

ЮНЭЙДС/ВОЗ
Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИД/ИПП

Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии: опыт Индонезии



Всемирная организация
здравоохранения



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС
ЮНИСЕФ • МПГП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

UNAIDS/04.17R
(перевод на русский язык, март 2004 г.)

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/04.17E, март 2004г.:
Case study on estimating HIV infection in a concentrated epidemic : lessons from Indonesia

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 2004.

Все права охраняются. Совместные публикации ЮНЭЙДС и ВОЗ можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids.org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС или ВОЗ какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города,

района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС или ВОЗ поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС и ВОЗ не гарантируют полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несут ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Данные для каталога публикаций ВОЗ

Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИД/ИПП.
Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии: опыт Индонезии/
Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИД/ИПП.

1.ВИЧ-инфекция – эпидемиология 2.Синдром приобретенного иммунодефицита – эпидемиология 3.Эпидемиологический надзор – методы 4.Вспышки заболеваний 5.Отчеты о случаях 6.Индонезия I.Название II.Название: Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии: опыт Индонезии.

ISBN 92 9173 362 8

(Классификация NLM: WC 503.4 L14)

Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии: опыт Индонезии



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК



Всемирная организация
здравоохранения

Выражение признательности

ЮНЭЙДС в высшей степени благодарна правительству Индонезии за полный и открытый обмен опытом осуществления национального процесса оценки ситуации с ВИЧ. ЮНЭЙДС хотела бы поблагодарить всех участников национального оценочного процесса (см. Приложение 1). Особую благодарность хотелось бы высказать сотрудникам Главного управления по контролю над инфекционными заболеваниями и экологическому здоровью и подотдела по борьбе с ВИЧ/СПИДом, в частности, докторам Хаикину Рахмату, Сайфулу Язану и Сигит Прихутомо. Поддержку оценочному процессу оказывала программа «Акси Стоп ЭЙДС», финансируемая Агентством международного развития США, при участии ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения. Элизабет Писэйни помогала в составлении этого доклада.

Содержание

1. Введение	5
2. Для чего проводятся национальные оценки уровня ВИЧ-инфекции?	6
3. Сложности с оценкой в условиях концентрированных эпидемий	7
4. Проблемы, с которыми столкнулась Индонезия	8
4.1 Различные формы поведения высокого риска	8
4.2 Определение числа людей, практикующих рискованное поведение	9
4.3 Большое географическое разнообразие	9
4.4 Децентрализация структуры органов власти	9
5. Выбор процесса	10
5.1 Кого следует привлечь к проведению оценки?	10
5.2 Какие шаги необходимо сделать?	10
6. Процесс на практике	12
6.1 Представление концепции оценочного процесса	12
6.2 Обсуждение возможных методов и источников данных	12
6.3 Определение основных правил	15
6.4 Составление электронных таблиц	16
6.5 Технические рабочие группы	17
6.6 Получение мнения сторонних специалистов	17
7. Путь вперед: строительство на надежном фундаменте	19
7.1 Улучшение вводимых данных	19
7.2 Децентрализация процесса оценки	19
7.3 Быстрое распространение результатов: согласованный процесс утверждения	20
7.4 Лучшее использование результатов: краткосрочный прогноз	20
Вывод	21

1. Введение

В Индонезии, расположенной на 13 000 островов, проживает более 210 млн. человек. В конце 80-х и почти на всем протяжении 90-х годов прошлого века казалось, что стране удалось избежать наихудших проявлений эпидемии ВИЧ, которая в то время начала бурно распространяться в некоторых странах Юго-Восточной Азии, таких, как Камбоджа, Мьянма и Таиланд. Однако к 2000 году система эпиднадзора начала регистрировать рост распространенности ВИЧ в некоторых группах населения с рискованным сексуальным и связанным с приемом наркотиков поведением.

В результате предыдущих попыток дать оценку воздействия ВИЧ в Индонезии получались самые разные цифры – от нескольких тысяч до нескольких миллионов, и было мало информации о распределении инфекции как по стране, так и по группам людей с различными формами рискованного поведения. Главным же недостатком этих первых оценок было то, что их осуществляли один или два человека, не являющихся жителями Индонезии, на основе крайне ограниченных данных.

Признавая важность увеличения объемов и повышения качества информации для принятия обоснованных решений по вопросам профилактики ВИЧ и ухода за больными, правительство Индонезии в мае 2001 г. решительно поддержало принципы эпиднадзора второго поколения для ВИЧ в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и ЮНЭЙДС¹.

При эпиднадзоре второго поколения ресурсы направляются в основном для надзора за группами населения, чье поведение особенно сильно способствует распространению ВИЧ – вируса иммунодефицита человека, который вызывает СПИД. Информация, полученная в ходе поведенческого и биологического надзора, используется для того, чтобы лучше понимать особенности эпидемии ВИЧ: где в настоящий момент сконцентрирована инфекция, и кто может подвергнуться риску в будущем, если не произойдет изменений в существующем поведении?

Новая информация, которая была получена с помощью системы эпиднадзора второго поколения, позволила Индонезии сделать более достоверные оценки числа ВИЧ-инфицированных. В 2002 году министерство здравоохранения начало работу, позволившую получить более полную оценку числа людей, подвергающихся риску инфицирования ВИЧ в Индонезии, и тех, кто уже инфицирован. Технические подробности этих оценок опубликованы на индонезийском и английском языках². В этом документе описан процесс разработки оценок в стране, рассматриваются некоторые из возникших проблем, принятые решения и извлеченные уроки. ЮНЭЙДС благодарит Индонезию за предоставленные материалы и выражает надежду, что другие страны, где эпидемия сконцентрирована среди групп населения с поведением высокого риска, смогут с пользой для себя применить аналогичный процесс оценки.

¹ ЮНЭЙДС/ВОЗ. *Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ.* ЮНЭЙДС/ВОЗ; Женева, 2000.

² Indonesian Ministry of Health (2003) *National estimates of adult HIV infection, Indonesia 2002*, Jakarta.

2. Для чего проводятся национальные оценки уровня ВИЧ-инфекции?

