



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

CENTRAL ASIAN REPUBLICS

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ: ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ И СТРУКТУРНЫХ БАРЬЕРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРВ ТЕРАПИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ, И ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ

(ПРОЕКТ ОТЧЁТА)

20 сентября 2011 г.

Эта публикация была подготовлена для рассмотрения Агентством США по международному развитию. Её подготовили Мэган Тумат, Айсулуу Болотбаева, Даниэлла Парсонс и Дэйв Бёрроуз для проекта «Качественное здравоохранение» в республиках Центральной Азии.

ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЁТ: ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ И СТРУКТУРНЫХ БАРЬЕРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АРВ ТЕРАПИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ, И ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ

Рекомендуемая ссылка: Мэган Тумат, Айсулуу Болотбаева, Даниэлла Парсонс и Дэйв Бёрроуз. 2011 год. *Индивидуальные, социальные и структурные барьеры к АРВ Приверженности в Кыргызстане и предлагаемый план действий*, Bethesda, MD. Проект «Качественное здравоохранение в республиках Центральной Азии», Abt Associates, Inc

№ контракта.: AID-176-C-10-00001

Представлен на рассмотрение:

Брин Сакагава
Заместитель директора, офис здравоохранения и образования
Центральноазиатская миссия USAID

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Взгляды автора, выраженные в данной публикации, могут не отражать точку зрения Агентства США по международному развитию (USAID) или Правительства США

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ.....	iii
Выражение признательности.....	iv
Исполнительное резюме.....	i
1. История вопроса и задачи	iii
<i>Эпидемиология эпидемии ВИЧ в Кыргызстане.....</i>	<i>iii</i>
<i>Доступ к лечению ВИЧ и соблюдение приверженности.....</i>	<i>iii</i>
2. Методы	vi
3. Ограничения	vii
4. Выводы	viii
<i>Сильные стороны системы.....</i>	<i>viii</i>
<i>Доступ к лечению ВИЧ и уходу, охват и качество УСЛУГ.....</i>	<i>viii</i>
<i>Выводы: стратегии приверженности, используемые в системе здравоохранения</i>	<i>ix</i>
<i>Выводы: Индивидуальные и социальные вопросы.....</i>	<i>xi</i>
<i>Выводы: Системные вопросы.....</i>	<i>xii</i>
5. Анализ пробелов.....	xiii
Индивидуальный уровень.....	xvi
Социальный уровень.....	xvi
6. РЕКОМЕНДАЦИИ: План приверженности.....	xvii
Поддерживающая среда	xvii
Структурный уровень.....	xvii
Социальный уровень	xvii
Индивидуальный уровень	xvii
7. Следующие шаги	xx
ПРИЛОЖЕНИЕ А: Список опрошенных участников и ключевых информантов.....	xxi
ПРИЛОЖЕНИЕ В: Тематическое руководство по проведению фокус групп	xxiv
ПРИЛОЖЕНИЕ С: Список участников фокус групп и организаций.....	xxv
ПРИЛОЖЕНИЕ D: Расписание переговоров о плане приверженности.....	xxvi
ПРИЛОЖЕНИЕ E: Изучение приверженности среди провайдеров медицинских услуг и НПО	xxviii
ПРИЛОЖЕНИЕ F: Библиография	xxxiv

СОКРАЩЕНИЯ

APMG	(<i>AIDS Projects Management Group</i>)
DOT(s)	от (<i>Directly Observed Therapy</i>)- ДОТс- лечение под непосредственным наблюдением. Стратегия, направленная на помощь пациентам быть приверженными лечению туберкулёза и ВИЧ.
GIPA	(<i>Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS</i>) – большее вовлечение ЛЖВ
ИИ	Institute for Healthcare Improvement - Институт Улучшения Здравоохранения
MoU	(<i>Memorandum of Understanding</i>) - Меморандум о взаимопонимании
RFP	(<i>Request for Proposals</i>) – Запрос на контрактное предложение
VL	(<i>VL</i>) Вирусная нагрузка
АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГПР - MARPs	(<i>Most at Risk Populations</i>) – Группы населения с повышенным риском заражения
ГФСТМ	Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулёзом и малярией
ЗМТ	Заместительная медикаментозная терапия (при лечении опиоидной зависимости)
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путём
ЛЖВ	Люди, (человек) живущий с ВИЧ
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	Пункт/программа обмена шприцев
ПР (Пиар)	(<i>Principal Recipient</i>) Принципиальный реципиент – основной получатель средств ГФСТМ
ПРООН	Программа Развития ООН
РС/РКС	Работники (коммерческого) секса
РЦН	Республиканский центр наркологии
РЦ СПИД	Республиканский центр СПИД
СПИД	Синдром приобретённого иммунодефицита
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Этот отчёт был разработан при участии Пьера де Вэссон и Арама Манукян из АРМГ. Особая благодарность Аиде Керексизовой и многочисленным ВИЧ / СПИД-сервисным организациям, а также сотрудникам Министерству здравоохранения, которые нашли время в их напряжённом графике, чтобы встретиться с командой. Наконец, наша самая искренняя благодарность людям, живущим с ВИЧ, которые поделились с нами своими историями и опытом.

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

Эта оценка рассматривает ключевые барьеры, препятствующие доступу к антиретровирусной терапии в Кыргызстане, и рекомендует план действий по улучшению приверженности с акцентом на наиболее подверженные риску группы населения.

Эпидемия ВИЧ в Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) ускорила рост с 2000 года. Такое расширение эпидемии в значительной степени связано с эскалацией инъекционного употребления наркотиков, отражающее географическое положение в Центральной Азии вдоль основных маршрутов незаконного оборота наркотиков [1]. Хотя до 75% от общего числа случаев ВИЧ-инфекции было выявлено среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), наблюдается рост ВИЧ-инфекции среди других групп населения, и в том числе среди женщин-РС и их клиентов, среди заключённых и мигрантов [2]. Для людей, употребляющих инъекционные наркотики, существуют серьёзные препятствия для профилактики и лечения, а характер распространения эпидемии венерических заболеваний, особенно сифилиса, указывает на огромный потенциал передачи ВИЧ половым путём связанным с ними группам населения. Растёт количество выявленных случаев ВИЧ-инфекции у детей, большинство из которых является результатом внутрибольничного заражения [3, 4]. В последнее время наблюдается некоторый прогресс, достигнутый в ходе расширения масштабов профилактики, лечения и медицинских услуг, в том числе по снижению вреда для потребителей инъекционных наркотиков, хотя остаются нерешёнными ключевые проблемы в сфере доступа к антиретровирусным препаратам (АРВ) для маргинализированных групп и приверженности.

В докладе также содержатся рекомендации для создания более благоприятной политики и среды для тех, кто наиболее подвержен риску плохого соблюдением режима лечения в Кыргызстане.

ОСНОВНЫЕ ПРИОРИТЕТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ПРИВЕРЖЕННОСТИ:

1) Индивидуальные и клинические стратегии

- Разработка рекомендаций по соблюдению режима лечения (приверженности) и улучшению обучения персонала
- Использование «равных» для консультирования пациентов по АРВ-терапии
- Разработка информационных материалов по АРВ-терапии для ГПП
- Разработка учебной программы для «равных» для оказания поддержки «равный-равному» и самоуправления ВИЧ.

2) Социальные стратегии

- Увеличение доступа к тестированию УГ на ВИЧ и незамедлительная связь с уходом
- Формализация групп поддержки ВИЧ-инфицированных и интеграция врачей и «равного обучения»
- Снижение уязвимости ВИЧ-позитивных женщин и матерей ВИЧ-позитивных детей

2) Структурные стратегии

- Внедрение системы «ведения клиентов» (*case management*) в центры СПИД с чётко

определёнными ролями, объёмами работ и обязанностями

- Обеспечить транспортные расходы для всех пациентов
- Использование лечения под непосредственным наблюдением (ДОТС) в сочетании с существующими услугами, например, например, ЗМТ и лечение туберкулёза.
- Обеспечение стимулов для привлечения и приверженности
- Переориентация ДКТ на ГПР и снижение порога доступа к услугам
- Улучшение отслеживания контактов и предоставление других вариантов помощи, таких как анонимная помощь равных и онлайн поддержка
- Улучшение связи по уходу за больными после установления диагноза и в ходе наблюдения путём децентрализации CD4/VL, т.е. осуществление мониторинга вне центров СПИДа и обеспечение эффективной транспортной связи между селом, городом и диагностическими лабораториями
- Улучшение качества лабораторной диагностики для тестирования и диспансерного наблюдения
- Улучшение связи по уходу за больными после кратковременного тюремного заключения [12]
- Немедленное принятие новых рекомендаций ВОЗ по лечению, чтобы уменьшить количество больных, недоступных для последующего врачебного наблюдения.
- Улучшение управления закупками и поставками лабораторных тестов
- Каждая дверь – правильная дверь: центры семейной медицины (ЦСМ), Программы обмена игл и шприцев (ПОШ), клиники ЗМТ, противотуберкулёзные учреждения, тюрьмы, клиники ИППП, пункты акушерской и гинекологической помощи, объекты стационарной помощи и неправительственные организации.
- Отменить плату за услуги для ЛЖВ
- Обеспечить доступ к оформлению документов и удостоверений личности для ЛЖВ
- Использование мультидисциплинарных команд в полном объёме, в т.ч. с включением функций назначения АРВ терапии.
- Децентрализация большинства услуг ВИЧ до уровня первичной медицинской помощи в рамках модели совместного ухода при помощи специалистов из центра СПИДа
- Обеспечить финансовую и клиническую поддержку ЦСМ, пунктам предоставления ЗМТ и лечения туберкулёза.

