.  
<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/index-testing-training-facilitators-guide-russian.pdf>

## Особенности ключевой группы ЛУН в Ленинградской области

Мотивация к изменению поведения обусловлена не только уникальной ситуацией клиентов, но и контекстом, в котором они находятся. ЛУН в Ленинградской области имеют ряд отличий от ЛУН из Санкт-Петербурга, что влияет на реализацию программы профилактики и требовало ее корректировки под отличные от города условия работы.

Представители группы ЛУН в сельской местности часто более возрастные, имеющие длительный стаж употребления и хронические заболевания. Им свойственно следующее:

1. Группа является гораздо более закрытой, чем в городе. Люди в малом населенном пункте боятся обращаться за помощью в связи со страхом быть узнанными, раскрытия стигматизированной идентичности и социального отвержения.
2. В связи с отсутствием других сервисов и наличием подозрительности как личностной черты, негородские ЛУН менее склонны доверять команде мобильного пункта профилактики ВИЧ.
3. Наблюдается более низкий уровень информированности о ВИЧ и сопутствующих заболеваниях, а также о возможных местах получения помощи.
4. Кроме того, у ЛУН наблюдаются низкие уровни образования и материального статуса, зачастую у них очень низкий уровень жизни. В связи с этим люди очень держатся за свою работу и чаще выбирают именно ее, но не свое здоровье. При этом социальная и медицинская сферы в сельской местности менее развиты и услуги оказываются менее комплексно и устойчиво.

*«Люди там держатся за работу больше, чем в городе, потому что возможностей меньше, и они скорее пойдут на работу, чем к врачу»*

Важно отметить, что лишь незначительная часть клиентов ЛУН посещает пункт профилактики только для тестирования и получения профилактического набора. Основная мотивация для посещения пункта – это возможность поговорить с сотрудниками команды, которые не осуждают и бережно относятся к здоровью и личности клиента. Как правило, в окружении клиентов программы профилактики БФ ГД другие люди с таким отношением отсутствуют. Для клиентов критично важно иметь возможность поговорить с психологом, социальным работником или равным консультантом. В первую очередь ЛУН важно принятие со стороны специалистов, но не только медицинские услуги и услуги тестирования. В связи с этим при выстраивании профилактической программы для ЛУН критично важно наличие в команде программы психолога, а также других неосуждающих и не стигматизирующих специалистов.

## Необходимые ресурсы для организации работы

Для организации программы профилактики ВИЧ для ЛУН в Ленинградской области (с точки зрения применения парадигмы уменьшения негативных последствий от употребления наркотических веществ и модели низкопороговой помощи) необходимы значительные человеческие, финансовые и технические ресурсы, развитые и устойчивые партнерские отношения с государственными медицинскими учреждениями и другими профильными учреждениями, которые работают с ЛУН в Ленинградской области, взаимодействие с государственными органами региона. Среди необходимых **специалистов** программы можно выделить — водителей, психологов, социальных работников (которые могут одновременно быть равными консультантами), медицинских специалистов (как минимум медицинскую сестру), финансовых специалистов, специалистов по логистике и по мониторингу и оценке, исследователей и координаторов. Организация такой комплексной программы — действительно дорогостоящее мероприятие.

Для организации **полевой части** работы необходимо наличие мобильного низкопорогового пункта, который выезжает в места, удобные для ключевой группы ЛУН, в удобное для клиентов время, и в котором услуги оказываются анонимно, конфиденциально и бесплатно. Кроме такого пункта необходимо наличие выстроенной службы медико-социального сопровождения, которая функционирует по разработанным в БФ ГД стандартам работы<sup>11</sup>. Для выстраивания работы в веб-пространстве необходимо создавать отдельную структуру в фонде – единую службу веб-аутрич-работы, которая должна функционировать по единым принципам, и работа которой заключается в формировании безопасного онлайн-пространства для всех ключевых групп, с которыми работает фонд. У такой службы должен быть отдельный координатор.

Детальное рассмотрение необходимых ресурсов представлено ниже:

1. Материалы для реализации полевой работы с клиентами: профилактические наборы для клиентов программы, экспресс-тесты на ВИЧ и некоторые сопутствующие заболевания (вирусный гепатит С, сифилис), все необходимые материалы для проведения тестирования; средства для ухода за ранами и ожогами; гигиенические наборы для бездомных ЛЖВ, которых в рамках сопровождения госпитализировали в стационар; средства для оплаты пошлин за восстановление документов для клиентов ЛЖВ, которые состоят на сопровождении; средства для

---

<sup>11</sup> Рекомендации по организации работы службы социального сопровождения (кейс-менеджмента) людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики. СПб БФ «Гуманитарное действие». СПб, 2021. 56 с.

перевозки маломобильных ЛЖВ; оплата расходов на топливо для специалистов службы сопровождения, которые осуществляют работу на личных автомобилях<sup>12</sup>.

2. Обслуживание автомобиля – оплата топлива, амортизации, ремонта, страховки; ответственный водитель, который будет следить за состоянием мобильного пункта.
3. Человеческие ресурсы (помимо водителя):
  - команда полевых специалистов с достойной заработной платой; для охвата всех районов необходима большая команда сотрудников – как минимум по 1 равному консультанту на каждый район Ленинградской области, что безусловно, требует больших финансовых ресурсов;
  - команда административных и иных специалистов - финансовые специалисты, специалисты по логистике, по мониторингу и оценке, исследователи и координаторы.
4. Техническое оснащение – оплата технической поддержки электронной базы данных проекта, закупка и обслуживание планшетов для внесения данных в базу, оплата интернет-услуг и мобильной связи.
5. Оплата проезда и питания для сотрудников пункта низкопороговой помощи.
6. Информационные и методические материалы (как для клиентов, так и для партнерских государственных учреждений и НКО).
7. Образование и связанные с ним траты:
  - организация и проведение постоянного обучения и повышения квалификации для сотрудников программы профилактики, обучение новым методам работы с ключевыми группами населения;
  - организация и проведение совместных очных и онлайн мероприятий для сотрудников программы профилактики и для сотрудников государственных медицинских учреждений и учреждений социальной защиты, что позволяет укреплять взаимодействие и обсуждать особенности работы с ЛУН, в том числе методы снижения стигмы, связанной с ВИЧ и наркопотреблением.

Организаторы программы профилактики ВИЧ в Ленинградской области выделяют следующие **направления для развития**, которые обусловят повышение эффективности услуг БФ ГД и сохранение их актуальности для клиентов:

1. Поиск местных равных консультантов в отдаленных районах области и их включение в работу профилактической программы в своем или соседнем районе. При этом важно такого консультанта «прикрепить» к государственной службе для ЛЖВ, чтобы он и сотрудники учреждения могли вместе осуществлять работу по

---

<sup>12</sup> В связи с крайне низким материальным статусом ЛУН в сельской местности, им требуется больше профилактических и других материалов (например, бинтов и ваты) по сравнению с городскими ЛУН.

поиску потерянных пациентов, мотивационную работу, направленную на возвращение в лечение, формирование и сохранение приверженности.

2. Передача части мотивационной работы и работы по сохранению приверженности в кабинеты инфекционных заболеваний тех районов, куда выезжает низкопороговой пункт помощи для проведения тестирования.
3. Организация совместной работы инфекционной службы и первичного медицинского звена для улучшения диагностики ВИЧ и доступа клиентов ЛУН к медицинским услугам, не связанным с ВИЧ.
4. Постоянное изучение наиболее эффективных в мировой практике методов работы с клиентами и их внедрение в практику.
5. Развитие веб-аутрич-работы для выхода на группу ЛУН, употребляющих НПВ.

В группе ЛУН, употребляющих НПВ, уже происходит распространение ВИЧ. Без выхода на данную группу невозможно охватить все категории ЛУН, которые имеют высокие риски заражения. Выход на эту группу, представители которой отличаются более молодым возрастом по сравнению с «типичными» клиентами программ БФ ГД, невозможен без развития веб-аутрич-работы. Как было отмечено ранее, применение такого метода работы в сельской местности встречает ряд ограничений, к ним относятся крайне низкий материальный статус ЛУН, отсутствие у них смартфонов, плохое качество интернет-соединения, недостаточное покрытие интернетом, и, как и в случае очной работы – страх быть раскрытым и увидеть в общем Telegram-канале знакомых.

Развитие веб-аутрич-работы в сельской местности может включать в себя следующее:

1. Проведение регулярных опросов клиентов ЛУН о возможных местах работы в очном и онлайн-пространствах для расширения охвата услугами.
2. Грамотное размещение информации в популярных в сельской местности социальных сетях и группах (ВКонтакте, Одноклассники и тд).
3. Регулярное проведение конкурсов, розыгрышей и акций с целью привлечения клиентов в низкопороговый пункт для получения комплекса услуг.
4. Развитие местного сообщества ЛУН и поиск активистов, которые могли бы осуществлять как уличный, так и веб-аутрич.
5. Расширение возможностей онлайн-консультирования клиентов из ключевых групп.

Необходимо регулярно осуществлять поиск финансирования, что в настоящий момент осложняется экономическими и социальными факторами. Организация комплексной и системной программы профилактики ВИЧ требует значительных ресурсов. К сожалению, государственного финансирования недостаточно. Привлечение же иностранных грантов не всегда поддерживается на уровне местных властей. В качестве возможных источников финансирования могут рассматриваться местные крупные корпоративные доноры.

## Особенности работы с командой программы профилактики

Принципы и методы работы с командой программы профилактики обусловлены многолетней практикой реализации программ профилактики ВИЧ в БФ ГД, особенностями Ленинградской области как региона и особенностями представителей ключевой группы ЛУН. Как было отмечено ранее, в связи с важностью организации постоянного сервиса для наибольшего результата от программы профилактики и для максимального охвата районов области была организована 5-ти дневная рабочая неделя. Это обуславливает необходимость *(1) четкого планирования рабочего времени и времени отдыха* сотрудников команды программы профилактики. Длина рабочего дня обязательно включает в себя дорогу, так как значительное время уходит именно на нее. Однако, если есть необходимость, команда может подстроиться под конкретные условия, например, выехать в выходные дни, если это будет оправдано высокой потребностью. В этом плане работа низкопорогового пункта помощи очень гибкая.

*(2) Регулярный контроль за работой* сотрудников команды пункта осуществляется координатором программы профилактики посредством постоянных встреч, организации общих звонков и проведения интервизии или супервизии с приглашенными специалистами. При этом контроль за работой сотрудников службы сопровождения в части оказания ими услуг по доведению до лечения осуществляет координатор этой службы. Работу веб-аутричей контролирует координатор службы веб-аутрич-работы. Упомянутые трое координаторов работают в тесной связке при выстраивании программы и в своих решениях опираются на анализ данных о работе программы, который предоставляет специалист по мониторингу и оценке. Важно отметить, что такие проекты должны «встраиваться» в общую систему организации, за счет чего происходит функционирование и развитие программ в едином ключе.

Важно, чтобы сотрудники не боялись обращаться за помощью и поддерживали связь с координатором. Значительная часть контроля — это личные встречи и обратная связь от других членов команды, от медицинских учреждений и от клиентов программы.