Перед тем, как перейти к непосредственному рассмотрению индонезийского опыта, стоит сделать несколько общих замечаний о целях проведения оценки ВИЧ инфекции. Иногда кажется, что мы уже знаем, как и почему распространяется ВИЧ; и следует меньше беспокоиться о цифрах, а больше заниматься программами, которые ограничат распространение эпидемии и ее воздействие. Но в действительности эпидемии ВИЧ динамичны. Что справедливо в отношении одной страны, необязательно будет соответствовать действительности в другой, а то, что было истинным два года назад, может оказаться неверным в этом году. Работники здравоохранения должны регулярно проводить мониторинг данных, оценивая информацию о ВИЧ и рискованном поведении, в целях контроля за тем, происходят ли со временем какие-нибудь изменения ситуации. Такой мониторинг, являющийся основным в процессе оценки, ведет к лучшему пониманию того, кто ВИЧ-инфицирован, а кто подвергается риску инфицирования в любое конкретное время. А лучшее понимание, в свою очередь, позволяет улучшить пропаганду и планирование программ – вот две основные причины, почему нужны достоверные оценки ВИЧ-инфекции.

«Пропаганда» в данном контексте означает лоббирование с целью получения ресурсов для профилактики ВИЧ и ухода за больными. По мере того, как международное сообщество начинает осознать, что ВИЧ представляет собой угрозу развитию, для противодействия этой угрозе выделяется все больше и больше ресурсов. Большинство ресурсов предназначается странам с высоким уровнем распространенности ВИЧ и, следовательно, с большим количеством людей, нуждающихся в уходе. Однако ресурсы предоставляются также и странам, в которых еще возможна эффективная профилактика. В обоих случаях странам необходимо иметь достоверные, основанные на фактических данных оценки того, сколько людей уже живет с ВИЧ и сколько подвергается потенциальному риску заражения ВИЧ из-за того, что они практикуют поведение с высокой степенью риска.

Эффективное международное лоббирование может зависеть от того, убеждено ли высшее руководство страны, что ВИЧ представляет собой реальную проблему в их национальных условиях, но во многих странах это еще не так. Поэтому пропагандистская работа, основанная на надежных национальных оценках уровня ВИЧ-инфекции и риска, должна быть в первую очередь направлена на правительство или администрацию президента страны, в которой проводится оценка.

Правительство страны должно первым знакомиться с результатами оценок в связи с планированием программ. Процессы в стране пойдут быстрее, если вопросам здоровья и развития будет уделяться приоритетное внимание с целью

достижения максимально результативного использования задействованных финансовых и людских ресурсов. Эффективное установление приоритетов возможно только там, где легко получить информацию, необходимую для того, чтобы сделать правильный выбор. Квалифицированные национальные оценки, основанные на надежных данных, дают информацию о том, какие группы населения, вероятнее всего, могут быть инфицированы ВИЧ, кто подвергается наиболее высокому риску инфицирования и какие виды поведения являются рискованными. Кроме того, в процессе проведения оценки можно получить информацию о территориальном и возрастном распределении этих групп. Вся эта информация необходима для планирования мероприятий по профилактике ВИЧ и уходу за больными с целью оказания максимального воздействия на распространение ВИЧ и благосостояние пострадавших от эпидемии.

О третьем преимуществе национальных оценок редко упоминают, хотя оно заслуживает внимания. Квалифицированная оценка, подобная той, которая проводилась в Индонезии и описывается в данном документе, сводит вместе самых разнообразных участников, которые раньше мало контактировали друг с другом. Живое обсуждение и обмен информацией между организациями, которые раньше с недоверием относились друг к другу, например, между правоохранительными органами и неправительственными организациями (НПО), помогают наладить отношения, которые приводят к серьезному улучшению программ по профилактике ВИЧ.

И, наконец, давайте реально смотреть на вещи: у международных организаций есть собственные потребности и задачи. Предоставление информации о ВИЧ-инфекции и риске инфицирования по всем странам мира является одним из основных видов деятельности ЮНЭЙДС и ее коспонсоров. ЮНЭЙДС признает, что процессы оценки на основе имеющихся данных, осуществляемые на национальном уровне, позволяют получить значительно более точные оценки, чем те, что можно получить в штаб-квартирах международных организаций, обладающих ограниченными данными. Когда страна осуществляет такой процесс и документирует его методы, предположения и результаты, которыми делится с международными организациями, такая национальная оценка почти всегда будет использоваться международными организациями в качестве официальной. Таким образом, это позволяет улучшить качество информации, доступной на международном уровне, и избежать путаницы, возникающей в тех случаях, когда оценки, публикуемые международными организациями, отличаются от оценок, полученных национальными правительствами.

3. Сложности с оценкой в условиях концентрированных эпидемий

В последние годы во всем мире уделяется довольно много внимания эпидемиям ВИЧ в восточной и южной частях Африки, где среди взрослого населения очень высок процент ВИЧ-инфицированных. В условиях таких долговременных эпидемий, где вирус передается главным образом через сексуальные контакты между мужчинами и женщинами среди населения в целом, довольно просто провести оценку количества ВИЧ-инфицированных людей. Для получения национальной оценки количества людей, живущих с ВИЧ, показатели распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих женские консультации, с учетом распределения по возрасту, полу, месту проживания – в городской или сельской местности – используются для всего взрослого населения страны.

В странах, где основная масса случаев ВИЧ сконцентрирована внутри групп населения, чье поведение подвергает их особенно высокому риску заражения и передачи вируса, оценки, основанные на показателях распространенности ВИЧ среди беременных женщин, посещающих женские консультации, могут оказаться весьма неточными. Мужчины, имеющие секс с мужчинами, и потребители инъекционных наркотиков мужского пола не беременеют, поэтому, если они составляют значительную часть ВИЧ-инфицированных, в оценках, сделанных на основе данных из женских консультаций, будет пропущена значительная часть общей картины эпидемии. Некоторые типы эпидемий, распространяющихся гетеросексуальным путем, также нельзя верно оценить на основе данных из женских консультаций. Этот способ предполагает, что инфекция распространяется относительно равномерно между мужчинами и женщинами среди населения в целом, в то время как в некоторых странах сравнительно большое количество клиентов мужского пола покупают сексуальные услуги у сравнительно небольшого количества работниц секс-бизнеса. В результате этого инфицированных мужчин обычно больше, чем инфицированных женщин, особенно на начальных этапах эпидемии. Кроме того, как правило профессиональные работницы секс-бизнеса чаще других женщин бывают бесплодными или используют противозачаточные средства. Это значит, что оценки на основе данных из женских консультаций неверно отражают истинный уровень ВИЧ-инфекции в странах, где эпидемия в значительной степени распространяется путем коммерческого секса между мужчинами и женщинами.