Невероятная стойкость людей, живущих с ВИЧ / СПИДом в Кыргызстане, и большая решимость многих общин и медицинских работников выполнить эту работу – это огромное преимущество для продвижения этого плана приверженности в действие. Что остаётся – это решимость всех сторон рассмотреть комплекс основополагающих факторов здоровья, которые влияют на доступ к уходу и лечению в стране, и совместная работа для решения этих проблем. Богатый опыт партнёров в регионе Центральной Азии показывает, что эти сложные барьеры могут быть преодолены за счёт снижения порога доступа к услугам по АРВ-терапии и внедрения инновационных программ для удовлетворения базовых индивидуальных, социальных и структурных потребностей людей, живущих с ВИЧ.

1. ИСТОРИЯ ВОПРОСА И ЗАДАЧИ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Эпидемия ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии развивается и является одной из самых быстрорастущих в мире. Движимый употреблением инъекционных наркотиков, высокий уровень распространённости ВИЧ-инфекции может наблюдаться среди групп высокого риска вдоль маршрутов трафика наркотиков, которые транспортируются из Афганистана через Таджикистан, Узбекистан, Кыргызстан и Казахстан.

Согласно официальной статистике, уровень распространённости ВИЧ в Киргизской Республике в 2009 году составил 12,8 на 100 000 человек. Большинство (59 процентов) людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) – это люди от 20 до 39 лет. Хотя в эпидемии по-прежнему доминирует употребление инъекционных наркотиков (62 процента), последние данные указывают на неуклонный рост доли передачи ВИЧ при незащищённом сексе с 3 процентов в 2001 году до 25 процентов в 2009 году [5]. Процент женщин – ЛЖВ увеличился в три раза за последние шесть лет: с 9,5 процента в 2001 году до 25,5 процента в 2009 году. Большинство этих женщин было инфицировано половыми партнёрами – потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В 2010 году в Кыргызстане было кумулятивно зарегистрировано 3 149 ВИЧ-инфицированных, в то время как оценочное число ВИЧ-инфицированных, как полагают, составляет почти 9 000 человек [6].

«Хотелось бы, чтобы пациенты были более послушными: некоторые люди приходят вовремя, никогда не жалуются, но ПИН мы должны просить, чтобы они пришли ... Они не готовы для лечения».

(сотрудник ЦСМ в Ошской области, август 2011)

Согласно последним результатам дозорного эпиднадзора страны, показатель распространённости ВИЧ в 2009 году составил 14,3% среди потребителей инъекционных наркотиков, 1,6% среди женщин – РС, и 7 процентов среди заключённых. Высокие показатели распространённости вирусного гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков (53,6 процента в 2009 году) и заключённых (39,3 процента в 2009 году) показывает, что небезопасные инъекции широко распространены среди ключевых групп населения с повышенным риском заражения ВИЧ. Распространённость сифилиса в 2009 году составила 33,8% среди секс-работников, 15,3 процента среди заключённых, и 12,6% среди ПИН; это иллюстрирует высокий уровень небезопасных сексуальных практик.

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ И СОБЛЮДЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Антиретровирусная терапия (АРВТ) была начата в Кыргызстане в 2005 году, и теоретически децентрализована и интегрирована в систему первичной медико-санитарной помощи на уровне ЦСМ, с некоторыми ранними нововведениями в междисциплинарных группах в сотрудничестве с неправительственными организациями (НПО). АРВ-препараты в идеале поставляются в сеть местных центров СПИДа и ЦСМ. На 1 октября 2011 года АРВТ получало 493 ВИЧ-инфицированных [5]. АРВТ предоставляется бесплатно для пациентов и полностью финансируется за счёт гранта ГФСТМ.

В соответствии с действующим клиническим протоколом (обновлённым в 2007 году), ЛЖВ имеют право на зачисление на АРТ, когда число лимфоцитов CD4 составляет ≤ 350 . Однако, согласно результатам последнего анализа пробелов ЮСАИД и ВОЗ, на практике лечение многие из них начали гораздо позже, в продвинутой стадии ВИЧ-инфекции. Как сообщается, помимо уровня CD4, как условие для начала АРТ, обычно рассматривается способность человека быть приверженным к лечению. Таким образом, активных потребителей наркотиков не на лекарственной поддерживающей терапии (ЗМТ) часто не начинают лечить, независимо от уровня их CD4. Стране

есть программа ЗМТ (метадоновая программа), хотя АРВ терапия и метадоновая программа не объединены, программа ЗМТ не имеет эффективного сотрудничества с программами лечения ВИЧ и туберкулёза, и наоборот.

По данным неопубликованного доклада ВОЗ 2011 года, большинство врачей, ответственных за АРВТ на всех уровнях прошли специальное обучение организованное либо Национальным центром СПИДа или проектами, финансируемыми донорами. Обновлённые клинические протоколы и приказы рассылаются Республиканским Центром по борьбе со СПИДом во все местные центры СПИД и областные ЦСМ, чтобы в дальнейшем они распределялись среди специалистов по инфекционным заболеваниям в ЦСМ. АРВ-препараты распределяются Республиканским Центром СПИДа. На уровне районного ЦСМ специалист по инфекционным заболеваниям получает АРВ-препараты для пациентов и хранит их в ЦСМ. В Бишкекском Городском Центре СПИД нет надлежащих условий для аптечного хранения даже небольшого количества АРВ-препаратов, поэтому пациенты из этого центра направляются за своими лекарствами в Республиканский Центр СПИДа. ЛЖВ за один раз получают АРВ-препараты на срок от одной до четырёх недель, в зависимости от их приверженности. В настоящее время нет каких-либо комбинированных программ, которые сочетают АРВТ с другими программами, такими как поддержка питанием, противотуберкулёзными препаратами (ДОТС) или ЗМТ.

Клинический мониторинг ЛЖВ теоретически осуществляется один раз через каждые шесть месяцев на основании клинических симптомов и CD4. Для Чуйской области тестирование на CD4 проводится при Республиканском Центре СПИД, куда все ЦСМ и другие Центры СПИД отправляют образцы крови для тестирования. Доступ к определению вирусной нагрузки в настоящее время ограничен из-за плохого управления цепочкой поставок. Более того, мониторинг CD4 также не всегда доступен из-за нехватки материалов: последний дефицит был в 2010 году и продолжался шесть месяцев. А без регулярного доступа к CD4 и к VL специалисты не в состоянии должным образом наблюдать ЛЖВ и оценивать необходимость начала лечения, и определять эффективность лечения у тех, кто уже получает АРТ. В результате количество больных на лечении остаётся ограниченным; например, из 183 ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в Джайылском районе по состоянию на 1 декабря 2010 года только 2 получали АРВТ [5]. Отвечая на вопрос о причине такого низкого числа, большинство респондентов, в том числе самих ЛЖВ, подтвердило, что отсутствие доступа к CD4 представляет собой серьёзный барьер для начала АРВ терапии.

Помимо АРВ-терапии ЛЖВ нуждаются в ряде других услуг здравоохранения. Если эти медицинские услуги недоступны там, где выдают АРВ-препараты, то ЛЖВ вынуждены много ездить. В зависимости от конкретных потребностей, ЛЖВ направляют в ЦСМ или СПИД-центр к специалистам, предоставляющим различные специализированные услуги или к другим специалистам в ЦСМ (например, к фтизиатрам, врачам-наркологам, гинекологам, специалистам ИППП). Лечение оппортунистических инфекций (ОИ), за исключением туберкулёза, обеспечивается либо в ЦСМ специалистами по инфекционным заболеваниям или сотрудниками Центров СПИД. Некоторые лекарственные препараты для лечения ОИ (противогрибковые, широкий спектр антибиотиков, противовирусных препаратов) закупаются в рамках гранта ГФСТМ. Лекарства, не закупаемые в рамках гранта Глобального Фонда, или недоступные на месте, должны приобретаться самими пациентами в розничных аптеках. В течение 12 месяцев, предшествующих этой оценке, был 6-месячный перерыв в поставках лекарств для лечения ОИ, что привело к истощению запасов некоторых лекарств во всех областях Кыргызстана, в том числе Чуйской и в городе Бишкек [5].

Вообще, правильная диагностика оппортунистических инфекций, особенно тех, которые требуют лабораторного подтверждения, остаётся сложной из-за низкого потенциала специалистов лабораторий и ограниченного опыта врачей в управлении ОИ. Тестирование и лечение гепатита С доступно для пациентов, которые могут заплатить за это, однако оно считается в значительной степени недоступным из-за стоимости.

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Высокий уровень смертности среди ВИЧ-инфицированных в Кыргызстане, наряду с низкой приверженностью к АРВ привели к этой оценке. Техническое задание предусматривало проведение экспресс-оценки с анализ пробелов, а также разработку плана мероприятий по повышению приверженности к АРВ-терапии в Кыргызстане, с учётом системных (в том числе по закупкам / снабжению), клинических (в том числе медицинское образование и практика), социальных (в том числе стигмы в отношении уязвимых групп) и индивидуальных факторов, а также рекомендации по мерам по повышению приверженности лечению и срокам, за которые эти действия должны быть предприняты.

Хотя конечным результатом этой оценки и плана действий является улучшение приверженности к АРВ-терапии, эта оценка охватывает весь континуум помощи и услуг, имеющих отношение к ВИЧ, с тем, чтобы наиболее эффективно оценить барьеры и пробелы в оказании помощи, которые способствуют плохой приверженности АРТ. На Рисунке 1 показано количество различных точек вдоль этого континуума, которые могут положительно или отрицательно повлиять на приверженность АРВТ.



РИСУНОК 1: КОНТИНУУМ ВИЧ ДЛЯ ЛЖВ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ В РАМКАХ ВСЕЙ СИСТЕМЫ

2. МЕТОДЫ

Используя метод *appreciative inquiry* (метод позитивной оценки ситуации) и смешанный метод, включающий качественные инструменты, такие как фокус-группы и интервью с ключевыми информантами, и количественные инструменты, включающие обзор провайдеров, в течение трёх недель в августе-сентябре 2011 года была проведена экспресс-оценка барьеров приверженности.