Кроме того, координатор осуществляет *(3) регуляцию отношений в команде*, работает над созданием благоприятного и поддерживающего климата в команде, а при появлении конфликтных ситуаций решает их как лидер. Важно не забывать и о *(4) признании достижений* сотрудников, чтобы у них была мотивация работать дальше.

Необходимым аспектом работы с командой является ее *(5) психологическая поддержка* — для профилактики выгорания недостаточны только групповые супервизии и общие собрания команды, важно предоставить возможность сотрудникам посещать как индивидуальную супервизию, так и проходить личную терапию. При этом координатор

должен следить как за балансом между рабочим временем и временем отдыха у сотрудников, так и за их психологическим состоянием (как и сами сотрудники, конечно). Тяжелое эмоциональное состояние и выгорание приводят к ухудшению результатов работы, обесцениванию как достижений клиентов, так и своих собственных. При подозрении на появление признаков выгорания координатору необходимо предложить сотруднику посетить консультацию у психолога. В том числе, такие мероприятия необходимы для профилактики срывов у сотрудников с опытом употребления ПАВ.

Другим важным аспектом работы с командой программы профилактики является обучение (6) *соблюдению границ с клиентами*. В частности, необходимо напоминать сотрудникам об ограничении включенности в ситуацию клиента, об отдыхе в нерабочее и ночное время, и о том, что при этом отключается телефон или он ставится на беззвучный режим. Для сотрудников программы важно закупать отдельные рабочие сим-карты, чтобы исключить нарушение границ. Координатору следуют регулярно напоминать о необходимости транслировать клиентам позицию о том, что они самостоятельно несут ответственность за свои жизнь, здоровье и принимаемые решения.

В команду программы профилактики осуществляется (7) *тщательный подбор сотрудников*. В первую очередь оценивается отношение кандидата на должность к ключевым группам, главным качеством сотрудника является его человечность. Также важно, чтобы сотрудники понимали специфику работы, обладали коммуникативными навыками, умели находить подход к ЛУН и действительно хотели помогать. Равные консультанты имеют преимущество, поскольку они прожили подобный опыт и могут делиться им. Однако для водителя или психолога не обязательно быть равным, главное — наличие развитого эмоционального интеллекта и понимания ситуации.

После собеседования, прохождения стажировки и проверки взаимодействия кандидатов на должность с клиентами, оценивается их профессиональная пригодность. Важно, чтобы сотрудники обладали ответственностью, эмпатией, были любознательны и не боялись развиваться, были гибкими и комфортными в общении, поскольку в низкопороговом пункте сотрудники проводят много времени вместе. Стажировка проводится с привлечением опытных сотрудников. Кандидат на должность выходит на смену вместе с наставником, участвует в работе и взаимодействует с психологом пункта, который всегда готов помочь и рассказать обо всех нюансах. Если возможности для прохождения дополнительного обучения нет, сотрудник остается в контакте с коллегами и координатором, чтобы всегда можно было обратиться за помощью.

Необходимо проведение (8) *регулярного обучения сотрудников*, которое должно включать в себя все важные для осуществления комплексной профилактики темы, от мотивационного интервьюирования до работы с людьми, пережившими насилие.



## **Сбор и анализ данных о работе программы профилактики**

Сбор и анализ данных об услугах, которые были оказаны клиентам, в БФ ГД осуществляется с помощью инструментов электронного сбора данных. Электронная база данных «Гуманитарное действие» (далее – ЭБД «ГД») – это безопасная веб-платформа, которая размещена на сервере БФ ГД.

ЭБД «ГД» обеспечивает интуитивно понятный интерфейс, имеет автоматизированные процедуры экспорта для бесперебойной загрузки данных, регулярное резервное копирование, безопасное соединение (SSL-сертификат), и интуитивно понятные процедуры подготовки отчетов и текущего мониторинга. Эта платформа очень удобна для использования как сервисными работниками, так и их координаторами.

Изначально в БФ ГД ЭБД «ГД» использовалась только для хранения данных, но теперь является мощным инструментом для помощи в полевой работе. База была сконструирована таким образом, чтобы в ней были объединены данные о всех оказываемых услугах – о низкопороговой работе и об услугах сопровождения. Кроме того, для ЭБД «ГД» было создано специальное андроид-приложение «Гуманитарное действие». Преимущества использования андроид-приложения заключаются в следующем:

1. Приложение позволяет помогающим специалистам сразу онлайн вносить результаты проведенной ими работы в базу данных.
2. Увидеть в реальном времени всю ситуацию клиента и все услуги, которые ему были оказаны ранее, а также отследить, какие услуги можно еще ему предложить.
3. Обеспечивает сохранение конфиденциальности данных клиентов программы.

Доступ пользователей к базе осуществляется исключительно по защищенному протоколу HTTPS с шифрованием трафика, что исключает перехват данных третьей стороной. ЭБД «ГД» помогает легко разделить выполненные индикаторы между проектами и может использоваться для учета оказанных услуг всех проектов организации (если используется унифицированный набор ведомостей и форм по учету оказанных услуг).

Использование базы данных также позволяет: (1) вычленять информацию по отдельному клиенту / по определенной группе клиентов / по разным временным промежуткам / по разным проектам / по разным услугам; (2) исправлять ошибки в данных и оперативно вносить недостающую информацию; (3) проводить подробный статистический анализ данных; (4) осуществлять сбор данных для проведения научных исследований; (5) готовить отчеты для доноров, внутренние отчеты организации и данные для партнеров из государственных учреждений (Комитет по социальной политике, Центры СПИД и тд).

### **ГЛАВА 3. НИЗКОПороГОВАЯ ПОМОЩЬ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)**

В данной главе будут рассмотрены особенности оказания низкопороговых услуг профилактики ключевой группе ЛУН в Ленинградской области (сельской местности). Как было отмечено ранее, необходимыми компонентами программы профилактики ВИЧ являются (1) выдача профилактических наборов; (2) бесплатное и анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ и другие заболевания; (3) консультирование. Данные компоненты реализуются в мобильном низкопороговом пункте, который выезжает в места, удобные для ключевой группы ЛУН<sup>13</sup>. Кроме того, во время посещения пункта с клиентом ведется мотивационная работа по привлечению в медико-социальное сопровождение, которое является еще одним необходимым компонентом программы.

#### **Особенности оказания низкопороговых услуг в сельской местности**

В программе профилактики ВИЧ в сельской местности, которую реализует БФ ГД, установлена 5-ти дневная рабочая неделя. Выезды в одни и те же районы области являются регулярными и осуществляются раз в 2 недели (то есть 2 раза в месяц). Соответственно, клиенты программы профилактики могут посещать пункт при каждом его выезде в определенный район. Кроме того, они могут посещать точку работы пункта в соседнем районе при необходимости. Частота визитов пункта помощи является оптимальной в связи с тем, что клиентам предоставляется достаточное количество профилактических материалов, чтобы покрыть их потребности..

Основной фокус работы команды пункта низкопороговой помощи — тема ВИЧ и предотвращения распространения заболевания. В рамках этой работы осуществляется выдача профилактических наборов, тестирование на ВИЧ и другие сопутствующие заболевания с обязательным до и послетестовым консультированием, предоставление психологического, социального и медицинского консультирования. До и послетестовое консультирование проводит психолог пункта. Для проведения тестирования и консультирования используется отдельный кабинет, специально оборудованный в мобильном пункте. Кроме того, общение с клиентами происходит в салоне пункта, что для некоторых клиентов выглядит менее формальным и более доступным.

---

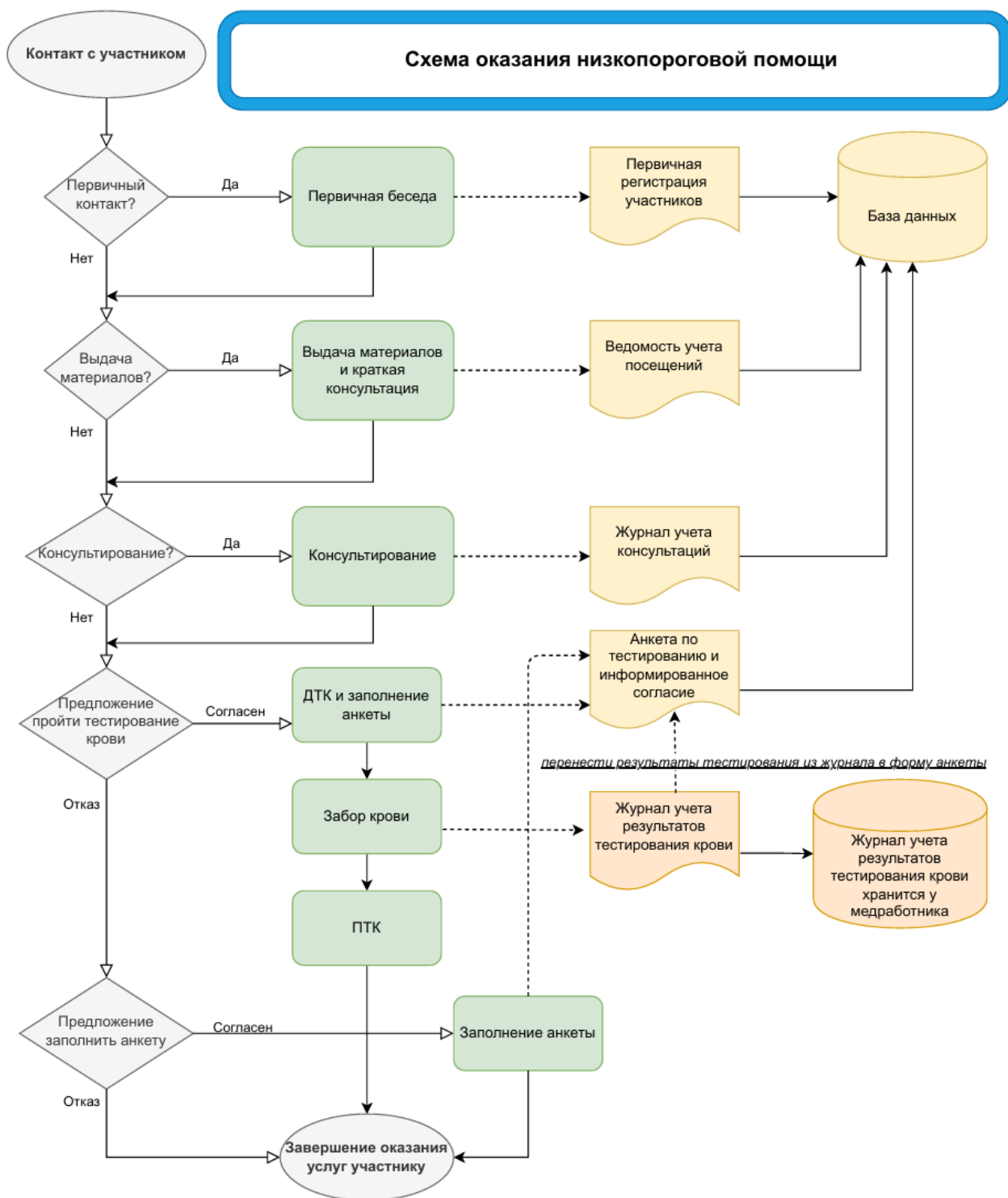
<sup>13</sup> Информация о пункте профилактики ВИЧ, работающем в Ленинградской области представлена на сайте СПб БФ «Гуманитарное действие» <https://haf-spb.org/raspisanie/oblast/>

При первичном посещении пункта профилактики с клиентом обязательно проводит консультацию психолог. В рамках данной консультации клиенту предоставляется информация о БФ ГД, режиме работы пункта низкопороговой помощи, об услугах, которые можно получить в нем, и основная информация о безопасном поведении в отношении ВИЧ и других социально значимых заболеваниях. Кроме того, при первичном посещении пункта профилактики осуществляется выяснение основной ключевой группы клиента, позиционирует ли он себя как ЛУН, происходит обсуждение особенностей поведенческих практик, которые осуществляются клиентом и выясняется запрос клиента на оказание специализированной помощи. В зависимости от ключевой группы и от ВИЧ-статуса клиента осуществляется дальнейшая мотивационная работа, в том числе вовлечение в тестирование на ВИЧ и другие инфекционные заболевания, или вовлечение в сопровождение в случае выявления ВИЧ.

