Підхід до диференційованого надання послуг для ключових груп населення в Україні

Проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ»

Практичні рекомендації

Версія 3

Київ, 2024 р.

INNOВАЦІЇ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ

Автори-упорядники:

Олександра Виноградова, Олексій Проценко, Ольга Петраш, Дарина Шевчук, Ярослав Зелінський, Володимир Курпіта, Олена Власюк, Катерина Краснікова, Danielle Darrow de Mora, Олена Воропай, Оксана Щерба, Аліна Приходько, Ольга Червак.

Підготовка цих рекомендацій стала можливою завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та Надзвичайну ініціативу Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ / СНІД (PEPFAR). Зміст є винятковою відповідальністю Пакту та партнерів і не обов'язково відображає погляди USAID або уряду США.

Зміст

Скорочення	5
Вступ	6
Концепція боротьби з епідемією ВІЛ	9
Підхід до диференційованого надання послуг для ключових груп населення	11
У чому полягає підхід ДНП	11
Основоположні принципи підходу ДНП	11
Що таке моделі ДНП	12
Основні компоненти диференційованих послуг із самотестування на ВІЛ	13
Залучення КГН і ПГН до самотестування (з супроводом і без)	15
Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)	14
Скерування до лікування	14
Складові елементи ДНП	16
Етапи розроблення моделей ДНП	20
Етап 1. Проведення ситуаційного аналізу	20
Етап 2. Визначення проблем	22
Етап 3. Сегментація КГН, визначення їхніх потреб і вподобань	23
Етап 4. Адаптація й розроблення моделей	24
Етап 5. Упровадження й моніторинг	25
Практичні рекомендації на основі досвіду впровадження моделей ДНП у межах Проєкту	27
Інструмент оцінки змін ПРАД	27
Стратегії підвищення попиту на послуги з профілактики, тестування та лікування ВІЛ серед КГН і ПГН	30
1. Підвищення обізнаності й соціальні та цифрові кампанії	30
2. Доступність і зручність	30
3. Зниження стигми та страху	30
4. Інтеграція з іншими послугами	31

5. Мотиваційні стимули 31

6. Оцінка й адаптація послуг 31

Рекомендації щодо підходів до залучення важкодоступних підгруп ключових та пріоритетних груп населення до самотестування на ВІЛ 32

Методи залучення важкодоступних КГН та ПГН 32

Аналіз методів залучення КГН та ПГН 33

Базові й додаткові послуги, включені в моделі ДНП 36

Висновок 38

Список посилань 39

Додаток 1. Ілюстративний приклад базової сегментації підгруп клієнтів із числа ключових та пріоритетних груп Проєкту, яких планується залучати до послуг із самотестування (з супроводом чи без) 41

Додаток 2. Шаблон опису моделі ДНП 42

Скорочення

PEPFAR	Надзвичайний план Президента США для надання допомоги в боротьбі проти СНІДу
UNAIDS	Об’єднана програма Організації Об’єднаних Націй із ВІЛ / СНІДу
USAID	Агентство США з міжнародного розвитку
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я
ДКП	доконтактна профілактика ВІЛ
ДНП	диференційоване надання послуг
ЗОЗ	заклад охорони здоров’я
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КГН	ключові групи населення
КУ	колишні ув’язнені
ЛВІН	люди, які вживають ін’єкційні наркотики
ЛГБТІ	лесбійки, геї, бісексуали, транс*гендерні люди, інтерсексуали
ЛЖВ	люди, які живуть із ВІЛ
МОЗ	Міністерство охорони здоров’я України
НУО	неурядова організація
ПГН	пріоритетні групи населення
СіД	стигма і дискримінація
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СОП	стандартна операційна процедура
СП	секс-працівники/ці або особи, які надають секс-послуги за винагороду
ТБ	туберкульоз
ТГ	трансгендерні люди
ЦГЗ	Державна установа «Центр громадського здоров’я МОЗ України»
ЧСЧ	чоловіки, які практикують секс із чоловіками

Вступ

Про Проєкт

Проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» впроваджується Пактом разом із FHI 360 та AFEW-Україна за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) у межах Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги в боротьбі з ВІЛ / СНІД (PEPFAR).

Мета Проєкту

Проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» працює для прискорення зусиль України в досягненні епідемічного контролю над ВІЛ до 2030 року шляхом покращення програм профілактики, тестування, догляду й скерування до лікування серед ключових і пріоритетних груп населення.

Завдання Проєкту:

1. Посилити наявний комплекс послуг із ВІЛ гнучкими моделями диференційованого надання послуг із профілактики, тестування, догляду й скерування до лікування для задоволення потреб ключових груп клієнтів та їхніх підгруп з урахуванням демографічних, епідеміологічних, поведінкових, географічних та інших змін.
2. Посилити спроможність громадських організацій упроваджувати й підтримувати моделі диференційованого надання послуг із ВІЛ на основі потреб ключових та пріоритетних груп шляхом залучення громадянського суспільства та розширення прав і можливостей спільнот.
3. Допомогти у створенні сприятливого політичного середовища для розширення доступу ключових і пріоритетних груп населення до послуг у сфері протидії ВІЛ, які ґрунтуються на дотриманні прав людини та спрямовані на клієнта.
4. Відновити доступ до основних медичних послуг на рівні спільноти в пріоритетних областях для зниження рівня захворюваності та смертності внаслідок пов'язаних із війною станів здоров'я та перерваного доступу до медичних послуг.

Ціль посібника

У цих практичних рекомендаціях описано підхід до розроблення та впровадження моделей диференційованого надання послуг у сфері ВІЛ серед КГН та ПГН в Україні.

Цей матеріал має на меті:

- представити практичне втілення ДНП;
- визначити конкретні етапи, заходи, архітектуру ДНП;
- окреслити функції та обов'язки учасників процесу;
- визначити заходи з моніторингу та оцінки виконання й результативності.

Рекомендації допоможуть визначити пріоритети в підході до ДНП для окремих КГН та ПГН, де особлива увага приділяється пошуку окремих специфічних і дієвих заходів із профілактики, залучення до тестування на ВІЛ та лікування.

Цей посібник призначений для керівників, менеджерів і виконавців програм із протидії ВІЛ на рівні НУО та спільнот КГН та ПГН. Матеріал також може бути корисним для членів технічних робочих груп, національних комітетів із розроблення рекомендацій щодо боротьби з ВІЛ та інших зацікавлених сторін, які працюють над розробленням ефективних стратегій довготривалої профілактики ВІЛ, виявлення нових випадків і забезпечення скерування до лікування задля зменшення тягаря ВІЛ у країні й на рівні окремих спільнот.

Внесок Проєкту у виявлення нових випадків ВІЛ в Україні

З 1 квітня 2022 року по 30 червня 2024 року Проєкт підтримав 22 місцеві НУО в 15 областях, включно з прифронтовими регіонами, підконтрольними Уряду України, у розробленні та впровадженні ініціатив з пошуку нових випадків ВІЛ, адаптованих до потреб ключових і пріоритетних груп населення, через 62 моделі ДНП.

Використовуючи моделі ДНП як гнучкий інструмент, який можна постійно адаптувати до регіональних умов і потреб клієнтів, за період з квітня 2022 р. по червень 2024 р. Проєкт залучив до тестування на ВІЛ 91063 унікальних представників КГН і ПГН. Серед них у 2730 людей було діагностовано ВІЛ (3%), а 2587 осіб (95%) отримують антиретровірусну терапію (АРТ). 72.7% протестованих належали до ключових груп населення: 43.3% були ЛВІН, 20.5% — ЧСЧ, 8.8% — СП. Середній показник виявлення нових випадків ВІЛ серед КГН становить 2,4%, а 58% серед усіх нововиявлених належали до КГН (1577 випадків із 2730 загалом).

Індексне тестування та залучення до тестування соціальних контактів клієнта із ризикованою поведінкою, зокрема силами представників КГН та ПГН, є основними стратегічними інтервенціями моделей ДНП[1]. Ці інтервенції є важливими, тому що базуються а) на мережах контактів представників КГН і ПГН, і б) на своїй доказовості для ефективного виявлення нових випадків ВІЛ.

Ефективність виявлення в межах модальностей серед усіх нововиявлених випадків становить:

- індексна модальність — 22,2%
- соціальні / ризиковані мережі — 12,6%.

Отже, моделі ДНП уможливлюють ефективне залучення до тестування на ВІЛ представників ключових і пріоритетних груп населення, їхніх статевих партнерів, так само як і людей, які не належать до таких груп, але можуть перебувати в зоні високого ризику інфікування ВІЛ. Спираючись на досвід і результати, Проєкт рекомендує до застосування підхід надання диференційованих послуг, вбачаючи в ньому широкі можливості та високий потенціал для розвитку надання послуг у сфері протидії ВІЛ.

Більше про Проєкт і результати роботи протягом 2022-2024 рр. — в цьому документі.

Внесок Проєкту в розвиток підходу диференційованого надання послуг в Україні

- Адаптовано підхід ВООЗ та матеріали Міжнародного товариства боротьби зі СНІДом із диференційованого надання послуг у сфері ВІЛ для українського контексту.
- Розроблено рекомендації та інструменти для диференційованого надання ВІЛ-послуг на рівні громади.
- Розроблено й апробовано понад 60 моделей ДНП у 15 регіонах України.
- Проведено оцінку впровадження моделей за допомогою незалежних інтерв'ю з представниками від НУО.
- Упроваджено регулярний моніторинг та оцінку ефективності чинних моделей на щоквартальній основі з метою їх адаптації до поточних викликів, включно з тими, що спричинені війною.

1 Збірка основних підходів і методів залучення до послуг із самотестування з супроводом чи без серед ключових та пріоритетних груп населення [https://ugc.production.linktr.ee/8ca64605-af91-4a37-be2d-f16c1b88650a_---------updated.pdf]

Проєкт провів якісне оцінювання впровадження моделей ДНП за допомогою 43 незалежних інтерв'ю з надавачами послуг і координаторами проєктів регіональних НУО, які були відповідальні за імплементацію підходу. Опитані виділили такі переваги підходу:

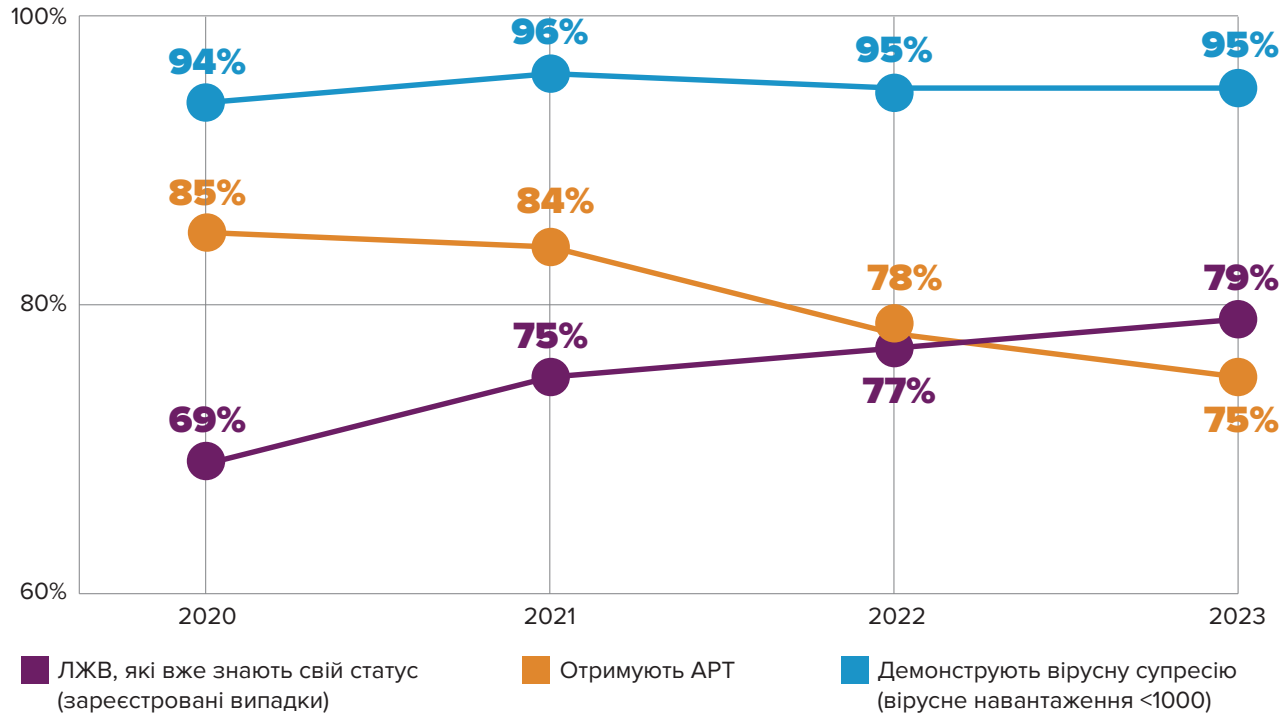
1. Чіткий і організований алгоритм роботи з ключовими та пріоритетними групами. Кожна модель ДНП містить докладний опис заходів і послуг, зокрема їхню частоту, місце проведення, методи, ресурси (у т.ч. людські), які потрібні для виявлення нових випадків ВІЛ.
2. Можливість гнучко інтегрувати потреби, що характерні для ключових і пріоритетних груп населення, та краще надавати послуги.
3. Щоквартальний перегляд моделей дає змогу вчасно коригувати роботу і враховувати обставини, як-от війна та міграція, завдяки чому вдалося зменшити прогалини в наданні послуг.