Первый этап включал кабинетный анализ литературы, как опубликованной, так и находящейся в разработке, в том числе неопубликованных отчётов, представленных USAID (в том числе проекта «Качественное здравоохранение»), ВОЗ и ПРООН.

Второй этап включал планирование исследования пробелов, не охваченных в обзоре литературы, а также разработку программы и инструментов для интервью.

Третий этап включал более 20 интервью с ключевыми информантами – заинтересованными сторонами в Кыргызстане, включая политиков, врачей, НПО, правительственные и международные организации. Также было проведено шесть фокус-групп с ЛЖВ, в том числе среди ПИН, СР, МСМ и женщин с детьми. При посещении организаций, была использована методика *LEAN* для проведения наблюдений и разработки клинического протокола, а для создания листа решения проблем в доступе к уходу и лечению были использованы листы формата А3. На участках был проведён выборочный аудит для оценки наличия товаров и услуг, которые могут повлиять на приверженность АРТ, в том числе АРВ-препаратов, инструментария для программ по снижению вреда, лабораторий и инструментов по повышению качества и соблюдению режима лечения (приверженности).

Четвёртый этап включал исследование по оценке инструментов для поддержания приверженности, которые используются в настоящее время, или которые планируется использовать в будущем клиницистами и НПО для АРВ-терапии и программ поддержки.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ

Эта экспресс-оценка текущей ситуации, связанной с приверженностью АРВТ, была выполнена менее чем за два месяца. Из-за ограничения по времени, была возможность поговорить только с клиентами, которые в настоящее время имеют доступ к услугам, а дальнейшее исследование среди наиболее маргинализированных и не имеющих доступ к АРВ-терапии и уходу не проводилось. Также в рамках этой оценки не было возможности провести полный анализ смертности и заболеваемости, независимое исследование баз данных лечения, тем самым опуская необходимость дальнейшей всеобъемлющей оценки для изучения закономерностей в приверженности АРВТ, оказывающих влияние на результаты лечения. Кроме того, из-за временных и бюджетных ограничений размер выборки при исследовании использования индивидуальных стратегий приверженности очень мал, и это не позволяет обобщить результаты вне рамок этой оценки.

Приведённая цитата молодой женщины, живущей с ВИЧ, из фокус-группы, иллюстрирует сложность принятия антиретровирусных препаратов в условиях бедности, гендерного насилия и системы барьеров [7]. Учитывая сложные социальные и структурные вопросы, связанные с соблюдением АРВТ, не исключено, что некоторые детали были пропущены или неправильно поняты в ходе этой оценки. Тем не менее, есть надежда, что большие темы и голоса людей, живущих с ВИЧ, всё-таки были отражены в настоящем документе.

«Мой муж говорит: «Это ты и дети принесли эту болезнь в дом». Он не верит, что мне нужно ехать в областной центр СПИДа, он говорит: «Ты хочешь попасть в город, чтобы там носить красивую одежду, гулять и бросить меня; я так думаю - что к врачу тебе не надо». А потом он меня бьёт. Поэтому я не могу получить свои АРВ-препараты или пройти CD4».

«Мама Плюс», Фокус-группа, август 2011 года, Кыргызстан

4. ВЫВОДЫ

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ СИСТЕМЫ

Несмотря на многочисленные вызовы, ответ Кыргызстана на ВИЧ / СПИД имеет ряд сильных сторон. Страна является признанным региональным лидером в области внедрения программ снижения вреда и профилактических программ, особенно программ обмена игл и шприцев в закрытых учреждениях. Кроме того, хорошо организовано планирование освобождения из мест лишения свободы и сотрудничество между тюрьмами и НПО, когда пациенты получают соответствующие документы и есть план решения проблем пациентов без документов. Прогресс также был достигнут в интеграции вертикальных систем в первичную медицинскую помощь на уровне ЦСМ. Сильные общинные организации действуют в регионе и имеют значимое вовлечение в Страновой Координационный Механизм ГФСТМ.

С точки зрения лечебных инноваций, в стране в рамках пилотных программ получили развитие междисциплинарные команды, хотя эти команды имели ограничения – у них не было возможности назначать и распределять АРВ-препараты. Также широко распространено тестирование на ВИЧ по инициативе медработника, что может улучшить доступ к ранней диагностике и связи с услугами лечения и детоксикации, женскими консультациями и тюрьмами. Наконец, есть в целом благоприятная законодательная основа, учитывающая права человека, в т.ч. законы против дискриминации ЛЖВ и уязвимых групп, хотя остаются проблемы в области прав человека во взаимоотношениях с правоохранительными органами и в судебной системе.

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ И УХОДУ, ОХВАТ И КАЧЕСТВО УСЛУГ

По данным недавнего неопубликованного доклада ВОЗ по Кыргызстану, есть кумулятивно 2977 ВИЧ-инфицированных, которые были зарегистрированы и живы в настоящее время, по состоянию на конец 2010 года (ВОЗ, 2011). Из них только 36% (1074) наблюдались у врачей в 2010 году, что означает, что они связались с системой здравоохранения из-за своего ВИЧ-положительного статуса, по крайней мере, один раз в течение одного года.

В 2010 году, в системе здравоохранения было зарегистрировано 570 вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Однако мониторинг числа лимфоцитов CD4 был выполнен только у 31,6% (180) пациентов, причём у 50,5% (91) пациентов CD4 было <350. Такой высокий уровень готовности к АРВТ среди тех, кто прошёл мониторинг, может указывать на оставшиеся без внимания барьеры в системе здравоохранения, которые не позволяют обеспечить соответствие национальным рекомендациям. Другими словами, имеющаяся политика и/или практика тестирования на ВИЧ недостаточна для привлечения ВИЧ-инфицированных на ранних стадиях инфекции, что является необходимым условием для ранней постановки на диспансерный учёт и своевременного начала АРВТ.

Более того, высокий процент тех, кто прошёл мониторинг CD4, и у кого имеются показания для начала АРВТ, также указывает на то, что на уровне населения непосредственная потребность в АРВТ значительно выше, чем число людей, получающих лечение в настоящее время. Это неудовлетворённая потребность имеет серьёзные последствия для точного прогнозирования потребностей АРВ препаратов, чтобы гарантировать, что закупки отражают реальную потребность в лекарственных средствах страны.

По данным ВОЗ, из 548 ВИЧ-инфицированных, когда-либо начавших получать АРВТ, 65% (356) было зарегистрировано в конце 2010 года. Причины выбывания из АРВ терапии у 192 пациентов: 70 (36%) в связи со смертью, 25 (13%) из-за непереносимости и отсутствия приверженности, остальные (97 = 50%) были потеряны для последующего врачебного наблюдения. К сожалению, крайне ограничены данные о доступе к АРВТ отдельных групп риска. Интервью с ключевыми информантами и опыт в других странах указывают, что больше всего препятствий к АРВ-терапии есть у потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и женщин, имеющих детей, живущих в бедности [2, 8], однако имеется крайняя необходимость в

достоверных данных для разрешения проблем с доступом к АРВТ и удержанием на лечении конкретных групп риска.

ВЫВОДЫ: СТРАТЕГИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Для определения того, используется ли для поддержания приверженности в КР стандартизированный подход, было проведено краткое исследование среди десяти (10) человек, предоставляющих услуги здравоохранения для ЛЖВ в Бишкеке. Среди респондентов было трое (3) врачей – сотрудников Республиканского Центра СПИДа, три (3) нарколога из Республиканского Центра Наркологии, два (2) сотрудника НПО, работающих в мультидисциплинарных командах и один (1) врач из Центра Семейной Медицины.

В этой хорошо обученной и поддерживаемой группе был обнаружен широкий разброс в подходах к выработке приверженности АРВ и даже в оценке соответствующего уровня приверженности. Большинство респондентов считали себя ответственными за предоставление услуг по ВИЧ / СПИДу, половина считала себя другими специалистами, которые среди прочих медицинских услуг оказывают помощь больными ВИЧ-инфекцией. Сотрудник ЦСМ вообще не считал, что он/она участвует в предоставлении услуг в области ВИЧ, хотя этот семейный врач работал в клинике с существенным количеством пациентов - ЛЖВ. Все 10 опрошенных заявили, что их медицинское учреждение обеспечивает ДКТ. Только в Центре наркологии предоставляется ЗМТ и социальная поддержка для выработки приверженности. АРВ терапию могли назначить только 4 из 10 респондентов, 3 из которых работают в Республиканском Центре СПИДа.

Согласно результатам опроса, исследование CD4, вирусная нагрузка и подсчёт лимфоцитов проводятся только в центрах СПИДа. РЦН и респонденты из НПО сообщили об участии в заборе крови на ВИЧ. Только РЦ СПИД и МДК сообщили об участии в АРВ-терапии (5 респондентов). В обоих опрошенных МДК, врач был из Центра СПИД.

Респонденты заявили, что АРВ-препараты в основном выделяются ежемесячно или раз в 2-3 недели. По данным сотрудников Центра СПИД, АРВ-препараты для пациентов на учёте могут забирать сами пациенты, зарегистрированное лицо, оказывающее поддержку, член семьи или медработник из сообщества; однако представители НПО сообщают, что только сами пациенты могут забрать свои АРВ-препараты, и, в исключительных случаях, на это может быть предоставлено разрешение медработникам из сообщества.

Ниже приведены 5 видов данных, наиболее часто встречающихся в записях после каждого посещения клиники АРВ-пациентами (в порядке убывания):

1. Отмеченные побочные эффекты
2. Количество таблеток АРВ отпущено (по типу)
3. Количество дней, на которое отпущено АРВ препаратов (по типу)
4. Дата следующего запланированного посещения клиники
5. Мнение врача о приверженности пациента в последнее время

Только 3 респондента сообщили об использовании других данных для мониторинга приверженности пациентов, в том числе: медицинскую карту пациента; записную книжку, где пациента попросили описать все чувства и побочные эффекты во время АРВ терапии; число лимфоцитов CD4; Вирусная нагрузка; знание пациентом АРВ-препаратов (цвет АРВ препаратов в специальной схеме, регулярные побочные эффекты).

