



Підхід до диференційованого надання послуг для ключових груп населення в Україні

Проект USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ»

Практичні рекомендації

Версія 2

Київ, 2023 р.

ІННОВАЦІЇ для подолання епідемії ВІЛ

Автори-упорядники:

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

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. Зміст є винятковою відповідальністю Пакту та партнерів і не обов'язково відображає погляди USAID або уряду США.

Зміст

Скорочення	4
Вступ	5
Про Проєкт	5
Епідеміологія ВІЛ та надання послуг у сфері ВІЛ в Україні: загальні відомості	6
Концепція боротьби з епідемією ВІЛ	9
Ціль	9
Цільова аудиторія	10
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 тестування на ВІЛ	13
Складові елементи ДНП	14
Якими є етапи розроблення моделей ДНП	17
1. Проведення ситуаційного аналізу	18
2. Визначення проблем	19
3. Сегментування КГН, визначення їхніх потреб і вподобань	19
4. Адаптація й розроблення моделей	20
5. Упровадження й моніторинг	22
Висновок	24
Список посилань	25
Додаток 1. Ілюстративний приклад базової сегментації підгруп клієнтів із числа ключових та пріоритетних груп Проєкту, яких планується залучати до ПТВ	27
Додаток 2. Шаблон опису моделі ДНП	28
Додаток 3. Приклади впровадження підходу ДНП в межах реалізації Проєкту USAID «Інновації для подолання ВІЛ в Україні», 2022–2023 рр.	30

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
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДІБД	Дані інтегрованого біоповедінкового дослідження
ДКП	доконтактна профілактика
ДКТ	добровільне консультування й тестування
ДНП	диференційоване надання послуг
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КГН	ключові групи населення
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛГБТІ	лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери, інтерсексуали
ЛЖВ	люди, які живуть із ВІЛ
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НІЗ	неінфекційні захворювання
НУО	неурядова організація
ОІ	опортуністичні інфекції
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	трансгендер
ЦГЗ	центр громадського здоров'я
ЧСЧ	чоловіки, які практикують секс із чоловіками

Вступ

Про Проєкт

Проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ в Україні» впроваджується Пактом разом із FHI360 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 працює для прискорення зусиль України в досягненні епідемічного контролю над ВІЛ до 2030 року шляхом покращення програм профілактики, тестування та зв'язку з доглядом і лікуванням серед ключових та пріоритетних груп. Завданнями Проєкту є:

1. Посилити наявний комплекс послуг із ВІЛ гнучкими моделями диференційованого надання послуг із профілактики й тестування та зв'язком з догляду й лікування для задоволення потреб ключових груп клієнтів та їхніх субпопуляцій з урахуванням демографічних, епідеміологічних, поведінкових, географічних та інших змін.
2. Посилити спроможність громадських організацій впроваджувати 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. Сприяти створенню 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.

Проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ в Україні» зміцнює потенціал ВІЛ-сервісних НУО та продуктивність їхньої роботи з виявлення ВІЛ серед КГН, а також посилює зв'язок із лікуванням.

Упродовж другого року впровадження Проєкту (2022–2023 рр.) 17 українських НУО розробили 52 моделі диференційованого надання послуг для пошуку та залучення нових недиагностованих випадків ВІЛ серед ключових і пріоритетних груп населення. Моделі ДНП впроваджувались у Дніпропетровській, Донецькій, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Черкаській та Чернігівській областях та місті Києві чи їх частинах, які є підконтрольними уряду України.

Зміст цих рекомендацій враховує досвід розроблення, адаптації та впровадження диференційованих моделей у контексті сучасних соціальних, економічних, епідеміологічних, безпекових і гуманітарних особливостей життя українського суспільства в різних територіальних громадах та регіонах України, а також успіхів та викликів, з якими зіткнулися НУО, що впроваджували Проєкт.

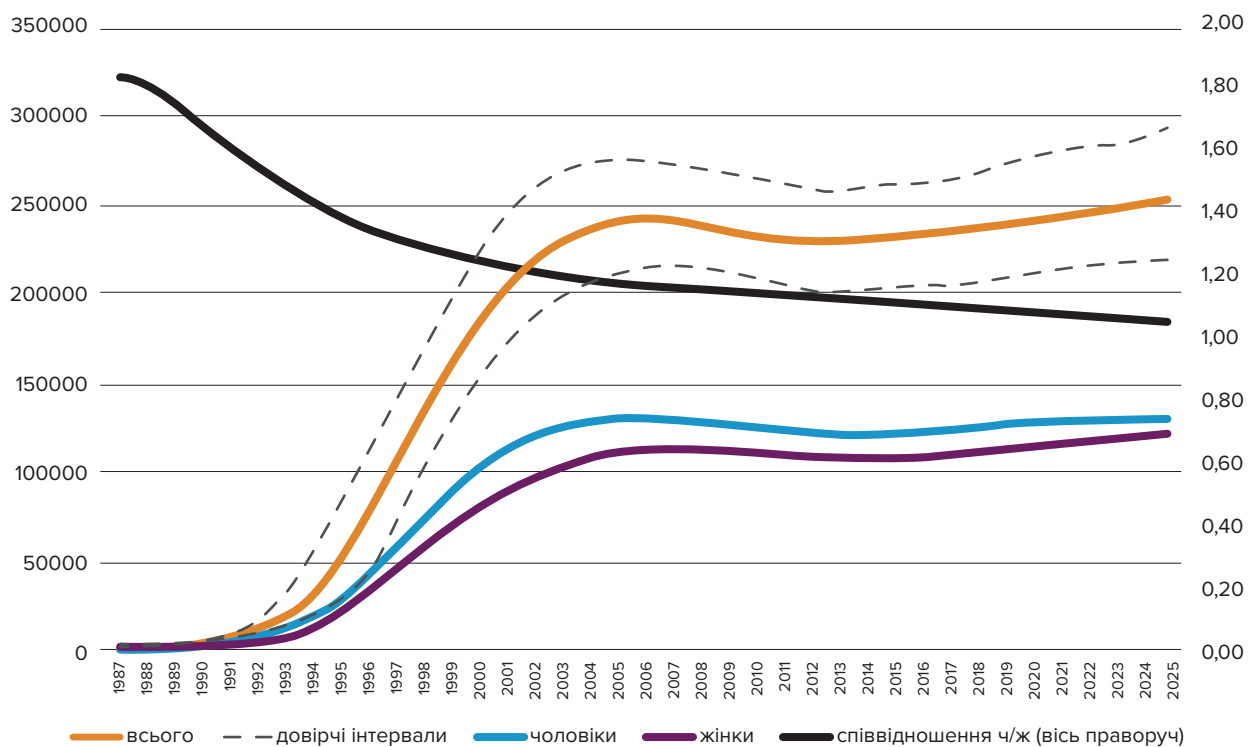
Для кращого розуміння діяльності в межах ДНП-моделей рекомендуємо ознайомитися з додатком 3, який містить докладні описи результативних моделей для різних КГН.

Епідеміологія ВІЛ та надання послуг у сфері ВІЛ в Україні: загальні відомості

Згідно зі спеціальним звітом Європейського центру контролю та профілактики захворювань і Європейського регіонального офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) про забезпечення неперервного надання догляду особам із ВІЛ¹, в Україні зафіксована друга за масштабами епідемія ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії. Станом на кінець 2021 року в Україні зареєстровано приблизно 245 тис. людей, які живуть із ВІЛ; відповідно до оціночної кількості, наявні ще 25% ЛЖВ, які не знають про свій ВІЛ-статус³.

За даними Національної оцінки ситуації у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні², очікується збільшення розрахункової кількості ЛЖВ із 245 тис. станом на кінець 2021 року до 252 тис. до кінця 2025 року (рис. 1).

Рис. 1. Результати прогнозування розрахункової кількості ЛЖВ до 2025 року



Дані інтегрованого біоповедінкового дослідження (ДІБД) щодо нинішнього етапу епідемії в Україні² свідчать про те, що Україна залишається в категорії країн із концентрованою епідемією ВІЛ, а люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), досі є групою, найбільше ураженою ВІЛ. Від 2013 року рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН майже не змінився і коливався в межах 20–23%. Інші КГН із підвищеним ризиком ВІЛ-інфекції — жінки та чоловіки, які працюють у секс-індустрії (секс-працівники, СП), а також чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ) (3,1% та 3,9% відповідно).

Згідно з оцінкою низки ключових груп, груп потенційних переносників та інших категорій населення України³, яку проводять в Україні від 2002 року спільно з громадським та неурядовим сектором, станом на початок 2021 року зафіксовано:

- ЛВІН — 295 857 осіб;
- СП — 78 385 осіб;
- ЧСЧ — 152 267 осіб.

1 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-continuum-of-care-dublin-declaration-2021.pdf>

2 <https://npsi.phc.org.ua/AppViews/FileBody/132>

3 https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/05/Scale-up_2020_ukr_web_fin0921.pdf

За даними Національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні², цілей каскаду діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в Україні не досягнуто. Основною причиною є 5-річне запізнення з виконанням цілей UNAIDS 95-95-95, зокрема щодо охоплення АРТ та зменшення кількості нових випадків ВІЛ.

Рис. 2. Каскад діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в Україні (2013, 2021 рр.)



За даними аналізу, наведеного у Віснику з питань ВІЛ/СНІДу в Україні (№53)⁴:

- 75% ЛЖВ в Україні знають про свій статус (рис. 2). Попри постійне збільшення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в Україні, майже чверть ВІЛ-позитивних осіб (25%) досі не знає про свій статус або не перебуває під медичним наглядом та, відповідно, не отримує АРТ.
- 83% ЛЖВ, які знають про свій статус та перебувають під медичним наглядом, отримують АРТ, що свідчить про успіх впровадження в Україні стратегії Test and Start («тестуй і лікуй»). Для досягнення цілі, що полягає в забезпеченні лікування 90% людей, які знають про свій статус, слід розпочати АРТ ще у 12,7 тис. ЛЖВ, які вже перебувають під медичним наглядом.
- 94% ЛЖВ з-поміж тих, хто отримує АРТ, досягли такого ВН, що не визначається тестами. Це свідчить про високий рівень прихильності до лікування та зменшення ризику передачі ВІЛ.

Один із найбільш значущих бар'єрів доступу до тестування на ВІЛ та послуг із лікування є стигма та дискримінація (Сід), пов'язані з ВІЛ та КГН. Четвертий етап дослідження — показник рівня стигми ЛЖВ — демонструє, що ЛЖВ, які належать до КГН, стикаються з удвічі більшою Сід через поєднання стигматизації, пов'язаної з ВІЛ, та стигматизації, пов'язаної з приналежністю до груп, які зазнають соціального відторгнення, як-от ЛВІН, СП, ЧСЧ та КУ. Так само серед ЛЖВ і КГН поширені самостигматизація внаслідок широко розповсюдженої Сід, а також відчай і страх⁵ розголошення їхнього ВІЛ-статусу або належності до КГН⁶. Попри те, що частота проявів Сід проти ЛЖВ поступово знижується порівняно з попередніми дослідженнями, вони

⁴ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_53_2022.pdf

⁵ Індекс стигматизації людей, які живуть із ВІЛ 2.0 Україна, 2020 р. https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2021/11/Ukraine-SI-2.0-Report-2020_Ukrainian.pdf

⁶ Відновлення порушених прав людей, які зазнали стигми й дискримінації, у зв'язку з ВІЛ-позитивним статусом у закладах охорони здоров'я України: опис випадків / за редакцією О. С. Брижоватої. К.: Бланк-Прес. 2017. 36 с. [https://network.org.ua/newsite/wp-content/uploads/2019/01/Network_Zahyst_prav_LGV_GNP_2017_full.pdf]

досі залишаються істотною проблемою. За словами 11% респондентів, вони відчували стигматизацію та дискримінацію протягом останнього року, а 17% повідомляли про СіД безпосередньо з боку медичних працівників, що стримує ЛЖВ від наміру звертатися за найважливішими послугами у сфері ВІЛ. Доступ до медичних послуг ще більше ускладнює той факт, що ЛЖВ та особи з КГН зазвичай мають низький рівень знань щодо своїх прав та способів їх захисту.