Концепція боротьби з епідемією ВІЛ

Відповідно до звіту UNAIDS Global Report 2023[2] близько 55% нових випадків ВІЛ у світі було зафіксовано серед КГН та їхніх статевих партнерів, імовірність інфікування ВІЛ серед яких у 22–29 разів вища, ніж серед загального населення. Нова глобальна стратегія боротьби зі СНІДом і наступна політична декларація держав-членів наголошують на досягненні цілей «95-95-95» у важкодоступних підгрупах, особливо серед КГН.

У 2023 році в Україні вдалося зберегти й посилити прогрес в реалізації стратегії «95-95-95» попри складні умови війни[3] (див. рис. 1).

Рис. 1 Каскад діагностики лікування ВІЛ-інфекції в Україні (2020–2023 рр.)



Одним із шляхів досягнення національних цілей Каскаду профілактики, тестування та лікування ВІЛ є посилене залучення представників КГН та ПГН. Один із найбільш значущих бар'єрів доступу до самотестування на ВІЛ та послуг із лікування є стигма й дискримінація (СіД), пов'язані з ВІЛ. Люди, які живуть із ВІЛ і належать до КГН, стикаються з удвічі більшою СіД через їх поєднання: стигми, пов'язаної з ВІЛ, і стигматизації, пов'язаної з приналежністю до груп, які зазнають соціального відторгнення, як-от ЛВІН, СП, ЧСЧ та КУ. Так само серед ЛЖВ і КГН поширена самостигматизація внаслідок широко розповсюдженої СіД, а також відчай і страх[4] розголошення їхнього ВІЛ-статусу або належності до КГН. Як наслідок, представники КГН і ПГН потребують більш чутливого підходу під час отримання послуг, на що й спрямоване ДНП.

Підхід ДНП зосереджений на посиленні дій та заходів із виявлення нових випадків ВІЛ, швидкому початку лікування і збільшенні прихильності до лікування, зокрема серед осіб із числа КГН, яким найскладніше отримати доступ до послуг. Потреби клієнтів із числа КГН та ПГН часто виходять за межі діагностики й лікування лише ВІЛ. Більшість клієнтів потребують допомоги в доступі до послуг у зв'язку з іншими захворюваннями, включно з вірусними гепатитами, туберкульозом, ІПСШ, неінфекційними захворюваннями, замісною підтримувальною терапією чи послугами з планування сім'ї.

2 Оновлення про глобальний стан з ВІЛ/СНІД, 2023 р. [https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf]

3 https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu

4 Індекс стигматизації людей, які живуть із ВІЛ 2.0 Україна, 2020 р.

Упровадження підходу ДНП з орієнтованим на клієнта підходом, з урахуванням конкретних потреб кожного клієнта:

- підвищує кількість осіб до самотестування на ВІЛ і скерування до лікування;
- сприяє формуванню довіри до послуг НУО;
- збільшує залучення до самотестування інших членів спільнот.

Підхід ДНП в умовах війни

Підхід ДНП продемонстрував свою значущість та ефективність під час вторгнення російських військ на територію України з кінця лютого 2022 року і по теперішній час. Обстріли та руйнування інфраструктури населених пунктів критично вплинули на надання медичних і соціально-психологічних послуг населенню в контексті епідемії ВІЛ-інфекції в усіх областях України: в окремих регіонах — знищення або руйнації медичної та соціальної інфраструктури, одночасно в інших областях — соціально-економічне й гуманітарне навантаження на всі системи профілактики та лікування ВІЛ через внутрішньо переміщених осіб, у тому числі на ВІЛ-сервісні НУО та ЗОЗ. НУО, які надають послуги населенню у сфері ВІЛ, опинились у непростій ситуації, коли швидка адаптація послуг до потреб різних спільнот клієнтів є необхідною умовою для надання безперервних ВІЛ-послуг і продовження досягнення цілей «95-95-95». Використання підходу ДНП допомагає оперативно реагувати на чинники зовнішнього впливу, мінімізувати їх, і підтримувати доступ представників КГН та ПГН до послуг у межах Каскаду.

Підхід до диференційованого надання послуг для ключових груп населення

У чому полягає підхід ДНП

Концепція ДНП, яку розробили спеціалісти Міжнародного товариства боротьби зі СНІДом, спершу стосувалася ЛЖВ та їхнього лікування, однак відтоді це поняття було розширено й адаптовано. Тепер ДНП охоплює всі групи населення і весь каскад профілактичних і медичних послуг у сфері ВІЛ[5].

> ДНП — це підхід, орієнтований на клієнта, який адаптує послуги у сфері ВІЛ і доступ до них у межах каскаду, відображаючи потреби й уподобання КГН, ПГН та ЛЖВ.

Такий підхід дає змогу наблизити послуги з профілактики, тестування й лікування ВІЛ до представників КГН і ПГН, виявити нові випадки інфікування ВІЛ серед осіб, які ніколи не отримували послуг із профілактики й тестування на ВІЛ.

Адаптація, розвиток та узгодження моделей ДНП з медичними послугами в межах каскаду дасть змогу **інтегрувати моделі ДНП у локальні маршрути пацієнтів «від спільноти до установи»,** прискорити взяття на облік і початок лікування, залучити до тестування індексних партнерів та осіб з ризикованою поведінкою з оточення клієнта.

Разом із тим, диференціювання надання послуг **допомагає розв'язати проблему** нерівного доступу КГН та ПГН до медичних послуг у сфері ВІЛ, що охоплюють профілактику, тестування, лікування й догляд, а також покращити якість комплексних пакетів медичної та психосоціальної допомоги. Представники КГН та ПГН мають різні потреби, задоволення яких за допомогою єдиного шаблонного підходу неможливе. ДНП дає змогу раціонально розподілити ресурси на людей із найбільшими потребами шляхом підтримки клієнтів, які отримують ПТВ, для забезпечення гнучкої взаємодії з системою охорони здоров'я та соціального захисту через НУО[6].

Основоположні принципи підходу ДНП

Підхід ДНП базується на таких основних принципах:

- **Клієнтоорієнтованість.** Основний принцип клієнтоорієнтованості у сфері профілактики ВІЛ полягає в тому, щоб поставити клієнта в центр уваги. Це означає:
  - визначення проблем, з якими стикаються клієнти під час отримання послуг, і їх розв'язання;
  - збільшення доступності послуг для груп населення, які найбільше потребують допомоги;
  - надання послуг, які враховують індивідуальні потреби, уподобання й культурні особливості кожного клієнта;
  - спонукання клієнтів до відповідального ставлення до власного здоров'я та активної участі в процесі лікування;
  - забезпечення можливості для клієнтів самостійно ухвалювати рішення щодо свого здоров'я на основі повної та достовірної інформації.

ВООЗ підкреслює потребу в клієнтоорієнтованості для покращення якості послуг у сфері ВІЛ. Програми з протидії ВІЛ повинні забезпечити «тестування та лікування, у центрі якого стоїть людина, і яке базується й організовується навколо медичних та інших потреб, уподобань та очікувань людей і спільнот, яке зберігає людську гідність і повагу, зокрема до КГН і ПГН, та за-

5 https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery

6 https://www.differentiatedservicedelivery.org/FAQ

лучає й підтримує активну участь людей в процесі отримання послуг з тестування та лікування шляхом інформованого ухвалення рішень»[7].

- **Зменшення стигматизації та дискримінації й дотримання прав людини.** Стигматизація і дискримінація є однією з перешкод у доступі КГН і ПГН до послуг профілактики й лікування ВІЛ. Завдяки залученню і розширенню участі спільнот КГН та ПГН, підхід ДНП може збільшувати попит на послуги, які надаються без стигматизації, й ініціювати роботу з партнерами (медичні заклади, організації на рівні спільноти) з метою зменшення СіД шляхом інформаційної роботи й навчання у сфері потреб КГН і ПГН. Надзвичайно важливо приділяти увагу безпеці та захисту КГН, попереджувати випадки можливого примусу чи застосування щодо них насильства.

- **Важливість залучення консультантів «рівний-рівному» і представників спільноти.** Консультування за принципом «рівний-рівному» є ключовим елементом ефективної профілактики ВІЛ серед КГН і ПГН. Консультанти, які самі є представниками КГН і ПГН, краще розуміють потреби цих груп, можуть побудувати довіру і, як наслідок, ефективніше залучати їх до послуг з профілактики та самотестування. Мережі КГН відіграють важливу роль у створенні попиту на послуги й подоланні бар'єрів у доступі до них. ВООЗ підкреслює важливість залучення немедичних працівників, зокрема консультантів «рівний-рівному», для надання послуг і зміни поведінки. Розвиток обізнаності у сфері здоров'я і прав людини серед КГН сприяє зміцненню спільнот.

- **Забезпечення психологічної підтримки.** Групи підтримки й індивідуальні консультації мають бути доступні в зручний для клієнта час і місці. Тип підтримки, її частота й форма (групова чи індивідуальна) мають керуватися індивідуальними потребами кожного клієнта. Консультанти «рівний-рівному», які пройшли спеціальну підготовку, можуть надавати ефективну підтримку на рівні з професійними соціальними працівниками.

Підхід ДНП має впроваджуватися як реакція на конкретні проблеми чи перешкоди, а також у випадках, коли диференціювання може сприяти покращенню доступу до послуг у сфері ВІЛ.

Що таке моделі ДНП

Основною метою підходу ДНП є розвиток таких моделей диференційованого надання послуг, які охоплюють заходи й конкретні способи надання послуг різним підгрупам КГН та ПГН. Моделі ДНП потребують наявності варіантів, із яких клієнт може обирати, і ці варіанти необхідно буде коригувати в майбутньому для відображення змін у потребах чи вподобаннях.

Моделі ДНП можуть бути реалізовані на всіх стаціонарних і мобільних пунктах та місцях надання послуг для самотестування (з супроводом і без) НУО, місцях зустрічей і зборів КГН та ПГН відповідно до вподобань та побажань КГН і ПГН[8].

Із досвіду Проєкту USAID «Інновації для подолання ВІЛ», моделі ДНП є перш за все описом намірів або плану дій щодо залучення до послуг із самотестування (з супроводом або без) певної КГН або її підгрупи, з метою виявлення нових випадків ВІЛ, що включає в себе описи:

- способів і місць залучення до самотестування (з супроводом або без) і лікування визначеної групи / підгрупи;

- базових і додаткових послуг з урахуванням специфічних потреб клієнтів групи для підвищення їхньої мотивації до самотестування на ВІЛ (з супроводом або без).