Все 5 респондентов, участвующих в АРВ-терапии заявили, что индивидуальная приверженность пациентов к АРВТ в основном контролируется врачом. Три из 5 респондентов, участвующих в АРВ-терапии сообщили, что их учреждение рассчитывает численные коэффициенты приверженности к АРВ-терапии для конкретного пациента на основе данных мониторинга пациента, и только 3 сообщили, что знали формулу, используемую для таких расчётов.

Хотя международные исследования показывают, что для предотвращения появления резистентных вирусов¹ требуется приверженность к АРВ-препаратам на уровне 95%, только 3 респондента смогли сказать, какой уровень приверженности к АРВ-препаратам считается удовлетворительным для конкретного пациента в их учреждении, ответы варьировались от 70% до 100%.

Респонденты сообщают, что мониторинг приверженности к АРВТ регулярно не ведётся, и только два респондента из МДК смогли показать данные, которые относились к концу 2009 года. Эти респонденты сообщили об общем уровне приверженности своих клиентов на 70% и 100% соответственно.

Большинство респондентов, участвующих в АРВ-терапии, заявили, что их организации создали системы наблюдения пациентов, которые не появляются в назначенное время.

Респонденты сообщили об использовании различных мероприятий и их комбинации по выработке приверженности у пациентов, что указывает на отсутствие стандартного подхода. Вмешательства, используемые респондентами, были следующими:

- Консультирование о готовности приверженности перед началом АРВ-терапии - в настоящее время используют 10 респондентов
- Постоянное консультирование о приверженности после начала АРВ-терапии - используют 5 респондентов

Среди респондентов многие планировали ввести следующие методы, уже используемые ограниченным числом респондентов:

- Общинные медицинские работники или волонтеры - 3 используют, 2 планируют использовать
- Требовать лечения под наблюдением (DOT) от человека, оказывающего поддержку и уход - 4 использует, 1 планирует использовать
- Социальная поддержка - 1 использует, 4 планирует использовать
- Систематический контроль приверженности лечению в клинике - 3 использует, 1 планирует использовать
- Быстрое обслуживание в медицинских учреждениях - 2 использует, 2 планируют использовать
- Использование устройств для поощрения приверженности (напоминания через мобильный телефон, настенные диаграммы, пейджеры или таймеры) – 3 используют, 1 планирует использовать
- Телефонные звонки – напоминания - 3 используют, 1 планирует использовать
- Лечение под непосредственным наблюдением - 3 используют, 3 планируют использовать
- Лекарственное поддерживающее лечение - 4 используют, 3 планируют использовать
- Другие финансовые стимулы - 2 планируют использовать

Четыре из 10 респондентов заявили, что они использовали меры, направленные на улучшение мотивации медработников поощрять приверженность пациента, в том числе пропагандистскую работу с медицинскими работниками (адвокацию), мини-сессии и обучение медицинских работников. Только у 2 респондента заявили, что их организация оценила используемые мероприятия по поощрению приверженности пациентов: оба заявили, что результаты были положительными.

¹ Патерсон Д.Л., Суиндлз С, Мор Дж. и соавторы. Приверженность терапии ингибиторами протеазы и результаты у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Энн Интерн Мед 2000; 133: 21-30

Если бы ресурсы были неограниченными, респонденты хотели бы иметь следующие мероприятия для укрепления приверженности АРВТ (в порядке убывания спроса):

- Финансовая мотивация клиента
- Финансовая мотивация медработника (поставщика услуг)
- Информационные материалы для клиентов
- Консультации «равный-равному»
- Стационарные наблюдения в начале АРВ-терапии
- Помощь в целях удовлетворения основных потребностей клиента
- Больше врачей назначающих и выдающих АРВ-препараты
- Обеспечение АРВ-препаратов наряду с ЗМТ
- Психологическая помощь
- Возмещение транспортных расходов клиента

ВЫВОДЫ: ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Положительный диагноз ВИЧ создаёт огромную психологическую нагрузку на человека, получающего этот диагноз и на поддерживающее его/её окружение, в том числе на родителей ВИЧ - положительных детей. Положительный статус приводит к росту неопределённости во всех сферах жизни, включая качество и продолжительность жизни, эффективность лечения, и реакцию сообщества к изменившемуся статусу человека. Реакцию на положительный диагноз трудно предсказать – это может быть шок, отрицание, страх, снижение самооценки, депрессия. Эти эмоциональные состояния могут быть повторяющимися, поэтому адекватная психологическая поддержка должна оказываться не только во время пост-тестового консультирования, но и на протяжении всего континуума жизни пациента, в любое время по запросу.

Официально в штатном расписании каждого Центра СПИДа есть психотерапевт, но зачастую имеющиеся сотрудники выполняют консультирование в дополнение к его или её основной работе. Если пациент нуждается в консультации психотерапевта, он или она направляются к соответствующему специалисту в партнёрское НПО или ЦСМ, или может быть принят(а) врачом Центра СПИД – не психотерапевтом, хотя и сами врачи выражают озабоченность по поводу такой практики и отмечают, что не все имеют квалификацию достаточную для обеспечения надлежащей психологической поддержки ВИЧ-инфицированным. Кроме того, врачи Центров СПИД не могут назначать антидепрессанты, которые могут быть назначены только психотерапевтами.

Врачи в Центрах СПИД, представители НПО и участники фокус-групп с различными ГПР подчеркнули необходимость равного консультирования ЛЖВ в течение всего континуума ухода, с момента после постановки диагноза до начала и продолжения АРВ терапии. ЛЖВ – члены фокус-групп отметили, что лучшую психологическую поддержку они получают от равных консультантов.

Во время обсуждений в фокус-группе, различные группы риска определили различные потребности социально-психологической поддержки для приверженности АРВТ. Выявленные потребности конкретных ГПР включали:

- НПО, работающие с потребителями инъекционных наркотиков, указали на необходимость специальной психологической поддержки беременным ПИН, так как беременность может привести к повышенной тревожности. Потребители наркотиков, и НПО, работающие с потребителями наркотиков, отметили, что из-за переживаемой травмы и сложных проблем со здоровьем, ПИН могут испытывать не проходящую боль и дискомфорт. Много людей, нуждающихся в АРВ-терапии, могут быть не заинтересованы начать лечение, из-за боязни побочных эффектов. Важно также отрегулировать дозу метадона для тех, кто начинает АРВ-

терапию после того, как был принят в программу ЗМТ, в целях предотвращения синдрома отмены.

- Уменьшение двойной стигмы для ПИН и РКС, живущих с ВИЧ. Страх того, что об их положительном статусе узнают, останавливает многих молодых потребителей инъекционных наркотиков и РС от тестирования на ВИЧ. Они знают, что у них есть риск заражения ВИЧ инфекцией, тем не менее, конфиденциальность является одним из основных вопросов, и позитивные потребители наркотиков и работники секса опасаются двойной стигмы.
- Борьба с бытовым насилием в отношении ВИЧ-положительных женщин: ВИЧ-позитивные женщины и/или матери ВИЧ-инфицированных детей часто становятся жертвами домашнего насилия, в том числе психологического насилия. Основными агрессорами выступают мужья и свекрови.
- Бедность и семейные проблемы у ПИН: большинство ПИН теряют связь с семьями, когда начинают употреблять наркотики, и наиболее активные потребители наркотиков не работают и не имеют стабильного дохода. Сообщалось также, что продовольственная безопасность также является серьёзной проблемой для семей положительных ПИН.
- Психологическая поддержка и поддержка в отношении сексуальности для ВИЧ-позитивных МСМ: фокус-группа МСМ сообщила, что молодые МСМ особенно нуждаются в психологической поддержке, поскольку они более уязвимы, чем другие МСМ.
- Продовольственная безопасность. Сообщалось также, что это серьёзная проблема для семей ВИЧ-инфицированных детей. Семьи с ВИЧ-позитивными детьми, в среднем, имеют 4-5 детей, и с трудом обеспечивают хотя бы одно горячее блюдо для всей семьи в день, часто просто картофельный суп. Дети обычно получают только чай с лепёшкой (хлебом).

ВЫВОДЫ: СИСТЕМНЫЕ ВОПРОСЫ

Лечение ВИЧ/СПИДа и уход были теоретически децентрализованы по всей стране в 9 центров СПИДа и 66 ЦСМ. Тем не менее, децентрализация не сопровождалась распределением ролей и обязанностей на различных уровнях системы здравоохранения в целях обеспечения непрерывности и качества услуг. Во время этой оценки, оценочная команда не выявила каких-либо ЦСМ, которые бы могли фактически назначать или даже выдавать АРВ-препараты – чтобы получить все АРВ-препараты, нужно ехать в областной центр СПИДа (до 6 часов езды для некоторых пациентов). Только РЦ СПИД в г. Бишкек и Ошский Областной Центр СПИД в г. Ош [5], могут назначать АРВ терапию, выдавать лекарства для ВИЧ-инфицированных, а также выполнять иммунологические и вирусологические тесты (определение уровня клеток CD4 и VL), которые имеют существенное значение для принятия решения по своевременному началу АРТ и для мониторинга его эффективности. Они также являются единственными провайдерами услуг, которые могут сделать лабораторное подтверждение ВИЧ-инфекции.

Так как другим учреждениям не разрешено выполнять лабораторную диагностику и хранить на складе АРВ-препараты, они вынуждены отправлять образцы крови на ВИЧ для первоначального тестирования и подтверждения, и каждый раз, когда они видят ВИЧ-инфицированного пациента, его направляют в РЦ СПИД или в Центр СПИДа в городе Ош для мониторинга клеток CD4 и вирусной нагрузки, или для получения АРВ-препаратов.