Поэтому те, кто хочет сделать верные оценки ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии, должны использовать другой подход. Прежде всего, следует решить, какие группы населения могут подвергаться наибольшему риску заражения ВИЧ из-за своего сексуального или связанного с употреблением наркотиков поведения в их национальных условиях. Затем нужно оценить, сколько человек в стране практикуют такие виды рискованного

поведения. Необходимо учесть, подвергается ли кто-нибудь еще риску инфицирования ВИЧ от тех, кто практикует такие виды поведения, даже если сам и не занимается ничем подобным. Вероятно, следовало бы также принять во внимание, что значительное количество людей, практиковавших ранее рискованные виды поведения (и, возможно, заразившихся в то время ВИЧ), с тех пор вышли из этих групп населения – например, оставили секс-бизнес или перестали принимать наркотики инъекционным путем. И, разумеется, необходимо иметь представление о распространенности ВИЧ в каждой группе высокого риска.

Как показывает пример Индонезии, сила национальной оценки ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии в значительной мере зависит от того, в каком объеме система эпиднадзора за ВИЧ предоставляет информацию относительно уровней рискованного поведения, ВИЧ-инфекции и количества людей в каждой группе населения, потенциально уязвимого к вирусу.

4. Проблемы, с которыми столкнулась Индонезия

Индонезия – большая страна, переживающая стремительные политические, социальные и экономические перемены. Последние изменения в мобильности и поведении населения, вероятно, способствовали распространению ВИЧ, в то время как изменения в административной структуре создали как проблемы, так и возможности для отслеживания меняющихся видов поведения и моделей эпидемии. Ниже описаны некоторые из проблем, с которыми столкнулась Индонезия, и которые в настоящее время являются общими для многих других стран, обдумывающих, как улучшить понимание своих национальных эпидемий.

4.1 Различные формы поведения высокого риска

В Индонезии проживает более 210 миллионов человек, принадлежащих к множеству различных культур и этнических групп. Большинство населения – мусульмане, однако многочисленные меньшинства исповедуют почти все другие основные религии. Моногамный брак и тесные отношения со всеми родственниками являются нормой. Однако, как позволяет предположить такое многообразие населения, здесь можно найти практически любой вид человеческого поведения, включая сексуальное поведение и поведение, связанное с приемом наркотиков, которые несут с собой высокий риск инфицирования ВИЧ. В каждом обществе можно найти потребителей инъекционных наркотиков, гетеросексуалов, часто меняющих партнеров (как правило, это работники секс-бизнеса и их клиенты), и мужчин, имеющих секс с мужчинами; это самые распространенные группы населения, подверженные риску заражения ВИЧ, и практически в каждой стране с концентрированной эпидемией необходимо отслеживать поведение и распространение инфекции в этих группах. Но в странах должны также знать о других группах высокого риска, существующих в их собственных социально-экономических и культурных условиях. В некоторых странах сюда можно включить рабочих-мигрантов или группы, уязвимые к внутрибольничным инфекциям; в других – работников секс-бизнеса, изменивших половую принадлежность, или уличных детей. Здесь коротко описаны группы населения, в которых происходит основная масса случаев инфицирования ВИЧ в Индонезии.

Потребители инъекционных наркотиков

За последние годы в Индонезии произошел стремительный рост потребления запрещенных наркотиков, особенно среди молодежи. Среди мальчиков-учеников средней школы в столице страны Джакарте, включенных в национальную систему эпиднадзора, каждый третий признался в употреблении запрещенных наркотиков, а каждый сороковой уже начал употреблять инъекционные наркотики. По данным

дозорного эпиднадзора среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Джакарте, с конца девяностых годов прошлого века распространенность ВИЧ значительно возросла; к 2001 году каждый второй потребитель инъекционных наркотиков был ВИЧ-инфицирован. Девять из десяти ПИН – мужского пола, и почти все они подростки или в возрасте от 20 до 29 лет.

Работники коммерческого секса

Большинство индонезийских мужчин имеют сексуальные отношения только со своими женами. Однако существует группа людей, в которую входит большая часть мобильного населения страны – моряки, работники транспорта и работники-мигранты, которые время от времени покупают сексуальные услуги. Большинство покупает услуги работников секс-бизнеса. Работники секс-бизнеса – трансвеститы, известные под именем «варья», также продают сексуальные услуги мужчинам, которые считают себя гетеросексуальными. Работницы секс-бизнеса и «варья» удовлетворяют спрос клиентов-мужчин по всему архипелагу. По последним данным эпиднадзора, ВИЧ-инфекция среди трансвеститов в 10 раз выше, чем среди работников секс-бизнеса женского пола (последние представляют собой гораздо большую группу), но во многих частях страны резко возрастает распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами

Помимо секса между «варья» и их клиентами мужского пола, в Индонезии существуют и другие виды сексуальных отношений между мужчинами. В крупных городах мужчины могут купить сексуальные услуги у работников секс-бизнеса мужского пола. В последние годы в столице и других крупных городах геи перестали скрывать свою ориентацию. Секс между мужчинами продолжает подвергаться сильной стигматизации, а эпиднадзор среди мужчин секс-бизнеса и геев начали проводить только в 2002 году в столице страны – Джакарте. В этих группах населения уровень ВИЧ-инфекции выше, чем среди женщин секс-бизнеса.