Попередньо описаний план дій щодо реалізації моделі дає змогу починати надання послуг із ясною стратегією та конкретними заходами. У разі виявлення невідповідності плану реальним умовам модель буде змінена, адаптована чи повністю переорієнтована на інші підгрупи.

7 Зведені рекомендації щодо застосування антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації щодо підходу у сфері охорони здоров'я, ВООЗ, 2016. — Друге видання [https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684].

Основні компоненти диференційованих послуг із самотестування на ВІЛ

Будь-яка модель надання послуг із самотестування на ВІЛ повинна включати три основні компоненти:

- **Залучення** — забезпечення доступу до послуг тестування для цільової аудиторії.
- **Самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)** — процедура самотестування на ВІЛ.
- **Скерування до лікування** — організація подальшого лікування й підтримки для осіб, у яких виявлено ВІЛ або які потребують інших медичних послуг.

Ці компоненти є основою для ефективного надання послуг із самотестування на ВІЛ (див. рис. 2).

Якщо йдеться про модель надання послуг із тестування на ВІЛ, усі три компоненти є необхідними та мають бути враховані під час розроблення моделі[8].

Рис. 2. Три компоненти диференційованих послуг із тестування на ВІЛ у Проєкті

Залучення КГН і ПГН до самотестування	Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)	Скерування до лікування
• Масовий/груповий • Соціальні мережі (оточення КГН) з підвищеним ризиком інфікування • Індексне тестування	• Усі пункти надання послуг на базі НУО • Спільнота • Самотестування	• Переадресація • Супровід • Мотиваційне заохочення • Призначення АРТ у той самий день • Зручні послуги • Відстеження лікування

Залучення КГН і ПГН до самотестування (з супроводом і без)

Моделі залучення до тестування мають на меті наближення послуг із профілактики й тестування на ВІЛ до КГН і ПГН задля збільшення кількості осіб із ризикованою поведінкою, які отримають послуги з тестування. Використання ефективних комунікаційних моделей, які є доступними й типовими для КГН та ПГН, є успішними методами залучення КГН до тестування. Такими моделями можуть бути:

- **Масовий / груповий підхід** передбачає інформування про тестування на ВІЛ у місцевих радіопередачах, публікаціях у ЗМІ або соцмережах (зокрема в «закритих», характерних для певної КГН), таргетовану рекламу на онлайн платформах; може забезпечити отримання спільнотами ключових повідомлень про місце, час і спосіб отримання послуг із тестування на ВІЛ.
- **Залучення соціальних мереж із підвищеним ризиком інфікування.** Підхід передбачає використання двох стратегій залучення:
  - залучення до самотестування (з супроводом і без) соціальних контактів клієнтів, які мають потенційний ризик інфікування ВІЛ, соціальним працівником;
  - залучення до самотестування (з супроводом і без) соціальних контактів клієнтів, які мають потенційний ризик інфікування ВІЛ, навченим представником КГН або ПГН (рекрутером).

8 Структура ухвалення рішень щодо послуг із тестування на ВІЛ (2018 р.) [https://www.differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/DCwLmrNFcUuLU4jWitw4-Q/File/Decision%20Framework%20HIV%20Testing%20Web%20-%20Update%20AUG19.pdf].

Під час взаємодії соціальний працівник чи рекрутер, відповідальний за залучення, може використовувати різні підходи, зокрема: надання інформації про послуги проєкту, заохочення інших пройти самотестування (з супроводом і без), оцінка ризиків інфікування на ВІЛ серед соціальних контактів клієнтів, розповсюдження запрошень до НУО або наборів для самотестування на ВІЛ тощо.

- **Індексне тестування** передбачає залучення партнерів (статевих та ін'єкційних) людини, у якої діагностовано ВІЛ, та з якими відбувалися практики, пов'язані з ризиком інфікування, для пропонування їм послуг із тестування на ВІЛ. Інформування партнера — це вибір способу залучення, і воно є добровільним. Під час індексного тестування підготовлений соціальний працівник запитує особу, у якої діагностовано ВІЛ, про її статевих партнерів або партнерів по вживанню ін'єкційних наркотиків, а якщо клієнт дає ствердну відповідь, пропонує цим партнерам ПТВ.

Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)

Моделі ДНП впроваджують із метою розповсюдження, створення можливостей для самотестування та збору інформації про результати тестування на ВІЛ, з якими людина добровільно повертається до фахівця. Для кожної моделі слід визначити:

- час та частоту пропонування послуг із тестування на ВІЛ;
- місце, де проводитиметься тестування на ВІЛ;
- особу, яка буде сприяти тестуванню з супроводом;
- метод розповсюдження наборів для самотестування без супроводу.

Для ефективної програми з тестування на ВІЛ необхідно дотримуватися моделі, яка враховує рівень поширеності ВІЛ (≥5% або <5%) у конкретній КГН та ПГН. Слід використовувати тести, що пройшли перевірку ВООЗ, згідно із затвердженим національним алгоритмом тестування або алгоритмом, викладеним у рекомендаціях ВООЗ із тестування на ВІЛ[9]. Самотестування на ВІЛ можна проводити на рівні спільноти: офіси НУО, аутрич-маршрути тощо, — у кожному місці надання послуг мають бути передбачені можливості для самотестування на ВІЛ (з супроводом чи без).

- **Стаціонарні пункти тестування.** Усі стаціонарні й мобільні пункти НУО мають бути доступні для отримання послуг із самотестування (з супроводом або без) й обладнані всім необхідним для організації таких послуг. Для максимального залучення КГН і ПГН до тестування на ВІЛ важливе розширення кількості точок, які є зручними, безпечними й близькими до місця розташування цільових груп населення.
- **Мобільне тестування (аутрич).** Тестування на ВІЛ так само можна проводити в межах певної підгрупи КГН. Це можуть бути піші аутрич-маршрути, виїзди мобільних груп (соціальні працівники, рекрутер, консультант «рівний-рівному») до віддалених районів області чи громади, тестування в релігійних громадах, парках, барах, квартирах та інших місцях скупчення та соціальної взаємодії КГН і ПГН.
- **Самотестування.** Самотестування на ВІЛ варто розглядати як зручну, безпечну й ефективну опцію для клієнтів протестуватись на ВІЛ-інфекцію. Набори для самотестування на ВІЛ можна розповсюджувати у всіх пунктах надання послуг на базі НУО, серед соціальних / ризикованих мереж клієнтів, серед партнерів, в інших місцях і закладах. До того ж, тестування можна виконувати самостійно або з супроводом соціального працівника від НУО.

Скерування до лікування

9 Переосмислення надання послуг у сфері ВІЛ: роль диференційованого лікування від профілактики до супресії [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5136137].

Після тестування на ВІЛ завжди має відбуватися дія — закріплення за клієнтами НУО комплексного пакету послуг із профілактики (для ВІЛ-реактивних / позитивних та ВІЛ-негативних клієнтів), підтвердження або спростування діагнозу «ВІЛ-інфекція». У разі підтвердження діагнозу — взяття ВІЛ-позитивних клієнтів під медичний нагляд із призначенням АРТ. У випадку ВІЛ-негативного результату — пропозиція ДКП, консультування і супровід до ЗОЗ, який забезпечує медичну послугу та видає препарати.

Послугами, які передбачають залучення до профілактики чи лікування, можуть бути консультування з питань лікування, переадресація або супровід до ЗОЗ (очний та дистанційний).

Складові елементи ДНП

Є чотири складові елементи, які утворюють моделі ДНП і визначають:

- хто надає послугу (соціальні працівники, консультанти «рівний-рівному», рекрутери, медичний персонал та інші),;
- у чому полягає послуга (консультування, видача профілактичних або лікарських засобів, зв'язок із додатковими та/або мотиваційними послугами);
- де саме надають послугу (на базі НУО, на рівні спільнот, ЗОЗ);
- коли її можна отримати (дні, години, частота).

Складові елементи моделі ДНП мають протидіяти основним перешкодам підвищення попиту на послуги та їх отримання (незручні години обслуговування, стигматизація з боку персоналу та місця надання послуг, відсутність комплексних / інтегрованих послуг тощо) (рис.3).

Рис. 3. Компоненти й складові елементи розроблення моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН і ПГН до самотестування (з супроводом чи без)	**Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом чи без)**	**Скерування до лікування**
ЩО?	• Перелік конкретних послуг і дій заради залучення до самотестування на ВІЛ або разом з іншими послугами • Скринінги для визначення потреби в послугах • Мотиваційне інтерв'ю для залучення індексних партнерів / соціальних мереж	• Тестування на ВІЛ / самотестування на ВІЛ оральним тестом / самотестування на ВІЛ тестом за допомогою зразка крові / відправка орального тесту для самотестування поштою • Мультитестування на ко-інфекції / ІПСШ (ВГС, ВГВ та сифіліс тощо)	**Профілактика:** • Консультування з питань профілактики ВІЛ • Переадресація до отримання профілактичних послуг і товарів (сайти ЗПТ та пункти надання ДКП, ПОШ тощо) • Супровід (очний або дистанційний) до ЗОЗ, які надають профілактичні послуги **Призначення АРТ:** • Консультування з питань взяття під медичний нагляд та лікування ВІЛ • Переадресація на отримання послуг із лікування ВІЛ та формування прихильності до АРТ • Супровід (очний або дистанційний) до ЗОЗ, які надають послуги з лікування ВІЛ
ДЕ?	Визначені місця проведення заходів із залучення до самотестування	• Усі пункти надання послуг на базі НУО • Спільнота • Самотестування	ЗОЗ, де здійснюється взяття під медичний нагляд

	Залучення КГН і ПГН до самотестування (з супроводом чи без)	Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом чи без)	Скерування до лікування
ХТО?	Визначена особа, яка проводить залучення (консультант рівний-рівному, рекрутер, клієнт, соціальний працівник)	Визначена особа, яка сприяє тестуванню на ВІЛ (консультант рівний-рівному, рекрутер, клієнт, соціальний працівник)	Соціальний працівник, самозвернення клієнта до ЗОЗ
КОЛИ?	Час доби й частота	• Графік роботи стаціонарних пунктів • Час доби й частота, коли надаються послуги на виїздах / аутрич-маршрутах	Часовий період для звернення до ЗОЗ і частота заходів

1. Що саме пропонується клієнтам: комплекс послуг

Тестування на ВІЛ може проводитися окремо в усіх пунктах надання послуг на стаціонарних пунктах НУО та мобільних (аутрич) на рівні спільнот у вигляді комплексу послуг, з урахуванням конкретних потреб населення. Послуги з самотестування на ВІЛ можуть доповнюватися додатковими послугами, які надає НУО; зокрема, до послуг із самотестування на ВІЛ з супроводом можна додавати самотестування на ІПСШ, ВГС, ВГВ, скринінги на супутні та неінфекційні захворювання тощо. Поєднання наданих послуг може бути більш економічно вигідним способом надання послуг з самотестування (з супроводом і без), зокрема на рівні спільноти.

2. Де надають послуги з тестування на ВІЛ: місце залучення, ПТВ та скерування до лікування

Децентралізація послуг із профілактики й тестування на ВІЛ може бути доцільною в умовах як високої, так і низької поширеності ВІЛ, однак вибір місця розташування варіюється залежно від цільової групи населення й очікуваної результативності та повинен базуватися на наближенні послуг до місць постійного перебування КГН і ПГН. Надання різних послуг із тестування на ВІЛ на рівні установ та за місцем проживання дає змогу подолати різні перешкоди, з якими стикаються клієнти. Люди, для яких у пріоритеті економія часу та транспортних витрат, можуть звернутися до пунктів надання послуг на базі НУО для проходження тесту. Інші особи, яких непокоїть стигматизація, мають змогу отримати послугу тестування в місцях, віддалених від їхніх громад, або віддати перевагу самотестуванню в зручному для себе місці.