Главная цель первой встречи с клиентом – установить доверительный контакт с ним для того, чтобы он вернулся в программу и регулярно получал услуги профилактики. Через этот контакт команда программы в дальнейшем пытается изменить поведенческие паттерны клиента для снижения частоты применения им рискованных поведенческих практик и предотвращения заражения ВИЧ или передачи заболевания другим людям.

Схема оказания низкопороговых услуг ЛУН в Ленинградской области выглядит следующим образом (см. Рисунок 1). При первичном посещении программы профилактики осуществляется регистрация нового участника в базе данных проекта. После проведения первичной консультации клиенту выдается профилактический набор, а также предлагается пройти тестирование на ВИЧ и другие инфекционные заболевания. В случае согласия с клиентом проводится дотестовое консультирование и заполняется анкета оценки рискованного поведения (в случае отказа от тестирования клиенту предлагается также заполнить анкету для оценки им своих рисков). После прохождения теста с клиентом проводится послетестовое консультирование. В случае положительного результата теста на ВИЧ клиенту предлагается заключить договор медико-социального сопровождения. Кроме тестирования клиенту предлагается получить более расширенные консультационные услуги. В дальнейшем при посещении программы клиенту выдаются профилактические наборы и с ним проводятся регулярные консультации разных специалистов пункта в рамках парадигмы уменьшения негативных последствий от употребления наркотических веществ. В случае отрицательного ВИЧ-статуса раз в 4-6 месяцев клиенту предлагается пройти тестирование на ВИЧ.

*Рисунок 1. Схема оказания низкопороговой помощи*



**Символы флоучарта:**



К принципам работы команды низкопороговой помощи можно отнести следующее:

1. Принцип открытой двери – важнейший принцип работы пункта; он заключается в том, что команда всегда готова оказать поддержку клиенту, когда он будет готов озвучить свой запрос, у него будут ресурсы для работы над собой и он готов двигаться дальше.
2. Принцип добровольности получения услуг клиентами – заключается в том, что никакие услуги клиенту не навязываются, клиент в любой момент может отказаться от предоставляемой ему услуги.
3. Создание комфортной среды для клиентов – команда работает над созданием доверительной и принимающей атмосферы в пункте профилактики.
4. Четкое регулирование работы мобильного пункта и пространства в нем – при проведении тестирования или консультации в кабинете важно следить за соблюдением принципа конфиденциальности.
5. Взаимозаменяемость команды – каждый член команды имеет навыки осуществления выдачи профилактических наборов и проведения кратких ознакомительных консультаций с клиентами; члены команды могут заменять друг друга при необходимости.

Важной особенностью работы является обязательное наличие на смене команды не менее, чем из 3 человек – психолог, специалист службы сопровождения и водитель. Функции социального работника при этом выполняют специалист службы сопровождения и водитель, прошедший специальную подготовку. Это позволяет психологу сконцентрироваться на проводимых в кабинете консультациях и не отвлекаться на другие задачи. Специалист службы сопровождения же при этом может непосредственно при посещении пункта клиентом устанавливать с ним доверительный контакт, проводить мотивационную работу и предлагать встать на медико-социальное сопровождение. Просто передача контакта специалиста службы сопровождения клиенту через других сотрудников является неэффективной практикой и приводит к потере из поля зрения значительного количества ЛЖВ, которым требуется сопровождение<sup>14</sup>.

Техника безопасности для команды включает в себя помимо прочего внимательное отношение к собственному здоровью. В мобильном пункте есть правило, согласно которому сотрудники не выходят на смену, если они плохо себя чувствуют. Кроме того, в пункте осуществляется регулярная обработка всех поверхностей обеззараживающими средствами и работает бактерицидный облучатель для обеззараживания помещения.

---

<sup>14</sup> Рекомендации по организации работы службы социального сопровождения (кейс-менеджмента) людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики. СПб БФ «Гуманитарное действие». СПб, 2021. 56 с.

## Привлечение клиентов в пункт низкопороговой помощи

Местами поиска потенциальных клиентов ЛУН для их включения в программу профилактики в Ленинградской области являются:

1. «Сарафанное радио» — до сих пор большая часть клиентов программы узнает о ее работе через своих друзей, знакомых или родственников.
2. Пеший аутрич — несмотря на постепенное внедрение технологий в работу профилактических программ, в сельской местности сохраняет свою актуальность пешая аутрич-работа как на улице, так и в местах «скопления» представителей ключевой группы ЛУН. В рамках пешей аутрич-работы могут осуществляться выходы на места проживания ЛУН, в аптеки и в другие места встреч ЛУН.
3. Веб-аутрич-работа — веб-аутрич-работа осуществляется через популярные в сельской местности социальные сети и группах (ВКонтакте, Одноклассники); через включение клиентов, посещающих программу, в Telegram-канал БФ ГД для Ленинградской области; а также через размещение информации о программе в онлайн-магазинах наркотиков и через организаторов квартирников.
4. Информирование о программе профилактики потенциальных клиентов через сотрудников государственных медицинских учреждений — информирование осуществляется врачами-инфекционистами, медицинскими сестрами и социальными работниками при посещении ЛУН медицинского учреждения, с которыми предварительно была проведена информационная работа непосредственно координатором и/или сотрудниками.

При посещении пункта профилактики сотрудники БФ ГД предлагают клиенту сообщить контактные данные (имя, номер телефона), либо подключиться к Telegram-каналу фонда, чтобы клиент всегда мог посмотреть расписание работы. Либо для того, чтобы команда пункта профилактики при выезде на точку района проживания клиента могла выслать ему индивидуальное напоминание или позвонить.

Города Ленинградской области и точки размещения мобильного пункта в них могут меняться. Это зависит от количества людей, которые посещают пункт низкопороговой помощи. Если клиенты не приходят на определенную точку работы или просят изменить точку работы на место, которое более удобно по расположению, то команда делает это. Кроме того, клиенты могут сообщить во время визита или веб-аутрич-работнику о том, что у них есть знакомые из других городов, куда пока пункт не выезжает. Далее команда рассматривает возможность выезда на эту новую точку работы. В каждом городе Ленинградской области есть свои особенности, которые необходимо учитывать при организации работы в нем.

## Сложности в оказании низкопороговых услуг и удержание клиентов в программе

Работа в сельской местности сопряжена с определенными трудностями как в организации самой программы профилактики, так и в ее реализации и непосредственной работы с клиентами из ключевых групп населения. Участники глубинных интервью, которые были проведены в рамках создания данных методических рекомендаций, выделили следующие сложности в оказании низкопороговых услуг профилактики в Ленинградской области:

1. Первичное недоверие клиентов – некоторые люди настороженно относятся к программе профилактики, считают странным, что все услуги предоставляются бесплатно и опасаются, что организация может быть связана с полицией или психиатрическими службами.

*«Есть клиенты, которые сильно шифруются, не хотят раскрывать свою личность. Мы сталкиваемся с ситуациями, когда клиенты придумывают истории о бандитах, чтобы избежать контакта. Мы стараемся развеивать такие мифы и объясняем, что наша работа связана с профилактикой и социальной помощью».*

2. Транспортная недоступность некоторых населенных пунктов – клиенты ЛУН могут находиться далеко от основного места работы пункта профилактики, часто добраться до него становится проблемой, особенно если у клиента есть различные социальные проблемы и низкий материальный статус. Данным фактором обусловлена необходимость проведения более длительной и глубокой мотивационной работы со стороны команды по удержанию клиентов в программе профилактики
3. Агрессивное поведение клиентов – такие ситуации могут происходить, когда пункт профилактики посещают люди, которые помимо наркотических веществ употребляют алкоголь.
4. Усталость команды от необходимости преодолевать большие расстояния ежедневно для посещения точек работы в разных районах области.
5. Отсутствие местного равного консультанта в каждом районе области, где работает низкопороговый пункт помощи, что осложняет привлечение клиентов в программу и доведение людей с выявленным положительным ВИЧ-статусом или «потерянных» ЛЖВ до лечения.

Удержание клиентов ЛУН в программе профилактики осуществляется в первую очередь посредством (1) *не осуждающего и бережного отношения* к ним и к их здоровью. Для клиентов из ключевых групп критично важно иметь возможность поговорить с сотрудниками пункта низкопороговой помощи, рассказать о своей жизненной ситуации, возникающих трудностях и о том, как они с ними справляются. Результатом таких доверительных и регулярных контактов является увеличение ценности жизни и здоровья клиента для него самого, человек начинает видеть ценность в своей жизни, ресурсы для преодоления трудностей, у него восстанавливается уважение к себе и появляется стремление менять свою жизнь, пусть даже незначительными и медленными шагами. Это служит отправной точкой в принятии решений в отношении сохранения своего здоровья.

*«Клиенты сами приходят, видят, что к ним здесь относятся хорошо, «не кусаются», спрашивают, как у них дела, предлагают что-то бесплатно... В целом, я думаю, что я бы тоже осталась, если бы ко мне так относились»*

Помимо безоценочного и принимающего отношения и общения с командой, клиентов ЛУН привлекает (2) *доступность профилактических наборов*, которые они самостоятельно по различным причинам приобрести не могут (высокая стоимость, а также отсутствие возможности поштучной покупки инструментария в аптеках и тд).

По мере работы в Ленинградской области и увеличения доверия со стороны ключевой группы, клиенты ЛУН меняют свое представление о профилактике и целенаправленно посещают пункт для прохождения регулярного (3) *тестирования на ВИЧ и другие заболевания*, а также для получения (4) *профессиональных консультаций* о здоровье.

Таким образом, реализация программы низкопороговой доступности в Ленинградской области (сельской местности) имеет свои отличия от работы в городских районах. Она требует больших организационных ресурсов, высокой включенности команды пункта низкопороговой помощи и преодоления ими различных трудностей, связанных со спецификой региона и особенностями ключевой группы ЛУН, проживающей в нем.