Через пандемію COVID-19 в Україні значно зменшився доступ до медичних послуг, пов'язаних із ВІЛ, зокрема надання ПТВ в умовах локдауну, та перепрофілювання багатьох лікарень на заклади для лікування COVID-19. Кількість людей, у яких було проведено тест на антитіла до ВІЛ, зменшилася майже на чверть із 2,5 млн у 2019 році до 1,9 млн у 2021 році. ЛЖВ мали обмежений доступ до стаціонарного та амбулаторного лікування, адже пріоритетною сферою для інфекціоністів стало лікування COVID-19. Негативні наслідки пандемії надалі проявлятимуться новими випадками ВІЛ та погіршенням клінічного стану у ВІЛ-позитивних людей³. 30 червня 2023 року в Україні офіційно припинили карантин, спричинений коронавірусною хворобою, що дає можливість розширення доступу до медичних послуг, зокрема до послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції для представників КНГ.

Від початку повномасштабного вторгнення російських військ на територію України з кінця лютого 2022 року, за даними ЦГЗ⁷, виникла низка проблем щодо забезпечення епідагляду за ВІЛ-інфекцією, ускладнилася логістика надання послуг із профілактики, тестування, лікування ВІЛ-інфекції⁷, так само як і надання соціально-психологічних послуг ВІЛ-сервісними НУО для ЛЖВ та інших користувачів, насамперед у південно-східних регіонах. Обстріли та руйнування інфраструктури населених пунктів критично вплинули на надання медичних та 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 та 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 динамічній 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.

Повномасштабне вторгнення росії в Україну наприкінці лютого 2022 року істотно погіршило епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекцією в Україні. При порівнянні періодів січень–липень у 2021 р.⁸ та 2023 р.⁹, помітна тенденція до зменшення кількості нових позитивних випадків ВІЛ-інфекції майже на 26% (9216 та 6774 випадків відповідно). Тенденція до зменшення виявлення первинних випадків ВІЛ-інфекції пов'язана з низкою негативних факторів, які зумовлені військовими діями, зокрема:

- внутрішня та зовнішня міграція населення;
- зменшення доступу до отримання медичної допомоги (руйнування медичних закладів, кадровий дефіцит медичного персоналу, відсутність електро- та водопостачання тощо);
- зниження якості життя населення;
- збільшення практик ризикової поведінки щодо інфікування ВІЛ через вплив на психоемоційний стан населення.

З огляду на такі проблеми Україна терміново потребує визначення нових, покращених підходів для залучення більшої кількості людей до послуг із профілактики, тестування й лікування ВІЛ, які відповідають потребам КГН і ПГН та їхнім статевим партнерам і партнерам по вживанню ін'єкційних наркотиків. Ефективні ПТВ є ключовим елементом у боротьбі з епідемією ВІЛ, який дає змогу зменшити захворюваність і смертність унаслідок ВІЛ/СНІДу, а також обов'язковим компонентом громадського здоров'я, який забезпечує доступ до комплексних науково обґрунтованих послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки у сфері ВІЛ.

7 Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.07.2023 [<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>]

8 https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2021.07_0.pdf

9 https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2023.07.pdf

В Україні діє розвинена мережа НУО, залучених до впровадження програм профілактики серед КГН. Ця мережа має стати ядром роботи зі спільнотами та пріоритетними групами, пропонуючи нові форми взаємодії з клієнтами. Послуги у сфері профілактики ВІЛ серед представників КГН (ЛВІН, СП, ЧСЧ, ТГ та колишні ув'язнені тощо) є одним із основних елементів стратегії боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні. Заходи у сфері профілактики ВІЛ, які нині вже успішно реалізуються (програми обміну шприців/голок, розповсюдження презервативів і лубрикантів, підтримувальна терапія серед осіб із опіоїдною залежністю, ДКП, соціально-психологічна підтримка, стратегії самотестування тощо), потребують посилення та узгодження з конкретними потребами КГН. Послуги з профілактики, ПТВ та зв'язку з лікуванням слід пропонувати й реалізовувати в такий спосіб, щоб клієнт отримував послуги з урахуванням обставин його/її життя та стану здоров'я, а для ЛЖВ — з урахуванням їхніх різноманітних потреб, можливостей і обмежень систем охорони здоров'я, у т. ч. безпекових та гуманітарних аспектів.

Концепція боротьби з епідемією ВІЛ

Метою лікування для досягнення в Україні цілей UNAIDS 95-95-95 до 2030 року є довготривала вірусна супресія, що зменшує захворюваність і смертність та запобігає передачі ВІЛ. Досягнення цієї мети потребує обміркованих і точних стратегій, частиною яких є впровадження ДНП як клієнтоорієнтованого підходу. ДНП зосереджене на посиленні заходів із виявлення випадків ВІЛ, швидкому початку лікування та збільшенні прихильності до лікування, зокрема серед осіб із числа КГН, яким найскладніше отримати доступ до послуг, враховуючи їхні унікальні потреби та зміни життєвих ситуацій. Потреби пацієнтів часто виходять за межі лікування ВІЛ. Деякі пацієнти потребуватимуть допомоги з іншими захворюваннями, включно з вірусними гепатитами, туберкульозом, ІПСШ, неінфекційними захворюваннями, замісною підтримувальною терапією чи послугами з планування сім'ї. Фактори, як-от вживання психоактивних речовин, пережите насильство та проблеми з психічним здоров'ям, також можуть завадити успішній терапії ВІЛ. Урахування потреб КГН та впровадження кейс-менеджменту з розв'язання конкретних проблем кожного клієнта покращують зв'язок пацієнтів із тестуванням і лікуванням ВІЛ.

Відповідно до звіту UNAIDS Global AIDS Update 2021¹⁰, на кінець 2019 року більшість (65%) нових випадків ВІЛ-інфекції в усьому світі становлять особи з КГН та їхні статеві партнери, імовірність інфікування ВІЛ серед яких у 25–35 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 підгрупах, включно з та особливо серед КГН. Щоб покращити контроль над епідемією, зусилля зацікавлених сторін мають бути спрямовані на забезпечення профілактики, тестування, зв'язку з лікуванням та на забезпечення його безперервності, щоб досягти стійкого вірусного навантаження (ВН). Підхід до ДНП посилює залучення КГН, їхніх статевих партнерів та близького оточення, а також покращити доступ цих осіб до послуг з ВІЛ.

Ціль

У цих практичних рекомендаціях описано підхід до впровадження моделей диференційованого надання послуг у сфері ВІЛ серед КГН в Україні у межах Проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ». Цей матеріал має на меті представити практичне втілення ДНП, визначити конкретні етапи, заходи, архітектуру ДНП, ролі й обов'язки учасників процесу, заходи з моніторингу та оцінки виконання й результативності і є опорою для визначення пріоритетів у підході ДНП для КГН, де особлива увага приділяється диференційованому здійсненню заходів із профілактики та залученню до тестування на ВІЛ. Загальні принципи ДНП було розроблено на основі аналізу наявних моделей, найкращих практик і результатів роботи технічних експертів із ДНП Проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ в Україні» з увагою до зворотного зв'язку від представників усіх підгруп КГН, як-от СП, ЧСЧ, ЛВІН та колишніх ув'язнених, які отримують послуги у сфері ВІЛ у НУО України¹¹.

¹⁰ Оновлення про глобальний стан з ВІЛ/СНІД, 2021 р.

¹¹ Диференційоване надання послуг — підхід до ухвалення рішень для диференційованої антиретровірусної терапії серед ключових груп населення, 2018 р.

Ці рекомендації також містять низку посилань на методичні документи, інструменти й приклади для легшої побудови моделей ДНП, їхньої адаптації, впровадження, моніторингу й оцінки¹².

Цільова аудиторія

Ці практичні рекомендації та настанови призначені здебільшого для керівників і виконавців програм із протидії ВІЛ на рівні НУО та спільноти. 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 випадків і забезпечення зв'язку з лікуванням задля зменшення тягаря ВІЛ у країні та на рівні окремих спільнот.

12 <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/epic-long-term-hiv-adherence-guide.pdf>

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 медичної допомоги у сфері ВІЛ¹³. Метою ДНП є пошук попиту й отримання послуг шляхом адаптації змісту й процесу надання таких послуг до потреб та вподобань КГН й окремих підгруп, які входять до КГН. Такий підхід дає змогу наблизити послуги з профілактики, тестування та лікування ВІЛ до представників КГН і знайти нові випадки інфікування ВІЛ із числа КГН, які ніколи не отримували послуги з профілактики та тестування на ВІЛ.

ДНП — це підхід, орієнтований на клієнта, який спрощує доступ та адаптує послуги у сфері ВІЛ у межах каскаду, відображаючи потреби й уподобання КГН та ЛЖВ. Упровадження ДНП може зменшити перешкоди для доступу до послуг у сфері ВІЛ для КГН та створити можливості для перерозподілу ресурсів системи охорони здоров'я відповідно до потреб¹⁴. Адаптація, розвиток й узгодження моделей ДНП на різних рівнях надання послуг у сфері ВІЛ у межах каскаду, дасть змогу інтегрувати моделі «від спільноти до установи», прискорити взяття на облік і покращити прихильність до лікування та вірусну супресію в КГН. Моделі ДНП можна використовувати для проведення заходів на рівні всіх пунктів надання послуг на базі НУО, спільноти або для самотестування відповідно до вподобань КГН⁸.

Диференціювання надання послуг для КГН допомагає розв'язати проблему нерівного доступу КГН до медичних послуг у сфері ВІЛ, що охоплюють профілактику, тестування, лікування та догляд, а також покращити якість комплексних пакетів медичної та психосоціальної допомоги. Представники КГН мають різні потреби, задоволення яких за допомогою єдиного шаблонного підходу неможливе. Диференційоване надання послуг дає змогу раціонально розподілити ресурси на людей із найбільшими потребами шляхом підтримки клієнтів, які отримують ПТВ, для забезпечення комфортної гнучкої взаємодії із системою охорони здоров'я і соціального захисту через НУО¹⁵.

Відповідно до характеру ДНП моделі надання послуг повинні різнитися за специфічністю та змістом залежно від наявних умов і ресурсів. Особливу увагу під час розроблення та впровадження моделей ДНП слід приділяти охопленню й залученню до профілактики та лікування ВІЛ підгруп (субкластерів) ключових і пріоритетних груп населення, які є важкодоступними для наявних моделей надання послуг через соціальні, економічні, поведінкові та інші перешкоди.

Основоположні принципи підходу ДНП

Підхід ДНП базується на таких основних принципах⁹:

- **Клієнтоорієнтованість.** Основоположний принцип ДНП з профілактики й тестування полягає у визначенні та спрямуванні дій безпосередньо на перешкоди, які визначили клієнти, розширення пакету послуг, які наближають КГН до отримання послуг профілактики й тестування, спонукання їх до більш дбайливого ставлення до свого здоров'я за підтримки системи охорони здоров'я, зокрема послуг, які надають за місцем проживання. ВООЗ підкреслює потребу в клієнтоорієнтованому лікуванні для покращення якості послуг у сфері ВІЛ. Рекомендації ВООЗ щодо клієнтоорієнтованого лікування: «Програми боротьби з ВІЛ

13 https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/DSD_Supplement_effective_transitions.pdf

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

15 <https://www.differentiatedservicedelivery.org/FAQ>

повинні забезпечити лікування, у центрі якого стоїть людина і яке базується й організовується навколо медичних потреб, уподобань та очікувань людей і спільнот, яке зберігає людську гідність і повагу, зокрема у вразливих груп населення, та залучає й підтримує активну участь людей і їхніх членів сім'ї в процесі власного лікування шляхом інформованого ухвалення рішень»¹⁶.