Залучення й тестування на ВІЛ на рівні спільноти можна проводити:

- у громадських місцях, пунктах надання послуг на базі НУО;
- у закладах, призначених для окремих груп населення (шелтери для ВПО, місця обліку безпритульних осіб, релігійні організації, реабілітаційні центри тощо);
- у місцях, призначених для окремих груп населення (склади з гуманітарною допомогою, бари, клуби, сауни — для працівників секс-індустрії, стоянки таксі — для чоловіків);
- у місцях масових зборів (церкви, пункти харчування, ринки, вокзали);

- удома в клієнтів (тестування індексного клієнта за місцем проживання, ризиковані мережі чи самотестування).

Перелік таких місць слід раціонально обирати й ухвалювати рішення на основі таких чинників:

- поширеність ВІЛ в окремих групах населення;
- дані щодо охоплення тестуванням на ВІЛ серед загального населення та ключових і пріоритетних групах населення;
- демографічні й поведінкові характеристики серед населення, яке не було обстежене на ВІЛ-інфекцію;
- показники ефективності ПТВ (результативність, кількість позитивних випадків серед протестованих осіб, витрати на виявлення одного позитивного випадку).

НУО, яка впроваджує ДНП, обов'язково слід визначити зв'язок між пунктом проведення тестування та медичними закладами, які надають послуги з медикаментозної профілактики та лікування ВІЛ.

3. Хто надає послуги з самотестування (з супроводом чи без): особи, які здійснюють залучення, самотестування та забезпечують скерування на лікуванням

Для диференційованого підходу надзвичайно важливим є різноманіття характеристик осіб, які надають послуги, зокрема їхні стать, вік, досвід, приналежність до КГН і ПГН та інше. Залучення рівних консультантів до моделі надання послуг із самотестування або вторинного розповсюдження наборів для самотестування може збільшити користування такими послугами в окремих підгрупах КГН і ПГН та є рекомендованим ВООЗ для збільшення кількості клієнтів, узятих під медичний нагляд, і тих, хто розпочав лікування АРТ[10]. Консультанти «рівний-рівному» або рекрутери потребують спеціальної підготовки, однак їхня здатність зближатися з окремими спільнотами може подолати перешкоди, пов'язані зі стигматизацією, відсутністю довіри до послуг ЗОЗ та НУО, і побудувати міцні зв'язки між окремою групою населення та послугами Проєкту, а також системою охорони здоров'я.

Самотестування на ВІЛ можна проводити з безпосереднім супроводом соціального працівника НУО чи підготовленого консультанта «рівний-рівному», рекрутера з числа КГН або ж без такої допомоги. У такому разі клієнт безпосередньо поширює набори для самотестування серед індексних партнерів та/або соціальних контактів.

4. Коли надаються послуги у сфері ВІЛ: час упродовж дня, частота залучення, самотестування та скерування на лікування

Цей складовий елемент має визначати час упродовж дня, коли пропонуються послуги у сфері ВІЛ, а також частоту тестування.

Послуги за місцем проживання потрібно надавати **в той період доби, який підходить конкретній цільовій групі населення** (наприклад, у неробочі години для людей, які працюють у стандартні години, для людей із порушеннями, спричиненими вживанням психоактивних речовин, — пізно ввечері або онлайн уночі). Залучення різних консультантів до тестування додає гнучкості, а завдяки впровадженню самотестування на ВІЛ послуга стає максимально зручною, адже дає клієнтам змогу самостійно зробити тест у комфортних умовах. У разі надання послуг на базі НУО, можна розглянути можливість тестування в неробочі години або у вихідні дні.

Наприклад, ураховуючи потреби клієнтів СП та ЛВНІ в отриманні послуг у пізній вечірній час, НУО може адаптувати графік роботи соціального працівника для виходу на аутрич-маршрути,

10 https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1

що збільшує доступність послуги, охоплення КГН послугами й ефективність самотестування на ВІЛ (з супроводом чи без).

Частота інформування про можливість тестування на ВІЛ на етапі залучення повинна визначатися поширеністю захворювання в КГН і ПГН. Заходи з залучення до самотестування, спрямовані на надання послуг окремим групам населення або під час групових заходів, варто планувати й визначати їх частоту на основі ймовірної результативності з урахуванням ресурсів для транспортування, роботи персоналу та майбутнього тестування.

Частота повторного самотестування на ВІЛ має визначатися[7] індивідуальним ризиком інфікування ВІЛ. Високе охоплення самотестуванням на ВІЛ потребує глибшої оцінки ризику, яка дасть змогу уникнути великої кількості повторних тестувань у клієнтів із низьким ризиком.

Етапи розроблення моделей ДНП

Упровадження підходу ДНП потребує значного залучення та стабільної співпраці всіх учасників надання послуг із ВІЛ і тих, на кого вони впливають. Це, зокрема, громадські організації, регіональні центри громадського здоров'я, ЗОЗ, а також спільноти представників КГН і ПГН. Основною групою, відповідальною за розроблення й упровадження ДНП, є програмний персонал Проєкту НУО, інші зацікавлені сторони та представники КГН і ПГН. Кількість і різноманіття моделей мають узгоджуватися з наявними умовами й ресурсами. Одного варіанта послуги з тестування на ВІЛ недостатньо, однак їх надлишок ускладнить забезпечення якості в умовах обмеженості ресурсів і нівелює індивідуальні потреби підгрупи КГН і ПГН.

Розроблення та впровадження моделей ДНП здійснюється в 5 етапів. Результатом цього процесу є розроблені моделі надання ВІЛ послуг, утворені з чотирьох складових елементів (що, де, хто, коли), що пристосовані до потреб КГН і ПГН та враховують інші значущі змінні (вік, географічне положення, рівень ризику інфікування ВІЛ).

Диференціювання послуг передбачає стандартизовану низку послідовних дій, які проілюстровано на рис. 4.

Рис. 4. Процес ДНП



Етап 1. Проведення ситуаційного аналізу

Перш ніж ухвалювати рішення щодо стратегічного поєднання диференційованих послуг із тестування на ВІЛ, необхідно виконати ситуаційний аналіз. Ситуаційний аналіз покликаний визначити прогалини в досягненні першого етапу каскаду ВІЛ-послуг, а саме прогалини в географічному охопленні та охопленні конкретних ключових і пріоритетних груп населення. Також він оцінює, наскільки ефективно наявні моделі тестування допомагають усунути ці прогалини. Цей аналіз повинен враховувати три основоположні компоненти ДНП (залучення, ПТВ і скерування на лікування), які утворюють успішну модель тестування на ВІЛ. Пропонований аналіз має включати в себе й охоплювати такі питання:

- епідеміологічні, соціологічні та програмні дані для виявлення наявних прогалин у профілактиці, тестуванні й узятті під медичний нагляд / призначенні АРТ у конкретних КГН;
- чинники, що сприяють утворенню цих прогалин;
- наявні підходи, зокрема алгоритм ПТВ, дорожні карти, нормативні документи місцевого, регіонального або національного рівня щодо лікування та профілактики ВІЛ тощо;
- потреби ключових і пріоритетних груп населення, їхній досвід отримання послуг у сфері ВІЛ (ДКП, тестування на ВІЛ, індексне тестування, самотестування, залучення до тестування на ВІЛ через соціальні мережі й інші змішані стратегії, узяття під медичний нагляд) і рекомендації щодо покращення;
- наявні моделі надання послуг, які діють тепер;

- наявні нормативні перешкоди й можливості, пов'язані з перспективними моделями ДНП, які спрямовані на усунення конкретних епідеміологічних прогалин і прогалин у наданні ВІЛ-послуг.

Аналіз також має визначити можливості для зміцнення наявних або впровадження нових варіантів надання послуг із метою збільшення попиту на послуги у сфері ВІЛ, користування такими послугами та їхньої якості. Процес проведення аналізу варто спланувати так:

а) Оцінка даних

Для визначення найкращого раціонального поєднання моделей тестування на ВІЛ, слід узяти до уваги такі дані:

- поширеність ВІЛ у регіоні;
- поширеність і захворюваність на ВІЛ в окремих КГН;
- кількість нових випадків ВІЛ в окремих ключових та пріоритетних групах;
- охоплення тестуванням на ВІЛ осіб:
- із числа тих, хто вперше проходив тест упродовж останніх 12 місяців;
- у межах окремих КГН (наприклад, частка протестованих чоловіків порівняно з жінками), цілі, прогалини та результативність такого тестування (дані можна знайти серед біоповедінкових досліджень окремих груп населення, медико-демографічних досліджень, окремих звітів та/або статистичних досліджень, виконаних серед КГН);
- охоплення тестуванням на ВІЛ на базі установ або спільноти;
- кількість і частка ЛЖВ, які отримують АРТ, на національному й регіональному рівні;
- частка позитивних результатів у різних популяціях та за використання різних моделей надання послуг із тестування на ВІЛ;
- розподіл людських ресурсів для тестування на ВІЛ у цей час;
- витрати на стратегії тестування та, у відповідних випадках, витрати на кожного виявленого ВІЛ-позитивного клієнта;
- інші релевантні дані.

б) Оцінка прогалин, обмежень та можливостей

Оцінку прогалин, обмежень та можливостей для розвитку послуг в сфері протидії ВІЛ можна проводити на основі складових елементів моделі ДНП (що, де, хто, коли), які дадуть змогу побачити законодавчі, організаційні та інші обмеження та ризики, й ефективно диференціювати послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без), профілактики та лікування відповідно до регіонального контексту.

Під час розроблення й адаптації складників моделі ДНП (що, де, хто, коли) необхідно зважати на контекст, який притаманний певній території діяльності НУО, зокрема: використання міжнародних рекомендацій, законодавчі обмеження, виконання національних і регіональних алгоритмів, регіональна специфіка щодо впровадження діяльності (комендантська година, близькість лінії бойового зіткнення, наявна інфраструктура тощо).

Критично важливими для забезпечення диференційованого тестування на ВІЛ є оцінка та аналіз:

- чинних національних та регіональних умов (національні стратегії, рекомендації, регіональні маршрути пацієнта й алгоритми, картування послуг тощо), що утримують децентралізацію самотестування на ВІЛ поза межами пунктів надання послуг на базі НУО («де?»);

- перерозподіл обов'язків серед ключового персоналу НУО та залучених до діяльності клієнтів, зокрема рекрутерів з числа КГН, консультантів «рівний-рівному» чи клієнтів, прихильних до послуг НУО («хто?»);
- правових обмежень і вимог (наприклад, вік, із якого можна самостійно отримати послуги з самотестування на ВІЛ тощо), які можуть обмежувати доступ окремих КГН до тестування, профілактики та лікування, і на наявність затверджених алгоритмів тестування на ВІЛ («що?»);
- можливостей гарантування безпеки надавачів послуг («коли?») під час надання диференційованих послуг із самотестування на ВІЛ для клієнтів.

в) Оцінка наявних моделей надання послуг із тестування на ВІЛ

Аналіз надання послуг із самотестування з супроводом і без є важливим для ухвалення рішення щодо необхідності адаптації наявної моделі або розроблення нових. Наявні моделі надання послуг із самотестування на ВІЛ у багатьох аспектах і складниках можуть бути вже певною мірою диференційованими. Утім, охоплення або впровадження на місцях може бути обмежене географічно або специфікою певної КГН. Також може скластися така ситуація, що лише один із основоположних компонентів (залучення, самотестування і скерування до лікування) буде диференційований у межах моделі тестування, що залишає простір для адаптації інших компонентів з метою вдосконалення моделі.

Етап 2. Визначення проблем

На основі результатів етапу 1 слід визначити проблеми, які можна розв'язати за допомогою надання диференційованих послуг із профілактики й тестування. На цьому етапі важливо залучити стратегічні зацікавлені сторони, зокрема представників системи охорони здоров'я, партнерів-виконавців, представників різних спільнот КГН і ПГН, ЛЖВ. Це бажано зробити в ширшому контексті розроблення загального підходу до надання диференційованих послуг із зосередженням уваги на підгрупах КГН і ПГН.