## **ГЛАВА 4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (на примере работы фонда «Гуманитарное действие» в Ленинградской области)**

В данной главе будут рассмотрены особенности оказания услуг медико-социального сопровождения ключевой группе ЛУН в Ленинградской области (сельской местности). Мотивационная работа по привлечению клиента в сопровождение начинается уже во время получения им услуг низкопороговой помощи в пункте профилактики.

### **Особенности оказания услуг сопровождения в сельской местности**

Команда мобильного пункта низкопороговой помощи помимо водителя и психолога включает в себя специалистов службы медико-социального сопровождения, которые как правило одновременно являются равными консультантами. Такой специалист выезжает на точки пункта, где он непосредственно ведет мотивационную работу с клиентами ЛУН, у которых во время тестирования был выявлен положительный ВИЧ-статус, либо которые являются «потерянными» пациентами. Следует отметить, что в случае выявления ВИЧ у клиента, послетестовую консультацию психолог может сразу проводить в паре со специалистом службы сопровождения, который предлагает помощь в получении лечения. В случае, если клиент готов в данный момент начать или возобновить лечение ВИЧ, сотрудники службы сопровождения заключают с ним договор сопровождения и составляют план работы. После этого подготовительного этапа начинается непосредственно этап оказания услуг медико-социального сопровождения (более подробно об этапах сопровождения см. в рекомендациях БФ ГД<sup>15</sup>).

**Целью** сопровождения является сохранение жизни и здоровья клиентов и увеличение их доступа к своевременной, полной и качественной медицинской помощи. Помимо цели сопровождения можно выделить следующие **задачи**:

- Профилактика социально значимых заболеваний среди ключевых групп.
- Содействие в получении ими медицинских, социальных и психологических услуг (доступ к лечению ВИЧ, туберкулёза и других значимых заболеваний).
- Помощь в формировании самостоятельности клиента в решении своих проблем.
- Помощь в формировании и восстановлении социальных навыков.

---

<sup>15</sup> Рекомендации по организации работы службы социального сопровождения (кейс-менеджмента) людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики. СПб БФ «Гуманитарное действие». СПб, 2021. 56 с.

К **принципам** оказания услуг сопровождения относится следующее:

1. Индивидуальная ответственность специалиста, ведущего случай – у каждого клиента есть «куратор», который знает, в каком состоянии находится клиент, с каким спектром проблем он сталкивается, что было сделано для их преодоления и что еще необходимо сделать. В качестве основной методики сопровождения в БФ ГД используется так называемая «работа со случаем» [3].
2. При этом работа с клиентом осуществляется совместно с ним – то есть специалист несет ответственность только за свои действия в рамках выполнения должностных обязанностей, он не «тащит» на себе клиентов и не принимает решения за них.
3. Комплексный подход в работе – специалисты службы сопровождения стараются смотреть на ситуацию клиента комплексно и помогать ему решать сопутствующие социальные и другие проблемы, которые могут повлиять на доведение до лечения и формирование приверженности (например, отсутствие документов).
4. Четкое соблюдение границ в работе с клиентами – перед специалистами службы стоит задача четкого разделения работы и своей жизни, зоны своей ответственности и зоны ответственности клиента.
5. Регулярный анализ работы – специалисты службы сопровождения осуществляют как анализ своей работы, так и работы службы сопровождения в целом, высказывают предложения по улучшению работы и инициируют их воплощение.

К **функциям** специалиста службы сопровождения относится следующее:

1. Установление доверительного контакта с наиболее закрытыми группами населения, у которых наблюдается низкий уровень социальной адаптации.
2. Предоставление качественной и актуальной информации о социально значимых заболеваниях и об особенностях получения государственных медицинских и социальных услуг в регионе работы специалиста.
3. Осуществление мотивационной работы с клиентами, направленной на формирование мотивации к лечению ВИЧ и сопутствующих заболеваний.
4. Координация деятельности различных государственных служб и НКО, необходимых для реализации плана сопровождения.
5. Защита интересов клиентов в отношении получения необходимых услуг.

*«Часто люди сталкиваются с проблемами, но у них нет решительности или понимания, что делать. Когда я структурирую их деятельность и помогаю начать, они начинают действовать»*

Как было отмечено ранее, работа программы профилактики ВИЧ в Ленинградской области строится на основе целей UNAIDS и Каскада лечения ВИЧ [21]. Соответственно, вся работа специалистов службы сопровождения в конечном итоге направлена на достижение клиентами ЛУН неопределяемой ВН и предотвращение передачи заболевания другим людям. **Особенности оказания услуг** сопровождения в этом регионе включают в себя следующее:

1. В Ленинградской области осуществляется более плотное общение с клиентами, которые состоят на сопровождении, в связи с тем, что специалистам из-за существующих барьеров, описанных в главе 2, требуется прикладывать больше усилий, в том числе временных, для доведения клиента до лечения и для формирования у него приверженности.
2. Общение с клиентами происходит в основном с использованием телефонных звонков в связи с тем, что у людей зачастую отсутствуют смартфоны.
3. Важным аспектом работы является установление доверительных отношений с сотрудниками профильных государственных учреждений. Это приобретает критическую важность в связи с тем, что в сельской местности отсутствует возможность, например, обратиться к другому специалисту или поменять врача в различных конфликтных ситуациях. В связи с этим очень важно выстраивать качественную и доброжелательную коммуникацию с сотрудниками учреждений и предлагать им помощь. Это в свою очередь помогает облегчить и ускорить процесс доведения до лечения клиентов из ключевых групп. При этом важной задачей сотрудников службы сопровождения является качественная отработка каждого случая, чтобы сотрудники государственных учреждений видели, что к специалисту можно обращаться и он действительно окажет содействие в решении вопроса.
4. Согласно оценкам специалистов службы сопровождения, среди клиентов ЛЖВ, которые посещают пункт низкопороговой помощи в сельской местности, преобладают «потерянные» пациенты, с которыми необходимо проводить мотивационную работу для возвращения их в систему оказания государственной помощи. В силу того, что такие клиенты уже посещали медицинское учреждение, в работе с таким человеком сотрудники службы сопровождения прикладывают несколько меньшие усилия по сравнению с доведением до лечения человека с впервые выявленным случаем ВИЧ.
5. ЛУН, проживающие как в городских районах, так и в сельской местности, отличаются наличием крайне низкой ценности своего здоровья, высоким уровнем самостигматизации, низкой самооценкой и неверием в свои силы справляться с жизненными сложностями. В связи с этим чаще всего клиенты соглашались встать

на сопровождение далеко не сразу, большинство откладывает начало лечения до последнего момента, когда ситуация уже становится критической. Важно, чтобы у клиентов был записан номер телефона специалиста, по которому они могут обратиться за помощью. В данном случае поддержка специалиста службы сопровождения крайне важна, специалист при этом выступает и как мотиватор, и как некая защита. Он как помогает найти ресурсы для борьбы за свою жизнь и для начала лечения, так и помогает сделать первый шаг в общении с врачом и выстроить с ним качественную и доверительную коммуникацию.

*«Когда в Ленобласти удастся поставить кого-то на учет – это победа. Таких людей сложно привести в осознанию необходимости лечения, требуется много времени и мотивационной работы.. есть много людей, которые вообще не хотят лечиться, потому что не видят в этом смысла. Они уже смирились со своей участью и считают, что их жизнь закончена..»*

6. В группе ЛУН, помимо этого, отмечаются трудности в распознавании ухудшения состояния здоровья на фоне ВИЧ, что происходит по причине употребления веществ – ЛУН часто не ощущают боль, наркотические вещества заглушают её, в связи с этим люди не всегда могут заметить, что их здоровье ухудшается. Некоторые клиенты думают, что плохо себя чувствуют из-за синдрома отмены, и не обращают внимания на симптомы, пока не становится слишком поздно.
7. Специалисты службы сопровождения в сельской местности чаще имеют собственный автомобиль, без которого количество трудностей в сопровождении значительно прибавляется. Наличие личного автомобиля позволяет быстро добраться до инфекциониста и облегчает клиентам доступ к лечению.

*«..транспортная доступность очень важна. Я говорю клиенту: "Слушай, я тебя заберу, и мы с тобой поедem, сделаем всё необходимое, а потом я тебя обратно доставлю на место". И это работает. Если же просто сказать: "Давай встретимся у инфекциониста", они часто не доезжают»*

8. В Ленинградской области в связи с меньшим количеством различных ресурсов, специалисты службы сопровождения зачастую ведут случаи совместно со специалистами и руководителями различных учреждений, без поддержки которых бывает невозможно оказать помощь людям.

## Привлечение клиентов в сопровождение

Местами поиска потенциальных клиентов ЛУН для включения в программу сопровождения в Ленинградской области являются:

1. Мобильный пункт низкопороговой помощи – в связи с тем, что в пункт обращаются люди с наиболее низким уровнем социальной адаптации, которые скорее всего никогда самостоятельно не дойдут до медицинского учреждения, предпочтительнее, чтобы специалисты службы сопровождения работали в первую очередь именно с такими клиентами программы профилактики.
2. Профильные медицинские и иные государственные учреждения (кабинеты инфекционных заболеваний, туберкулезные больницы, наркологические кабинеты или стационар и т.д.) – в связи с недостаточными возможностями охвата услугами ЛУН в сельской местности и сложностями в установлении доверительных отношений с группой, сотрудники профильных государственных учреждений обращаются за помощью в БФ ГД для помощи в установлении контакта и возвращения ЛУН в систему оказания государственной медицинской помощи.
3. Партнерские НКО – помимо государственных учреждений за помощью в оказании услуг клиентам ЛУН с пропиской в Ленинградской области могут обращаться сотрудники различных НКО (например, АНО Медико-социальной помощи «Благотворительная больница», благотворительная организация «Ночлежка» и тд).
4. Веб-аутрич – в рамках осуществления веб-аутрич-работы клиенты, которые видят объявления об оказании помощи в тематических чатах или клиенты, которые состоят в Telegram-канале фонда, могут обращаться за услугами сопровождения.

Следует отметить, что в связи с практически полным отсутствием альтернативных сервисов и меньшим числом доступных услуг в сельской местности для ЛУН, поиск клиентов и вовлечение их в сопровождение сопряжены с большими сложностями, которые заключаются как в непонимании клиентами смысла медико-социального сопровождения, так и в низком уровне информированности о ВИЧ и других социально значимых заболеваний в данной группе населения, что обуславливает необходимость длительной информационной и мотивационной работы со стороны специалистов службы сопровождения.