- **Зменшення стигматизації та дискримінації та дотримання прав людини.** Згідно з дослідженням рівня стигми ЛЖВ, проведеним у 2020 р. в Україні, ЛЖВ, які належать до КГН, у багатьох випадках стикаються з удвічі більшою СіД через поєднання стигматизації, пов'язаної з ВІЛ, і стигматизації, пов'язаної з приналежністю до груп, які зазнають соціального відторгнення, як-от осіб, які вживають наркотики, СП, представників ЛГБТ-спільноти⁵. Стигматизація і дискримінація можуть бути найбільшою перешкодою для доступу КГН до медичних послуг. Завдяки залученню й розширенню повноважень спільнот КГН, ДНП може збільшувати попит на послуги, які надають без стигматизації, та ініціювати роботу з партнерами (медичні заклади, організації на рівні спільноти) з метою зменшення СіД шляхом інформаційної роботи й навчання у сфері потреб КГН. Надзвичайно важливо приділяти увагу безпеці та захисту КГН, зокрема в регіонах, де їх вважають злочинними або застосовують щодо них насильство.
- **Важливість залучення рівних консультантів і представників спільноти.** Залучення рівних консультантів (консультантів, які є представниками КГН) до надання послуг у сфері ВІЛ, передбачених каскадом, має бути пріоритетом у розробці моделей ДНП для КГН. Безпосереднє розуміння рівним консультантом потреб КГН, постійна взаємодія з КГН, допомагає розширити можливості залучення КГН до послуг із профілактики й тестування на ВІЛ через розуміння потреб КГН. Мережі, які представляють КГН, є важливими партнерами у створенні попиту на послуги та в усуненні перешкод для доступу до таких послуг. Надання послуг, яке забезпечують професійні немедичні працівники (соціальні працівники), рекомендоване ВООЗ¹³, і роль рівних консультантів у наданні послуг та впливі на поведінку також визнана однією зі складових елементів ДНП у розробці будь-якої моделі ДНП. Обізнаність у сфері здоров'я і прав людини також має стати одним із ключових компонентів розвитку міцних спільнот.
- **Забезпечення психологічної підтримки.** Психосоціальна підтримка від медичних працівників, спільнот і рівних консультантів має особливе значення для КГН. У багатьох спільнотах діють групи догляду та підтримки, які працюють на базах НУО та/або медичних установ. Індивідуальні консультації є важливою складовою послуг із профілактики й тестування, так само як консультування щодо призначення АРТ і подальшого дотримання режиму терапії, однак тип психологічної підтримки й частота її надання мають відповідати потребам і побажанням клієнта. Така підтримка може охоплювати послуги соціальних працівників за методом «рівний — рівному» у групах та/або індивідуально чи рівних консультантів, зокрема тих, які пройшли спеціальну підготовку або додаткове навчання. Як і всі послуги у сфері ВІЛ у межах ДНП, доступною має бути психологічна підтримка, частота, місце надання та графік якої повинен відповідати побажанням клієнта з КГН.

Підхід ДНП має впроваджуватися як реакція на конкретні проблеми або перешкоди, а також у випадках, коли диференціювання може сприяти покращенню якості медичного обслуговування, результатів лікування та продуктивності системи охорони здоров'я.

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 з часом потребують коригування для відображення змін у потребах або вподобаннях.

¹⁶ 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/item/9789241549684>]

З досвіду розроблення та впровадження моделей у межах Проєкту «Інновації для подолання ВІЛ в Україні» моделі ДНП є перш за все описом намірів або плану дій щодо залучення до ПТВ певної КГН (або її підгрупи) з метою виявлення нових випадків ВІЛ, що включає в себе описи:

- способів і місць залучення до тестування й лікування визначеної групи/підгрупи;
- базових і додаткових послуг з урахуванням специфічних потреб клієнтів групи для підвищення їхньої мотивації до тестування на ВІЛ.

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.

Основні компоненти диференційованих послуг із тестування на ВІЛ

Будь-яка модель надання послуг із тестування на ВІЛ повинна передбачати такі три основоположні компоненти: залучення, тестування і зв'язок із лікуванням (рис. 3). Якщо йдеться про модель надання послуг із тестування на ВІЛ, усі три компоненти є необхідними та мають бути враховані під час розроблення моделі¹⁷.

Рис. 3. Три компоненти диференційованих послуг із тестування на ВІЛ

Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
Масовий/груповий	Усі пункти надання послуг на базі НУО	Переадресація
Соціальні мережі (оточення КГН) з підвищеним ризиком інфікування	Спільнота	Супровід
Індексне тестування	Самотестування	Мотиваційне заохочення
		Призначення АРТ у той самий день
		Зручні послуги
		Відстеження лікування

Залучення КГН до тестування

Моделі залучення КГН до тестування мають на меті наближення наявних послуг із профілактики й тестування на ВІЛ до представників КГН задля збільшення кількості осіб, які мають поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ, що отримують послуги з тестування. Використання ефективних комунікаційних моделей, які є доступними й типовими для КГН, є успішними методами залучення КГН до тестування. Такими моделями можуть бути:

- **Масовий/груповий підхід**, що передбачає внесення інформації про тестування на ВІЛ у місцеві радіопередачі, публікації в ЗМІ або соцмережах (зокрема в «закритих», характерних для певної КГН), може забезпечити отримання спільнотами ключових повідомлень про місце, час і спосіб отримання послуг із тестування на ВІЛ.
- **Соціальні мережі з підвищеним ризиком інфікування**: у межах підходу клієнти діють як рекрутери, які залучають свої соціальні контакти, які мають потенційний ризик інфікування ВІЛ, до тестування. Наприклад, надають інформацію, заохочують інших пройти тестування на ВІЛ, виявляють інших потенційних клієнтів серед свого оточення, розповсюджують запитання або тестові системи на ВІЛ для самотестування. Ці дії можна виконувати в місцях скупчення КГН, наприклад, у місцях сумісного вживання ПАР.
- **Індексне тестування**: індексне тестування передбачає залучення партнерів (статевих та ін'єкційних) людини, у якої діагностовано ВІЛ, та з якими відбувались практики, пов'язані з ризиком інфікування для пропонування їм послуг із тестування на ВІЛ. Інформування партнера — це вибір способу залучення, який є добровільним процесом і за якого під-

¹⁷ Структура ухвалення рішень щодо послуг із тестування на ВІЛ (2018 р.) [<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/Decision-Framework-HIV-Testing-Web-Update-AUG19-1.pdf>].

готовлений 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 тестування на ВІЛ

Моделі надання послуг впроваджують із метою розповсюдження, здійснення та реєстрації результатів тестування на ВІЛ. Для кожної моделі слід визначити:

- час упродовж дня, коли пропонуватимуться послуги з тестування на ВІЛ;
- частоту тестування;
- місце, де проводитимуть тестування на ВІЛ;
- особу, яка буде проводити асистоване тестування.

Точне та високоякісне тестування на ВІЛ має відповідати визначеній моделі тестування залежно від високої ($\geq 5\%$) або низької ($< 5\%$) поширеності ВІЛ. Слід використовувати тести, що пройшли перевірку ВООЗ, згідно із затвердженим алгоритмом тестування, викладеним у рекомендаціях ВООЗ із тестування на ВІЛ15. Тестування на ВІЛ можна проводити на рівні спільноти (офіси НУО, аутріч-маршрути тощо — у кожному місці проведення тестування можуть використовувати різноманітні способи тестування, з-поміж яких і самотестування на ВІЛ).

Місця тестування

Усі пункти надання послуг на базі НУО. Усі стаціонарні пункти НУО мають бути доступні для отримання ПТВ й обладнані всім необхідним для організації ПТВ. Важливо розширення кількості точок, які є зручними, безпечними й близькими до місця розташування цільових груп населення для максимального залучення КГН до тестування на ВІЛ.

- **Спільнота.** Тестування на ВІЛ так само можна проводити в межах певної підгрупи КГН. Це можуть бути піші аутріч-маршрути, виїзди мобільних бригад до віддалених районів області чи громади, тестування в релігійних громадах, парках, барах та інших місцях скупчення та соціальної взаємодії КГН.
- **Самотестування.** Самотестування на ВІЛ варто розглядати як різновид тестування поряд із асистованим тестуванням. Набори для самотестування на ВІЛ можна розповсюджувати у всіх пунктах надання послуг на базі НУО, серед соціальних ризикованих мереж, серед партнерів, в інших місцях і закладах. До того ж, тестування можна виконувати самостійно або з допомогою соціального працівника від НУО.

Зв'язок із лікуванням

Після тестування на ВІЛ завжди має відбуватися дія — закріплення за клієнтами комплексного пакету послуг із профілактики (для ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних клієнтів), підтвердження або спростування діагнозу «ВІЛ-інфекція». У разі підтвердження діагнозу — постановка під медичний нагляд ВІЛ-позитивних клієнтів із призначенням АРТ. Послугами, які передбачають зв'язок із профілактикою або 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), 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), і коли її можна отримати (дні, години, частота). Складові елементи моделі ДНП мають протидіяти основним перешкодам для підвищення попиту на послуги та їх отримання (незручні години обслуговування, стигматизація персоналу та місця надання послуг, відсутність комплексних/інтегрованих послуг тощо) (рис.4).

Рис. 4. Компоненти й складові елементи розроблення моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	Перелік конкретних послуг і дій заради залучення до тестування на ВІЛ або разом з іншими послугами	Тестування на ВІЛ або мультитестування на ко-інфекції/ІПСШ (ВГС та сифіліс тощо)	<p>Профілактика:</p> <p>Консультації з питань профілактики ВІЛ</p> <p>Переадресація до отримання профілактичних послуг і товарів (ПОШ, сайти ЗПТ та пункти надання ДКП тощо)</p> <p>Супровід (очний або дистанційний) до ЗОЗ, які надають профілактичні послуги</p> <p>Призначення АРТ:</p> <p>Консультації з питань взяття під медичний нагляд та лікування ВІЛ</p> <p>Переадресація до отримання послуг з лікування ВІЛ та формування прихильності до АРТ</p> <p>Супровід (очний або дистанційний) до ЗОЗ, які надають послуги з лікування ВІЛ</p>
ДЕ?	Визначені місця проведення заходів із залучення до тестування	Усі пункти надання послуг на базі НУО Спільнота Самотестування	ЗОЗ, де здійснюється взяття під медичний нагляд
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	Час доби й частота	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 базі НУО та на рівні спільноти у вигляді комплексу послуг з урахуванням конкретних потреб населення. Клієнти, які звертаються по ПТВ, потребують залучення для отримання цих конкретних послуг. Послуги з тестування на ВІЛ можуть доповнюватися додатковим скринінгом на супутні та не-інфекційні захворювання. Подібно до цього додаткові скринінгові процедури можна вводити в модель тестування на ВІЛ, як-от тестування на ТБ, ЗПСШ, ВГС або ВГВ, скринінг на предмет НІЗ. Поєднання процедур може бути більш економічно вигідним способом надання ПТВ, зокрема на рівні спільноти.

2. ДЕ надають послуги з тестування на ВІЛ: місце залучення, ПТВ та зв'язок із лікуванням

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. Надання послуг із тестування на ВІЛ різних видів на рівні установ та за місцем проживання дає змогу подолати різні перешкоди, з якими стикаються клієнти. Люди, для яких у пріоритеті є економія часу та транспортних витрат, можуть звернутися до пунктів надання послуг на базі НУО для проходження тесту. Інші особи, яких турбує 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 (робочі місця, місця обліку безхатченків, релігійні організації, реабілітаційні центри тощо);
- у місцях, призначених для окремих груп населення (молодіжні клуби, бари або клуби — для працівників секс-індустрії, стоянки таксі — для чоловіків);
- у місцях масових зборів (церкви, ринки, вокзали);
- удома в клієнтів (тестування індексного клієнта за місцем проживання, самотестування).