Это создаёт значительные дополнительные барьеры для пациентов, получающих услуги, так как они должны посетить как местные ЦСМ, так и центр СПИДа. Это также делает роль специалистов по инфекционным заболеваниям в ЦСМ очень неясной. Даже в инновационных мультидисциплинарных командах (МДК), созданных НПО, инфекционисты не могут фактически прописать или выдать АРВ-препараты, что, по существу, не даёт им возможности достижения своих основных целей поддержки ЛЖВ на терапии.

Есть много других структурных вопросов, о которых говорится ниже, которые можно резюмировать как отсутствие континуума лечения ЛЖВ, когда гарантируется, что их потребности в лечении и поддержке могут быть удовлетворены с минимальными затратами как времени, так и денег. Есть также определённые пробелы, связанные с конкретными группами риска. Например, приют для МСМ (шелтер) не может принимать людей в возрасте от 16 до 18 лет, в связи с местным законодательством, и в то же время эта группа также не может получать от приютов услуги для детей.

5. АНАЛИЗ ПРОБЕЛОВ

Краткий перечень выявленных пробелов:

Индивидуальные и социальные пробелы

- Чрезмерный акцент на индивидуальные, а не структурные барьеры для приверженности
- Ограниченное использование стратегий приверженности провайдером услуг (мобильные телефоны, ЗМТ/ DOTs терапия, таймеры, аутрич работа)

«Не надо заботиться о нас – позаботьтесь о наших детях. Наши жизни кончились, просто позаботьтесь о детях ... Я даже больше не плачу. Больше нет слёз».

Мама, живущая с ВИЧ, август 2011 г., Кыргызстан.

- Отсутствие участия равных специалистов в клинических услугах
- Плохая интеграция ведения клиентов и социальной поддержки / НПО и Центров СПИДа
- Плохая реализация руководящих принципов ВОЗ 2010 года по АРВ-терапии в результате задержки доступа к медицинской помощи и высокого уровня выбытия

Структурные Пробелы

- Вертикальные услуги по ВИЧ мало интегрированы в системы лечения туберкулеза, ИППП, ПОШ или ЗМТ
- Проблемы с основными цепочками поставок и закупок (детского питания, продуктовых наборов, тестов на ВИЧ, CD4 и VL, АРВ-препаратов, препаратов для лечения ОИ, лекарств для облегчения побочных эффектов, и т.д.)
- Проблема качества во всех сферах профилактики ВИЧ, лечения, ухода и поддержки
- При платном обслуживании услуги становятся недоступными для уязвимых групп
- Основные барьеры при документировании/идентификации влияют на доступ
- Система мониторинга и оценки слаба в отношении результатов и доступа для уязвимых групп
- Основные проблемы с инфекционным контролем и универсальными мерами предосторожности
- Недостаточный доступ к тестированию на ВИЧ для УГ
- Высокий порог, высокие барьеры для услуг
- Вопросы доступности: география, культура, пол
- Слабая связь с уходом после постановки диагноза

- Гендер-чувствительных услуг не хватает в большинстве сфер, в том числе для женщин и сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов и транссексуалов (ЛГБТ).
- Отсутствие услуг для детей и услуг, дружественных для молодёжи
- Ограниченная связь с льготами профилактики и лечения, используемых в качестве профилактики
- Стигма и дискриминация УГ и ЛЖВ
- Нарушение прав человека УГ

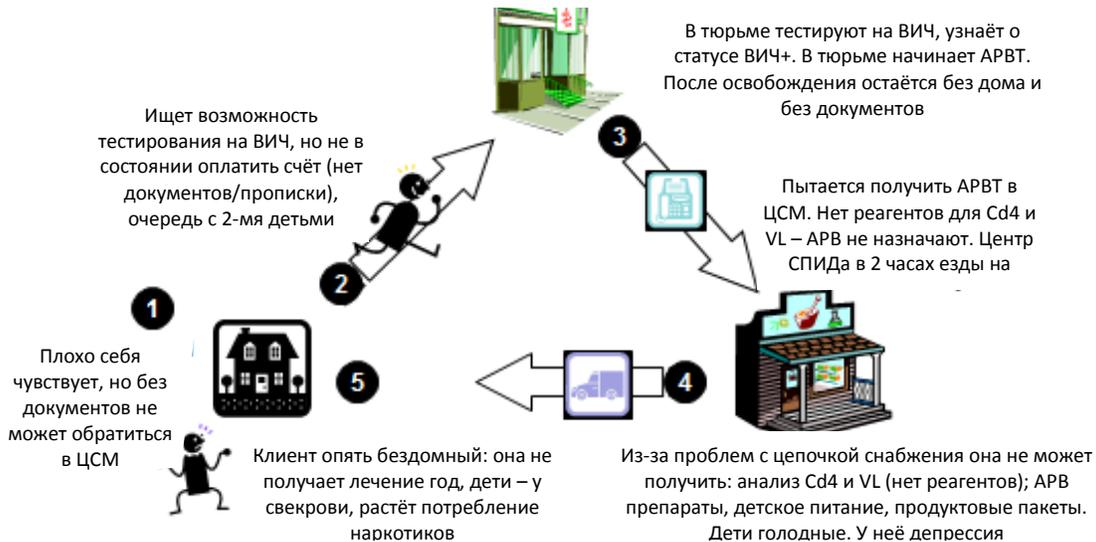
Пример ниже иллюстрирует трудности, которые испытывают некоторые люди, живущие с ВИЧ, в доступе к АРВ-препаратам, но, при этом, успешно придерживаются лечения. Это всего лишь одна из многих впечатляющих историй, услышанных во время оценки, которые снова и снова иллюстрировали, что именно барьеры в системе, а не отсутствие мотивации пациента было самым большим препятствием в улучшении приверженности АРВТ.

Пример 1

Барьеры приверженности АРВ в КР:

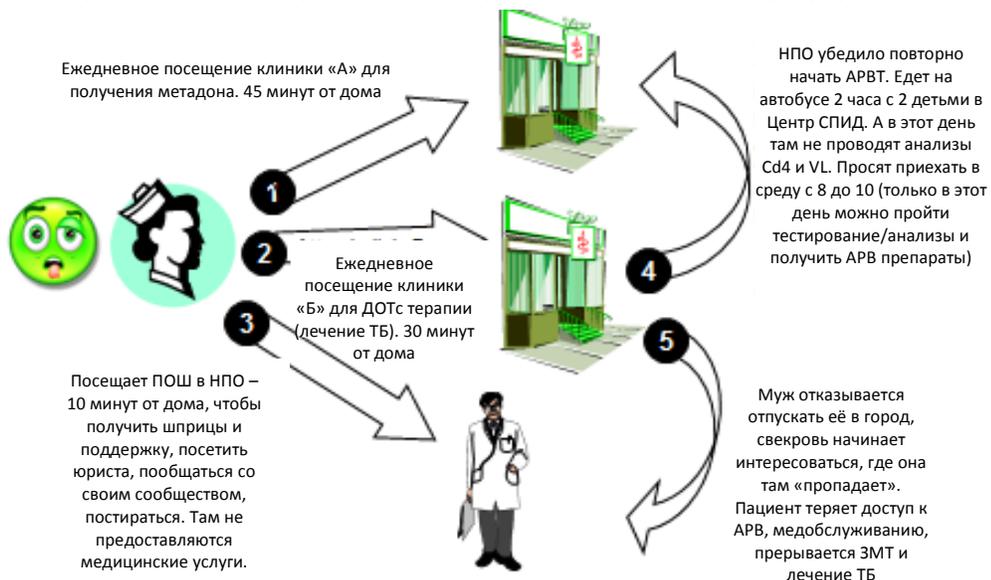
Женщина ПИН – карта изменений:

Женщина, 32 года, 2 детей, документов нет, т.к. родилась вне КР, домашнее насилие, живёт в шелтере



1 Год спустя: связалась с НПО для ПИН

При поддержке НПО начинает получать метадон, восстанавливает связь с мужем и детьми, переезжает к свекрови, диагностируется туберкулёз



Выдача АРВ-препаратов на недели или сразу на месяц представляет собой упущенную возможность для программирования ЗМТ/DOT, хотя это и можно понять из-за больших расстояний, которые нужно преодолеть, чтобы забрать лекарства. Собственно, необходимость получать АРВ-препараты пациентами также представляет собой высокое препятствие для медицинской помощи, особенно для пациентов, вынужденных ездить на большие расстояния или пациентов с детьми или работающих пациентов.

В идеальном сценарии обслуживания по системе LEAN² этот клиент будет иметь доступ к нужным услугам в нужное время с минимальным ожиданием. Каждая дверь для него/неё должна быть правильной – той, через которую она может получить доступ к услугам, в которых нуждается, либо в самом учреждении, либо в другом учреждении посредством лёгкого и удобного направления (например, в туберкулёзную службу или в наркологию), вместо того, чтобы передвигаться по городу, сталкиваясь с непреодолимыми препятствиями в поиске услуг по уходу и лечению. Ниже на рисунке приведена идеальная модель обслуживания клиентов, сталкивающихся с многочисленными барьерами:

Рисунок 2: Идеальная модель доступа в приведённом примере



² Lean Healthcare – инновационный подход, адаптированный из лучших практик мирового класса – Производственной системы фирмы «Тойота», который обеспечивает сеть здравоохранения эффективными, нестандартными решениями. Подход подразумевает участие самих сотрудников и сфокусирован, в частности, на потребностях и удовлетворённости пациента; сокращении времени ожидания и отклика; повышении качества; снижении затрат; улучшении качества жизни сотрудника.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ: ПЛАН ПРИВЕРЖЕННОСТИ

Подробный план действий по улучшению приверженности к АРВ-препаратам в Кыргызстане путём устранения индивидуальных, социальных и структурных барьеров к уходу приведён в приложении с использованием логической рамки. Решающее значение для этих рекомендаций имеет философская подоплёка, основанная на научных данных, что самые большие препятствия к уходу для уязвимых групп на самом деле – социальные и структурные и часто находятся вне контроля отдельных потребителей [8, 9]. Эти препятствия могут быть преодолены, и многие регионы мира, включая Украину, Россию, Канаду [10], Бразилию и Австралию имеют успешные программы АРВ-терапии для уязвимых групп, которые сочетают социальные и медицинские вмешательства в модели «одного окна», которая с АРВ-препаратами интегрирует другие необходимые услуги [11, 12]. В наше время, когда лечение используется как профилактика, когда комплексные социальные программы, которые поддерживают АРВ-препараты для ГПР, нацелены на снижение вирусной нагрузки всего сообщества и снижение уровня ВИЧ-инфекции среди населения, как раз сейчас самое время инвестировать в универсальный доступ для всех ЛЖВ [13].