Основні задачі етапу:

- інформування ключових надавачів ВІЛ-послуг та зацікавлених сторін щодо основоположних і ключових принципів надання диференційованих послуг із тестування на ВІЛ;
- забезпечення можливості для зацікавлених сторін обмінюватися досвідом, презентувати диференційовані наявні моделі, у межах яких послуги ключовим і пріоритетним групам населення надаються у відповідних умовах;
- представлення результатів попереднього ситуаційного аналізу на національному, регіональному рівні та/або на рівні спільнот, а також успіхів та обмежень реалізації ПТВ;

Залучення зацікавлених сторін до аналізів ситуацій місцевого / районного рівня та планування місцевих стратегій впровадження моделей ДНП.

Ресурси

На цьому етапі можна спланувати:

- робочі зустрічі з партнерами й зацікавленими сторонами, запросити інші партнерські організації до широкого партнерства;
- проведення фокус-груп із представниками ключових і пріоритетних груп населення;
- запрошення основних зацікавлених сторін, відповідальних осіб та дослідників для висловлення їхніх поглядів, бачення і потреб;
- будь-які інші заходи (за потреби).

Етап 3. Сегментація КГН, визначення їхніх потреб і вподобань

Для надання клієнтоорієнтованих послуг у сфері ВІЛ доцільно зважати на те, до якої саме КНГ і ПГН належить клієнт, чи вже має він / вона проблеми зі здоров'ям або чи впливають умови життя клієнта на доступ до самотестування (з супроводом і без) та інших послуг НУО чи державних установ і закладів.

Маючи чітке розуміння потреб КГН і ПГН, актуального стану надання послуг та принципів і правил, можна переходити до визначення пріоритетів у наданні диференційованих послуг для окремих сегментів КГН і ПГН.

Найбільш вразливі до ВІЛ категорії населення, як-от ЧСЧ, ЛВІН, СП, КУ, чоловіки віком 35+ із ризикованою поведінкою, мають багато змінних, що впливають на потреби в послугах і вибір послуг, з-поміж яких вік, географічне розташування, ризик та обізнаність про послуги тощо. Аналіз тенденцій ризикової поведінки й актуального стану попиту на профілактичні послуги на основі різних змінних, що має на меті покращити показники залучення до послуг із профілактики, тестування та лікування, також відомий як сегментація клієнтів, є важливим процесом у розробленні моделей ДНП.

Процес сегментації має базуватися на вже наявних програмах профілактики та лікування в конкретних географічних локаціях, наявних маршрутах клієнтів для конкретних КГН. Їх необхідно оцінювати на предмет наявності динамічних чинників, демографічних характеристик і умов, що можуть впливати на ризик інфікування ВІЛ серед підгруп КГН.

На основі інформації, отриманої на попередніх етапах, необхідно визначити пріоритетні підгрупи, які отримують послуги в окремих місцях та громадах. Це мають бути підгрупи КГН і ПГН, для яких будуть обрані конкретні методи залучення, диференційована профілактика, ПТВ та супровід на лікування.

Підгрупи можуть належати до таких КГН та ПГН:

- дорослі чоловіки та жінки (35+) із регулярним або епізодичним ризиком інфікування;
- жінки, які надають секс-послуги за винагороду і проживають у прифронтових областях та районах;
- старші чоловіки, які практикують секс із чоловіками (40+), які мають постійну жінку-партнерку;
- люди, які вживають ін'єкційні наркотики та мають практику змішаного вживання ПАР тощо.

Кожній підгрупі потрібен унікальний комплексний пакет відповідних послуг для подолання конкретних проблем у сфері профілактики ВІЛ, тестування та лікування.

> Приклади сегментації, представлені у вигляді таблиці, див. в Додатку 1.

Ресурси

У проведенні сегментації КГН може допомогти:

- залучення представників спільноти та клієнтів з числа КГН для експертної оцінки й висловлення думки стосовно чинних моделей і підходів (за наявності);
- збір відгуків клієнтів, їхні спільні оцінки. Для кожної групи / підгрупи клієнтів необхідно визначити / зрозуміти потреби та наявні перешкоди в отриманні послуг із профілактики, тестування й лікування ВІЛ;
- визначення найкращих місць (наприклад, пункти надання послуг на базі НУО, кав'ярні, готелі) для надання послуг окремій КГН / підгрупі в межах КГН, а також конкретного часу для контакту з клієнтами[11].

11 БІЛА ПЛЯМА. Проблема білої плями в боротьбі з ВІЛ. Охоплення послугами чоловіків і хлопчиків. UNAIDS, 2017 [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf].

Етап 4. Адаптація й розроблення моделей

Адаптація й розроблення

Метою ситуаційного аналізу є визначення основних прогалин в охопленні послугами, виявлення місць та підгруп серед КГН і ПГН, які через низку чинників мають обмежений доступ до послуг із тестування, профілактики й лікування ВІЛ. Внесення змін у наявні моделі надання послуг для зміни способів залучення, тестування та скерування на лікування потребує участі, мотивації, координації, навчання й часто, принаймні на перших етапах, фінансових інвестицій.

Важливим першим етапом є оцінка можливості адаптації однієї або кількох наявних моделей для задоволення потреб КГН перед розробленням нової моделі.

> Якщо в межах програм профілактики й лікування ВІЛ уже впроваджено зрозумілу та працездатну результативну модель, імовірно, простіше адаптувати її, ніж упроваджувати повністю нову модель.

Адаптація наявної моделі, з якою знайомі надавачі послуг (консультанти «рівний-рівному», соціальні працівники та рекрутери тощо), може бути простішим варіантом для втілення та пріоритетним короткотерміновим заходом диференціювання самотестування (з супроводом і без). Під час оцінювання будь-якої моделі з погляду адаптації, необхідно взяти до уваги кожен із трьох основоположних компонентів: залучення КНГ і ПГН до послуг тестування на ВІЛ та до лікування.

> Якщо для ключових і пріоритетних груп населення відсутні моделі самотестування на ВІЛ, потрібно створити нову.

Для цього слід визначити основні елементи, відповівши на запитання: «що?», «де?», «хто?» і «коли?» у контексті залучення, проведення самотестування (з супроводом або без) і подальшого скерування на лікування.

Навчання

З метою розроблення й упровадження моделей ДНП для визначених КГН і ПГН та їхніх підгруп на регіональному рівні необхідно, щоб керівники програм і надавачі послуг (соціальні працівники та консультанти «рівний-рівному») вивчали та регулярно оновлювали знання за такими темами:

- основи індивідуального консультування під час надання послуг з самотестування (з супроводом і без);
- особливості процедури самотестування на ВІЛ із використанням оральних тестових систем чи тестів на основі зразку крові;
- маршрут пацієнта в разі реактивного (позитивного) результату самотестування;
- розвиток навичок мотиваційного консультування;
- особливості комунікації та специфіка консультування у сфері ВІЛ для представників конкретної КГН і ПГН;
- консультування щодо індексного тестування та залучення до самотестування осіб із підвищеним ризиком інфікування;
- особливості комунікації та залучення до самотестування осіб із числа ризикованих соціальних мереж клієнтів;
- залучення консультантів «рівний-рівному» для надання допомоги у віддалених географічних регіонах;
- оцінка потреб клієнтів, зокрема аналіз підгруп;

- сегментування ризиків клієнтів;
- безперервний моніторинг програмних даних із метою оцінки ефективності моделі;
- створення та підтримка системи переадресації до інших медичних та психосоціальних служб, не пов'язаних із ВІЛ.

Ресурси:

- **обізнаність:** необхідно забезпечити постійну належну комунікацію для персоналу та клієнтів щодо моделей ДНП (навчання, інформаційні матеріали, повідомлення для клієнтів);
- **оцінка потреб:** питання на кшталт адаптації робочого дня окремого соціального працівника, консультанта «рівний-рівному» або рекрутера, упровадження додаткової фінансової компенсації для персоналу або наймання додаткового персоналу;
- **людські ресурси:** потреби в навчанні / покращенні навичок та обсяг такої підготовки (наприклад, проведення занять із індивідуального консультування або методів залучення індексних партнерів до самотестування);
- **управління процесом:** забезпечення всіх процесів для реалізації моделей ДНП (навчання персоналу, формулювання цілей, завдань, графіків, контроль і моніторинг підходів, забезпечення якості тощо);
- **реалізація:** залучення, навчання й створення попиту на послуги з самотестування серед представників КГН та ПГН;
- створення належних умов для забезпечення надання послуг із самотестування (з супроводом і без) на базі НУО та на рівні спільноти;
- будь-які інші заходи (за потреби).

Етап 5. Упровадження й моніторинг

Під час впровадження моделей диференційованих послуг із ВІЛ необхідно здійснювати моніторинг через збір / аналіз даних та оцінку. На основі отриманих даних рекомендується впроваджувати ініціативи з покращення якості, щоб оцінити доцільність реалізації з урахуванням фактичного користування послугами, доступності для ключових груп населення та ефективності виявлення ВІЛ-позитивних випадків. Моніторинг та оцінка моделей може виявити потребу в подальшій адаптації або, за умови успішного проведення, у розробленні іншої моделі, призначеної для іншої групи населення.

Необхідні критерії оцінки потенційної успішності:

- охоплення тестуванням конкретних підгруп КГН і ПГН (з акцентом на весь каскад тестування, лікування та профілактики);
- відсоток виявлення нових випадків ВІЛ серед групи клієнтів, на яких сфокусована модель ДНП;
- результативність тестування для конкретних моделей. Моделі високої результативності можуть вимагати більше економічних ресурсів, однак вони мають також забезпечити достатнє охоплення послугами з самотестування (з супроводом та без). В умовах, коли багато наявних підходів демонструють зниження результативності й кількості клієнтів, яким встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція», які взяті під медичний нагляд та розпочали АРТ, пріоритетними мають бути альтернативні моделі, що більш раціонально розподіляють наявні ресурси;
- вартість конкретних моделей (витрати на кожну особу, якій встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція» у межах реалізації моделі ДНП);

- доцільність реалізації моделі, що пов'язана з наявними людськими, фінансовими ресурсами, потребами й обмеженнями підгруп КГН.

Для моніторингу розроблених моделей ДНП надавачі послуг повинні:

- використовувати принципи ДНП та опис моделі, відповідні підходи, СОПи, робочі інструкції, інструменти й витяги з баз даних для кожної моделі;
- проводити аналіз виконання визначених показників для кожної моделі та підходу з певною періодичністю з метою відстеження результативності;
- спостерігати й відстежувати відгуки клієнтів і задоволеність послугами. Як наслідок, адаптувати моделі відповідно до отриманого зворотного зв'язку;
- описувати й документувати оптимальні та/або результативні методи залучення КГН до послуг у каскаді.

Презентація успіхів і труднощів, результативності надання послуг у межах моделей ДНП для інших надавачів послуг, партнерів і зацікавлених сторін має бути спрямоване на такі аспекти:

- налагоджені процеси;
- кроки та дії, що вплинули на створення сприятливого середовища для моделей ДНП, хто з надавачів послуг був залучений для реалізації моделей ДНП;
- використані ресурси, зокрема спосіб їх застосування — від кого або від якої організації та чи сприяли вони виявленню нових випадків ВІЛ;
- результативність досягнення мереж спільнот КГН.

> Для кращого розуміння структури моделей див. приклади шаблону розроблення ДНП-моделей у таблиці в Додатку 2.

Ресурси:

- спеціалісти з моніторингу й оцінювання стратегічної інформації / аналізу даних;
- чітко визначені показники й цілі;
- навички та інструменти для регулярного моніторингу (щотижня, один раз на два тижні, щомісяця тощо);
- дані та інформація (бази даних, набори даних, документація, наприклад, шаблони й форми для збору даних і звітування тощо).

Практичні рекомендації на основі досвіду впровадження моделей ДНП у межах Проєкту

На основі аналізу досвіду НУО, які протягом чотирьох років реалізовували підхід на основі диференційованих послуг, Проєкт надає наведені нижче практичні рекомендації до роботи з КГН та ПГН з метою ефективнішого охоплення послугами з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без) та для включення в моделі диференційованих підходів.