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

- поширеність ВІЛ у загальній популяції та в окремих групах населення;
- дані щодо охоплення тестуванням на ВІЛ у загальній популяції та в окремих групах населення;
- демографічні та поведінкові характеристики недиагностованого населення;
- показники продуктивності 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 ПТВ: особи, які здійснюють залучення, тестування та забезпечують зв'язок із лікуванням

Для диференційованого підходу надзвичайно важливим є різноманіття характеристик осіб, які надають послуги, зокрема їхній вік, досвід, приналежність до КГН. Залучення рівних консультантів до моделі надання ПТВ може збільшити користування такими послугами в окремих КГН та є рекомендованим ВООЗ для збільшення кількості клієнтів, узятих під медичний нагляд та розпочавших лікування АРТ¹⁶. Рівні консультанти потребують спеціальної підготовки, однак їхня здатність зближатися з окремими спільнотами може подолати перешкоди, пов'язані зі стигматизацією, і побудувати міцні зв'язки між окремою групою населення й системою охорони здоров'я.

Щодо ролі клієнтів, самотестування на ВІЛ перетворює клієнта на активного учасника цього компонента надання ПТВ. Самотестування на ВІЛ можна проводити з безпосередньою допомогою соціального працівника НУО чи підготовленого рівного консультанта, рекрутера з числа КГН або ж без такої допомоги. У такому разі клієнт здійснює тестування самостійно.

4. КОЛИ надаються послуги у сфері ВІЛ: час упродовж дня, частота залучення, ПТВ та зв'язок із лікуванням

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 час**, який підходить конкретній цільовій групі населення (наприклад, для чоловіків — у неробочі години, для людей із порушеннями, спричиненими вживанням психоактивних речовин, — у нічний час). Залучення рівних консультантів до тестування додає гнучкості, а впровадження самотестування на ВІЛ зумовлює максимальну зручність послуг, адже дає клієнтам змогу комфортно проводити тестування самостійно. У разі надання послуг на базі НУО, можна розглядати питання розширення можливостей проходження тестування за межі стандартного робочого часу або у вихідні.

Наприклад, Організація, враховуючи потреби клієнтів СП та ЛВНІ в отриманні послуг у пізній вечірній час, адаптувала графік роботи соціального працівника для виходу на аутріч-маршрути, що збільшує доступність послуги, охоплення КГН послугами та ефективність ПТВ.

Частота інформування про можливість тестування на ВІЛ на етапі залучення повинна визначитися поширеністю захворювання, типом місця надання послуги та наявними ресурсами. В умовах високої поширеності ВІЛ попит на ПТВ слід щодня стимулювати в усіх місцях перебування представників КГН. Заходи з залучення до ПТВ, спрямовані на надання послуг окремим групам населення або під час масових заходів, варто планувати й визначати їх частоту на основі ймовірної результативності з урахуванням ресурсів для транспортування, роботи персоналу та майбутнього тестування.

Частота повторного тестування на ВІЛ має визначитися¹³ індивідуальним ризиком інфікування ВІЛ. Високе охоплення тестуванням на ВІЛ потребує глибшої оцінки ризику, яка дасть змогу уникнути великої кількості повторних тестувань у клієнтів із низьким ризиком.

Якими є етапи розроблення моделей ДНП

Впровадження підходу ДНП потребує значного залучення та стабільної співпраці всіх учасників, які беруть участь у наданні послуг із ВІЛ та зазнають їх впливу. Це, зокрема, громадські організації, центри громадського здоров'я, ЗОЗ, а також представники КГН. Основною групою, відповідальною за розроблення й упровадження ДНП є технічний персонал Проєкту НУО, інші зацікавлені сторони та представники КГН. Кількість і різноманіття моделей мають узгоджуватися з наявними умовами й ресурсами. Скажімо, лише одного варіанта послуги з тестування на ВІЛ недостатньо, однак їх надлишок ускладнить забезпечення якості в умовах обмеженості ресурсів і нівелює індивідуальні потреби підгрупи КГН.

Розроблення та впровадження моделей ДНП здійснюється в **5 етапів**. Результатом цього процесу є низка моделей надання послуг, утворених із чотирьох складових елементів, що пристосовані до потреб КГН та враховують інші значущі змінні (вік, географічне положення, рівень ризику).

Диференціювання послуг передбачає стандартизовану низку послідовних дій, які проілюстровано на рис. 5.

Рис. 5. Процес ДНП



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 континууму лікування ВІЛ, а саме прогалини в географічному охопленні та охопленні конкретних ключових і пріоритетних груп населення, а також оцінити, як наявні моделі тестування допомагають усунути такі прогалини. Цей аналіз повинен враховувати три основоположні компоненти ДНП (залучення, ПТВ і зв'язок із лікуванням), 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;
- фактори, 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 та 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 послуг у сфері ВІЛ.

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 їх якості. Процес проведення аналізу варто спланувати так:

а) Оцінка даних

Для визначення найкращого раціонального поєднання моделей тестування на ВІЛ слід взяти 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 у КГН);
- охоплення тестуванням на ВІЛ на базі установ або спільноти;
- кількість і частка ЛЖВ, які отримують АРТ, на національному та 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 принципів і правил

Варто порівняти принципи та правила на національному й регіональному рівнях і намагатися використовувати чинні рекомендації ВООЗ щодо надання послуг на рівні спільноти. За основу оцінки принципів і правил можна брати складові елементи (що, де, хто, коли), які дадуть змогу ефективно диференціювати послуги з тестування на ВІЛ, профілактики та лікування. Критично

важливими для забезпечення диференційованого тестування на ВІЛ є принципи й правила, що підтримують децентралізацію тестування 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?»). У контексті тестування на ВІЛ необхідно зважити на правові обмеження та вимоги (наприклад, вік, з якого можна самостійно отримати ПТВ), які можуть обмежувати доступ окремих КГН до тестування, профілактики та лікування, і на наявність затверджених алгоритмів тестування на ВІЛ.

с) Оцінка наявних моделей надання послуг з тестування на ВІЛ

Аналіз надання ПТВ є важливим для ухвалення рішення щодо необхідності адаптації наявної моделі або розроблення нових моделей надання ПТВ. Наявні моделі надання послуг із тестування на ВІЛ у багатьох аспектах і складових можуть бути вже певною мірою диференційованими. Утім, охоплення або впровадження на рівні робіт на місцях може бути обмежене географічно або специфікою певної КГН. Також може бути так, що лише один із основоположних компонентів (залучення, ПТВ і зв'язок із лікуванням) диференційований у межах моделі тестування, що залишає простір для адаптації інших компонентів з метою вдосконалення моделі.

2. Визначення проблем

На основі результатів етапу 1 слід визначити проблеми, які можна вирішити 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 та ЛЖВ. Це бажано зробити в ширшому контексті розроблення загального підходу до надання диференційованих послуг із зосередженням уваги на підгрупах КГН. 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 надаються послуги ключовим і пріоритетним групам населення у відповідних умовах.
- Представлення результатів попереднього ситуаційного аналізу на національному, регіональному рівні та/або на рівні громад, 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 та пріоритетних груп населення;
- запрошення основних зацікавлених сторін, відповідальних осіб та дослідників для висловлення їхніх поглядів, бачення і потреб;
- будь-які інші заходи (за потреби).

3. Сегментування КГН, визначення їхніх потреб і вподобань

Для надання клієнтоорієнтованих послуг у сфері ВІЛ доцільно зважати на те, до якої саме КНГ належить клієнт, чи має він/вона певні вже наявні проблеми зі здоров'ям або чи впливають умови життя клієнта на доступ до ПТВ та інших послуг НУО чи державних установ та закладів.

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

Найбільш вразливі до ВІЛ категорії населення, як-от чоловіки, які практикують секс із чоловіками (ЧСЧ), люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), жінки, які працюють у секс-індустрії (СП), колишні ув'язнені (КУ) та люди, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ), мають багато змінних факторів, що впливають на потреби в послугах та вибір послуг, з-поміж яких вік, географічне розташування, ризик і захисна поведінка тощо. Аналіз тенденцій ризикової поведінки та актуального стану попиту на профілактичні послуги на основі різних змінних факторів, що має на меті покращити показники залучення до послуг із профілактики, тестування та лікування, також відомий як сегментування клієнтів, є важливим процесом у розробленні моделей ДНП.

Процес сегментування має базуватися на вже наявних програмах профілактики та лікування в конкретних географічних локаціях, існуючих маршрутах клієнтів для конкретних КГН. Їх необхідно оцінювати на предмет наявності динамічних факторів, 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, для яких будуть обрані конкретні методи залучення, диференційована профілактика, ПТВ та супровід на лікування.

Підгрупи можуть належати до таких КГН:

- дорослі чоловіки та жінки (35+) з 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.

I *Дивіться приклади сегментування, представленні у вигляді таблиці в додатку 1.*

Ресурси:

У проведеному сегментуванні КГН можуть допомогти:

- залучення представників громадськості та добровольців 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 та лікування ВІЛ;
- визначення найкращих місць (наприклад, пункти надання послуг на базі НУО, кафе, готелі) для надання послуг окремім КГН/підгрупі в межах КГН, а також конкретного часу для контакту з клієнтами¹⁸.

4. Адаптація й розроблення моделей

Адаптація й розроблення

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

18 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].

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 та лікування ВІЛ уже впроваджено зрозумілу та працездатну 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 для втілення та пріоритетним короткотерміновим заходом диференціювання ПТВ. Під час оцінювання будь-якої моделі ПТВ з погляду адаптації, необхідно взяти до уваги кожен із трьох основоположних компонентів: залучення КНГ до профілактики, тестування на ВІЛ та зв'язок із лікуванням.

За відсутності моделі ПТВ для населення в такому контексті необхідно розробити нову модель. Для цього потрібно визначити складові елементи, відповівши на запитання «що?», «де?», «хто?» і «коли?» у контексті залучення, надання ПТВ та зв'язку з лікуванням.

Навчання

З метою розроблення й упровадження моделей ДНП для визначених КГН/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 ПТВ;
- особливості процедури асистованого самотестування на ВІЛ із використанням оральних чи кров'яних тестових систем;
- маршрут пацієнта в разі позитивного результату самотестування;
- розвиток навичок мотиваційного консультування клієнта;
- особливості комунікації та специфіка консультування у сфері ВІЛ для представників конкретної КГН або ПГН;
- консультування щодо індексного тестування та переадресація осіб із підвищеним ризиком інфікування;
- особливості комунікації та надання ПТВ для ризикових соціальних мереж клієнтів;
- залучення консультантів рівний-рівному для надання допомоги у віддалених регіонах;
- оцінка потреб клієнтів, зокрема аналіз підгруп;
- сегментування ризиків клієнтів;
- неперервний моніторинг програмних даних із метою оцінки ефективності моделей;
- 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 ДНП (навчання, інформаційні матеріали, повідомлення для клієнтів);
- оцінка потреб: питання на кшталт адаптації робочого дня окремого соціального працівника, консультанта рівний-рівному або рекрутера, впровадження додаткової фінансової компенсації для персоналу або наймання додаткового персоналу;
- людські ресурси: потреби в навчанні/посиленні навичок та обсяг такої підготовки (наприклад, проведення занять із індивідуального консультування або методів залучення індексних партнерів до ПТВ);
- управління процесом: забезпечення всіх процесів для здійснення реалізації моделей ДНП (навчання персоналу, формулювання цілей, завдань, графіків, контроль і моніторинг підходів, забезпечення якості тощо);
- реалізація: залучення, навчання й створення попиту на ПТВ серед представників КГН та ПГНі;
- створення належних умов для забезпечення реалізації надання ПТВ на базі НУО, на рівні спільноти та самотестування;
- будь-які інші заходи (за потреби).

5. Упровадження й моніторинг

Підхід ДНП не потребує додаткових ресурсів на етапі впровадження. Утім, він потребує початкових інвестицій. Перед початком роботи НУО повинні мати чітке розуміння потреб у ресурсах. Ресурсами можуть бути кадрові ресурси, додаткові матеріали/обладнання та фінансова підтримка.