*«Моя задача — качественно проконсультировать человека, на доступном ему языке объяснить, какие у него есть возможности и показать, что это несложно»*

## **Сложности в оказании услуг сопровождения и удержание на сопровождении**

Помимо недостаточной транспортной доступности, участники глубинных интервью выделяют следующие сложности в оказании услуг сопровождения клиентам ЛУН в Ленинградской области (сельской местности):

1. К сложным случаям относится работа с клиентами старшего поколения, у которых присутствует несколько хронических заболеваний и наблюдается крайне низкий уровень жизни – возможности для получения помощи у данной подгруппы ограничены и требуют прикладывания значительных ресурсов от специалиста службы сопровождения.
2. Недостаточный уровень ответственности ЛУН – возникают ситуации, когда врач готов помогать клиенту, но он может не приходить на прием или даже может внезапно пропасть. Специалисты службы перед выездом на сопровождение несколько раз сверяются с клиентом, точно ли он выехал на прием к врачу, и только после этого отправляются в путь.
3. Сложности в выстраивании доверительных отношений между медицинским работником и клиентом-ЛУН, которые обусловлены различными факторами – как психологическими особенностями группы, так и наличием в ряде случаев стигматизирующего или формального отношения к клиенту со стороны врача.
4. Низкая доступность стационарных медицинских услуг в сельской местности – в частности, в сельской местности стационарные инфекционные отделения практически полностью отсутствуют, в имеющихся стационарах мест мало и попасть в них сложно. Как и в отношении других медицинских услуг, барьером становится транспортная недоступность небольших населенных пунктов района сельской местности и их удаленность от районного центра, что требует дополнительных расходов на транспорт. В ситуации наличия маломобильного пациента оказание услуг еще более осложняется в связи с тем, что часто требуется транспортировка человека из одного района в другой.
5. Количество ЛУН, которым необходимо сопровождение, является высоким, у сотрудников службы постепенно накапливается все больше клиентов, но временные и другие ресурсы при этом могут быть ограничены.

В целом участники глубинных интервью отмечают, что в сельской местности при оказании услуг сопровождения возникает больше преград самого различного характера, в ней меньше возможностей помочь по сравнению с городом.

Удержание клиентов ЛУН в медико-социальном сопровождении осуществляется в первую очередь посредством *(1) определенности и возможности быстрее получить медицинские услуги, чем обычно*. Специалисты службы оказывают содействие в ускоренном получении лечения ключевыми группами. Это позволяет быстрее достичь у них неопределяемой ВН и предотвратить распространение заболевания. Кроме того, специалисты в процессе работы с клиентом узнают у него, имеются ли еще какие-либо запросы помимо получения АРТ и *(2) помогают в решении данных дополнительных запросов*.

В случае наличия сложностей с получением АРТ по причине постоянной или временной маломобильности клиента, сотрудники осуществляют *(3) доставку на дом* необходимых препаратов. В случае же отсутствия необходимого препарата в кабинете инфекционных заболеваний, сотрудники БФ ГД помогают с *(4) приобретением препаратов АРТ*.

Помимо этого, клиентов, которые заключают договор медико-социального сопровождения, привлекает возможность получения *(5) помощи в транспортировке* до места оказания государственных медицинских услуг.

Следует отметить, что некоторые клиенты программы профилактики ВИЧ отказываются от сопровождения по причине самостоятельного обращения за медицинской помощью. Помимо этого, как было отмечено ранее, многие клиенты ЛУН обращаются за помощью только в случае крайней необходимости, когда ситуация уже становится критической. Часть клиентов отказывается начинать лечение в связи с тем, что предпочтение отдают другим делам, в частности работе, заботе о семье, детях и т.д. При этом сотрудники фонда всегда оставляют «открытую дверь» – клиент всегда может обратиться за помощью, как только она ему потребуется, и сотрудники без какого-либо осуждения окажут необходимые услуги.

## Работа по формированию приверженности лечению

Важнейшей составляющей работы ко каскаду лечения ВИЧ является удержание клиента в сопровождении, формирование и сохранение у него приверженности для достижения неопределяемой ВН. Формирование приверженности является длительным и сложным процессом, особенно если говорить о представителях группы ЛУН. Употребление наркотических веществ сопряжено с большим количеством различных опасных и непредсказуемых ситуаций, в связи с чем необходима целенаправленная работа по формированию и сохранению приверженности лечению. Специалисты службы сопровождения проводят такую работу и используют при этом следующие методы:

1. Постоянное взаимодействие с клиентом – специалисты поддерживают связь с каждым клиентом, регулярно интересуются их состоянием здоровья, напоминают о необходимости лечения и о возможности получения помощи.
2. Проведение регулярной мотивационной работы с клиентами и обсуждение с ними следующего этапа сопровождения. Помимо специалиста службы сопровождения мотивационную работу по сохранению приверженности осуществляет психолог низкопорогового пункта при его посещении клиентом ЛЖВ, который в том числе помогает в случае наличия симптоматики психических расстройств и поиске ресурсов для преодоления жизненных кризисов.
3. Регулярная положительная обратная связь от специалиста клиенту – важно обращать внимание на любые, пусть даже незначительные, изменения в поведении клиента и поощрять принятие им конструктивных решений в отношении здоровья. Это помогает клиентам ЛУН, которые чувствуют себя изолированными и слабыми, поверить в свои силы и понять, что они не одиноки и есть люди, которые готовы им помочь.
4. Передача опыта жизни с ВИЧ – в случае если специалист службы сопровождения является равным консультантом по ВИЧ он может делиться с клиентом своими переживаниями и сложностями, которые возникали на пути к лечению и тем, каким образом он их преодолевал.

*«Я не пугаю их, но объясняю последствия. Говорю, что можно контролировать ситуацию и что здоровье — это то, что можно поддерживать, даже если человек употребляет наркотики»*



5. Совместное разрешение других обстоятельств клиента, которые влияют на его приверженность (помощь в получении временного жилища, пособий и льгот, группы инвалидности, помощь в восстановлении документов и тд).
6. Взаимодействие с лечащим врачом и регулярное получение от него обратной связи о клиенте – это позволяет оперативно реагировать в ситуации, когда клиент пропускает визит к врачу или получение препаратов АРТ. В данном случае специалист службы сопровождения может точно воздействовать на отдельных клиентов, что особенно важно в ситуации большого количества людей. Кроме того, сам лечащий врач или медицинская сестра влияют на сохранение приверженности посредством телефонных звонков клиентам и обсуждения с ними сложностей, препятствующих продолжению лечения.

В качестве возможных вариантов работы по повышению уровня приверженности ЛУН один участник глубинного интервью также отметил необходимость проведения групп взаимопомощи как в очном формате, так и в онлайн режиме.

Если у человека не формируется приверженность, долго работать с ним не всегда является целесообразным. Такая ситуация может означать, что на самом деле клиент еще не готов принимать на себя ответственность за свою жизнь и здоровье, заставлять же его делать это является бессмысленным. Специалисту службы сопровождения следует дать всю необходимую информацию и оставить открытую дверь до того момента, когда у человека появятся ресурсы и мотивация менять свое поведение.

*«В начале своей работы я пыталась брать всех подряд, но со временем пришло понимание: лучше потратить время на тех, кто действительно хочет помощи»*

Формирование приверженности можно определить по следующим признакам: (1) клиенты начинают интересоваться своим состоянием, (2) задавать вопросы о заболевании, о необходимых анализах, (3) планировать посещение специалистов и (4) самостоятельно предпринимать действия для выполнения рекомендаций врача. Формирование стойкой приверженности лечению и самостоятельности клиента в решении своих проблем является успешным окончанием работы специалиста службы сопровождения. После этого специалист «отпускает» клиента и оставляет открытую дверь на случай, если человеку потребуется помощь в каких-либо более сложных ситуациях, связанных со здоровьем.

## **ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КЛЮЧЕВЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ (на примере Ленинградской области)**

Реализация концепции непрерывности вмешательств, связанных с профилактикой ВИЧ, и целей UNAIDS и Каскада лечения ВИЧ, трудноосуществимы без тесного сотрудничества между профильными государственными учреждениями и НКО. В связи с этим во многих странах (в первую очередь, с низким уровнем дохода населения) создаются и функционируют партнерские сети, или совокупность государственных организаций и НКО, которые при совместных усилиях предоставляют клиентам из ключевых групп населения необходимые им медицинские и социальные услуги. Усилия НКО при этом направлены на поиск представителей закрытых ключевых групп населения, информирование и тестирование на ВИЧ и доведение до лечения людей с выявленными случаями заболевания. В Российской Федерации существует Государственная стратегия по противодействию распространения ВИЧ до 2030 года<sup>16</sup>, которая постулирует необходимость объединения усилий государственных учреждений и НКО, работающих в сфере профилактики ВИЧ.

В данной главе будут рассмотрены особенности взаимодействия государственных медицинских учреждений Ленинградской области с БФ ГД в рамках реализации программы профилактики ВИЧ в сельской местности и будут даны общие рекомендации по улучшению взаимодействия между государственными учреждениями и НКО.

*«...помощь НКО очень важна, особенно в случае работы с ключевыми группами населения. Взаимодействие с НКО позволяет значительно облегчить задачу медицинским работникам»*

### **Барьеры в доступе к лечению ВИЧ-инфекции в сельской местности**

В сельской местности, в том числе в Ленинградской области, существуют различные барьеры в доступе к лечению ВИЧ, несмотря на значительные усилия руководства и сотрудников профильных государственных медицинских учреждений, которые заинтересованы в оказании помощи клиентам из ключевых групп населения, но не могут преодолеть ряд сложных структурных и других моментов. Эти барьеры схожи с теми сложностями, которые были описаны ранее. Участники глубинных интервью отметили следующие специфические моменты, присутствующие в Ленинградской области:

---

<sup>16</sup> Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года (Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2020 г. N 3468-р). <http://static.government.ru/media/files/cbS7AH8vWirXO6xv7C2mySn1JeqDlvKA.pdf>

1. Ограниченность ресурсов здравоохранения и недостаточность финансирования сферы со стороны государства – ресурсы инфекционной службы в сельской местности являются низкими.
2. Кадровая проблема в государственных учреждениях – не хватает медицинского персонала, наблюдается высокая нагрузка при недостаточной оплате труда (как правило врачи работают более, чем на 1 ставке). При этом врачи-инфекционисты работают со сложными пациентами в тяжелом состоянии и у них много дополнительной работы, помимо приема пациентов. Они ответственны за профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, за проведение скрининга на ВИЧ в своем районе, за контроль выдачи лекарственных препаратов – врач должен учитывать лекарства, контролировать их сроки годности и вносить данные в федеральный регистр пациентов с ВИЧ. Это очень большая нагрузка, которая в купе с другими сложностями приводит к появлению у медицинских работников негативного отношения к работе и пациентам, ощущения безысходности и беспомощности, эмоциональному выгоранию и в конечном итоге – к увольнению с должности квалифицированных работников.
3. Недостаточная доступность помощи в сельской местности в связи с инфекционными заболеваниями – в каждом районе области работает лишь по 1 кабинету инфекционных заболеваний в условиях большой территориальной удаленности друг от друга разных населенных пунктов в рамках одного района. Пациентам из небольших городов и поселков сложно добираться до районного центра, и тем более приезжать утром для сдачи анализов – в ряде случаев им необходимо сменить несколько видов транспорта, у которых расписание зачастую является нерегулярным.
4. Недостаточная доступность других медицинских и социальных услуг, что осложняет оказание помощи в связи с ВИЧ и формирование устойчивой приверженности лечению. В частности, в регионе наблюдается низкая доступность наркологической помощи - наркологические кабинеты существуют не в каждом районе Ленинградской области, на всю область площадью 83 908 км<sup>2</sup> существует лишь один наркологический стационар, что явно не покрывает потребность в получении наркологической помощи. Кроме того, не во всех профильных стационарах имеется наркологическая помощь, которая необходима ЛУН (это особенно важно в туберкулезных стационарах, где лечение может длиться до 1 года).
5. Ограниченность ресурсов инфекционных кабинетов районов, в которых не всегда есть свои лаборатории, что приводит к задержкам в получении результатов

анализов и ограниченным возможностям для сдачи крови. При этом врачи стараются сделать больше, например приходят раньше начала рабочего дня, чтобы взять больше анализов крови. Но все потребности покрыть, к сожалению, не всегда представляется возможным.