Рисунок 3. Модель барьеров и посредников по плану приверженности АРВТ

Кроме того, рекомендации включают все больше литературы, поддерживающей модель подхода к лечению ВИЧ / СПИДа как к хронической болезни, которая включает в себя принципы расширения прав и возможностей пациентов (empowerment) и самоуправления пациентов в качестве основных компонентов лечения ВИЧ [14, 15]. Самоуправление пациентов определяется, как способность пациентов во взаимодополняющем партнёрстве со своими поставщиками медицинских услуг управлять симптомами, лечением, изменением образа жизни, поведения, а также многими физическими и психо-социальными проблемами, которые являются частью жизни с хроническими болезнями [16].

Ниже приводится резюме основных рекомендаций высокого уровня:

1. Рекомендации по индивидуальной и клинической стратегии

- Выполнение рекомендаций по оказанию помощи в приверженности: напоминания через мобильные телефоны, настенные диаграммы, пейджеры или таймеры
- Улучшение подготовки медицинских кадров и равных специалистов в предупреждении побочных эффектов и обеспечении поддерживающей терапии, особенно во время начала лечения
- Обеспечить возможность получения консультации врача или медсестры по вопросам пропущенных доз и побочных эффектов круглосуточно (24 часа /7 дней в неделю).
- Использование равных при АРВ-терапии, чтобы обеспечить равное консультирование по приверженности АРВ
- Формализация групп поддержки ЛЖВ и интеграция врачей и равного обучения по АРВ-терапии
- Выполнить запрос предложений по переводу или разработке просветительских материалов (ИОК-материалов) по АРВ-терапии для ГПР в том числе: ПИН / РКС / МСМ, женщин и детей, заключённых, мигрантов
- Обеспечение материалов по приверженности лечению на разных языках и для людей с низким уровнем грамотности. Предложения от ЛЖВ включают в себя:
 - Видео: ЛЖВ на АРВ-препаратах, мультфильмы для детей, онлайн-модули о том, зачем принимать АРТ, дневники здравоохранения или журналы для записи результатов CD4, лекарства и т.д.
 - Программа равной поддержки или навигации или ВИЧ-самоуправление

2. Социальные рекомендации

- Внедрить систему ведения клиентов (*case management*) в центры СПИД с чётко определёнными ролями, объёмом работ и обязанностями
- Обеспечить субсидии на транспортные расходы для всех пациентов
- Выполнить пилотный проект: лечение под непосредственным наблюдением (ДОТС) и АРВ-препараты в сочетании с существующими услугами, такими как ЗМТ и лечение туберкулёза, что часто называют Терапия с максимальной поддержкой (*MAT*).
- Расширить сферу деятельности НПО и МДК – включить низкопороговые АРВ-программы на уровне местных сообществ, а не только СПИД-центров.
- Обеспечивать стимулы для привлечения и приверженности: Ваучеры или наличные (вместо продуктовых наборов) для ПИН, РКС, женщин и семей; мобильные телефонные карты для МСМ.

3. Структурные рекомендации

- Переориентация ДКТ для ГПР и обеспечение низкопорогового экспресс-тестирования на базе НПО и мобильных пунктов, в паре с привлекательными услугами: возможно, включающими лечение абсцессов, тестирования ВГС, юридические, стоматологические услуги, услуги поддержки, вакцинация и др.
- Улучшение отслеживания контактов и предоставление анонимной помощи, включая помощь равных и консультирование онлайн

- Улучшение связи по уходу после установления диагноза и в ходе мониторинга путём децентрализации тестирования CD4 и вирусной нагрузки.
- Улучшение связи с уходом после коротких сроков пребывания в заключении [14]
- Немедленное принятие новых рекомендаций ВОЗ по лечению, чтобы уменьшить выпадение из диспансерного наблюдения
- Немедленное открытие доступа к CD4 и ВН вне Центров СПИД
- Закупка и обеспечение эффективной системы транспортировки в лаборатории образцов из НПО, ЦСМ, тюрем, сайтов ЗМТ, ТБ клиник и.
- Повышение качества лабораторной диагностики CD4 и В.Н.
- Добавление тестирования на непереносимость лечения, чтобы устранить вопросы неэффективности лечения
- Улучшение управления закупками и поставками лабораторных тестов, включая тесты RPR, вируса гепатита С, мониторинга и тестирования на ВИЧ, включая экспресс-тестирование
- Каждая дверь – правильная дверь для лечения ВИЧ, будь то ПОШ, туберкулёзный диспансер, тюрьма, ЗМТ, больницы, клиники лечения ИППП, родильные отделения, НПО и т.д.
- Отмена платы ЛЖВ за вакцины, тестирование ВГС, за труд и доставку
- Обеспечение доступ к документации и идентификационным картам для ЛЖВ
- Использование мультидисциплинарных команд в полном объёме за счёт включения функций назначения и отпуска АРВ и повышения комплексных услуг
- Децентрализация большинства услуг ВИЧ до уровня первичной медицинской помощи с моделью общего ухода и при помощи специалистов из Центров СПИД
- Обеспечить ЦСМ, сайты ЗМТ и туберкулёзные больницы в финансовой и клинической поддержкой, чтобы включить лечение ВИЧ.

7. СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

ПРООН следует стремиться получить обратную связь по этим предварительным рекомендациям от заинтересованных сторон, и внести необходимые изменения, чтобы этого документ соответствовал потребностям ЛЖВ в Кыргызстане. После этого следует подготовить подробный план мероприятий с разбивкой по расходам проектом ГФСТМ в Кыргызстане с присвоением каждой задачи ключевым участникам. В идеале это должно быть сделано на форуме или в рамках стратегического планирования со всеми заинтересованными сторонами. Также должна быть обратная связь об окончательном плане приверженности от заинтересованных сторон для обеспечения их полного участия, а также участия ЛЖВ и других уязвимых групп. В идеале план приверженности будет хорошо интегрирован в мероприятия, финансируемые ГФ.

Невероятная стойкость людей, живущих с ВИЧ / СПИДом в Кыргызстане, и большая решимость многих общин и медицинских работников выполнить эту работу – это огромное преимущество для продвижения этого плана приверженности в действие. Что остаётся – это решимость всех сторон рассмотреть комплекс основополагающих факторов здоровья, которые влияют на доступ к уходу и лечению в стране, и работать вместе для решения этих проблем. Богатый опыт партнёров в регионе Центральной Азии показывает, что эти сложные барьеры могут быть преодолены за счёт снижения порога доступа к услугам по АРВ-терапии и внедрения инновационных программ для удовлетворения базовых индивидуальных, социальных и структурных потребностей людей, живущих с ВИЧ.

ПРИЛОЖЕНИЕ А: СПИСОК ОПРОШЕННЫХ УЧАСТНИКОВ И КЛЮЧЕВЫХ ИНФОРМАНТОВ

Anna Chernyshova	Programme Manager	GFATM Grants Implementation Unit in Kyrgyzstan, UNDP
Alтынay Arstanbekova	HIV Coordinator	GFATM Grants Implementation Unit in Kyrgyzstan, UNDP
Jyldyz Kurmanalieva	Director	Republican AIDS Center
Aigul Ismailova	Deputy Director	Republican AIDS Center
Altyn Abdyldaeva	Head of Surveillance and Treatment Department	Republican AIDS Center
Erkin Tostokov	Doctor, PMCT Specialist	Republican AIDS Center
Ulan Sarymsakov	Doctor, TB co-infection Specialist	Republican AIDS Center
Erkin Bakiev	Doctor	Republican AIDS Center
Aibek Mukambetov	Programme Director	Soros Foundation Kyrgyzstan
Madina Tokombaeva	Executive Director	Harm Reduction Association of Kyrgyzstan
Andrei Palastrov	Director	NGO “Cairos”
Irina Pugacheva	Director	NGO “Alternativa narcologii”
Iren Ermolaeva	Director	NGO “Asteria”
Nurgazy Toktonazarov	Deputy Director	FMC Karasuu
Baatyr Abdullaev	Narcology Doctor	OST site, FMC Karasuu
Aigul Appazova	Nurse	OST site, FMC Karasuu
Baktygul Abdyraeva	Head of Surveillance and Treatment Department	Osh Oblast AIDS Center
Stalbek Ayilchiev	Doctor	Osh Oblast AIDS Center
Ravshan Majitov	Director	Plus Center
Elmira Osmonova	Coordinator of outreach workers	Plus Center
Stas Karimov	Co-funder, social worker, addiction consultant	Plus Center
Oksana Katkalova	Deputy Head of International Cooperation Department	State Service of Corrections