Другие группы риска

Расширяющаяся система поведенческого надзора позволила получить информацию, которая заставила руководство индонезийского здравоохранения прийти к выводу, что группы населения, подвергающиеся риску инфицирования ВИЧ, невозможно втиснуть в строгие рамки. Многие люди практикуют несколько типов рискованного поведения. Например, многие ПИН также покупают сексуальные услуги у женщин-работников секс-бизнеса, в то время как мужчины, продающие сексуальные услуги другим мужчинам, также покупают сексуальные услуги у женщин. К тому же многие люди, которые не принадлежат ни к одной из групп

населения, перечисленных выше, также подвергаются риску ВИЧ-инфекции, потому что они имеют секс с супругами, партнерами или партнерами, которые практикуют рискованное поведение.

Многие виды поведения, описанные выше, практикуют только малочисленные меньшинства огромного населения Индонезии. Однако руководство здравоохранения не может позволить себе игнорировать ни одно из них, потому что группы взаимодействуют, а это значит, что рост ВИЧ в одной из групп риска может легко способствовать росту эпидемии в других группах.

4.2 Определение числа людей, практикующих рискованное поведение

Для того чтобы получить достоверную оценку количества людей, инфицированных ВИЧ, нам необходимо знать не только уровень распространенности ВИЧ внутри группы, но также и абсолютный размер группы. До настоящего времени системы эпиднадзора уделяют основное внимание составлению первой части этого уравнения: это позволяет нам с уверенностью сказать, что из 300 прошедших тестирование ПИН 108 человек ВИЧ-инфицированы, или, другими словами, что распространенность ВИЧ среди ПИН находится в пределах 36%. Но фактически ни в одной стране не было разработано подробной оценки количества людей в каждой группе населения, подвергающейся риску заражения ВИЧ.

В Индонезии осознали, что правильные оценки размера населения, подвергающегося риску ВИЧ, лежат в основе достоверных оценок числа инфицированных людей. Стране действительно пришлось начинать с нуля оценку размера каждой из этих групп населения. Этот процесс более подробно описан ниже в данном документе, однако, стоит упомянуть, что привлечение людей, имеющих доступ к широкому выбору данных, сделало возможным получить оценки на основе достоверных данных по большинству групп населения, используя существующие источники данных и простые методы множителя.

4.3 Большое географическое разнообразие

Индонезия растянулась примерно на 5 000 км вдоль экватора – примерно такое же расстояние от Лондона до Москвы. Более 40% населения проживает в городах, включая такие мегаполисы, как район Джакарты с пригородами, где проживает около 12 миллионов человек.

На другом конце этого спектра – огромные малонаселенные провинции, вроде Папуа, где всего 2 миллиона человек проживает на территории, площадь которой больше, чем площадь Германии, Бельгии и Нидерландов, вместе взятых. Где-то посередине находятся оживленные торговые центры, такие как Макаassar на Южном Сулавеси, такие популярные среди туристов острова, как Бали и Батам, густонаселенные сельские районы острова Ява и огромные и относительно пустые джунгли Суматры и Калимантана.

Такому природному разнообразию соответствует разнообразие культур и, следовательно, поведения. Есть информация о том, что потребление инъекционных наркотиков более распространено на перенаселенных, урбанизированных островах Западной Индонезии, а по данным антропологов, на одних островах люди ведут более активную сексуальную жизнь, чем на других. Сильно отличается и уровень развития инфраструктуры – в то время как некоторые районы остаются относительно изолированными, другие стали неотъемлемой частью системы национальной и международной миграции. Даже если бы по всей Индонезии у всех людей было одинаковое поведение, различия в инфраструктуре означают, что ВИЧ-инфекция проникла бы в разные части страны в разное время и распространялась бы с разной скоростью. Поэтому идея разработки единой национальной оценки ВИЧ-инфекции, которая бы учитывала все многообразие индонезийских реалий, представлялась невыполнимой.

4.4 Децентрализация структуры органов власти

За последние два года Индонезия пережила стремительный процесс децентрализации, связанный отчасти с противоречиями, обусловленными географическим, культурным и экономическим многообразием страны. Это создало много преимуществ, некоторые из них будут описаны ниже. Однако это привело и к возникновению отдельных проблем в системах управления. Работа по сбору данных, которая раньше управлялась и осуществлялась централизованно, сегодня все чаще передается на районный уровень, где ограниченные человеческие ресурсы и конкурирующие заявки на выделение средств подрывают такие виды деятельности, как сбор данных, который считается второстепенным.

Так же, как и во многих других децентрализованных странах, перед Индонезией стоит задача сохранения стандартов и качества работы информационных систем общественного здравоохранения, при этом удовлетворяющих информационные потребности лиц, принимающих стратегические решения на местах.

5. Выбор процесса

В 2002 году, когда Министерство здравоохранения Индонезии приняло решение внедрить новый процесс оценки ВИЧ-инфекции, существовало мало примеров для подражания из других крупных стран с концентрированными эпидемиями. Подотделу по борьбе с ВИЧ/СПИДом при Главном управлении по контролю над инфекционными заболеваниями и экологическим здоровьем (известный в Индонезии под сокращением Р2М) пришлось принять несколько основополагающих решений о процессе, перед тем как можно было начать разработку оценок. В данном разделе рассматриваются возникшие при этом вопросы.

5.1 Кого следует привлечь к проведению оценки?

Предыдущие оценки выполнялись небольшой горсткой эпидемиологов и других специалистов внутри Министерства здравоохранения, обычно под руководством находящегося в краткосрочной командировке иностранного специалиста. Окончательные оценки часто подвергались резкой критике со стороны индонезийцев из других сфер деятельности – особенно со стороны людей, живущих со СПИДом, членов групп риска и неправительственных организаций, которые работают для удовлетворения своих потребностей.

В Министерстве здравоохранения понимали, что привлечь этих партнеров к процессу оценки было важно по нескольким причинам, а самое главное – из-за неоценимых знаний, которыми они могут поделиться. В пострадавших от эпидемии общинах часто очень хорошо знают о динамике и распределении рискованного поведения, эти общины часто привлекают к исследованиям ситуаций, связанных с таким поведением, а иногда у них есть доступ к информации и данным, которые были собраны вне государственной системы.