*«Я понимаю, что сдать кровь — это настоящий квест. Нужно встать очень рано. Некоторые клиенты даже не ложатся спать всю ночь, чтобы не проспять сдачу крови. Они сначала идут сдать кровь, а потом уже спят. Потому что для употребляющего человека, понедельник в 7 утра — это практически невозможно...»*

6. Стигматизация в отношении ЛУН, в том числе с положительным ВИЧ-статусом, в системе медицинской и социальной помощи, которая еще сохраняется в некоторых учреждениях области — это осложняет как оказание государственных услуг самими специалистами, так и получение помощи клиентами.
7. Крайне низкая ценность своего здоровья у ключевой группы ЛУН, низкая самооценка и неверие в свои силы справляться с жизненными сложностями — приводит к обращению за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, что осложняет лечение и ухудшает исходы заболевания.

## Методы увеличения доведения ключевых групп до лечения и удержания их в нем

Несмотря на наличие большого количества различных барьеров в доступе к лечению ВИЧ и различных сложных моментов при работе с клиентами ЛУН, специалисты профильных медицинских учреждений прилагают значительные усилия для увеличения охвата лечением ключевых групп и удержания на нем. Можно выделить следующие методы, которые помогают решать данные задачи:

1. Создание доверительных отношений с клиентом ЛУН – важно, чтобы врачи и другие профильные специалисты старались наладить взаимодействие с пациентами, чтобы помочь им в решении вопросов с лечением. Ключевым моментом при этом является необходимость безоценочно и с пониманием относиться к человеку и стараться выявить и решить те сложности, которые препятствуют началу лечения.
2. Необходимо спокойное отношение со стороны врача к возможным перерывам в приеме АРТ у клиентов из ключевых групп населения. В данном случае важно не осуждать пациента и не создавать дополнительных преград в работе с ним, но постараться выяснить причины перерыва в приеме препаратов, предоставить всю необходимую информацию и поддержку.

*«Психологический аспект играет большую роль: если врач относится к пациенту хорошо, это помогает справиться с первичным страхом. Если пациент вернулся на прием, не стоит его оценивать или ругать»*

3. Крайне важным аспектом в работе является возможность оказания дополнительной психологической помощи ЛЖВ – в условиях отсутствия таких специалистов необходимо находить ресурсы в партнерских учреждениях.
4. К структурным изменениям, которые увеличат охват лечением ключевых групп и их удержание на нем является увеличение количества дней, в которые люди смогут посетить врача и прийти на сдачу анализов крови, а также увеличение штата сотрудников и добавление второго врача. Большие препятствия и невозможность попасть на прием демотивирует клиентов, которые в такой ситуации могут полностью отказаться от лечения.
5. Руководству регионального Центра СПИД необходимо рекомендовать проводить вечерний прием пациентов или сделать субботний прием хотя бы раз в месяц, чтобы сделать медицинскую помощь более доступной.

6. Расширение сети аптек, которые могут выдавать препараты АРТ (в некоторых районах Ленинградской области препараты выдают только в одной аптеке).
7. Некоторые врачи могут пройти перепрофилирование, которое несколько решает кадровую проблему – например, фтизиатр может принимать пациентов с ВИЧ и получить специализацию по инфекционным болезням.
8. Важно, чтобы лечащий врач передавал некоторые полномочия медицинской сестре, например по проведению дополнительной консультации, направленной на формирование приверженности. В текущих условиях врач, к сожалению, не всегда имеет возможность провести полноценную и подробную консультацию.
9. Необходимо регулярное взаимодействие между различными профильными учреждениями, куда могут обратиться люди из ключевых групп – например наркологической службе следует контактировать с инфекционной службой и обеспечивать возможность получения АРТ во время нахождения в стационаре; инфекционной службе следует контактировать с социальными приютами и ночлежками, куда они могут перенаправить бездомных ЛЖВ.
10. Требуется проведение мероприятий по повышению осведомленности сотрудников профильных учреждений об особенностях группы ЛУН, методах работы с ней и по снижению уровня стигмы, связанной с ВИЧ и наркопотреблением, которые могут еще сохраняться в отдельных учреждениях – необходимо, чтобы медицинские и другие профильные специалисты понимали, что клиенты из ключевых групп населения это обычные люди, которым просто нужна помощь и что важно поддерживать таких клиентов.
11. Необходимо проводить регулярные встречи с медицинскими работниками из первичного звена с целью предоставления правильной информации о ВИЧ, симптомах и особенностях заболевания, и о сути работы специалистов инфекционных отделений. Это позволит увеличить охват диагностическими мероприятиями людей из разных групп населения, в том числе из ключевых групп, выявлять ВИЧ на ранних стадиях и усилить мотивационную работу с ЛЖВ по сохранению приверженности лечению.
12. Особый упор необходимо делать на повышение качества первичной консультации при выявлении ВИЧ – от того, как она будет проведена, с каким отношением к пациенту и с каким объемом информации, во многом зависит то, дойдет ли пациент до лечения.
13. Необходимо регулярно проводить опрос ЛЖВ с целью выявления их потребностей и дополнительных запросов, в которых могут помочь специалисты.

## Взаимодействие государственных учреждений и НКО

Благодаря совместным усилиям профильных государственных учреждений и НКО по реализации концепции непрерывности вмешательств, связанных с профилактикой ВИЧ, ЛЖВ из ключевых групп населения получают своевременную и качественную медицинскую помощь, а люди с отрицательным ВИЧ-статусом получают доступ к бесплатной низкопороговой помощи. Взаимодействие НКО с государственными учреждениями при этом должно преследовать следующую **цель** – увеличение доступности представителей труднодостижимых ключевых групп населения к государственным медицинским и социальным услугам и снижение рисков отказа в получении данных услуг.

*«Мы должны подчеркнуть, что наша цель — помогать врачам в их работе, и что мы готовы сотрудничать на взаимовыгодных условиях. Важно, чтобы врачи чувствовали поддержку и знали, что они не одиноки в своей работе»*

БФ ГД предлагает следующие **варианты помощи** партнерским государственным учреждениям в рамках реализации программы профилактики ВИЧ в сельской местности, которые успешно реализуются и поддерживаются партнерами:

1. Выход на труднодоступные ключевые группы населения с высоким риском заражения ВИЧ, установление контакта с которыми затруднительно для государственных учреждений; поиск «потерянных» пациентов из ключевых групп.
2. Осуществление более глубокой мотивационной работы с людьми из ключевых групп населения, направленной на инициацию лечения ВИЧ либо возобновление лечения в случае перерыва (работа с «потерянными» пациентами), а также на формирование и сохранение приверженности лечению.
3. Длительное медико-социальное сопровождение людей из ключевых групп.
4. Передача медицинским работникам проработанных случаев – то есть клиентов из ключевых групп, которые готовы продолжать взаимодействие.
5. Помощь в получении людьми из ключевых групп населения дополнительных медицинских и социальных услуг, доступ к которым у них может быть затруднен (наркологическая помощь, помощь в восстановлении документов, в поиске места временного пребывания, в оформлении пособий, инвалидности и тд).

6. Помощь медицинским работникам в сложных ситуациях при работе с клиентами из ключевых групп, которые невозможно решить по причине разногласий между документами, регламентирующими деятельность государственных учреждений.

*«В небольших населенных пунктах, например, в Никольском и Отрадном, нужно ездить в другие города, что создает трудности. Однако при наличии мотивации и информации от социальных работников, можно добраться до нужного места»*

На основе данных глубинных интервью, проведенных как с сотрудниками профильных государственных организаций в Ленинградской области, так и с сотрудниками пункта профилактики БФ ГД в Ленинградской области и координаторами фонда, были созданы следующие **рекомендации** по улучшению взаимодействия государственных учреждений и НКО, работающих в сфере профилактики ВИЧ:

1. Ключевым моментом во взаимодействии является гибкость сторон и готовность к плодотворному и длительному сотрудничеству – без этого коммуникация не будет приносить тех результатов, которые могли бы появиться.
2. В начале выстраивания взаимодействия требуется организовать личное знакомство координатора программы профилактики, реализуемой в НКО, с руководством профильных государственных учреждений. Далее после подписания соглашения о сотрудничестве необходимо организовать при поддержке руководства учреждений отдельные встречи координатора и команды программы профилактики с сотрудниками районных отделений учреждения. В рамках данных встреч важно представить общую информацию о программе профилактики и о том, чем организации могут помочь друг другу.
3. Для определения точек соприкосновения и тех вариантов помощи, которые будут полезными для каждой организации можно использовать различные подходы, в том числе проводить совместные встречи в разном формате. Необходимо объяснять свои задачи друг другу чтобы найти эти точки соприкосновения – в каких моментах организации могут помочь друг другу (у государственных учреждений существуют различные регламенты, определяющие их деятельность, которые необходимо учитывать НКО; НКО в свою очередь существуют определенные проекты и индикаторы с ограниченным финансированием, что необходимо учитывать партнерским государственным учреждениям).
4. Важно создавать устойчивые связи между профильными организациями, чтобы понимать, кто именно работает в организации, какие функции выполняют те или иные сотрудники, по каким вопросам можно к ним обращаться, каковы их подходы



в работе с клиентами и что важно учитывать при консультировании ключевых групп населения до посещения государственного учреждения. Оптимально, когда в сельской местности осуществляются регулярные контакты с сотрудниками районных государственных учреждений (это могут делать местные равные консультанты, нанятые фондом).