Інструмент оцінки змін ПРАД

У процесі реалізації, моніторингу й оцінки вже розроблених моделей ДНП з метою покращення якості послуг, результативності моделі чи у відповідь на потреби КГН і ПГН дуже добре зарекомендував себе підхід PDSA (від англ. Plan-Do-Study-Act).

ПРАД (укр. Плануй-Роби-Аналізуй-Дій) — це цикл безперервного покращення процесів, який включає планування змін, їх упровадження, аналіз результатів і коригування дій для підвищення ефективності. Це простий та ефективний інструмент який можна використовувати в роботі з моделями ДНП. Цикл управління починається з планування.

- **Плануй (Plan).** Визначення цілей і процесів для їх досягнення, планування робіт для виконання цілей і задоволення потреб клієнтів, а також розподіл необхідних ресурсів.
- **Роби (Do).** Виконання запланованих робіт і заходів.
- **Аналізуй (Study).** Збір інформації та контроль результату на основі ключових показників ефективності, що вийшли в ході виконання процесу, виявлення й аналіз відхилень, установлення причин відхилень.
- **Дій (Act).** Ужиття заходів щодо усунення причин відхилень від запланованого результату, зміни в плануванні та розподілі ресурсів.

Цей цикл (рис. 5) тому так і називається, оскільки не має обмежень у кількості повторень і спроб «полірування» стратегій, покращення процесів та результатів.

Рис. 5. Цикл змін ПРАД



Наприклад, ПРАД для конкретної моделі диференційованого надання послуг дуже спрощено може виглядати так:

Плануй:

- Визначення гіпотези: що саме треба змінити, щоб покращити виявлення КГН за цією моделлю?
- Визначення цілей і задач для зміни чи покращення моделі: зміна графіку та часу для аутрич-маршруту.
- Розроблення моделі з урахуванням специфіки визначених змін: складання нового графіку, визначення конкретного маршруту, часу й надавачів послуг.
- Планування ресурсів і робіт для реалізації моделі та задоволення потреб клієнтів.

Роби:

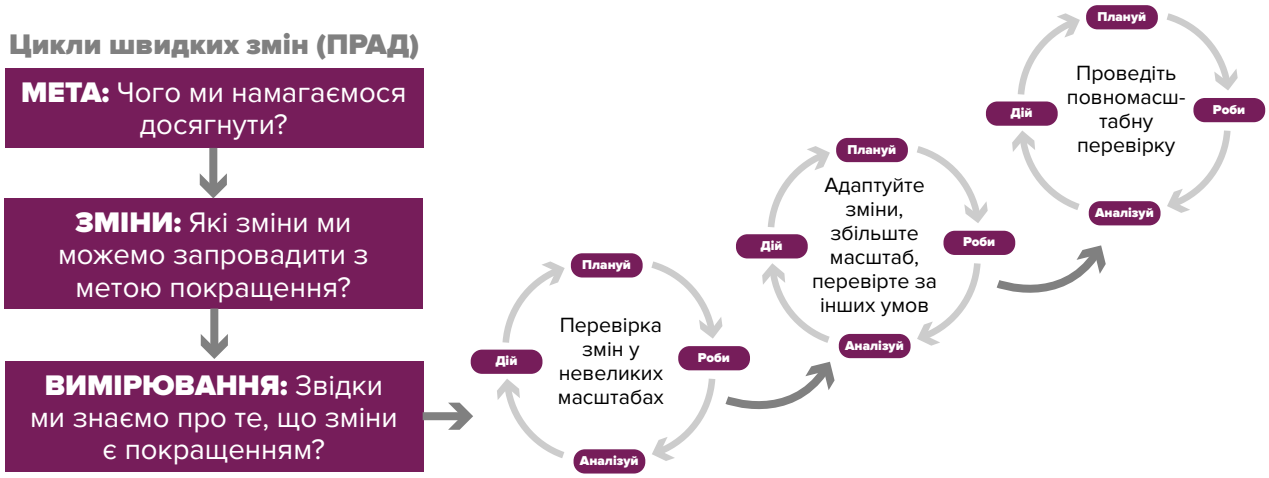
- Упровадження зміненої моделі.
- Забезпечення виконання запланованих заходів.
- Аналізуй:
- Збір даних про результати впровадження зміненої моделі.
- Оцінка ефективності через ключові показники, виявлення відхилень та аналіз їх причин, оцінка досягнутих результатів.

Дій:

- Застосування коригувальних заходів (тобто лишаємо зміну, яку пілотували, скасовуємо чи корегуємо її).
- Інформування надавачів послуг про результат і рішення про зміни моделі.
- Реалізація оновленої моделі.

Перевірка змін спочатку проходить у дуже малих масштабах (наприклад, протягом декількох годин чи днів або на невеликій кількості клієнтів) для перевірки перспективності наших змін. У разі потреби цикли ПРАД повторюються спочатку для перевірки адаптованих змін, а потім для збільшеного масштабу, щоб переконатися, чи працюватимуть зміни у випадку більшої кількості, більш тривалого часу (рис. 6)[12].

Рис. 6. Цикл масштабування змін ПРАД



12 Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження. / За ред.: І. Семененко. – К.: «Поліграф плюс», 2015. – 192 с.

Реальну результативну зміну в межах моделей, які впроваджувалися в Проєкті, можна продемонструвати на такому прикладі:

- **Проблема:** соціальна працівниця виявила, що під час аутрич-маршруту надає послуги лише одному клієнту або взагалі не може надати послуги через відсутність потенційних клієнтів.
- **Припущення:** координатор і соціальна працівниця вирішили, що надання профілактичних послуг краще проводити до початку робочого часу потенційних клієнтів.
- **Зміни:** соціальна працівниця, на підставі вже отриманого досвіду, запропонувала змінити час надання послуг з «14:00 – 16:00» на «13:00 – 14:00» і збільшити частоту виходів на аутрич-маршрут до трьох разів на тиждень.
- **Показник ефективності:** надати профілактичні послуги двом клієнтам за один виїзд (зважаючи, що повне консультування та самотестування займає приблизно 30 хвилин).

Результати:

- **Успіх:** за новим графіком соціальна працівниця успішно надала послуги двом клієнткам. Робочий час отримувачів послуг ще не почався.
- **Проблема:** ще дві потенційні клієнтки хотіли пройти самотестування на ВІЛ із супроводом, але не встигли через брак часу.

Наступні кроки:

- Координатор і соціальна працівниця проаналізували результати й вирішили внести зміни в модель щодо часу та частоти надання послуг.
- Запитання для наступного циклу ПРАД: як розв’язати проблему браку часу, щоб ще дві потенційні отримувачки могли скористатися послугами?

Після перевірки зміни в моделі ДНП важливо ухвалити рішення про скасування, адаптацію чи затвердження зміни. Це рішення має бути основане на даних, які ви отримали після застосування змін, і відповідати вашим основним цілям і задачам моделі, а саме виявлення нових випадків ВІЛ серед КГН.

Стратегії підвищення попиту на послуги з профілактики, тестування та лікування ВІЛ серед КГН і ПГН

Для ефективного залучення представників КГН та ПГН до самотестування на ВІЛ, пропоновані послуги мають максимально відповідати потребам цільової аудиторії та включати в себе не тільки пропозицію з самотестування. Формування попиту на послуги з тестування на ВІЛ серед ключових груп населення (КГН) потребує цілеспрямованого підходу, що враховує специфіку цих груп. Наприклад, стратегії можуть включати в себе такі заходи:

1. Підвищення обізнаності й соціальні та цифрові кампанії

- **Інформаційні кампанії:** проведення кампаній, які пояснюють важливість тестування на ВІЛ, ризики та шляхи передачі. Використовуйте прості й зрозумілі меседжі, зосереджені на перевагах того, що людина знає свій статус.
- **Розповсюдження матеріалів:** створення інформаційних матеріалів (брошури, плакати, відео), адаптованих до соціальних, субкультурних та економічних особливостей КГН.
- **Залучення лідерів думок:** співпраця з лідерами спільнот чи впливовими особами з числа КГН для поширення інформації.
- **Соціальні мережі:** поширення інформації про послуги Проєкту, зокрема із самотестування на ВІЛ, через соціальні мережі та цифрові платформи, популярні серед КГН і ПГН.
- **Цільова реклама:** таргетування реклами для привернення уваги до можливостей самотестування, зокрема через мобільні застосунки чи спеціальні вебресурси.

2. Доступність і зручність

- **Гнучкі години роботи:** пропонування тестування в різний час, зокрема ввечері або у вихідні, щоб задовольнити потреби тих, хто працює або має обмежений час.
- **Мобільні та виїзні послуги:** запуск мобільних команд або організація тестування на місці, наприклад, у популярних серед КГН місцях.
- **Самотестування:** пропозиція наборів для самотестування, які можна отримати на руки або замовити онлайн, і спокійно зробити тест, зберігаючи повну конфіденційність.

3. Зниження стигми та страху

- **Гарантії конфіденційності:** активно інформуйте про заходи конфіденційності, щоб зменшити страх перед можливими наслідками самотестування.
- **Позитивні історії:** розказуйте реальні історії людей, які пройшли самотестування, отримали позитивний результат і змогли успішно впоратися з цим.
- **Тренінги для соціальних працівників:** підготовка персоналу до роботи з КГН і ПГН, щоб забезпечити ненав'язливе, чутливе й неосудливе ставлення під час консультування та тестування.

4. Інтеграція з іншими послугами

- **Комплексні послуги:** пропонуйте тестування на ВІЛ разом з іншими послугами, наприклад, тестуванням на вірусні гепатити В/С, сифіліс, скринінгами на неінфекційні захворювання або іншими послугами, відповідно до оцінки ризиків і потреб клієнта під час дотестового інформування.
- **Інтеграція в програми соціально-психологічної допомоги:** залучайте програми соціально-гуманітарної, психологічної, юридичної допомоги або програми реабілітації, ресоціалізації та реінтеграції, щоб включити тестування на ВІЛ як одну з рекомендованих послуг шляхом забезпечення ефективної переадресації та співпраці з іншими громадськими й державними організаціями.

5. Мотиваційні стимули

- **Заохочення та позитивні підкріплення:** за залучення до послуг осіб із числа соціальних контактів та з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ пропонуйте мотиваційні заохочення (сертифікати, гігієнічні та продуктові набори, пільгові транспортні картки, промокоди, сертифікати для отримання інших послуг тощо).
- **Нематеріальні позитивні підкріплення:** включайте нематеріальні заохочення, як-от вручення дипломів або листів подяки за участь у програмах із залучення до самотестування, запрошення на навчальні, інформаційні семінари та консультації, вечірки для клієнтів програм, групи зустрічей спільноти, запрошення до волонтерської діяльності тощо.

6. Оцінка й адаптація послуг

- **Моніторинг результатів:** регулярно оцінюйте ефективність заходів із формування попиту на послуги із самотестування та адаптуйте стратегії на основі отриманих даних.
- **Зворотний зв'язок:** Збирайте зворотний зв'язок від представників КГН і ПГН для покращення якості, змісту послуг, їх періодичності й відповідності потребам підгрупам КГН і ПГН.

Ці стратегії допоможуть знайти вихід на важкодоступні підгрупи КГН і ПГН, сприяти підвищенню попиту на послуги з самотестування на ВІЛ серед КГН та підтримувати його.

Рекомендації щодо підходів до залучення важкодоступних підгруп ключових та пріоритетних груп населення до самотестування на ВІЛ

Методи залучення важкодоступних КГН та ПГН

Серед ключових та пріоритетних груп населення (КГН і ПГН) існують підгрупи, залучення яких відбувається повільно і в обмеженому обсязі. Для налагодження контакту з такими підгрупами необхідні ретельний підхід, креативність та систематичний аналіз різних методів, які використовуються в процесі їх залучення.