Кроме того, было признано, что не только Министерство здравоохранения, но и многие другие правительственные министерства могут обладать важными данными и информацией, необходимыми для общего дела. Так, например, Департамент социальных вопросов проводит активную работу с работниками секс-бизнеса, транзититами и потребителями наркотиков и собирает данные по этим группам населения, а Национальная комиссия по СПИДу активно работает с группами, практикующими рискованное поведение. В последние годы системой эпиднадзора зарегистрирован резкий рост ВИЧ-инфекции среди заключенных, и есть мнение, что пенитенциарные службы могут владеть информацией, в обычном порядке недоступной системе общественного здравоохранения. Кроме того, Департамент транспорта владеет информацией о мобильных группах населения, а полиция, армия и организации по борьбе с наркотиками имеют информацию, которую можно было бы использовать для проведения косвенной оценки с целью получения более точных данных

о размерах групп населения, подвергающихся риску инфицирования ВИЧ.

Большая часть информации о распространенности ВИЧ и ИПП и рискованном поведении в Индонезии поступает по каналам системы дозорного эпиднадзора, работающей в рамках Министерства здравоохранения и осуществляемой в партнерстве с Центральным статистическим управлением. Однако Министерство здравоохранения признало, что данные соответствующих исследований можно получить и из других источников, включая собственный исследовательский институт при Министерстве, университеты и программы профилактики и ухода за больными.

Министерство здравоохранения Индонезии могло бы принять решение исключать любую информацию, поступившую не из «официальной» системы эпиднадзора за ВИЧ или не из «официальных» правительственных источников. Вместо этого в Министерстве было решено «закинуть сети» как можно шире, чтобы получить данные из максимально возможного числа самых разнообразных источников. Существовало мнение, что открытое обсуждение всех доступных данных из всех источников позволит организовать процесс своеобразной экспертной оценки; при этом оценки будут составляться с использованием различных методов и множества источников данных, и наиболее устойчивые из них будут, в конечном счете, отобраны для использования в оценочном процессе.

Ключевые уроки и решения

- Вовлечь в оценочный процесс максимально возможное число партнеров.
- Использовать данные из всех имеющихся источников после критического обсуждения их качества.

5.2 Какие шаги необходимо сделать?

С самого начала было понятно, что надежные оценки размеров групп населения и уровней ВИЧ-инфекции в разных группах невозможно получить за один день силами нескольких человек. Для этого необходимо осуществить широкий процесс, включающий несколько отдельных этапов. Некоторые из этих этапов можно предусмотреть в самом начале работы. Министерство здравоохранения, которое возглавляло процесс, определило следующие этапы:

- Разъяснить концепцию оценочного процесса всем возможным партнерам.
- Обсудить возможные методы и источники данных, и согласовать основные правила.
- Принять решение о том, какие группы и регионы следует включать в оценку.

- Подготовить необходимые инструменты, включая сопоставление данных и электронные таблицы.
- Провести рабочие технические совещания с целью рассмотрения и улучшения оценок по каждой группе населения.
- Представить предварительные оценки широкой группе заинтересованных партнеров на национальном и международном уровнях.
- Учесть комментарии, откорректировать оценки и подготовить их окончательную версию.
- Тщательно документировать ход процесса и предположения.
- Опубликовать оценки.

На практике некоторые из этих этапов можно либо объединить в виде многодневных совещаний, либо осуществлять одновременно. С начала и до конца этот процесс занял три (очень напряженные!) недели. Более подробно эти этапы рассматриваются ниже.

Основные уроки и решения

- Осуществить многоступенчатый процесс на национальном уровне с привлечением широкого опыта и самых разных мнений.
- На последнем этапе представить оценку на рассмотрение международных специалистов.
- Задokumentировать и опубликовать результаты.

6. Процесс на практике

6.1 Представление концепции оценочного процесса

Такой многоступенчатый оценочный процесс никогда раньше не осуществлялся в Индонезии, не говоря уже о вовлечении такого широкого круга партнеров. Многие из этих партнеров, например, организации людей, живущих с ВИЧ, наркологические клиники, организации трансвеститов или работников секс-бизнеса, постоянно сталкиваются с ВИЧ в жизни или работе. В то же время, многим другим партнерам, таким как Департамент транспорта или руководство тюрем, нечасто приходится принимать непосредственные решения в связи с эпидемией. Поэтому первым, важным этапом стало представление концепции оценочного процесса, разъяснение его целей и ожидаемых результатов, а также роли каждого участника.

Поскольку структура государственного управления в Индонезии устроена довольно сложно, эта работа проводилась в несколько этапов. Сначала подраздел по борьбе с ВИЧ при Министерстве здравоохранения провел совещание с участием всех потенциальных партнеров на национальном уровне в Джакарте. На этом совещании было решено, что в течение первого года процесс будет осуществляться на национальном уровне, как это описано ниже. Однако было также признано, что задача заключается в последующей передаче осуществления процесса на уровень провинций и районов, где в последнее время все чаще принимаются решения о программах борьбы с ВИЧ. Для того чтобы подготовить такую передачу полномочий, идея процесса была с самого начала представлена руководству провинциальных управлений здравоохранения и советов по борьбе со СПИДом. Предложения, которые могли бы улучшить качество оценок, всячески приветствовались и поощрялись. Многие руководители органов общественного здравоохранения из провинций с энтузиазмом восприняли процесс и выразили готовность принимать более активное участие в этой работе в будущем.

Ключевые уроки и решения

- С самого начала уточнить цели, роли и ожидаемые результаты.
- С самого начала обеспечить возможность обратной связи между провинциями и центральным уровнем в рамках подготовки к децентрализации процесса в будущем.

6.2 Обсуждение возможных методов и источников данных

После того, как идея проведения оценки была представлена на совещаниях в Джакарте, участники перешли к непосредственному обсуждению возможных методов работы. Основная методика была ясна с самого начала и группа приняла решение сделать следующее:

- Определить регионы для проведения оценки.
- Определить группы населения, которые необходимо включить в оценку.
- Оценить размер этих групп.
- Оценить уровень распространенности ВИЧ в этих группах.
- Умножить показатели размера группы населения на показатели уровня распространенности ВИЧ в этой группе, чтобы получить оценку числа людей, живущих с ВИЧ-инфекцией в этой группе населения.
- Сложить полученные оценки, чтобы получить единую оценку числа людей, живущих с ВИЧ-инфекцией.