5. В рамках взаимодействия необходимо обмениваться информационными и методическими ресурсами с актуальными и современными данными для работы.
6. Имеет высокую ценность организация совместных очных и онлайн мероприятий для сотрудников программы профилактики и для сотрудников профильных государственных учреждений. Такие мероприятия помогают сотрудникам государственных учреждений посмотреть на ключевые группы с другой стороны, позволяет обсудить особенности работы с ЛУН, в том числе методы снижения стигмы, связанной с ВИЧ и наркопотреблением, и другие сложные моменты, которые возникают в работе с такими пациентами. Помимо этого, такие мероприятия предполагают наличие времени для неформального общения, что значительно укрепляет взаимодействие и облегчает его.
7. Помимо этого, имеет высокую значимость организация совместных мероприятий для самих пациентов государственной медицинской службы, в частности Школы пациентов для ЛЖВ, которую могут одновременно вести как медицинский работник, так и равный консультант или психолог НКО. Такая коллаборация позволит как укрепить взаимодействие, так и повысить уровень доверия клиентов ЛУН к государственным учреждениям (такие Школы покажут клиентам-ЛУН, что сотрудники этих учреждений готовы с ними работать и их не нужно бояться).
8. Перспективным и важным направлением сотрудничества является предложение организации профессиональных супервизий для специалистов государственных медицинских учреждений, которые работают с группой ЛУН (предпочтительно в очном формате, но с учетом удаленности районов сельской местности возможен вариант онлайн-формата). Супервизии позволяют осуществлять профилактику эмоционального выгорания, которое, к сожалению, может часто встречаться среди сотрудников государственных учреждений.

*«Врачи часто испытывают выгорание, и даже небольшие тренинги или онлайн-форматы с психологом могли бы им помочь. Некоторые врачи уже перегорели, и они просто выполняют свою работу по инерции. Важно наладить с ними контакт и помочь им преодолеть эти трудности»*

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Условия организации программ профилактики ВИЧ могут значительно отличаться в зависимости от территории, где она должна реализовываться. Настоящее руководство создано на основе практического опыта БФ ГД в области организации программы профилактики ВИЧ в сельской местности (Ленинградской области) – в нем описаны необходимые компоненты программы профилактики и необходимые ресурсы для работы, особенности оказания услуг низкопороговой помощи, услуг медико-социального сопровождения и особенности взаимодействия с профильными государственными учреждениями.

Организация программы профилактики ВИЧ в сельской местности – многоэтапная и сложная деятельность, которая требует проведения большой подготовительной работы, наличия значительного и многостороннего опыта в управлении социальными проектами, человеческими и финансовыми ресурсами, а также большой включенности команды и всестороннего сотрудничества с партнерскими профильными государственными учреждениями.

Хочется еще раз отметить, что в основе изложенной модели программы профилактики ВИЧ, которая реализуется БФ ГД в Ленинградской области, лежат парадигма и принципы, которые доказали свою эффективность в работе по профилактике ВИЧ с ключевой группой ЛУН. Данная модель и представленные в связи с этим рекомендации могут использоваться другими ВИЧ-сервисными НКО в собственной деятельности при планировании и организации программ профилактики ВИЧ в малых населенных пунктах (сельской местности).

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Из виртуальности в реальность. Отчет по проекту Ассоциации «Е.В.А.». 2023 г. <https://evanetwork.ru/project/iz-virtualnosti-v-reanost/>
2. Комплексная поддержка групп повышенного риска в России. Отчет по проекту Ассоциации «Е.В.А.». 2023 г. <https://evanetwork.ru/project/kompleksnaya-podderzhka-grupp-povyshennogo-riska-v-rossii/>
3. Современные подходы к оказанию социальной и психологической помощи потребителям наркотиков / Р. В. Скочилов – «Санкт-Петербургский государственный университет», 2016.
4. Сорокина А.М., Шаболтас А.В., Батлук Ю.В., Скочилов Р.В. Перспективы использования цифровых технологий в создании поведенческих профилактических программ в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний // Петербургский психологический журнал. Медицинская психология. 2024. № 49. С. 33-61. <https://ppj.spbpo.ru/psy/article/view/404>
5. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. СПб.: Скифия-принт. 2015. 694 с.
6. Cordova W., Cooper S., Avant F.L. Factors That Impact Service Delivery to Individuals Living With HIV/AIDS in Rural Northeastern Texas // Contemporary Rural Social Work Journal. 2011. Vol. 3, № 1, art. 8. DOI: 10.61611/2165-4611.1027.
7. Edun B., Iyer M., Albrecht H., Weissman S. The South Carolina rural–urban HIV continuum of care // AIDS Care. 2017. Vol. 29, № 7, p. 817–822. DOI:10.1080/09540121.2016.1270397.
8. Gibson D.R., Flynn N.M., Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users // AIDS. 2001. № 15 (11), p. 1329-1341. DOI: 10.1097/00002030-200107270-00002.
9. Grau L.E., et al. The HIV Care Continuum in Small Cities of Southern New England: Perspectives of People Living with HIV/AIDS, Public Health Experts, and HIV Service Providers // AIDS and Behavior. 2020. Vol. 25, p. 897–907. DOI:10.1007/s10461-020-03049-z
10. Grace C., et al. The Vermont Model for Rural HIV Care Delivery: Eleven Years of Outcome Data Comparing Urban and Rural Clinics // The Journal of Rural Health. 2010. № 26, p. 113–119. DOI: 10.1111/j.1748-0361.2010.00272.x.
11. Jones J., et al. Interest in HIV Prevention Mobile Phone Apps: Focus Group Study with Sexual and Gender Minority Persons Living in the Rural Southern United States // JMIR Formative Research. 2022. Vol. 6, № 6 (e38075). DOI: 10.2196/38075.

12. Moh D.R., et al. Community Health Workers. Reinforcement of an Outreach Strategy in Rural Areas Aimed at Improving the Integration of HIV, Tuberculosis and Malaria Prevention, Screening and Care into the Health Systems. “Proxy-Santé” Study // *Front. Public Health*. 2022. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.801762>.
13. Nelson J.A. Differences in Selected HIV Care Continuum Outcomes Among People Residing in Rural, Urban, and Metropolitan Areas — 28 US Jurisdictions // *The Journal of Rural Health*. 2018. 34(1), p. 63-70. DOI: 10.1111/jrh.12208.
14. Quinn K.G., et al. Challenges to meeting the HIV care needs of older adults in the rural South // *SSM - Qualitative Research in Health*. 2022. Vol. 2, № 100113. DOI: 10.1016/j.ssmqr.2022.100113.
15. Recommendations: «Web-Outreach for People Who Use Drugs». United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Eastern Europe: Regional Program Office of the United Nations Office on Drugs and Crime for Eastern Europe. 2021. 38 p.
16. Rodriguez H.R., Dobalian A. Provider and Administrator Experiences with Providing HIV Treatment and Prevention Services in Rural Areas // *AIDS Education and Prevention*. 2017. 29(1), p. 77–91. DOI: 10.1521/aeap.2017.29.1.77.
17. Schafer K.R., et al. The Continuum of HIV Care in Rural Communities in the United States and Canada: What Is Known and Future Research Directions // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2017. 75(1), p. 35–44. DOI:10.1097/QAI.0000000000001329.
18. Schranz A.J., et al. Challenges Facing a Rural Opioid Epidemic: Treatment and Prevention of HIV and Hepatitis C // *Current HIV/AIDS Reports*. 2018. 15(3), p. 245–254. DOI:10.1007/s11904-018-0393-0.
19. Singh U. The met and unmet health needs for HIV, hypertension, and diabetes in rural KwaZulu-Natal, South Africa: analysis of a cross-sectional multimorbidity survey // *The Lancet Global Health*. 2023. Vol. 11, № 9, p. e1372-e1382. DOI: 10.1016/S2214-109X(23)00239-5.
20. Sutton M., et al. HIV Testing and HIV/AIDS Treatment Services in Rural Counties in 10 Southern States: Service Provider Perspectives // *The Journal of Rural Health*. 2010. №26, p. 240–247. DOI: 10.1111/j.1748-0361.2010.00284.x.
21. UNAIDS. 90-90-90—an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014.
22. Yannessa J.F., Reece M., Basta T. HIV Provider Perspectives: The Impact of Stigma on Substance Abusers Living with HIV in a Rural Area of the United States // *AIDS PATIENT CARE and STDs*. 2008. Vol. 22. № 8, p. 669-675. DOI: 10.1089/apc.2007.0151.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Гайд интервью для сервисных работников программы профилактики

#### *Блок 1. Работа в фонде «Гуманитарное действие» (описание квалификаций сотрудников программы)*

В первую очередь, хотелось бы узнать немного о вашей работе в «Гуманитарном действии». Какова ваша должность в «Гуманитарном действии»? Как и когда вы начали работать с ключевыми группами населения? Что привлекло вас в этой деятельности? В чем вы видите свою роль в работе с клиентами? Как вы думаете, какие квалификации и качества должны быть у человека, работающего в программе профилактики ВИЧ-инфекции? Имеет ли значение для работы и взаимодействия с клиентами, если сотрудник является равным консультантом? Имеет ли значение для работы и взаимодействия с клиентами, если сотрудником является человек, который сам прошел через программу профилактики ВИЧ-инфекции?

#### *Блок 2. Характеристики клиентов ЛУН, проживающих в сельской местности*

Какие характеристики клиентов ЛУН вы можете выделить? Существует ли существенная разница между характеристиками клиентов ЛУН в сельской местности по сравнению с городом и если да, то в чем она заключается? Есть ли особенности работы с клиентами в сельской местности в зависимости от их характеристик? Есть ли особенности работы с клиентами в зависимости от употребляемых ими веществ? Есть ли особенности работы с клиентами в зависимости от их возраста и гендера? Есть ли особенности работы с клиентами в зависимости от их материального положения и места жительства? Есть ли особенности работы с клиентами в зависимости от их ВИЧ-статуса? Есть ли особенности работы с клиентами в зависимости от их вирусной нагрузки и количества CD4-лимфоцитов?

#### *Блок 3. Описание процесса оказания услуг клиентам ЛУН по профилактике ВИЧ-инфекции в сельской местности (низкий порог)*

Опишите, пожалуйста, все основные формы работы в низкопороговой программе профилактики ВИЧ-инфекции. Теперь давайте обсудим каждую из этих форм работ.

Представим, что у вас появился потенциальный клиент. Откуда может появиться новый клиент? Как потенциальный клиент узнает о программе профилактики? Каким образом вы привлекаете клиентов в программу? Применяется ли онлайн-работа для привлечения клиентов и если да, то каким образом она осуществляется? Какова эффективность методов привлечения представителей ЛУН в программу профилактики и каким образом вы ее определяете? Какие еще методы привлечения клиентов могут использоваться? Какие сложности у вас возникают во время привлечения клиентов в программу и каким образом вы их преодолеваете?

Для получения каких услуг приходят клиенты в программу? Как вы считаете, что привлекает клиентов в программу профилактики ВИЧ-инфекции, для чего они ее посещают? Как вы начинаете контакт с клиентом? Когда вы в первый раз встречаетесь с клиентами, как они обычно настроены? Что вы им говорите при первой встрече? Чем завершается ваша первая встреча с клиентом? При повторном посещении программы, что происходит с клиентом? О чем вы говорите с ним? Как часто клиент может посещать программу профилактики ВИЧ-инфекции? Каким образом вы удерживаете клиентов в программе профилактики? Какие трудности у вас при этом возникают с учетом реализации программы в сельской местности? Как вы их преодолеваете?

#### *Блок 4. Описание процесса оказания услуг клиентам ЛУН по профилактике ВИЧ-инфекции в сельской местности (сопровождение)*

Все ли клиенты, у которых выявляется положительный ВИЧ-статус, участвуют в программе кейс-менеджмента? Каковы критерии отбора клиентов в кейс-менеджмент? Если некоторые клиенты отказываются от сопровождения, то почему это может происходить?