Adylbek Chotbaev	Senior Inspector-Epidemiologist	State Service of Corrections
Baatyr Kalygulov	Head	Prison #2
Nazgul Abdykalykova	Nurse	Prison #2
Meerim Uzbekova	Nurse	Prison #47
Damira Bibosunova	Regional GFATM Liaison for Central Asia	PEPFAR Office, Consulate General of the United States of America
Dilshat Abasov	Social worker	NGO “Terra Sana”
Ruslan Tokubaev	Director	Republican Narcology Center
Elmira Kalieva	NSP Coordinator	Republican Narcology Center
Aizada Usenakunova	MAT Doctor	Republican Narcology Center
Olga Lyachina	NSP	NSP site, FMC #6
Shailoo Dairakunova	Family medicine doctor	FMC #6
Vera Solomahina	Family medicine doctor	FMC #6
Gulmira Tulekova	Head	FPG
Margarita Sabirova	Project Coordinator	NGO “Mutanazif”
Niazbekova Mahabat	Programme Coordinator	Population Services International
Chinara Bakirova	Executive Director	Anti AIDS Association

List of participants at the presentation of preliminary findings and recommendations at UNDP KG Office August, 2011

Danielle Parsons	Regional HIV Manager	Quality Project
Chinara Seitalieva	Country HIV Director	Quality Project
Meaghan Thumath	Consultant	Quality Project
Aisuluu Bolotbaeva	Regional HIV Specialist	Quality Project
Aida Kereksizova	Interpreter	Quality Project
Saltanat Ashimova	National Coordinator	CARHAP
Cheryl Kelly	Regional Programme Director	CARHAP
Saliya Karymbaeva	HIV/STI Programme Coordinator	WHO
Djamila Alisheva	Country Director	PSI
Altynai Arstanbekova	HIV Coordinator	GFATM Grants Implementation Unit
Anna Chernyshova	Programme Manager	GFATM Grants

		Implementation Unit
Aibek Mukambetov	Programme Director	Soros Foundation Kyrgyzstan
Batma Estebesova	Director	NGO “Sotsium”
Burul Isaeva	Director	Association of PLHIV “Edinstvo LJV”
Nurdin Almalikov	Doctor	State Service of Corrections
Jyldyz Kurmanalieva	Director	Republican AIDS Center
Dilshat Abasov	Social worker	NGO “Terra Sana”

ПРИЛОЖЕНИЕ В: ТЕМАТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПРОВЕДЕНИЮ ФОКУС ГРУПП

Please provide a description of the services provided here

What are the barriers in your community to:

HIV testing?

ARV Treatment initiation?

ARV Adherence?

What strategies do you use to support ARV adherence?

What resources are needed to improve access to ARV treatment and ARV adherence for you and your family or your community?

Probe on specific adherence strategies not yet mentioned and explore cultural relevance

Individual

Social

Structural

ПРИЛОЖЕНИЕ С: СПИСОК УЧАСТНИКОВ ФОКУС ГРУПП И ОРГАНИЗАЦИЙ

Name of the organization	Type of clients	Number of Participants and Gender
Harm Reduction Association of Kyrgyzstan	Ex and active IDUs, clients of methadone programme, PLHIV	3 women, 6 men, 1 child
Tais Plus	Sex workers, PLHIV	7 women, 1 man
Terra Sana	PLHIV	2 Males, 3 Females
Mama +	PLHIV, mothers of HIV positive children, pediatric PLHIV	10 Females, 5 children (aged 3-7)
Osh Oblast AIDS Center	PLHIV	5 Males
Anti AIDS Association	MSM and Queer community	5 men, 2 women

ПРИЛОЖЕНИЕ D: РАСПИСАНИЕ ПЕРЕГОВОРОВ О ПЛАНЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ

17-27.08.2011

Time	Meeting with	Venue	Comments
Wed, August 18th			
10:30-11:30	GFATM\UNDP PIU Anna Chernyshova, Ainura Esenamanova	Офис ГФ, Панфилова 142 (# Боконбаева) 0777 91 43 33; 301 110	To discuss in detail the expected final product
11:30 - 12:00	Republican AIDS Center, Jyldyz Muratovna	Логвиненко 8, 62 38 23 (пр)	To update her about the activity and get her political support
12:00 – 13:00	Lunch		
13:30 - 15:30	Doctors and other AIDS center staff involved in ARV forecasting and procurement management, doctors prescribing ARV		
16:00 - 18:00	NGO "Terra Sana", Evgenia Kalinichenko	0557 22 79 79, terrasanakg@gmail.com	FG of PLHIV + Mtg with community based NGO of PLHIV
Fri, August 19th			
9:30 -11:00	Harm Reduction Association "Partners' Network", Aibar Sultangaziev*	0555 61 95 58, Адрес 6-5-33	
11:30 - 13:00	Harm Reduction Association, Madina Tokombaeva*	0552 497979 Юг 2, Вефа центр	
13:00-14:00	Lunch		
14:30 - 16:00	FG with IDU*	0552 497979, Юг 2, Вефа центр	
16:30-18:00	NGO "Asteria", Iren Ermolaeva	0557 100 623	Issues of female IDU, first drop-in center for female IDU in CA
Mon, August 22nd Osh			
10:30-12:00	NGO "Life+", Galieva Altynay	0550 28 51 31	Mothers of HIV+ kids
12:00-13:00	Lunch		
14:30-17:00	NGO "Mama+", Mustafakulova Dulfusa	16, Kalinina, Nookat 0555 74 86 18	FG of PLHIV and mothers of HIV+ kids
Tues, August 23rd Osh			

09:00 – 10:30	Kara Suu FMC, Baatyrova Gulnara*, Family medicine specialist	0555 01 41 41	
10:30 – 11:30	OST site visit in Karasuu, Drug addiction specialist		
12:00 - 13:00	Lunch		
13:30 – 15:00	Osh Oblast AIDS Center,* Narmatova Elmira	0550 84 03 01	
15:30 - 16:30	Plus Center, Ravshan Majitov*	Моминова 22, 0543 17 50 40	
Wed, August 24 th			
9:30 -10:30	State penitentiary system, Oksana Katkalova	0772 62 65 81, ГСИН, правда#киевская	
11:00 - 17:00	Visiting prisons #2 (women) and #47 (medical)		
Thurs, August 25 th			
10:00– 11:00	Republican Narcology Center, Tokubaev Ruslan	0777 97 12 62, Тыныстанова 195, проект «Качественное здравоохранение»	
12:00 – 13:00	Lunch		
13:00 – 13:30	FMC #6, * Pamir Muratov	0550 45 21 73, Жукеева пудовкина	
13:30 - 14:30	FMC#6, Shaivo Daironova*	0772 63 22 01	To get more information regarding pregnant women, HIV testing, ARV in FMC
16:00 – 18:00	NGO "Gender Vector", Sergey Kostenko*	0553 204 072, Г. Кара-Балта	FG with MSM in Kara-Balta (1.5 hours of drive from Bishkek)
Fri, August 26 th			
9:30- 11:00	AIDS Service Organizations, Chinara Bakirova*	0555 337412 возле мечети – Шелтер для МСМ	Association that provides services for SW, MSM, PLHIV
11:30 - 13:00	NGO "Tais Plus",* Shahnaz Islamova	Панфилова 36а, 0555 88 93 07	SW FG
14:00 - 16:00	GFATM/UNDP PIU	Офис ГФ, Панфилова 142 (# Боконбаева) 0777 91 43 33; 301 110	Updating about key findings and recommendations, etc
16:30 – 18:00	Association "Unity of PLHIV",* Burul Isaeva	Our office 0555 74 66 01	

ПРИЛОЖЕНИЕ Е: ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СРЕДИ ПРОВАЙДЕРОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И НПО

ВОПРОСНИК

Опрос по приверженности к антиретровирусной терапии на уровне организации здравоохранения

Имя интервьюера:

Дата:

Место проведения:

Название клиники или организации здравоохранения:

Имя респондента:

1. Какое из нижеследующих описаний соответствует природе и характеру вашей позиции или должности? (Укажите все соответствующие варианты)

- Лицо, ответственное за услуги, предоставляемые в сфере ВИЧ/СПИДа
- Врач, наблюдающий ВИЧ-пациентов
- Провайдер других медицинских услуг, оказывающий уход за ВИЧ-пациентами
- Другое, пожалуйста опишите _____

2. Какое из нижеследующих описаний более всего соответствует природе вашего учреждения? (Отметьте один из вариантов)

- национальная больница третичного уровня
- Областная/районная больница
- Другая организация здравоохранения, пожалуйста опишите: _____
- Благотворительная/миссионерская/религиозная/неправительственная больница
- Другая благотворительная/миссионерская/религиозная/неправительственная организация здравоохранения, пожалуйста опишите:
- Частная больница
- Военное медицинское учреждение
- Другой вариант частного медицинского учреждения, пожалуйста опишите:
- Общинная организация
- Программа на рабочем месте
- Другое (пожалуйста опишите): _____

**Описание (интервьюирование менеджера организации здравоохранения,
оказывающей услуги в сфере ВИЧ)**

3. Какие услуги в сфере ВИЧ предоставляет ваша организация? (укажите все соответствующие варианты)

- Лечение АРВ препаратами для взрослых
- Лечение АРВ препаратами для детей
- Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)
- Профилактика передачи от матери к ребенку (ППМР)
- Профилактика Котримоксазолом для ВИЧ-инфицированных пациентов
- Профилактика Изониазидом для ВИЧ-инфицированных пациентов
- Уход на дому
- Другое (пожалуйста опишите): _____

4. Какие из лабораторных тестов ваша организация оказывает на постоянной основе? (Укажите все соответствующие варианты)

- Вирусная нагрузка
- Число CD4 клеток
- Число лимфоцитов
- Другое (пожалуйста опишите): _____

5. Когда вы начали выдачу АРВ препаратов пациентам?

6. Сколько взрослых на данный момент получают АРВ-терапию на базе вашей организации?

7. Сколько детей на данный момент получают АРВ-терапию на базе вашей организации?