У процесі впровадження моделей диференційованих послуг на ВІЛ діяльність потребує моніторингу шляхом спостереження й оцінки. За результатами цих дій рекомендоване впровадження ініціатив із покращення якості для визначення доцільності реалізації з урахуванням фактичного користування послугами, доступності послуг для представників КГН та результативності виявлення ВІЛ-позитивних випадків. Моніторинг та оцінка моделей може виявити потребу в подальшій адаптації або, за умови успішного проведення, у розробці іншої моделі, призначеної для іншої групи населення.

Необхідні критерії оцінки потенційної успішності:

- охоплення тестуванням конкретних підгруп КГН (з акцентом на взяття під медичний нагляд для лікування та профілактики);
- відсоток виявлення нових випадків ВІЛ серед групи клієнтів, на яких сфокусована модель ДНП;
- вартість конкретних моделей (витрати на кожну особу, якій встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція» у межах реалізації ДНП-моделі);
- результативність тестування для конкретних моделей. Моделі високої результативності можуть бути більш економічно затратними, однак вони мають також забезпечити достатнє охоплення тестуванням. В умовах, коли багато наявних підходів демонструють зниження результативності та 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;
- доцільність упровадження моделі, що пов'язана з наявними людськими, фінансовими ресурсами, потребами та обмеженнями підгруп КГН.

Для моніторингу розроблених моделей ДНП провайдери послуг повинні:

1. використовувати принципи ДНП й опис моделі, відповідні підходи, СОП, робочі інструкції, інструменти та витяги з баз даних для кожної моделі;
2. проводити аналіз виконання визначених показників для кожної моделі та підходу з певною періодичністю з метою відстеження результативності;
3. спостерігати та відстежувати відгуки клієнтів і задоволеність послугами. Як наслідок, адаптувати моделі відповідно до отриманого зворотного зв'язку;
4. відображати в документах оптимальні та/або результативні методи залучення КГН до послуг каскаду.

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

- виконані процеси;
- кроки та дії, що вплинули на створення сприятливого середовища для моделей ДНП, були здійсненні;
- 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 кращої візуалізації структури моделей дивіться приклади шаблону розроблення ДНП-моделей у таблиці в додатку 2

Ресурси:

- спеціалісти зі спостереження 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).

Висновок

Принципи підходу диференційованих послуг із тестування на ВІЛ потребують масштабування з метою збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ представників КГН та виявлення решти людей, які живуть із ВІЛ та не знають про свій статус. Вибір моделі залежить від умов та має ґрунтуватися на ситуаційному аналізі. Моделі підлягають розробленню, адаптуванню або припиненню реалізації, що дає змогу подолати проблеми локального рівня та задовольнити конкретні потреби різних підгруп КГН у доступі до послуг тестування, профілактики та лікування ВІЛ. Принципи ДНП для послуг із тестування на ВІЛ передбачають використання п'ятиетапного підходу (ситуаційний аналіз, визначення проблем, сегментування КГН та визначення їхніх потреб і вподобань, адаптація й розроблення моделей, впровадження і моніторинг) на основі якого керівники програм із протидії ВІЛ/СНІДу вивчають зміни, які можна внести в наявні моделі тестування на ВІЛ, або розробляють нові моделі для окремих підгруп КГН у конкретних умовах. Проходження цих етапів дає змогу розробити моделі надання якісних послуг із тестування на ВІЛ, які максимально наближені до КГН та відповідають їхнім реальним потребами. Ці методичні рекомендації слід використовувати паралельно з провідними міжнародними та національними рекомендаціями щодо тестування й самотестування на ВІЛ, індексного тестування і швидкого початку лікування.

Відповідно до отриманого досвіду в межах Проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ в Україні» використання ДНП-моделей для залучення представників КГН до послуг із тестування, профілактики та лікування на ВІЛ є дієвим та інноваційним методом пошуку нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників зазначених груп населення, про що свідчать дані, отримані під час пілотування та впровадження різних моделей.

Список посилань

1. Континуум лікування ВІЛ, моніторинг та впровадження Дублінської декларації щодо партнерства в протидії ВІЛ/СНІДу у Європі та Центральній Азії: попередній звіт 2020 р. [www.ecdc.europa.eu].
2. Національна оцінка ситуації із ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2022 року. [<https://phc.org.ua>].
3. Оцінка чисельності ключових груп, груп-містків та інших категорій населення в Україні, 2020: метод масштабування соціальних мереж (The Network Scale Up Method). – Ковтун О., Салюк Т., Сахно Ю., Паніотто В., Харченко Н., Лиштва О. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2021.
4. ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ В УКРАЇНІ. Інформаційний бюлетень № 53, виходить від 1991 р.
5. Індекс стигматизації людей, які живуть із ВІЛ 2.0 Україна, 2020 [<https://www.stigmaindex.org/country-report/ukraine>].
6. Відновлення порушених прав людей, які зазнали стигми й дискримінації, у зв'язку з ВІЛ-позитивним статусом у закладах охорони здоров'я України: опис випадків / за редакцією О. С. Брижоватої. К.: Бланк-Прес. 2017. 36 с.
7. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні станом на 01.07.2023 [<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu>]
8. ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за липень 2021 [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2021.07_0.pdf].
9. ОПЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за липень 2023 року. [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2023.07.pdf].
10. Оновлення про глобальний стан із ВІЛ/СНІД, 2021 [2021 UNAIDS Global AIDS Update — Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS]
11. [<https://www.differentiatedservicedelivery.org/FAQ>].
12. Довготермінове дотримання режиму терапії ВІЛ у ключових групах населення: аналіз програми. Серпень 2020 р.
13. Диференційоване надання послуг — підхід до ухвалення рішень для диференційованої антиретровірусної терапії у ключових груп населення, 2018 р.
14. Переосмислення надання послуг у сфері ВІЛ: роль диференційованого лікування від профілактики до супресії [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5136137>].
15. [<https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery>].
16. 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>].
17. [<https://www.differentiatedservicedelivery.org/getting-started>].
18. 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].

Додаткові джерела

19. Структура ухвалення рішень щодо послуг із тестування на ВІЛ, 2018 [<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/Decision-Framework-HIV-Testing-Web-Update-AUG19-1.pdf>].
20. Зведені вказівки щодо послуг тестування на ВІЛ, ВООЗ, 2019 [<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155058-1>].
21. Сазонова Я. Профілі недіагностованих випадків ВІЛ в Україні. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2020 [https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2020/06/HIV20profiles_UA_web.pdf].
22. 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].
23. Структура ухвалення рішень: онлайн-додатки [<https://differentiatedservicedelivery.org/Resources/DecisionFrameworkOnlineAnnexes>].

Додаток 1. Ілюстративний приклад базової сегментації підгруп клієнтів із числа ключових та пріоритетних груп Проєкту, яких планується залучати до ПТВ

Основна КГН	Підгрупа в межах ключової/ пріоритетної групи	Вікова група	Географія (область/ регіон)	Географічні особливості	Інші важливі характеристики (за наявності)
	<i>Уточнення для опису підгрупи: стать, особливості ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, особливості умов та способу життя, потреб</i>	<i>Вікова категорія (від-до), серед якої очікується/ була найбільша ефективність виявлення</i>		<i>Назва чи опис місцевості, де буде впроваджуватись діяльність</i>	<i>Наприклад, умови проживання, матеріальне становище, приналежність до ВПО тощо</i>
Чоловіки, які мають секс з чоловіками	Користуються онлайн-додатками 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 жінку-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.
	СП високого /середнього рівня вартості: знайомляться в соціальних мережах, вживають ПАР	20–25	Запорізька	м. Запоріжжя	Нечасто звертаються за медичними послугами
	Приховують від постійного партнера сферу заробітку, часто мають дітей і, найімовірніше, вживають ПАР	20–30	Запорізька	м. Вільнянськ	Можуть звертатися до «дружніх лікарів», мати ІПСШ і не користуватися презервативами за запитом клієнта
Люди, які вживають ін'єкційні наркотики	Вживають ін'єкційні наркотики в цей час	18–25	Львівська	Дрогобич, Борислав, Червоноград	Бояться оприлюднення інформації, дуже потайливі, але потребують соціально-психологічної та медичної підтримки: ІПСШ, ко-інфекції на фоні ВІЛ, інше
	Вживали ін'єкційні наркотики в минулому	45+	Львівська	Села Бориславського району	Практика вживання наркотичних речовин як у 1990-ті роки: «розливні», «один шприц на всіх», часто «командні гравці»
Люди, які вживають неін'єкційні наркотики	Вживають неін'єкційні наркотики в цей час	20–30	Київська	м. Біла Церква	Можуть уживати алкоголь, мають партнерок і йдуть на контакт
Колишні ув'язнені	2 або більше термінів ув'язнення	25–30	Полтавська	м. Глобино	Мають ризик статевого інфікування, замовляють наркотик онлайн, можуть не мати широкого кола соціальних контактів та спільноти зі споживання, одиночки, користуються послугами СП
	Рецидивісти, звільнено мін. 3 міс. тому	35+	Полтавська	м. Кременчук	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, швидко втрачається контакт із ними
Дорослі чоловіки, які практикують ризиковану поведінку	Чоловіки, які практикують ризиковану поведінку	30–55	Дніпропетровська	м. Кривий Ріг, Криворізький район, Широківський район	Утрата можливостей заробітку, розділення з сім'ями, стреси від очікуваної мобілізації, напруження в результаті обстрілів, вживання алкоголю та інших ПАР

Додаток 2. Шаблон опису моделі ДНП

Для опису моделі ДНП, яка буде впроваджуватися, рекомендовано використати 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 тестування.
3. Огляд очікуваних та/або отриманих результатів.

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 вирішення. Коротко окресліть алгоритм роботи за моделлю.

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

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	<p>Опишіть базові послуги, додаткові послуги, додаткову мотивацію та іншу діяльність для залучення визначеної групи/ підгрупи до тестування.</p> <p>Чітко перелічить послуги, що відповідають потребам клієнтів та підвищують їхню мотивацію до тестування на ВІЛ, збільшують попит на послугу.</p> <p>У кожній моделі в цьому блоці має бути представлений набір послуг, розроблений у відповідності до потреб певної ключової групи. Він не повинен повторюватись серед інших моделей (окрім базових послуг).</p>	<p>Опишіть послуги з тестування/ профілактики.</p> <p>Додайте пропоновані послуги в разі отримання реактивного результату тестування та в разі негативного результату.</p>	<p>Послуги з супроводу на лікування/ профілактику.</p> <p>Додайте інформацію про зв'язок із лікуванням АРТ, а також зв'язок із ДКП, лікуванням ВГС, сифілісу тощо</p>

ДЕ?	<p>Опишіть, де саме плануєте виходити на групу/підгрупу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уточніть, чи залучаєте клієнтів на базі офісу (вказати адресу); 2. перерахуйте аутріч-маршрути, кількість точок та основні характеристики, за якими були обрані ці маршрути (адреси не вказувати); 3. зазначте інші передбачені місця залучення. 	<p>Перерахуйте місця надання послуг із тестування на ВІЛ.</p> <p>Зазначте точні адреси з коротким описом місця тестування (наприклад, на базі офісу організації, вул. Хрещатик 6, ПН-ПТ з 9:00 до 17:00).</p>	<p>Зазначте назви медичних закладів, у які плануєте направляти/ супроводжувати клієнтів на лікування. Додайте їх точні адреси.</p>
ХТО?	<p>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 мотивацію тощо).</p> <p>Укажіть, хто здійснюватиме роботу з пошуку клієнтів/ розроблення способів залучення клієнтів/ розроблення аутріч-маршрутів.</p>	<p>Перерахуйте надавачів послуг із тестування на ВІЛ (наприклад, соціальний працівник «рівний-рівному»).</p>	<p>Перерахуйте надавачів послуг із супроводу на лікування та зони відповідальності на етапі постановки на лікування.</p>
КОЛИ?	<p>Укажіть час/розклад/часові проміжки надання послуг.</p> <p>Зазначте орієнтовний або точний час роботи працівників, які здійснюють надання послуг із залучення до ПТВ.</p>	<p>Укажіть дні/час/ розклад/ часові проміжки/частоту надання послуг.</p> <p>Зазначте орієнтовний або точний час роботи працівників, які здійснюють тестування на описаних вище пунктах надання ПТВ.</p>	<p>Укажіть час/ розклад/часові проміжки надання послуг.</p>

III. Очікувані результати

Укажіть очікувані кількісні результати щодо охоплення ПТВ та виявлення. Переконайтеся, що вони узгоджуються з визначеними цілями НУО з тестування та виявлення, співвідносяться з описом моделі, враховують попередні результати впровадження моделі, якщо вона впроваджувалася раніше.