Опишите этапы сопровождения, которые вы проходите совместно с клиентом. Существует ли разница в этапах сопровождения клиента в сельской местности по сравнению с городом и в чем она заключается? Возникают ли трудности во время сопровождения клиентов в сельской местности и в чем они заключаются? Каким образом вы их преодолеваете? Какие моменты можно улучшить в процессе сопровождения клиентов в условиях сельской местности и каким образом это можно сделать? Как происходит удержание клиентов на этом этапе работы? Существует ли разница в процессе удержания клиента в программе кейс-менеджмента в сельской местности по сравнению с городом и в чем она заключается?

Как вы определяете то, что у клиента формируется приверженность? Есть ли особенности в подходах к работе над приверженностью в сельской местности по сравнению с городом? Какие стратегии вы используете, чтобы повысить приверженность клиентов? Какие стратегии не работают? Почему нет? Какие изменения можно внести, чтобы помочь вам обеспечить эффективное консультирование по соблюдению режима лечения? Какие препятствия мешают вам обсуждать приверженность лечению со своими клиентами? Каким образом вы их преодолеваете?

#### *Блок 5. Взаимодействие с сотрудниками государственных учреждений (сопровождение)*

Расскажите нам о случаях, когда вы работали со специалистами по ВИЧ из госучреждений в Ленинградской области. Существует ли взаимодействие вас с лечащими врачами относительно получения АРТ вашими клиентами? Что помогает взаимодействию? Что мешает? Как вы думаете, какую роль в облегчении доступа к лечению и в формировании приверженности может выполнять лечащий врач? Каких действий недостаточно со стороны врача для облегчения доступа к лечению и формирования приверженности у клиентов из группы ЛУН? Каким образом можно было бы увеличить эффективность взаимодействия с государственными учреждениями Ленинградской области? Какие рекомендации вы бы дали при разработке стратегии взаимодействия НКО с сотрудниками государственных учреждений?

*Блок 1. Специфика работы с ключевыми группами населения (ЛУН) в условиях сельской местности*

Как давно вы работаете в Центре СПИД Ленинградской области? Каким образом выстроена система оказания медицинской помощи людям, употребляющим наркотики в Ленинградской области? Как, по вашему мнению, эта система и территориальные особенности Ленинградской области влияют на доведение ЛУН до лечения ВИЧ-инфекции и его приверженность к лечению? Существует ли разница в особенностях выстроенной системы оказания помощи в сельской местности по сравнению с городом и если да, то в чем она заключается?

*Блок 2. Барьеры в доступе к лечению у ЛУН в сельской местности*

Как вы думаете, с какими барьерами сталкиваются ЛУН в Ленинградской области при обращении за лечением? Влияет ли факт употребления людьми наркотических веществ на доступ к лечению и если да, то каким образом? Какого рода трудности по вашему мнению существуют в лечении ВИЧ-инфекции и в работе с ЛУН, живущими с ВИЧ в Ленинградской области? С чем связаны эти трудности и каким образом вы их преодолеваете? Что еще можно сделать для их преодоления? Можно ли предотвратить их появление и как?

Кто/что помогает вам в работе с клиентами из уязвимых групп (ЛУН)? Что может помочь увеличить процент доведения людей из группы ЛУН до лечения и процент людей с достигнутой нулевой вирусной нагрузкой?

*Блок 3. Отношение к НКО и сотрудничество профильных медицинских учреждений с ними*

Нужно ли ЛЖВ из уязвимых групп населения, помощь в доведении до лечения? В чем такая помощь может заключаться, и кто ее может оказывать? Необходимо ли им социальное сопровождение, на каких этапах и зачем? По Вашим наблюдениям, существует ли и какая разница в степени приверженности к АРТ у людей, которые получали/ют социальное сопровождение и тех, которые не были включены ни в какие программы сопровождения? Как вы думаете, насколько эффективна работа НКО с уязвимыми группами населения по доведению их до лечения в условиях сельской местности? Чем такая работа может помочь в плане профилактики ВИЧ-инфекции?

Существует ли взаимодействие у Центра СПИД с людьми и организациями, предоставляющими услуги социального сопровождения? Какое взаимодействие с такими организациями уже есть и в чем оно заключается? Что помогает взаимодействию? Что мешает? Нужно ли в принципе такое взаимодействие? И если да, то каким образом по вашему мнению необходимо выстроить взаимодействие между профильными медицинскими учреждениями Ленинградской области и НКО для максимально эффективного взаимодействия при реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции? Если нет – с чем связан ваш ответ?

*Блок 1. Общая информация о получателях услуг*

Назовите, пожалуйста, ваш возраст. Опишите ваш род деятельности. Как давно вы употребляете наркотики? Какие наркотики вы употребляете(-ли)? Как часто вы употребляете(-ли) эти наркотики?

*Блок 2. Отношение к программе профилактики*

Опишите, пожалуйста, ваш опыт взаимодействий с командой программы профилактики. Как давно вы посещаете программу и как часто это делаете? Что сподвигло вас обратиться в программу профилактики? Как вы попали в программу? Были ли у вас сомнения перед участием в программе и с чем они были связаны? Как начиналось ваше общение с командой программы профилактики? Как вы себя чувствуете относительно оказываемых вам услуг? Можете ли вы сказать, что вы доверяете команде программы (автобуса)? Доступна ли территориально программа профилактики? Как вы думаете, существуют ли различия в организации программы профилактики в сельской местности по сравнению с городом? Если да, то в чем они заключаются?

*Блок 3. Участие в программе кейс-менеджмента*

Сколько времени прошло с того момента, как вы получили положительный результат теста на ВИЧ в автобусе и были направлены в Центр СПИД, прежде чем попали туда? С чего началось ваше общение со специалистом службы сопровождения (вашим социальным работником)? Чем именно помог вам специалист службы сопровождения? Можете ли вы сказать, что вы доверяете вашему социальному работнику (кейс-менеджеру)? На каком этапе сейчас находится ваше лечение ВИЧ? Возникали ли трудности в назначении АРТ? Если да, то какие и каким образом они были решены? Были ли связаны трудности с тем фактом, что вы употребляете наркотики?

Как вы определяете свою приверженность, если она есть? Что помогло вашей приверженности к лечению сформироваться в начале? Что помогает вам поддерживать приверженность сейчас? Кто помогал вам сформировать и поддерживать вашу приверженность к лечению? Как вам помог врач Центра СПИД с формированием приверженности? Как вам помогла команда программы профилактики с формированием приверженности? Как вам помог ваш социальный работник (кейс-менеджер) с формированием приверженности?

*Блок 4. Эффективность работы программы профилактики*

Возникали ли у вас проблемы в работе и общении с командой программы и в чем они заключались? Были ли решены данные проблемы и если да, то каким образом это было сделано? Какие именно услуги программы привлекают вас? Что вам нравится в программе больше всего? Что по вашему мнению можно улучшить в работе программы и каким образом это можно сделать?



*Блок 1. Начало работы в Ленинградской области (в сельской местности)*

Как давно вам пришла идея организовать работу с ЛУН по профилактике ВИЧ-инфекции в Ленинградской области (в сельской местности)? Как изначально была организована программа профилактики? С какими трудностями вы сталкивались в начале создания этой программы? Поддерживается ли работа в Ленинградской области со стороны государственных учреждений? И если да, то в чем заключается эта поддержка? Есть ли различия в выстраивании контакта и получении поддержки со стороны государственных учреждений в сельской местности по сравнению с городом? Каким образом вы достигли договоренности с Центром СПИД о совместной работе? Были ли трудности в достижении этой договоренности? Что бы вы рекомендовали другим НКО для достижения таких договоренностей?

*Блок 2. Организация работы с ЛУН в Ленинградской области (в сельской местности)*

Как сейчас организована программа по профилактике ВИЧ-инфекции для ЛУН в Ленинградской области? Какие компоненты программы на сегодняшний день претерпели значительные изменения? В чем они заключались и из-за чего они произошли? Как можно оптимизировать работу? Какие услуги оказывают сотрудники программы? Каких принципов работы с клиентами сотрудники программы должны придерживаться? Каким образом вы находите клиентов, желающих участвовать в программе? Какова эффективность методов привлечения представителей ЛУН в программу профилактики и каким образом вы ее определяете? С какими трудностями вы сталкиваетесь сейчас при реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции для ЛУН в Ленинградской области (в сельской местности)? Каким образом вы их преодолеваете? Что необходимо делать для сохранения программ профилактики ВИЧ-инфекции для ЛУН в сельской местности и для создания программ в других регионах?

Какие ресурсы необходимы для организации программы по профилактике ВИЧ-инфекции для ЛУН в Ленинградской области (человеческие, финансовые, временные, материально-техническая база; партнерские отношения, взаимодействие с государством)? Без каких ресурсов не обойтись при планировании и реализации такой программы именно в сельской местности? Каков состав команды, которая работает в программе профилактики ВИЧ-инфекции для ЛУН в Ленинградской области? Как отбираются сотрудники в эту программу сейчас? Какие требования к сотрудникам программы вы предъявляете? Какое обучение проводится для сотрудников в начале их работы и далее? Каким образом осуществляется контроль/супервизия работы сотрудников программы?

*Блок 3. Специфика работы с ЛУН по профилактике ВИЧ-инфекции в сельской местности*

Какие есть особенности работы на низком пороге и в процессе сопровождения в рамках осуществления программы профилактики ВИЧ-инфекции в сельской местности? Какие трудности возникают на каждом этапе каскада? Каким образом они преодолеваются? Есть ли различия в работе с клиентами ЛУН в сельской местности по сравнению с городом? В чем заключаются особенности работы с ЛУН в сельской местности по сравнению с городом? Существует ли специфика работы с ЛУН, у которых выявляется ВИЧ-инфекция? Существует ли специфика работы с такими клиентами по формированию и сохранению приверженности лечению?

*Блок 4. Эффективность и результативность работы в Ленинградской области*

Сколько человек обращается в программу профилактики ежегодно? Какова выявляемость в группе ЛУН в сельской местности, с чем это связано? Какой процент клиентов с положительным ВИЧ-статусом из общего числа клиентов ЛЖВ удалось довести до начала приёма АРТ? Какой процент из них сформировали приверженность к лечению? Сколько человек из них с неопределяемой вирусной нагрузкой? Какие вы видите результаты программы на сегодняшний день? В чем измеряется эффективность программы? Какие результаты вы бы хотели достичь в будущем и что нужно для этого сделать? Что бы вы рекомендовали другим НКО, у которых есть или которые собираются организовать программу профилактики ВИЧ-инфекции для ЛУН в сельской местности?

**РЕКОМЕНДАЦИИ**  
ПО ОРГАНИЗАЦИИ  
ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В МАЛЫХ  
НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ,  
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ  
НАРКОТИЧЕСКИЕ  
ВЕЩЕСТВА

*(на примере  
Ленинградской области)*



гуманитарное  
действие