Поскольку системы эпиднадзора за ВИЧ и поведением сосредоточены на правильно намеченных видах поведения и дают качественные данные, большинство этих шагов с технической точки зрения были довольно простыми, хотя иногда и несколько противоречивыми.

На каком географическом уровне следует проводить оценку?

Предыдущие национальные оценки проводились в Индонезии на национальном уровне на основе единого предположения о размере групп риска и уровне распространенности инфекции в этих группах. По мере совершенствования системы эпиднадзора второго поколения становилось все более очевидным, что уровни распространенности ВИЧ-инфекции и рискованного поведения сильно различаются в разных регионах страны.

При проведении единой национальной оценки также не учитывается тот факт, что в стране с 30 провинциями и более чем 340 районами решения о финансовых приоритетах и предоставлении услуг все чаще принимаются на провинциальном и районном уровне. В связи с высоким уровнем мобильности населения действительно непросто осуществить отдельные оценки в каждом районе, но вполне возможно сделать это на уровне провинций.

Были обсуждены все «за» и «против» такого подхода. Недостатком провинциальных оценок являлась дополнительная сложность задачи и все еще неполный охват при сборе данных, как с точки зрения эпиднадзора над ВИЧ, так и с точки зрения действий, которые могли бы помочь в оценке размеров групп населения, подвергающегося риску. В пользу проведения оценок на уровне провинций говорил тот факт, что оценки должны быть доступными на том уровне, где они, скорее всего, будут использованы для принятия решений и улучшения деятельности программ, а это уже больше не национальный уровень. Кроме того, было решено, что в будущем и сам процесс оценки будет, в идеале, происходить на провинциальном уровне. Таким образом, разумно было бы организовать оценочный процесс так, чтобы единая национальная оценка была, по сути, суммой провинциальных оценок.

Хотя было признано, что некоторые провинции со слабыми системами сбора данных и эпиднадзора могут быть не совсем точно представлены в рамках национальной оценки, тем не менее, было решено, что преимущества проведения оценки на уровне провинций перевешивают недостатки. Однако время и бюджет не позволяли осуществить полный процесс оценки одновременно во всех провинциях уже в первый год. Кроме того, ожидалось, что опыт первого года работы позволит извлечь необходимые уроки и, возможно, разработать стандартный протокол, который будет легче соблюдать на провинциальном уровне в последующие годы. Поэтому было решено, что оценки будут проводиться в провинциях, но при этом – во всяком случае, в первый год – процесс оценки будет в действительности осуществляться на центральном уровне.

После принятия решения об осуществлении оценки в провинциях, необходимо было решить, что делать с провинциями, по которым нет данных или данных очень мало. Большинство провинций предоставляет базовые данные, на основе которых можно вывести оценку размера групп населения. Относительно сильная система эпиднадзора Индонезии также позволяет получить хотя бы некоторые данные о распространенности ВИЧ-инфекции в большинстве из 30 провинций страны. При проведении оценки за 2002 год имелись в наличии поведенческие данные по восьми провинциям. Однако даже при наличии этой, относительно богатой базы данных, существовало множество очевидных пробелов. Было решено, что эти пробелы можно временно заполнить, исходя из предположения, что уровни распространенности ВИЧ-инфекции и поведенческие особенности в провинции, по которой нет данных, могут быть похожи на показатели сходной по географическим, экономическим и культурным характеристикам провинции, по которой имеются данные (2).

Как и предполагалось, в процессе изучения данных на уровне провинций были выявлены существенные пробелы в национальной системе сбора данных, что позволило запланировать проведение более детального сбора данных по приоритетным областям в будущем.

Ключевые уроки и решения

- Оценки будут проводиться в провинциях и обобщаться для получения национальных показателей.
- Осуществление процесса оценки будет проводиться на национальном уровне, хотя бы на первом этапе.
- Недостающие данные будут рассчитаны по аналогии с похожими провинциями, и в то же время будет поощряться совершенствование процесса сбора данных на местном уровне.

Какие группы населения следует оценивать?

Оценки числа людей, живущих с ВИЧ в Индонезии, осуществленные в 2001 году, включали только три группы населения: женщин-работников секс-бизнеса, клиентов женщин-работников секс-бизнеса и потребителей инъекционных наркотиков. Кроме этого, для отслеживания всех потенциально возможных случаев инфицирования, в оценку была включена всеобъемлющая категория «население в целом».

Стандартная электронная таблица ЮНЭЙДС для оценки в условиях концентрированных эпидемий была расширена (описание метода «Рабочего журнала» можно найти на веб-сайте www.unaids.org). Помимо групп, рассмотренных в Индонезии в 2001 году в процессе оценки под руководством ВОЗ, электронные таблицы ЮНЭЙДС также включают мужчин, имеющих секс с мужчинами, женщин и мужчин, больных ИПП – то есть категории, которые предназначены для оценки гетеросексуального населения, практикующего поведение, степень риска которого превышает средние показатели.

Принимая во внимание нарастающие объемы данных эпиднадзора, появившиеся в Индонезии к середине 2002 года, стало понятно, что ни один из этих подходов не дает полного представления обо всем многообразии эпидемии. Кроме того, участники оценочного процесса поняли, что оценка дает им возможность обратить внимание на важный пропагандистский факт: миллионы индонезийцев подвергаются реальному или потенциальному риску ВИЧ-инфицирования не из-за собственного поведения, но из-за рискованного поведения своих партнеров.