Розгляньте приклади опису моделі ДНП у межах Проєкту, що були реалізовані в актуальних умовах для України у 2022–2023 рр., що наведені в додатку 3.

Додаток 3. Приклади впровадження підходу ДНП в межах реалізації Проєкту USAID «Інновації для подолання ВІЛ в Україні», 2022–2023 рр.

БО «БТ» 100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ. Дніпровський регіон»

м. Кривий Ріг, Дніпропетровська область

Цільова аудиторія моделі: секс-працівниці та жінки, які надають секс-послуги за винагороду

Специфіка моделі. Фокус на канали комунікації, які можуть донести інформацію про послуги Проєкту до жінок, які належать до важкодоступної категорії КГН, а саме, які займаються секс-роботою або надають секс-послуги за винагороду. Було використано поширення інформації про можливість обстеження й отримання профілактичних товарів через ЗМІ, а також через чинних клієнтів Проєкту та Організації з числа спільноти СП та «дружніх» таксистів, які перевозять жінок у місця їхньої роботи чи надання послуги. Головна задача — звести клієнтку й соціального працівника в зручному для клієнтки місці (офіс НУО, обране клієнткою місце, звичне для неї, чи точка на аутріч-маршруті).

Клієнтки можуть отримати оральні тести для партнерів чи знайомих зі своїх соціальних мереж із ризикованою поведінкою виключно на етапі очної зустрічі з соціальним працівником для ПТВ. Бонусної частини не передбачено для клієнтів. Соціальні працівники працюють через якісне консультування та переконливу аргументацію на користь тестування та лікування ВІЛ і залучення до обстеження партнерів.

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:	<ul style="list-style-type: none"> СП, жінки, які надають послуги за винагороду — не ідентифікують себе як СП, 18–55 років; мешканки Кривого Рогу, переважно мають дітей, потребують доходу, можуть бути з числа ВПО; практикують ризиковану поведінку, зловживають алкоголем.

I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)

- Дніпропетровська область багато років поспіль потерпає від одного з найбільших в Україні тягаря ВІЛ-інфекції, основним шляхом передачі ВІЛ є статевий;
- за оціночними даними близько 15 тисяч осіб (мешканців Дніпропетровської області) з ВІЛ не знають свого ВІЛ-статусу;
- військова та гуманітарна криза призвели до потужної вимушеної міграції до м. Кривий Ріг мешканців Донецької, Луганської, Херсонської областей, у яких епідеміологічні показники ВІЛ-інфекції також мали/мають високий рівень;
- більшість ВПО — переважно населення маленьких містечок і селищ, у яких доступ до ПТВ був та залишається значно обмеженим;
- утрата стабільного фінансового доходу, розділення сімей, пошук форм заробітку, необхідність влаштуватися на новому місці (пошук житла, харчування тощо), психо-емоційне навантаження, пов'язане з відповідальністю за дітей/родину/близьких, може суттєво впливати на ухвалення рішення щодо сексу за винагороду (житло, інші пільги/вигоди, засоби до існування тощо).

Модель передбачає залучення КГ через декілька каналів:

1. гуманітарні штаби та центри підтримки ВПО: плакати, ЮМи, працівники центрів запрошують соціального працівника проєкту для промоції ПТВ у дні великих напливів людей чи щойно евакуйованих людей;
2. поширення інформації про послуги Проєкту: листівки, ЗМІ, магазини розливу алкогольних напоїв, через «дружніх» Проєкту водіїв служб таксі, які безпосередньо перевозять представниць СП у місця надання послуг або які знайомі з ними;
3. виходи за маршрутами надання послуг СП (аутріч-маршрути). Збір інформації про точки надання послуг СП, соціальні працівники використовують інформацію від інших клієнтів, водіїв таксі, інших клієнтів Проєкту тощо.

II. Компоненти й складові елементи моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	<p>Поширення: ЮМи з ключовими повідомленнями для КГ, інформація про можливість проходження тестування, візитівки.</p> <p>Видача: презервативів, лубрикантів.</p> <p>Консультування: усне скринінгове опитування щодо ризикованої поведінки; питання щодо ВІЛ та ПТВ, доступ до тестування на ВГС та сифіліс.</p>	<p>«Дотестове консультування клієнта; скринінг на ВІЛ; тестування на ВІЛ (кров'яні тести); тестування ВГС + сифіліс (за наявності); післятестове консультування; видача презервативів, лубрикантів.</p> <p>Переадресація для отримання додаткових послуг: консультація юриста, психолога, шелтер, гуманітарна допомога.</p> <p>У разі позитивного результату тесту: складання плану подальших кроків щодо лікування, мотиваційне консультування щодо індексного тестування, опитування стосовно соціальних ризикованих мереж. Партнерам ЛЖВ — переадресація в програму ДКП; видача оральних тестів для партнерів.</p> <p>У разі негативного результату тесту: домовленість про проходження тестування через 3 місяці, обмін контактами; опитування стосовно соціальних мереж; видача оральних тестів.</p>	<p>Індивідуальний супровід до ЗОЗ, у разі необхідності транспортування клієнта до ЗОЗ за рахунок НУО, консультування щодо прихильності до медичного спостереження та лікування,</p> <p>переадресація для подальшого супроводу (прихильності до АРТ) у межах проєкту ДіП.</p> <p>У разі негативного результату — рекомендація та переадресація до ДКП, програм профілактики, переадресація для лікування ВГС/сифіліс/ЗПТ.</p>

ДЕ?	<ol style="list-style-type: none"> штаб ВПО; пункти видачі гуманітарної допомоги; ЗМІ, інтернет-ресурси (через оголошення в соціальних мережах); мережа магазинів-кафе «Алкомаркет»; «дружні» водії таксі; аутріч-маршрут у місця «надання послуг» клієнтам/вечірок, на дому в потенційної клієнтки. 	<ol style="list-style-type: none"> штаб ВПО; офіс організації; мережа магазинів-кафе «Алкомаркет» (один район міста на тиждень); місця «надання послуг» клієнтам/вечірок, на дому в потенційної клієнтки або в будь-якому зручному для клієнта місці. 	Кабінет «Довіра» або ЗОЗ, де працює лікар-інфекціоніст або консультативно-діагностичний центр у районі, де працює консультант або найближчий ЗОЗ за місцем проживання клієнта.
ХТО?	<ol style="list-style-type: none"> PR-менеджер (створення повідомлень та реклами в ЗМІ/соцмережах); керівник проєкту та соціальний працівник (розміщення інформації про послуги проєкту на різних локаціях); «дружні» водії таксі 	Соціальні працівники	Соціальні працівники
КОЛИ?	<ol style="list-style-type: none"> на постійній основі, щомісяця оновлення ІОМ; на постійній основі, щомісяця оновлення ІОМ; один раз на місяць; щосереди, щосуботи о 16:00–19:00; за кожного контакту з потенційною клієнткою; залежно від отриманої інформації про місце та час перебування потенційної клієнтки» 	<ol style="list-style-type: none"> залежно від напливу людей (інформацію надають волонтери установи); з понеділка по п'ятницю, 10:00–17:00; мережа магазинів-кафе «Алкомаркет» (один район міста на тиждень); щосереди, щосуботи з 16:00 до 19:00; залежно від домовленостей з клієнтом про зручне місце. 	Відповідно до графіків роботи ЗОЗ. Після отримання позитивного результату тесту (у той самий день після тестування або в наступний робочий день ЗОЗ). У разі, якщо клієнт не може з яких-небудь причин, то в зручний для клієнта час.

III. Результати

Завдяки реалізації цієї моделі було охоплено послугами з тестування 1598 осіб і виявлено 33 нові випадки ВІЛ. Відсотковий показник виявлення становить 2.1%. У подальшому всім виявленим особам з ВІЛ пропонувалося залучити до тестування їхніх статевих та ін'єкційних партнерів, а також біологічних дітей до 18 років.

ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ»

Київська область (м. Київ, Буча, Ірпінь, Біла Церква), Дніпропетровська область (м. Дніпро, Новомосковськ, П'ятихатки), Львівська область (м. Львів)

Цільова аудиторія моделі: чоловіки, які практикують секс з чоловіками

Специфіка моделі. ЧСЧ є дуже закритою групою клієнтів, які переживають за власну безпеку, соціальні ризики через розголошення інформації про їхні сексуальні практики та результати обстеження на ВІЛ. Тому модель ґрунтувалась на потребі підгрупи ЧСЧ, які живуть у невеликих містах, на суворому дотриманні конфіденційності про факт звернення за тестуванням — потрібно мати скритне безпечне місце для консультування й тестування, де можна відкрито говорити про ризики та не наражатися на СіД. Тому в межах цієї моделі точками надання послуг були виключно квартири клієнтів чи соціального працівника. Такий підхід спрацював і заохотив представників спільноти ЧСЧ охоче звертатися за ПТВ.

Опис моделі диференційованого надання послуг	
Назва моделі:	ДНП для ЧСЧ у маленьких містах і містечках (Київська обл., Дніпропетровська обл.)
Ключова група та додаткові характеристики:	<ul style="list-style-type: none"> • ЧСЧ, від 20 до 60 років, які проживають у маленьких містечках, мають недовіру та страх перед розголошенням приватної інформації про їхню ризиковану поведінку, належність до спільноти ЧСЧ; • мають високий ризик інфікування через сексуальні практики: випадкові сексуальні контакти, відмова від використання презервативу.

I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)

До роботи в цій моделі залучені соціальні працівники, які досить давно працюють з ЧСЧ. Середній вік консультантів, які працюють у невеликих містечках — біля 35 років. Консультанти мають широку мережу контактів ЧСЧ, особливо дорослого віку (35+), серед яких виявлення ВІЛ трапляється частіше.

Рекрутинг нових клієнтів до ПТВ також відбувається на спеціальних онлайн-платформах, якими найактивніше користуються представники ЧСЧ: соціальний працівник пропонує пройти тест на ВІЛ, отримати презервативи та лубриканти й інформувати про ВІЛ шляхом створення дописів на онлайн-платформах.

Місце для тестування обирається клієнтом: або зручне для клієнта місце, або на дому в консультанта. Такий підхід до ґрунтовного обрання безпечних для клієнтів місць для ПТВ створює довіру до консультанта і відповідає потребам підгрупи клієнтів.