Важкодоступність КГН і ПГН має кілька причин:

- **стигматизація та дискримінація, подвійна чи множинна стигматизація** з боку суспільства та медичних працівників, що спричиняє страх і небажання звертатися за медичними послугами;
- **соціальна ізоляція:** деякі групи, як-от люди, які вживають наркотики або надають секс-послуги за винагороду, часто соціально ізольовані й не мають довіри до офіційних інститутів, включно із системою охорони здоров'я;
- **правові бар'єри:** обмеження доступу до послуг через відсутність документів; також діяльність певних КГН, яка є незаконною, що створює додаткові перешкоди для доступу до послуг через страх арешту чи переслідування;
- **низький рівень обізнаності:** представники КГН і ПГН можуть бути недостатньо поінформовані про наявні послуги з самотестування на ВІЛ та можливість безпечного й конфіденційного отримання цих послуг;
- **культурні норми та внутрішні правила груп** можуть перешкоджати використанню певних видів медичних послуг або контактам з офіційними установами;
- **мобільність та нестабільність місця перебування** через специфіку поведінки та вплив війни;
- **недостатня адаптація послуг,** які не враховують потреби КГН, що знижує їх доступність та привабливість для цих груп.

Ці чинники разом створюють значні труднощі в залученні представників КГН і ПГН до послуг із тестування на ВІЛ та інших медичних послуг, що вимагає розроблення спеціалізованих і чутливих підходів для роботи з цими групами. Нижче наведені приклади методів залучення для окремих підгруп КГН, які, за даними Проєкту, недостатньо охоплені послугами та потребують пошуку рішень для задоволення їхніх інтересів і потреб.

Аналіз методів залучення КГН та ПГН

Стратегії залучення: Секс-працівники віком 39+, переважно жінки

Що працює?

Шукати контакт із «мамочками», тобто жінками, які виступають у ролі посередника або організатора діяльності, часто діють як авторитет, захисниця і наставниця для СП.

Співпраця з водіями таксі, які знають адреси квартир і місць зустрічей з СП. Сауни, кафе, клуби.

Що не працює?

Мотивація у вигляді профілактичних матеріалів (презервативи, лубриканти).

Матеріальна мотивація: матеріальне заохочення не завжди працює як стимул для тестування, оскільки може викликати недовіру або відчуття примусовості.

Видача талону переадресації на тестування: формальне направлення на тестування без персоналізованого підходу чи супроводу.

Що може спрацювати?

Налагодження довірливих і партнерських стосунків із представницями КГН.

Розширення доступу до «дружніх лікарів» у різних ЗОЗ.

Поширення інформації про послуги Проєкту через отримувачів секс-послуг.

Розбудова партнерств із національними організаціями, які представляють інтереси КНГ.

Залучення представниць КГН як рекрутерів.

Стратегії залучення: ЛВІН віком 35+ (епізодично вживають алкоголь)

Що працює?

Соціальний працівник чи консультант «рівний-рівному» має розуміти особливості субкультури та потреби підгрупи.

Шукати контакт із представником цієї підгрупи, пропонувати співпрацю як рекрутер, рекламні флаєри, візитівки, реклама в закритих Telegram-групах.

Використовувати неформальні комунікації всередині спільноти, тобто заохочувати клієнтів ділитися власним досвідом отримання послуг НУО, передавати з вуст у вуста інформацію про послуги й можливості.

Що не працює?

Надання попереднього мотиваційного заохочення.

Чіткі правила, кордони й межі взаємодії між представником НУО та клієнтами.

Довгі консультації (поведінкові особливості від вживання ПАР).

Що може спрацювати?

Поширення рекламної інформації (флаєрів і візитівок, QR-кодів тощо) у місцях скупчення представників КГН (місця спільного вживання ПАР, «наливайки», алкомаркети тощо).

Співпраця із сайтами надання послуг, які орієнтовані на споживачів неін'єкційних наркотиків.

Стратегії залучення: Чоловіки та жінки 35+ із ризикованою поведінкою

Що працює?

Використовувати систему додаткових послуг та мотивації за звернення за послугами (дивіться таблицю додаткових послуг нижче).

Шукати контакт з представником цієї підгрупи, пропонувати співпрацювати у якості рекрутера.

Використовувати неформальні комунікації всередині спільноти (заохочення клієнтів ділитися власним досвідом отримання послуг НУО, передавати з вус в уста про послуги і можливості).

Розміщувати цільові контекстні рекламні пости в місцевих\регіональних масових Telegram каналах та групах.

Що не працює?

Залучення осіб з підвищеним ризиком соціальними мережами та осіб з числа соціальних контактів клієнта.

Мотивація шляхом надання додаткових медичних послуг.

Складно залучати саме чоловіків через заходи з мобілізації, міграцію спричинені війною.

Що може спрацювати?

Надання послуг у місцях проживання чи роботи сезонних найманих працівників.

Розміщення цільової контекстної інформації про послуги у місцях загального відвідування (аптеки, ринки, громадський транспорт тощо).

Рекламні кампанії у додатках розважального характеру та дозвілля (онлайн-ігри, онлайн-казино тощо).

Стратегії залучення: Чоловіки, які мають секс з чоловіками, віком 39+

Що працює?


Надання послуг соціальним працівником консультантом «рівний-рівному».


Залучення потенційних клієнтів через аутрич у клубах, місцях скупчення («плєшки»).


Залучення потенційних клієнтів через онлайн-аутрич (застосунки та сайти для знайомств).

Що не працює?


Мотивація матеріального характеру.


Мотивація у вигляді безкоштовних акаунтів у додатку для знайомств (Hornet).

Що може спрацювати?


Організатори закритих заходів, переадресація з інших проєктів, партнерство (Київ-Прайд), таргетована реклама.


Співпраця з організаторами закритих тематичних заходів.


Переадресація клієнтів з інших проєктів, які реалізує НУО, до послуг Проєкту.


Розбудова партнерств із національними організаціями, які представляють інтереси КНГ.


Таргетована контекстна реклама на профільних сайтах.

Отже, шукаючи дієві форми та підходи до залучення важкодоступних підгруп КГН і ПГН варто пам’ятати, що етап залучення та мотивації має враховувати:

- **Індивідуальний підхід:** успішна робота з кожною групою потребує врахування специфіки її способу життя, соціальних зв’язків і субкультурних особливостей.
- **Гнучкість стратегій:** необхідно адаптувати методи взаємодії з різними групами залежно від того, що в них працює, що не працює і що може спрацювати.
- **Креативність і партнерство:** використання нестандартних каналів комунікації, як-от QR-коди, «сарафанне радіо» і відгуки всередині груп, партнерство з організаціями соціально-гуманітарного спрямування, може підвищити ефективність залучення до тестування на ВІЛ.

Базові й додаткові послуги, включені в моделі ДНП

Спираючись на досвід реалізації моделей ДНП, Проєкт рекомендує використовувати наведені нижче базові й додаткові мотиваційні послуги, які відповідають потребам та інтересам клієнтів.

Базовий пакет послуг, який забезпечує зв'язок із профілактикою, тестуванням та лікуванням ВІЛ-інфекції. Нижче поданий перелік послуг, які включають у себе компоненти моделі ДНП, і може надаватися на кожному етапі залучення отримувачів послуг:

	Залучення КГН і ПГН до самотестування	Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)	Скерування на лікування
ЩО?	• Скринінг на раннє виявлення ВІЛ • Видача презервативів, лубрикантів • Видача інформаційних та освітніх матеріалів (ліфлети, брошури, візитівки, флаєри) • Видача наборів для самотестування без супроводу для клієнта, індексних партнерів та оточення з ризикованою поведінкою • Опитування стосовно ризикованих соціальних мереж • Онлайн-консультування (за допомогою месенджерів, телефонів, спеціальних платформ) • Додаткові мотиваційні послуги, передбачені проєктною діяльністю НУО (див. таблицю нижче) • Пропозиція співпрацювати як рекрутер із числа КГН	• Оральні набори для самотестування на ВІЛ або набори для самотестування, які потребують зразка крові (з супроводом чи без) • Видача презервативів, лубрикантів • Пропозиція послуги з індексного тестування (у разі реактивного результату тестування) із проведенням скринінгу на насильство з боку кожного партнера • Видача наборів для самотестування без супроводу для клієнта, індексних партнерів та оточення з ризикованою поведінкою • Відправка наборів для самотестування без супроводу поштою • Видача інформаційних та освітніх матеріалів (ліфлети, брошури, візитівки, флаєри) • самотестування на гепатит В, С, сифіліс (у разі наявних поведінкових ризиків інфікування) • Додаткові мотиваційні послуги, передбачені діяльністю НУО за проєктом (див. таблицю нижче)	**У разі негативного результату:** • Скринінг на відповідність критеріям прийому ДКП **У разі реактивного результату:** • Супровід на диспансерний нагляд і початок АРТ **Незалежно від результату тестування на ВІЛ:** • Скринінг на відповідність ЗПТ (для ЛВІН) • Видача інформаційних та освітніх матеріалів (ліфлети, брошури, візитівки, флаєри) • Мотиваційні послуги, передбачені проєктною діяльністю НУО* (див. таблицю нижче)

Додатковий мотиваційний пакет послуг, який можна пропонувати клієнту для посилення його/її мотивації, підтримки та забезпечення актуальних потреб, можуть у себе включати, серед іншого, таке:

Гуманітарні та психосоціальні послуги	• Оцінка потреб • Психологічні консультації та послуги • Соціальна допомога • Юридична допомога • Консультаційні послуги щодо переміщення для ВПО • Забезпечення харчовими наборами • Забезпечення гігієнічними наборами • Дитячі гігієнічні та продовольчі товари • Транспортування до медичних закладів • Видача харчових наборів / сертифікатів для ЛЖВ для мотивації початку та продовження АРТ • Відновлення документів • Консультування з питань підписання декларації з сімейним лікарем • Додаткова діагностика • Забезпечення медикаментами • Скринінг на насильство • Сприяння в пошуку притулку • Заохочення клієнта за залучення до самотестування партнера • Заохочення клієнта за залучення до тестування особи з соціальних та ризикованих мереж • Заохочення рекрутера за залучення до самотестування осіб із ризикованою поведінкою • Доставка АРТ поштою та за адресою отримувача (лише для ЛЖВ) • Переадресація в пункти обміну шприцами (ПОШ)
Скринінги на супутні та неінфекційні захворювання	• Скринінг на туберкульоз (ТБ) • Скринінг на депресію • Скринінг на зловживання психоактивними речовинами (ПАР) • Скринінг на діабет • Скринінг на хронічні респіраторні захворювання • Скринінг на втрату слуху • Скринінг на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) • Скринінг на тривожність • Перенаправлення на діагностику вірусу папіломи людини (ВПЛ) • Скринінг на серцево-судинні захворювання (ССЗ)

При цьому НУО, яка реалізує моделі не обов'язково має забезпечити наявність цих додаткових мотиваційних послуг на базі своєї організації. Цілком прийнятно співпрацювати з наявними в регіоні партнерами, які надають ці послуги, і переадресовувати до них клієнтів для отримання конкретних додаткових мотиваційних послуг.

Висновок

Згідно з досвідом, набутим у межах Проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ», використання моделей ДНП для залучення представників КНГ до тестування, профілактики та лікування ВІЛ є ефективним і адаптивним способом виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції серед цих груп. Це підтверджують дані, отримані під час пілотування та впровадження різних моделей.

Принципи диференційованих послуг із тестування на ВІЛ потребують масштабування, щоб збільшити охоплення тестуванням представників КГН і ПГН, знайти тих, хто живе з ВІЛ, але не знає про свій статус. Модель тестування має обиратися залежно від конкретних умов реалізації та ґрунтуватися на ситуаційному аналізі.

Моделі можна розробляти, адаптовувати чи припиняти, що дає змогу подолати проблеми локального рівня та задовольнити потреби різних підгруп КГН і ПГН у доступі до тестування, профілактики та лікування ВІЛ.

Розроблення моделей ДНП включає п’ять етапів:

1. Ситуаційний аналіз.
2. Визначення проблем.
3. Сегментування КГН і визначення їхніх потреб і вподобань.
4. Адаптація та розроблення моделей.
5. Впровадження і моніторинг.