Еще одним фактором, вызвавшим дискуссии, стали ситуации, в которых люди становятся особенно уязвимыми к инфицированию вирусом, например, нахождение в тюрьме или жизнь на улице. Сторонники традиционных эпидемиологических взглядов вначале отвергали этот подход, утверждая, что люди подвергаются риску инфицирования не потому, например, что находятся в тюрьме, а потому, что потребляют наркотики или занимаются анальным сексом с другими заключенными; таким образом, их следует учитывать при оценке числа потребителей наркотиков или мужчин, имеющих секс с мужчинами. Специалисты,

занимающиеся программами по профилактике и уходу, не соглашались с таким мнением и утверждали, что многие люди, подвергающиеся риску ВИЧ-инфицирования в тюрьме, не практиковали рискованного поведения до заключения. Это подтверждали и представители ПИН, и сотрудники тюрем, и в конечном итоге, эта группа была включена в оценку. С другой стороны, споры о том, выделять ли мигрантов, как группу риска, пошли в другом направлении. Хотя все признавали, что люди, находящиеся вдали от дома, с большей вероятностью могут практиковать рискованное поведение, определить мигрантов в Индонезии, где мобильность населения в пределах островов и между островами является нормой, практически невозможно. Кроме того, было решено, что эта группа достаточно хорошо представлена в других группах населения, таких как мужчины, покупающие сексуальные услуги, в отношении которых существовали надежные данные. Таким образом, мигранты не были выделены в отдельную группу риска.

Что можно сказать о «населении в целом» ?

И, наконец, споры вызвал вопрос о «населении в целом». Хотя первый случай ВИЧ-инфекции был отмечен в Индонезии более десяти лет назад, система эпиднадзора начала регистрировать сколько-нибудь значительный рост инфицирования в группах риска только в самом конце 90-х годов прошлого века. Это означает, что эпидемию все еще можно считать новой. Почти наверняка вирус уже распространяется за пределы групп, непосредственно практикующих рискованное поведение, которые инфицируют регулярных сексуальных партнеров, и эти группы уже считаются «группами риска» в национальной оценке. Однако учитывая то, что некоммерческие сексуальные связи между мужчинами и женщинами, представляющими население в целом, в Индонезии крайне ограничены, не представляется вероятным, что вирус широко распространился за пределы групп риска. Участники процесса оценки признали, что со временем эта ситуация изменится – например, в случаях, если женщины-работники секс-бизнеса, инфицированные клиентами при оказании сексуальных услуг, уйдут из секс-бизнеса и выйдут замуж. Риск передачи ВИЧ бывшими работницами секс-бизнеса своим мужьям, или бывшими клиентами своим женам, или бывшими потребителями инъекционных наркотиков своим сексуальным партнерам невозможно отследить с помощью существующей методики оценки, поэтому необходимо будет изменить эту методику для выявления такого риска, возможно, путем добавления категории «население в целом» в будущем. Во многих странах, где эпидемии развиваются или развивались в основном за счет четко опознаваемого рискованного поведения, это необходимо сделать уже сейчас. Так, например, в Камбодже в ходе оценочного процесса, осуществленного в 2002 году, был сделан вывод, что около 45% случаев передачи ВИЧ происходит в браке. У большинства таких супружеских пар один из супругов был инфицирован ВИЧ вследствие коммерческого секса (выступая в качестве работника секс-бизнеса или клиента), но в настоящее время многие из них не практикуют определенного «рискованного поведения». Иными словами, они не будут включены в нашу оценку «групп риска».

Каждой стране придется принимать собственное решение о том, как учитывать передачу ВИЧ за пределы групп лиц, практикующих опознаваемое рискованное поведение, и их сексуальных партнеров. В Индонезии было принято решение, что в 2002 году эпидемия была еще достаточно новой, а значит, практически все случаи инфицирования можно выявить в определенных группах риска, поэтому категорию «население в целом» не следует включать в текущие оценки. Случаи передачи инфекции сексуальным партнерам из групп «низкого риска» представителями групп высокого риска можно оценить на основе информации о распространенности ВИЧ, ИПП и данных поведенческих исследований среди групп высокого риска, используя информацию о числе партнеров, частоте сексуальных отношений и предположения о вероятности передачи ВИЧ-инфекции.

Ниже приводится окончательный список групп риска, включенных в национальную оценку в Индонезии:

- Потребители инъекционных наркотиков
- Постоянные партнеры потребителей инъекционных наркотиков
- Женщины-работники секс-бизнеса
- Клиенты женщин-работников секс-бизнеса
- Жены/постоянные партнерши клиентов женщин-работников секс-бизнеса
- Мужчины-работники секс-бизнеса
- Мужчины-клиенты мужчин-работников секс-бизнеса
- Жены/постоянные партнерши клиентов мужчин-работников секс-бизнеса
- «Варья» (трансвеститы), работающие в секс-бизнесе
- Клиенты варья
- «Мужья»/постоянные партнеры «варья»
- Геи
- Заключенные
- Уличные дети

Ключевые уроки и решения

- Определить группы населения на основе потенциального риска инфицирования.
- Включить тех, кто подвергается риску из-за рискованного поведения своих постоянных партнеров.
- Включить тех, кто практикует рискованное поведение только из-за своего теперешнего статуса (например, заключенных).
- Исключить категорию «население в целом», поскольку эпидемия в Индонезии развивается недавно, и поэтому за пределами обозначенных групп риска передача инфекции практически не происходит.

Как оценить численность населения, подвергающегося риску?

Что касается второго шага в согласованной методике – оценки размеров групп риска – то Индонезия практически не имела такого опыта. Признавая это, страна организовала в начале года совещание азиатских государств для обсуждения методов и обмена опытом в этой области. В ходе этого совещания были предложены рекомендации о методах оценки размеров групп населения, подвергающихся риску инфицирования ВИЧ³. Обобщенная информация об этом совещании с описанием методов, обычно применяемых при оценке размеров групп населения, была представлена на совещании по вопросам оценки в Джакарте одним из руководителей подотдела по борьбе с ВИЧ (P2M). Представленные методы включали перепись населения, опросы общественного мнения, методы множителя с использованием существующих источников данных, методы номинации и методы двойного охвата. Представитель Центрального бюро статистики дал общую информацию о методах сбора данных, обычно применяемых в Индонезии, и описал некоторые из существующих источников информации, которые можно было бы использовать для оценки численности групп.

В результате завязалась оживленная дискуссия. Многие участники пришли на совещание с подготовленными данными, однако в ходе дискуссии было определено много новых источников данных. Кроме того, были выявлены некоторые очевидные пробелы, но при этом участники согласились, что многие из них можно заполнить с помощью уже существующих данных. Отчасти в связи с ограниченным временем и ресурсами было решено применить методы множителя с использованием существующих источников данных там, где это возможно. Были обсуждены конкретные методы умножения для основных групп риска (потребителей наркотиков и работников секс-бизнеса). К отдельным участникам обратились с просьбой продолжить более детальную разработку методов, а другим было поручено отследить конкретные виды данных, которые позволят повысить точность оценок, полученных с использованием этого метода.