II. Компоненти й складові елементи моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	<p>КОНСУЛЬТУВАННЯ</p> <p>Залучення до ПТВ: рекрутинг клієнтів серед числа ЧСЧ серед оточення та контактів, яким раніше надавались ПТВ</p> <p>Тестування на гепатит С та сифіліс (за умов наявності тест-систем). Розсилка/видача оральних тестів. Індексне тестування/ризиковані мережі. Скринінг ДКП/подальша видача ДКП. Мотиваційні набори (за умов наявності).</p>	<p>ПТВ, розповсюдження презервативів та лубрикантів.</p> <p>У разі негативного результату — скринінг на отримання ДКП. Видача оральних тестів для самотестування (індексне тестування/ризиковані мережі), тестування на гепатит С та сифіліс.</p> <p>У разі позитивного результату — консультування та мотивація клієнта до відвідування ЗОЗ.</p>	<p>Офлайн-супровід соціальним працівником до медичного працівника в обласний ЗОЗ для подальшого лікування у випадку підтвердження позитивного результату тесту, узяття на ДО, отримання АРТ.</p> <p>У разі негативного підтверджувального результату — видача ДКП, продовження нагляду за клієнтом. Супровід до АРТ та ДО, супровід до ДКП.</p>
ДЕ?	<ol style="list-style-type: none"> Мережа інтернет, зокрема додатки та сайти, які відвідують ЧСЧ: Hornet, Grindr, BlueSystem. Міжособистісне спілкування клієнтів про послуги та рекомендації один одному. 	<p>За місцезнаходженням клієнта або на дому в консультантів: м. Буча, м. Ірпінь, м. Біла Церква, м. Новомосковськ, м. П'ятихатки.</p>	<p>Відповідно до графіку роботи ЗОЗ в областях.</p> <p>Київська область:</p> <ol style="list-style-type: none"> Білоцерківський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом. Пн–пт, 08:30–18:00. Ірпінська міська поліклініка, Кабінет «Довіра». Пн–пт, 09:00–16:00. Бучанський консультативно-діагностичний центр. Пн–пт, 08:00–16:00. <p>Дніпропетровська область:</p> <ol style="list-style-type: none"> Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб (Дніпровський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом). Пн–пт, 08:00–16:30. Новомосковська центральна міська лікарня. Пн–пт, 09:00–16:00. П'ятихатська центральна районна лікарня «Дніпропетровської обласної ради», кабінет профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Пн–пт, 09:00–15:00.»

ХТО?	Соціальний працівник «рівний-рівному», який має вік понад 35 років	Соціальний працівник «рівний-рівному»	Соціальний працівник «рівний-рівному»
КОЛИ?	Час упродовж дня: 10:00–24:00	Відповідно до графіку роботи соціальних працівників ГО «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ» та за потребою клієнта: 09:00–20:00, щодня крім свят.	Відповідно до графіку роботи ЗОЗ в областях. Київська область: 1. Білоцерківський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом. Пн–пт, 08:30–18:00. 2. Ірпінська міська поліклініка, Кабінет «Довіра». Пн–пт, 09:00–16:00. 3. Бучанський консультативно-діагностичний центр. Пн–пт, 08:00–16:00. Дніпропетровська область: 1. Дніпропетровський обласний медичний центр соціально значущих хвороб (Дніпровський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом). Пн–пт, 08:00–16:30. 2. Новомосковська центральна міська лікарня. Пн–пт, 09:00–16:00. 3. П'ятихатська центральна районна лікарня «Дніпропетровської обласної ради», кабінет профілактики та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Пн–пт, 09:00–15:00.»

III. Результати

Завдяки реалізації цієї моделі було охоплено послугами з тестування 366 осіб і виявлено 68 нових випадків ВІЛ. Відсотковий показник виявлення становить 18.6%. У подальшому всім виявленим особам з ВІЛ пропонувалося залучити до тестування їхніх статевих та ін'єкційних партнерів, а також біологічних дітей до 18 років.

Крім того варто зазначити, що ця модель ДНП настільки добре враховує специфічні потреби КГН, що якісні послуги НУО впливають на:

- збільшення довіри ЧСЧ до послуг; і в водночас опосередковано на
- зміну моделі сексуальної поведінки в клієнтів на більш безпечну: клієнти отримують інформацію про профілактику ВІЛ та ІПСШ;
- попит на презервативи та лубриканти, постійний доступ до ПТВ, а також ДКП.

БО «100 відсотків життя. Київський регіон»**м. Київ, Київська область (м. Миронівка, м. Біла Церква, м. Бровари)**

Цільова аудиторія моделі: люди, які вживають наркотики ін'єкційно

Специфіка моделі. Модель сфокусована на наблизенні ПТВ до ЛВІН у просторовому контексті — акцент робиться на залученні ЛВІН до ПТВ у місцях сумісного вживання (місця скупчення, окремі квартири), парках при пунктах видачі ЗПТ, стаціонарних пунктах тестування Організації та на роботі через ризикові соціальні мережі клієнтів. Також, окрім ПТВ, моделлю передбачені додаткові послуги для ЛВІН на кшталт тестування на вірусний гепатит С, видача тестів для партнерів та близького оточення, консультування з питань ІПСШ. Враховуючи зміну наркосцени, зменшення кількості місць сумісного вживання, моделлю передбачене цільовий пошук ЛВІН консультантами рівний-рівному в зручний час для представників зазначеної КГН та мотивація для залучення до ПТВ.

Опис моделі диференційованого надання послуг	
Назва моделі:	Залучення ЛВІН на стаціонарних пунктах та аутріч-маршрутах
Ключова група та додаткові характеристики:	<ul style="list-style-type: none"> ЛВІН, які в цей час в активному споживанні наркотиків; 18–59 років, більше року вживання наркотиків, чоловіки та жінки, проживають у Києві та Київській області, мають зв'язки в ризикованій спільноті з іншими ЛВІН. Наявність партнерів по вживанню.

I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)

«Для ЛВІН у країні важливим є не тільки акцент на зменшенні шкоди, а й на якісному інформуванні цієї групи. За останні роки, у зв'язку зі зміною наркосцени, група ЛВІН стала більш роз'єднаною: меншає кількість місць скупчення клієнтів, менше з'являється нових клієнтів, хто не знає свій статус. Важливо залучати представників групи, тому що:

- доступні джерела споживання ін'єкційних наркотиків можуть бути втрачені через бойові дії або переїзд, є ризик пошуку «вуличних» наркотиків, використання «однієї голки» і як наслідок — зараження;
- доступ до програм обміну шприців та голок може бути обмежений, бо багато НУО або все ще не відновили свою роботу через військові дії, або змінили місце дислокації. Консультанти в м. Київ та в Київській області залучатимуть підгрупи до тестування, використовуючи мережевий підхід. Тестування відбувається на стаціонарних пунктах та на виїзді в разі потреби клієнтів, включно з тестуванням у «притонах», у місцях спільного вживання наркотиків та через рекрутинг у спільноті.

II. Компоненти й складові елементи моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	<p>Залучення: комплекс профілактичних послуг (видача презервативів, шприців), профілактичне консультування (загальна інформація про ВІЛ, ІПСШ), усне скринінгове опитування (на ризиковану поведінку; у форматі вільної бесіди). Консультація щодо отримання ЗПТ. Розповсюджуються візитівки/інформаційні матеріали про НУО серед тих, хто відмовився від участі в послугах.</p> <p>Тестування: пропонують швидкі тести на ВГС, тестування на ВІЛ (швидкими тестами; кров'яними та оральними).</p>	<p>Усім клієнтам, які перебувають на місці, пропонується тестування на ВІЛ швидким тестом.</p> <p>За бажанням клієнтів розповсюджуються оральні тести для партнерів по вживанню та/або сексуальних партнерів (індексне тестування).</p> <p>У разі позитивного результату тесту збирається контактна та персональна інформація клієнта з реактивним результатом.</p>	<p>Супровід: клієнт має змогу скористатися послугою таксі за рахунок проекту або дістатися до ЗОЗ на корпоративному автомобілі. Після прибуття його зустрічає соціальний працівник і супроводжує до кабінету, де проводяться скринінговий, верифікаційний та ідентифікаційний етапи тестування, узяття під медичний нагляд і лікування АРТ.</p> <p>Зв'язок із іншими послугами: пропонуються послуги психолога. Заповнюється анкета партнерів та обговорюється можливість і спосіб залучення цих партнерів.</p>
ДЕ?	<p>Стаціонарні пункти для тестування, на виїзді в разі потреби клієнта. Самозвернення. Місця спільного вживання: «притони», квартири. Аутріч-маршрути в парках біля пунктів видачі ЗПТ. Мережевий підхід</p>	<p>Стаціонарні пункти для тестування, на виїзді в разі потреби клієнта. Самозвернення. Місця спільного вживання: «притони», квартири. Аутріч-маршрути в парках біля пунктів видачі ЗПТ. Мережевий підхід</p>	<p>Найближчий кабінет «Довіра» за районом або Київський міський центр СНІДу/ Київський обласний центр СНІДу</p>
ХТО?	<p>Консультант «рівний-рівному», який проживає в цьому ж районі/місті, має особистий досвід споживання наркотичних засобів. Має доступ до спільноти ЛВІН.</p>	<p>Консультант «рівний-рівному», який проживає в цьому ж районі/місті, має особистий досвід споживання наркотичних засобів. Має доступ до спільноти ЛВІН.</p>	<p>Супровід до лікування забезпечує консультант «рівний-рівному», який проводив сортувальний етап тестування.</p>
КОЛИ?	<p>Протягом тижня з 12:00 до 18:00.</p>	<p>Протягом тижня з 12:00 до 18:00.</p>	<p>Наступного робочого дня ЗОЗ з 10:00 до 16:00.</p>

III. Результати

Завдяки реалізації цієї моделі було охоплено послугами з тестування 4376 осіб і виявлено 72 нові випадки ВІЛ. Відсотковий показник виявлення становить 1,6%. У подальшому всім виявленим особам із ВІЛ пропонувалося залучити до тестування їхніх статевих та ін'єкційних партнерів, а також біологічних дітей до 18 років. Модель передбачає просторове наближення послуг до представників КГН із урахуванням часових особливостей надання послуг, враховуючи особливості життєдіяльності КГН. Як мотивацію до отримання ПТВ фахівці організації пропонують додаткові послуги на кшталт тестування на ВГС, видачі тестів для партнерів та близького оточення, консультування з питань ІПСШ.

БО «ЧЕРНІГІВСЬКА МЕРЕЖА»**м. Чернігів та Чернігівська область (сmt. Талалаївка, сmt. Срібне, м. Ніжин, м. Прилуки)****Цільова аудиторія моделі:** дорослі чоловіки у віці 35+

Специфіка моделі. У цій моделі акцент зроблений на мобільне тестування та аутріч-маршрути серед місць зустрічей та перебування компаній дорослих, безробітних чи тимчасово зайнятих чоловіків (гаражі, лавочки та місця гри в карти, «розливайки» тощо). Модель ураховує та відповідає на такі потреби підгрупи: чоловіки старшого віку відчують себе в «розквіті сил», ведуть активне соціальне життя, але рідше за жінок реагують на зміни у своєму організмі й часто не звертаються за медичною допомогою. Отже, більшість із них ризикує стати ВІЛ-позитивними або вони вже мають прояви давнього інфікування. Саме з причин уникнення медичних закладів модель наближає ПТВ до клієнтів і додатково містить послуги з мультитестування, пропонуючи клієнтам КГН тестування не лише на ВІЛ, а й на вірусний гепатит С та сифіліс, щоб змити стигматизувальний акцент з ВІЛ/СНІДу на увагу до всіх ІПСШ.

Опис моделі диференційованого надання послуг	
Назва моделі:	Дорослі чоловіки, які практикують ризиковану поведінку
Ключова група та додаткові характеристики:	<ul style="list-style-type: none"> чоловіки, 35+ років, які живуть у м. Чернігів та області, що мали епізодичну або часто повторювану ризиковану поведінку й ніколи не робили тест на ВІЛ і гепатит С; мають секс із чоловіками та/або жінками, ВІЛ-статус яких є невідомим; часто безробітні, проживають у селах, спальних районах міста або СМТ; не приділяють увагу здоров'ю, можуть мати скарги на здоров'я чи часті вірусні захворювання, не мають сім'ї або мають проблеми в сім'ї, багато сексуальних партнерок, зловживання алкоголем.

I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)

Населення, яке не має факторів високого ризику інфікування ВІЛ є другою найбільш значущою групою в контексті епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. До 2007 року більшість ЛЖВ становили люди, які відносяться до КГ, серед них більше 80% були представниками ЛВІН. Починаючи з 2008 року, ВІЛ-позитивні представники КГН та загальне населення розподіляються практично порівну з подальшим зменшенням частки КГН у структурі ЛЖВ до 34% у 2025 році. У зв'язку з повномасштабним вторгненням та війною, що триває в Україні, люди менше звертають увагу на стан свого здоров'я. Щоб досягти стримування поширення ВІЛ на довоєнному рівні в Чернігівській області було вирішено наблизити ПТВ до чоловіків 35+ років шляхом масового/групового підходу до тестування переважно в мобільних пунктах.