За дотримання всіх етапів, підхід допомагає розробити моделі, які відповідають реальним потребам КГН і ПГН та забезпечують якісні послуги з тестування на ВІЛ. Ці методичні рекомендації слід використовувати разом із міжнародними й національними стандартами тестування, самотестування, індексного тестування і швидкого початку лікування.

Отже, впровадження моделей ДНП стало ефективним способом виявлення випадків ВІЛ, зокрема в умовах війни. Проєкт рекомендує:

- розповсюджувати передовий досвід та адаптувати успішні підходи в інших регіонах;
- регулярно оцінювати й аналізувати моделі ДНП, щоб покращувати та оптимізовувати їх;
- додавати нові послуги, як-от гуманітарна допомога, тестування на неінфекційні захворювання, допомога в разі гендерного насильства та послуги психічного здоров’я тощо, для покращення охоплення та ефективності моделей ДНП.

Список посилань

1. Збірка основних підходів і методів залучення до послуг із самотестування з супроводом чи без серед ключових та пріоритетних груп населення [https://ugc.production.linktr.ee/8ca64605-af91-4a37-be2d-f16c1b88650a_---------updated.pdf]
2. Оновлення про глобальний стан з ВІЛ / СНІД, 2023 р. [https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf]
3. СТАТИСТИКА З ВІЛ / СНІДу | Центр Громадського здоров'я України [https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu]
4. Індекс стигматизації людей, які живуть із ВІЛ 2.0 Україна, 2020 [https://www.stigmaindex.org/country-reports/#/m/UA].
5. [https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery]
6. [https://www.differentiatedservicedelivery.org/FAQ].
7. Зведені рекомендації щодо застосування антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації щодо підходу у сфері охорони здоров'я, ВООЗ, 2016. Друге видання [https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684].
8. Структура ухвалення рішень щодо послуг із тестування на ВІЛ (2018 р.). [differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/DCwLmrNFcUuLU4jWitw4-Q/File/Decision%20Framework%20HIV%20Testing%20Web%20-%20Update%20AUG19.pdf].
9. Переосмислення надання послуг у сфері ВІЛ: роль диференційованого лікування від профілактики до супресії [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5136137].
10. Зведені настанови з надання послуг з тестування на ВІЛ, грудень 2019 р., ВООЗ [https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1]
11. БІЛА ПЛЯМА. Проблема білої плями в боротьбі з ВІЛ. Охоплення послугами чоловіків і хлопчиків. UNAIDS, 2017 [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/blind_spot_en.pdf].
12. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження. / За ред.: І. Семененко. – К.: «Поліграф плюс», 2015. – 192 с.

Додаткові джерела

13. Структура ухвалення рішень щодо послуг із тестування на ВІЛ, 2018 [differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/DCwLmrNFcUuLU4jWitw4-Q/File/Decision%20Framework%20HIV%20Testing%20Web%20-%20Update%20AUG19.pdf].
14. Зведені вказівки щодо послуг тестування на ВІЛ, ВООЗ, 2019 [https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1].
15. Сазонова Я. Профілі недіагностованих випадків ВІЛ в Україні. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2020 [aph.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/HIV20profiles_UA_web.pdf].
16. Зупинімо СНІД. Прямуємо до цілей 90–90–90. UNAIDS, 2017 [https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf].
17. Практичні настанови щодо моделей диференційованого надання послуг у сфері ВІЛ в Уганді, 2017 [https://differentiatedservicedelivery.org/Portals/0/adam/Content/FXBRYsohBEGGGiGnnnli3A/File/32.%20Differentiated%20Service%20Delivery%20%20Models%20of%20HIV%20Services%20in%20Uganda%20-%20Implementation%20Guide%207.08.2017-1.pdf].
18. Структура ухвалення рішень: онлайн-додатки [https://differentiatedservicedelivery.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes].
19. Наказ МОЗ №288 «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ» [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0332-24#n7]
20. Наказ МОЗ №2092 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»»
21. [https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-16112022--2092-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-vil-infekcija]

Додаток 1. Ілюстративний приклад базової сегментації підгруп клієнтів із числа ключових та пріоритетних груп Проєкту, яких планується залучати до послуг із самотестування (з супроводом чи без)

Основна КГН	Підгрупа в межах ключової / пріоритетної групи	Вікова група	Географія (область/ регіон)	Географічні особливості	Інші важливі характеристики (за наявності)
	Уточнення для опису підгрупи: стать, особливості ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, особливості умов та способу життя, потреби	*Вікова категорія (від–до), серед якої очікується / була найбільша ефективність виявлення*		*Назва чи опис місцевості, де буде впроваджуватись діяльність*	*Наприклад, умови проживання, матеріальне становище, приналежність до ВПО тощо*
Чоловіки, які мають секс з чоловіками	Користуються онлайн-застосунками для пошуку партнерів	18–30	Дніпропетровська	м. Дніпро	Активно шукають знайомств, високий рівень сексуальних контактів
	Відвідують заклади / клуби / бари, орієнтовані на гей-спільноту, можуть мати партнерку	30–55	Дніпропетровська	м. Кривий Ріг	Бояться оприлюднення, мають випадкові статеві контакти, часто незахищений секс
Жінки, які є секс-працівницями або надають послуги за винагороду	Переважно працюють на вулицях, трасах чи саунах)	30–40	Запорізька	м. Запоріжжя	Часто не використовують презерватив через побажання клієнта чи їх відсутність. Нечасто звертаються за медичними послугами
	СП високого / середнього рівня вартості: знайомляться в соціальних мережах, вживають ПАР	20–25	Запорізька	м. Запоріжжя	Можуть звертатися до «дружніх лікарів», мати ІПСШ і не користуватися презервативами за запитом клієнта
	Приховують від постійного партнера сферу заробітку, часто мають дітей і, найімовірніше, вживають ПАР	20–30	Запорізька	м. Вільнянськ	Бояться оприлюднення інформації, дуже потайливі, але потребують соціально-психологічної та медичної підтримки: ІПСШ, ко-інфекції на фоні ВІЛ, інше
Люди, які вживають ін'єкційні наркотики	Вживають ін'єкційні наркотики зараз	18–25	Львівська	Дрогобич, Борислав, Червоноград	Практика вживання наркотичних речовин, як у 1990-ті роки: «розливні», «один шприц на всіх», часто «командні гравці»
	Вживали ін'єкційні наркотики в минулому	45+	Львівська	Села Бориславського р-ну	Можуть уживати алкоголь, мають партнерок і йдуть на контакт
Люди, які вживають неін'єкційні наркотики	Вживають неін'єкційні наркотики зараз	20–30	Київська	м. Біла Церква	Мають ризик статевого інфікування, замовляють наркотик онлайн, можуть не мати широкого кола соціальних контактів та спільноти зі вживання, одиночки, користуються послугами СП
Колишні ув'язнені	2 або більше термінів ув'язнення	25–30	Полтавська	м. Глобино	Не мають сім'ї або контакти розірвані, не мають грошей, можуть не мати документів, потребують соціальної підтримки, мають досвід уживання ПАР, не мають мобільного зв'язку, контакт із ними швидко втрачається
	Рецидивісти, звільнено мін. 3 міс. тому	35+	Полтавська	м. Кременчук	
Дорослі чоловіки, які практикують ризиковану поведінку	Чоловіки, які практикують ризиковану поведінку	30–55	Дніпропетровська	м. Кривий Ріг, Криворізький р-н, Широківський р-н	Утрата можливостей заробітку, розділення з сім'ями, стрес від очікуваної мобілізації, напруження внаслідок обстрілів, вживання алкоголю та інших ПАР

Додаток 2. Шаблон опису моделі ДНП

Для опису моделі ДНП, яка буде впроваджуватися, рекомендовано використовувати такі розділи:

1. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми).
2. Опис компонентів і складових елементів моделі ДНП з акцентом на залучення до самотестування (з супроводом чи без).
3. Очікувані та/або отримані результати.

Для більшої наочності та кращого розуміння модель ДНП рекомендовано презентувати так:

Опис моделі диференційованого надання послуг	
Назва моделі:	Може містити назву ключової групи / підгрупи та специфічну характеристику моделі / її відмінність від інших
Ключова група та додаткові характеристики:	
I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)	
Стисло, але вичерпно надайте програмне обґрунтування вибору вразливої групи, для якої описується модель, з урахуванням доступних даних на регіональному рівні, зокрема програмних. Опишіть ризиковану поведінку ключової групи / підгрупи. Чітко сформулюйте проблему та вкажіть спосіб її розв'язання. Коротко окресліть алгоритм роботи за моделлю.	

II. Компоненти й складові елементи моделі ДНП із фокусом на залученні до тестування

	Залучення КГН до самотестування (з супроводом і без)	**Послуги з самотестування на ВІЛ (з супроводом і без)**	**Скерування до лікуванням**
ЩО?	*Опишіть базові послуги, додаткові послуги, додаткову мотивацію та іншу діяльність для залучення визначеної групи / підгрупи до самотестування.* *Чітко перелічіть послуги, що відповідають потребам клієнтів і підвищують їхню мотивацію до самотестування на ВІЛ, збільшують попит на послугу.* *У кожній моделі в цьому блоці має бути представлений набір послуг, розроблений у відповідності до потреб певної ключової групи. Він не повинен повторюватися в інших моделях (окрім базових послуг).*	*Опишіть послуги з самотестування / профілактики.* *У разі отримання реактивного результату тестування та в разі негативного результату додайте пропоновані послуги.*	*Послуги з супроводу на лікування / профілактику.* *Додайте інформацію про про скерування до лікування, а також зв'язок із ДКП, лікуванням ВГ, сифілісу тощо.*

ДЕ?	*Опишіть, де саме плануєте виходити на групу / підгрупу:* *1. 1уточніть, чи залучаєте клієнтів на базі НУО (укажіть адресу);* *2. перерахуйте аутрич-маршрути, кількість пунктів та основні характеристики, за якими були обрані ці маршрути (не вказуйте адреси);* *3. зазначте інші передбачені місця залучення.*	*Перерахуйте місця надання послуг із самотестування на ВІЛ (з супроводом і без).* *Зазначте точні адреси з коротким описом місця тестування (наприклад, на базі офісу організації, вул. Хрещатик 6, ПН-ПТ з 9:00 до 17:00).*	*Зазначте назви медичних закладів, у які плануєте направляти / супроводжувати клієнтів на лікування. Додайте їх точні адреси.*
ХТО?	*Перерахуйте всіх надавачів послуг із виходу на групу / підгрупу та їхній функціонал (працівники НУО, представники КГН, які співпрацюють з НУО, дотичні особи, які працюють за заохочення тощо).* *Укажіть хто здійснюватиме роботу з пошуку клієнтів /* *розроблення способів залучення клієнтів / розроблення аутрич-маршрутів.*	*Перерахуйте надавачів послуг із тестування на ВІЛ (наприклад, соціальний працівник, рекрутер «рівний-рівному»).*	*Перерахуйте надавачів послуг із супроводу на лікування та зони відповідальності на етапі постановки на лікування.*
КОЛИ?	*Укажіть час / розклад / часові проміжки надання послуг.* *Зазначте орієнтовний або точний час роботи працівників, які надають послуги із залучення до самотестування.*	*Укажіть дні / час / розклад / часові проміжки / частоту надання послуг.* *Зазначте орієнтовний або точний час роботи працівників, які здійснюють самотестування на описаних вище пунктах надання ПТВ.*	*Укажіть час / розклад / часові проміжки надання послуг.*

III. Очікувані або отримані результати
Укажіть кількісні результати щодо охоплення послугами з самотестування (з супроводом або без) та виявлення. Переконайтеся, що вони узгоджуються з визначеними цілями НУО з тестування та виявлення, співвідносяться з описом моделі, ураховують попередні результати впровадження моделі, якщо вона впроваджувалася раніше *або* *опишіть отримані результати, які продемонструвала модель ДНП, якщо її вдалося реалізувати. Укажіть кількісні результати щодо охоплення послугами з самотестування та виявлення. Укажіть період реалізації моделі та інші важливі обставини й умови. Сформулюйте стислі висновки про модель.*