Политики и стратегии в отношении антиретровирусной терапии Для пациентов уже принимающих АРВ-препараты

8. На какой период времени обычно выдаются АРВ препараты амбулаторным пациентам, находящимся на АРВ-терапии?
(Укажите один из вариантов)

- ежедневно
- еженедельно
- на одну-три недели
- ежемесячно
- на один-три месяца
- более чем три месяца
- не известно

9. Кому разрешается забирать АРВ-препараты для пациентов, находящихся на АРВ-терапии?
(Укажите все соответствующие варианты)

- Пациент
- Зарегистрированное лицо, осуществляющее уход за больным
- Член семьи
- Медицинский работник на общинном уровне
- Другое, пожалуйста опишите: _____
- Не известно

Клинические данные и мониторинг приверженности АВ-терапии

10. Как часто ведется учет следующих данных при посещении вашей клиники АРВ-пациентом (хранятся ли в клинике медицинские записи или записи по учету выданных препаратов)?
(Интервьюер должен)

Тип данных	Всегда	Обычно	Иногда	Никогда
График дозировки АРВ препаратов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Названия других препаратов, принимаемых пациентом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщения о побочных эффектах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Самоотчет пациента о приверженности за последний период	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Результаты обзора календаря по приему препаратов пациентом, изложенные провайдером в письменной форме	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подсчет таблеток находящихся в распоряжении пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Субъективная оценка провайдера в отношении приверженности пациента за последний период	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Количество выданных АРВ-препаратов (кол-во таблеток)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ожидаемое количество дней на количество выданных АРВ-препаратов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дата следующего визита в клинику	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
По каждому визиту – насколько он был близок к дате запланированного визита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Обращался ли пациент за консультацией по приверженности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Получил ли пациент консультацию по приверженности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сообщенные причины по отсутствию приверженности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие данные которые могут использоваться для мониторинга: (пожалуйста попросите предоставить копию медицинских записей и записей по учету выданных препаратов, если таковые имеются)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Уровень приверженности к АРВ-терапии отдельного пациента

11. Каким образом ведется мониторинг приверженности отдельного пациента к АРВ-терапии на базе вашей организации? (укажите все соответствующие варианты)

Измерение уровня приверженности	Клиническим персоналом	Фармацевтом	Не используется
Самоотчет пациента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Календарь пациента по приему препаратов (проверяемый в учреждении)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Подсчет таблеток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Субъективное суждение клинициста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Регулярные визиты пациента к врачу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лечение под прямым наблюдением на базе учреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лечение под прямым наблюдением на дому	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Электронное устройство для приема препарата (например: система MEMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое, пожалуйста, укажите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое, пожалуйста, укажите:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, please specify:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Интервьюер должен попросить предоставить копии используемых форм]

12. Вычисляете ли вы уровень приверженности отдельного пациента в числовом выражении на основе данных мониторинга за пациентом? [Соберите примеры используемых форм]

I I Да , пожалуйста приведите пример подсчета _____

I I Нет Если нет, то пожалуйста, ответьте на вопрос Q. 14

13. Какой уровень приверженности к АРВ-терапии ваше учреждение рассматривает в качестве удовлетворительного для отдельно взятого пациента?

Уровень приверженности к АРВ-терапии на уровне клиники или организации здравоохранения

14. Проводите ли вы мониторинг уровня приверженности к АРВ-терапии на базе вашего медицинского учреждения (то есть, средний уровень приверженности)?

Да

Нет

Если вы не проводите мониторинг приверженности на уровне учреждения/программы, то по каким причинам мониторинг не проводится?

Если нет, то переходите на вопрос Q. 19

15. Какой источник данных используется для подсчета уровня приверженности к АРВ-терапии на базе вашего медицинского учреждения?

(укажите все соответствующие варианты)

I I Записи данных по рутинному мониторингу за приверженностью индивидуального пациента

I I Специальный опрос проведенный для мониторинга приверженности

I I Не известно

16. Как вы подсчитываете уровень приверженности к АРВ-терапии на базе медицинского учреждения? (укажите формулу)

[Соберите примеры используемых форм]

17. Каким был один из самых последних уровней приверженности к АРВ-терапии на базе медицинского учреждения?

Уровень приверженности: _____ Дата (месяц, год): _____

18. Какой уровень приверженности к АРВ-терапии клиника рассматривает в качестве удовлетворительного на базе медицинского учреждения? _____

Мониторинг нарушений

19. Информировуют ли пациентов о дате следующего визита?

Да

Нет

20. Существует ли у вас официальная система мониторинга за тем посещает ли пациент, принимающий АРВ-терапию, врача согласно запланированного графика?

- Да
- Нет

Если да, то пожалуйста опишите как проводится мониторинг:

Если нет, то пожалуйста перейдите к вопросу Q. 25

21. Если пациент не посещает, имеются ли у вас способы для наведения справок в связи с чем пациент пропускает посещение – заболел, умер или прервал лечение?

- Да
- Нет

Если да, то пожалуйста опишите каким образом и как ведется учет:

22. На каком этапе пациент рассматривается как нарушитель АРВ-программы или прерванный случай?

I I После того как пациент не смог посещать в течение определенного периода времени, укажите как долго _____

I I После того как пациент пропустил несколько запланированных визитов к врачу, укажите число визитов _____

I I Пациенты никогда не рассматриваются как прерванный случай или нарушитель программы лечения

I I Другое, пожалуйста укажите: _____

23. Вы ведете подсчет общего числа случаев прерванного лечения?

I I Да, пожалуйста укажите текущий уровень прерванных случаев:

- No

24. Включаете ли вы пациентов, получающих АРВ-терапию и не посещающих врача в назначенное время, при подсчете уровня приверженности на базе медицинского учреждения?

- Да
- Нет
-

Если да, то опишите как подсчитывается уровень для таких пациентов: _____

25. Существуют ли в клинике системы для последующего наблюдения за АРВ-пациентами, которые не посещают врача в назначенное время?

I I Да, пожалуйста опишите: Когда пациент пропускает визит к врачу, планируется посещение пациента на дому.

- Нет

Интервенции для продвижения приверженности

26. какие интервенции вы в настоящее время используете или планируете использовать в данной клинике для продвижения приверженности пациента к лечению.

** Пожалуйста опишите любые интервенции такого типа. Визиты на дом в настоящее время

Тип интервенции

	Уже используется	планируется использовать
Консультирование пациента до начала АРВ-терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Повторное консультирование после начала приема АРВ-терапии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Медработники или волонтеры на общинном уровне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Требование к лицу, осуществляющему уход, вести наблюдение а лечением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Социальная поддержка (напр., визиты на дом, продовольственный пакет, дневной уход) **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Системный мониторинг приверженности к приему препаратов на уровне клиники	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Амбулаторные услуги на базе медицинского учреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Использование устройств для продвижения приверженности (например, дневник, pill box, memo cap) **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Звонки для напоминания о приеме лекарств **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Компенсация дорожно-транспортных расходов, связанных с посещением учреждения		
Терапия под прямым наблюдением (DOT)		
-Терапия метадонном при максимальном содействии (MAT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие финансовые поощрения **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Другие интервенции ** АРВ? (укажите все соответствующие варианты)

проводятся социальным работником медицинского учреждения.

28. Используете ли вы какие-либо интервенции для усиления мотивации провайдера услуг, направленные на продвижение приверженности пациента?

Да, пожалуйста опишите: _____

Нет

29. Проводили ли вы какую-либо оценку ваших интервенций по усилению приверженности к АРВ-терапии на базе данного медицинского учреждения? *[получите копию соответствующих отчетов]*

Да

Нет

Если да, то опишите оценку и результаты: _____

29. Если с наличием ресурсов проблем не наблюдается, то как вы думаете, какие интервенции будут полезными в плане повышения приверженности к АРВ-терапии на уровне вашего медицинского учреждения?

[также спросите почему вы полагаете что предлагаемые интервенции повысят уровень приверженности и на решение какой проблемы они направлены

ПРИЛОЖЕНИЕ F: БИБЛИОГРАФИЯ

1. Thorne, C., et al., *Central Asia: hotspot in the worldwide HIV epidemic*. The Lancet Infectious Diseases, 2010. **10**(7): p. 479-488.
2. Wolfe, D., et al., *HIV in Central Asia: Tajikistan, Uzbekistan and Kyrgyzstan*. Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries, 2008: p. 557-581.
3. Satybaldieva, Z., *Nine children, one doctor and a nurse found HIV infected in southern Kyrgyzstan*. Times of Central Asia, The, 2007(061).
4. Utyasheva, L., *Kyrgyzstan: nine health care workers guilty of negligence causing HIV transmission among children*. HIV/AIDS policy & law review/Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2008. **13**(2-3): p. 48.
5. Deryabina, A., *Mapping of Key HIV Services, Assessment of Their Quality, and Analysis of Gaps and Needs of Most-at-Risk Populations in Chui Oblast and Bishkek City, Kyrgyzstan*. . 2011, USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.: Arlington, Va.
6. *HIV Surveillance Reports Kyrgyzstan*. 2010, Country Multisectoral Coordination Committee and Ministry of Health [MOH] of the Kyrgyz Republic.
7. Shannon, K., et al., *Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work*. Social Science & Medicine, 2007.
8. Wolfe, D., M. Carrieri, and D. Shepard, *Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward*. The Lancet, 2010.
9. Mathers, B., et al., *HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage*. The Lancet, 2010.
10. Tyndall, M., et al., *Directly observed therapy programmes for anti-retroviral treatment amongst injection drug users in Vancouver: access, adherence and outcomes*. International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(4): p. 281-287.
11. Harris, S., et al., *Outreach, Mental Health, and Case Management Services: Can They Help to Retain HIV-Positive and At-Risk Youth and Young Adults in Care?* Maternal and Child Health Journal, 2003. **7**(4): p. 205-218.
12. Werb, D., et al., *Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis*. The Lancet Infectious Diseases, 2010. **10**(7): p. 464-469.
13. Montaner, J., et al., *Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study*. The Lancet, 2010.
14. WHO, U., *EVIDENCE FOR ACTION TECHNICAL PAPERS: INTERVENTIONS TO ADDRESS HIV IN PRISONS HIV CARE, TREATMENT AND SUPPORT*. 2007.