II. Компоненти й складові елементи моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	<p>Залучення: профілактичне консультування (загальна інформація про ВІЛ, ІПСШ). Усне скринінгове опитування (на ризиковану поведінку у форматі вільної бесіди). Видача презервативів та лубрикантів.</p> <p>Тестування: пропозиція пройти тестування на ВГС, сифіліс (швидким кров'яним тестом). Пропозиція пройти тестування на ВІЛ (швидкими тестами; кров'яними та оральними). Розповсюдження візитівок/інформаційних матеріалів про НУО серед тих, хто відмовився від участі в послугах.</p>	<p>Тестування оральним або кров'яним тестом. Збір даних про ризиковані мережі клієнта. Пропозиція та видача оральних тестів для самотестування (індексне тестування/ризиковані мережі), тощо. У разі негативного результату: Пропозиція ДКП та анкета на необхідність залучення. У разі позитивного результату: Збір контактної та персональної інформації клієнта з реактивним результатом. Надання психо-соціальної допомоги Пропозиція індексного тестування.</p>	<p>Зустріч із клієнтом або особистий супровід до ЗОЗ, де відбувається підтвердження діагнозу «ВІЛ-інфекція» та взяття під медичний нагляд у ЗОЗ. Індивідуальний супровід на районі за місцем тестування (за наявності відповідних ЗОЗ) або таксі/особистий транспорт соціального працівника до ЗОЗ. Клієнтам, які отримати підтвердження статусу ВІЛ, пропонується поширювати оральні тести серед свого соціального оточення. Переадресація до проєктів формування прихильності до лікування (АРТ), школи пацієнта.</p>
ДЕ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пересувні лабораторії в спальних районах Чернігова. 2. Гаражі, місця спільного вживання алкогольних напоїв у місті Чернігів, обласних центрах, селищах. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Офіси Благодійної організації «Чернігівська МЕРЕЖА». 2. Місця спільного вживання алкогольних напоїв, гаражі, на базі мобільних лабораторій, у місці, зручному для клієнта, за попередньою домовленістю. 	<p>Кабінет «Довіра» або ЗОЗ, СНІД-центр, де працює інфекціоніст. За потреби — індивідуальний супровід до ЗОЗ.</p>
ХТО?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соціальні працівники організації. 2. Спеціально навчені консультанти в місті та громадах. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соціальні працівники організації. 2. Спеціально навчені консультанти в місті та громадах. 	<p>Соціальний працівник чи консультант, який залучив та надав послугу тестування.</p>
КОЛИ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. З понеділка по п'ятницю з 09:00 по 16:00. 2. З понеділка по неділю 24/7. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. З понеділка по п'ятницю з 08:00 по 17:00. 2. З понеділка по суботу з 08:00 по 18:00. 	<p>У найближчий робочий день після проведення реактивного тесту з 08:00 до 16:00 (переважно в першій половині дня).</p>

III. Результати

За 9 місяців пілотування моделі було охоплено 112 чоловіків, які відповідали визначеним критеріям і не співвідносили себе з жодною іншою КГН. У результаті ПТВ було виявлено 12 нових випадків ВІЛ-інфікування. Показник виявлення у відсотках сягає 12,3%. Ця модель є надзвичайно ефективною та буде реалізовуватися в подальшому з можливим розширенням географії застосування.

БО «FREE ZONE»**Миколаївська, Чернігівська, Черкаська, Закарпатська та Кіровоградська області**

Цільова аудиторія моделі: колишні ув'язнені та їхні соціальні мережі з ризикованою поведінкою

Специфіка моделі. Перший контакт із клієнтами відбувається ще на етапі підготовки ув'язнених до звільнення через регіональних координаторів, які мають налагоджені зв'язки з установами виконання покарань в областях, де впроваджують діяльність. Регіональний координатор під час спілкування з засудженими, які готуються до звільнення (у межах інших проєктів безпосередньо в УВП), мотивує клієнтів до залучення після звільнення до тестування на ВІЛ їхнього соціального оточення та партнерів, які мають високий рівень ризику інфікування (ЛВІН, ЧСЧ, СП, колишні ув'язнені). Тобто колишній ув'язнений фактично стає рекрутером і залучає представників свого оточення до тестування на ВІЛ (критерії осіб, які можуть бути залучені до тестування, чітко обговорюються регіональним координатором зі звільненим).

Рекрутер із числа КУ, який залучив до ПТВ інших осіб, отримує сертифікат як бонус та заохочення. Сертифікат видається лише в тому випадку, якщо людина прийшла на очну зустріч та пройшла тестування.

Опис моделі диференційованого надання послуг	
Назва моделі:	Залучення до ПТВ оточення та партнерів осіб із числа колишніх ув'язнених, які мають ризик інфікування ВІЛ (ЛВІН, СП, ЛВНЕІН, ЧСЧ та дорослих чоловіків, які практикують ризиковану поведінку)
Ключова група та додаткові характеристики:	<ul style="list-style-type: none"> • нещодавно звільнені особи (до 6 місяців), які перебували в місцях позбавлення волі та повернулись у свої громади; • представники їхніх соціальних мереж із підвищеним ризиком інфікування ВІЛ та партнери (статеві та/або ін'єкційні), які мають високий ризик інфікування ВІЛ (ЛВІН, СП, ЧСЧ, інша ризикована поведінка);

I. Загальна інформація про модель (короткий ситуаційний аналіз та визначення проблеми)

У перші дні після звільнення колишні ув'язнені в більшості випадків повертаються до свого звичного оточення та продовжують вести спосіб життя, який був притаманний їм до ув'язнення: зловживати алкоголем, наркотичними речовинами, практикувати незахищені багаточисельні сексуальні зв'язки, демонструвати кримінальну поведінку. Вони мають складнощі в отриманні медичної допомоги, зокрема на етапі «входження» в систему охорони здоров'я (підписання декларації з сімейним лікарем) через брак соціальних навичок, документів, стигматизацію тощо. Лише близько третини КУ після звільнення знаходять роботу та мають стабільне джерело доходів, інша третина КУ починає заробляти незаконним шляхом, близько п'ятої частини живе за рахунок співмешканок/ців або батьків, а решту можна віднести до змішаного типу. Усі вони мають високий ризик інфікування ВІЛ. Складнощі в наданні послуг таким клієнтам полягають у їхній низькій мотивації до лікування соціально небезпечних захворювань. Регіональні консультанти НУО здебільшого супроводжують клієнта «за руку» до ЗОЗ.

Регіональний координатор пропонує засудженими, які готуються до звільнення (у межах інших проєктів безпосередньо в УВП), долучитися після звільнення до Проєкту в якості рекрутера та залучити до тестування на ВІЛ своє соціальне оточення й партнерів, які мають високий рівень ризику інфікування (ЛВІН, ЧСЧ, СП, колишні ув'язнені). Тобто колишній ув'язнений фактично стає рекрутером і залучає представників свого оточення до тестування на ВІЛ.

Для заохочення рекрутерів використовуватиметься мотивація у вигляді мотиваційних продовольчих сертифікатів продуктових супермаркетів. Якщо звільнений залучив до тестування осіб, що відповідають критеріям, він отримує сертифікат. Ця мотивація стосується лише випадків, коли рекрутер безпосередньо приводить осіб до регіонального координатора для тестування кров'яними тестами.

Також мотивацією до тестування на ВІЛ стане доступ до тестування на ВГС і сифіліс, презервативів і лубрикантів, а також інших послуг, передбачених компліментарними проєктами (транспортування, сприяння у відновленні паспорту, забезпечення тимчасового проживання, допомога в укладанні декларації з сімейним лікарем тощо). Також передбачено розповсюдження оральних тестів для представників ризикованих соціальних мереж клієнтів у разі, якщо такі представники з певних причин не можуть або не хочуть зустрітися з регіональним координатором. Такий варіант тестування можливий також у разі віддаленого проживання як самого клієнта з числа звільнених осіб, так і його соціального оточення.

II. Компоненти й складові елементи моделі надання послуг із тестування на ВІЛ

	Залучення КГН до тестування	Послуги з тестування на ВІЛ	Зв'язок із лікуванням
ЩО?	Залучення КГ до тестування за допомогою надання різного роду мотивації (зокрема в межах реалізації інших проєктів за партнерства регіональних НУО): наприклад, шприців, спиртових серветок, презервативів, лубрикантів, запрошення на чай, каву або перекус до ком'юніті-центру або офісу НУО, проведення консультацій відповідно до потреб клієнта й ресурсів організації та партнерських НУО.	Тестування швидкими кров'яними та оральними тестами, опитування щодо ризикованих мереж, скринінг на ТБ, ДКП, видача оральних тестів для ризикованих мереж, тестування на ВГС та сифіліс. У разі негативного результату: післятестове консультування щодо ДКП/ЗПТ. У разі позитивного результату: післятестове консультування щодо АРТ та ВІЛ, мотивація клієнта до залучення партнерів до ПТВ.	Супровід до ЗОЗ, постановка на Д-облік, призначення АРТ, переадресація в ЗОЗ для супроводу щодо інших захворювань.
ДЕ?	В установах виконання покарань у Кіровоградській, Чернігівській, Миколаївській, Черкаській областях. У Чернігівському обласному протитуберкульозному диспансері. У пункті надання ЗПТ: Чернігівській обласний наркологічний диспансер. У м. Черкаси: у пункті надання ЗПТ, у кабінеті довіри, кабінеті дружньому до ЧСЧ, ком'юніті-центрі для ЛВІН.	Усі області: у регіональних шелтерах, в офісах НУО (4 заклади). Закарпаття: у кабінеті, дружньому до ЧСЧ, ком'юніті-центрі для ЛВІН. м. Чернігів: у місці збору клієнтів.	Профільні ЗОЗ.

ХТО?	Рекрутери з числа звільнених, рекрутери з числа протестованих клієнтів, регіональні координатори.	Регіональні координатори, самотестування.	Медичні працівники ЗОЗ та регіональні координатори в Кіровоградській, Черкаській, Чернігівській, Миколаївській, Закарпатській областях.
КОЛИ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Під час підготовки до звільнення — залучення до рекрутерства 2. Під час відвідування КГ пункту надання ЗПТ, регіональні координатори декілька разів на місяць виїжджають для проведення мотиваційної роботи відповідно до графіку роботи пункту надання ЗПТ. 3. Під час використання клієнтами електронного застосунку FREE LIFE (онлайн з мобільного телефону або планшету/комп'ютера) відповідно до правил внутрішнього розпорядку в УВП. 	У будні з 9:00 до 18:00, в окремих випадках — за попередньою домовленістю з клієнтом. Це може відбуватися й у вечірній час або на вихідних.	Відбувається на постійній основі згідно з графіками роботи профільних ЗОЗ у конкретному населеному пункті.

III. Результати

Завдяки реалізації цієї моделі було охоплено послугами з тестування 1124 осіб і виявлено 21 нові випадки ВІЛ. Відсотковий показник виявлення становить 1.8%. У подальшому всім виявленим особам із ВІЛ пропонувалося залучити до тестування їхніх статевих та ін'єкційних партнерів, а також біологічних дітей до 18 років. Окремо варто відзначити, що рекрутери з числа колишніх ув'язнених залучали до ПТВ осіб, які відносили себе до таких КГН: ЛВІН, ЧСЧ, СП, ЛВнеІН, дорослі чоловіки 35+, які практикують ризиковану поведінку. У розрізі КГН, яких було залучено до ПТВ за допомогою цієї моделі ДНП, найбільше виявлень серед ЛВІНів — 15 нових випадків ВІЛ серед 989 протестованих, що становить 1.5% у відсотковому значенні.