Как оценивать распространенность ВИЧ-инфекции в группах риска?

С самого начала было ясно, что основным источником информации для оценки распространенности ВИЧ является национальная система эпиднадзора. Однако были известны и другие источники данных о ВИЧ, но не все из них были немедленно доступны. Отдельные специалисты добровольно вызвались отследить специфические источники данных (такие как эпиднадзор за ВИЧ в армии или исследования среди трансвеститов, мужчин-работников секс-бизнеса и геев в Джакарте), которые в то время не были включены в национальную базу данных эпиднадзора.

По некоторым группам риска, таким как жены клиентов работников секс-бизнеса, вообще не существовало данных о распространенности ВИЧ. В этих случаях некоторые участники вызвались изучить научную литературу о вероятности передачи инфекции и попытаться рассчитать возможный уровень распространенности, исходя из распространенности в группе партнеров и известных моделей сексуального поведения.

6.3 Определение основных правил

Оценка числа людей, практикующих рискованное поведение, числа людей, подвергающихся риску инфицирования, и числа людей, живущих с ВИЧ, может рассматриваться как политическая деятельность, различные участники которой могут иметь совершенно разные планы. Так, например, активисты, работающие от имени людей, живущих со СПИДом, могут быть заинтересованы в получении высоких показателей числа инфицированных людей, в то время как некоторые руководители национальных программ предпочли бы видеть низкие показатели, опасаясь, что в противном случае их обвинят в бездеятельности. НПО, работающие с потребителями инъекционных наркотиков, могут приветствовать оценки, подтверждающие серьезность инъекционного пути передачи инфекции, а организации, проводящие мероприятия для работников секс-бизнеса, вероятнее всего будут подчеркивать роль коммерческого секса в развитии эпидемии.

С целью снижения влияния этих конкурирующих интересов, Министерство здравоохранения Индонезии приняло решение вовлечь в процесс максимально возможное количество участников. Каждый получил возможность высказать свое мнение, вся информация принималась во внимание и обсуждалась. Кроме того, лидеры процесса предложили два основных правила, которые все участники согласились выполнять. Первое – вся предоставляемая информация должна в максимально возможной степени основываться на измеримых данных. Источники данных и любые предположения, не основанные на достоверных данных, должны быть четко указаны. Любые расхождения должны решаться в процессе обсуждений, и если решение невозможно найти, следует использовать «высокие» и «низкие» значения, опять же с четким разъяснением принципа выбора этих значений.

Второе правило заключалось в том, что участники не должны рассматривать результаты оценочного процесса в ходе работы. Участники приходят к согласию о методах, источниках данных и предположениях, а также по поводу полученной таким образом вводимой информации. После согласования методов и видов вводимой информации участники обязаны принять результаты оценки. Поскольку все данные вводились в электронные таблицы в провинциях, окончательный вариант оценки можно было увидеть только после согласования и ввода всех предположений и данных.

³ FHI/Impact/USAID/UNAIDS/WHO/UNDCP (2003) *Estimating the size of populations at risk for HIV. Issues and methods*. Updated July 2003. Geneva.

Срок окончания процесса стал еще одним вопросом, по которому пришлось принимать «директивное решение». Сбор данных проводится постоянно, и сам процесс разработки национальной оценки с привлечением множества участников зачастую приводит к появлению все большего числа источников данных. Иногда требуется время, чтобы собрать или сопоставить эти данные; иногда важная информация остается в лабораториях или не проходит полного анализа ко времени составления оценки. Всегда существует соблазн придержать публикацию оценок до появления очередного источника данных или проверки еще одного вида информации. Этого нельзя допускать. В конце концов, следует установить окончательную дату, и принимать оценки как максимально достоверные, исходя из данных, имеющихся к этому сроку.

При этом существует опасность, что будущие оценки изменятся, и не только из-за динамичного характера эпидемии, но и потому, что улучшатся источники данных. Это может привести к путанице среди лиц, разрабатывающих политику, а также среди населения в целом, поскольку люди обычно истолковывают даже незначительный рост или снижение показателей как тенденции, а тенденции в уровне распространенности ВИЧ почти всегда освещаются в СМИ. Существует два способа минимизации путаницы, вызванной улучшением источников данных. Первый – отдавать себе полный отчет в ограниченности процесса оценки во время ее публикации. Опубликовав оценки, Индонезия выпустила очень детальный технический документ, в котором были перечислены все методы, виды информации и предположения, а также подробно разъяснялись слабые стороны оценки. Это означает, что при составлении будущих оценок будет легче объяснить изменения, возникшие в результате улучшения источников данных. Второй способ уменьшения путаницы – рассчитать «параллельные» наборы оценок на будущие годы, один – с использованием только ранее существовавших источников данных, а другой – с использованием всего спектра источников данных, имеющихся в настоящее время. Это позволит проиллюстрировать, до какой степени изменения в источниках данных повлияли на оценки. Важно отметить, что это возможно только при наличии точной документации о том, какие источники данных были использованы в ходе составления каждой оценки.

Ключевые уроки и решения

- Вся вводимая информация должна по возможности основываться на измеряемых данных.
- Все источники данных и предположения следует четко указать.
- Участники должны согласовать методы и виды вводимой информации, и при этом обязаны принять получившиеся оценки.
- Была назначена дата окончания процесса оценки за 2002 год.

6.4 Составление электронных таблиц

После принятия решений о территориальном охвате оценки и группах, которые следовало включить в процесс, можно было переходить к составлению электронных таблиц собственно для проведения оценки. Поскольку оценивались 30 провинций и 14 групп риска, этот процесс занял довольно много времени. Одним из уроков, извлеченных индонезийской группой, стало понимание того, что для подготовки электронных таблиц следует уделить достаточно времени и энергии в самом начале работы.

В Индонезии был разработан один «типовой» рабочий журнал, содержащий электронные таблицы для всех 30 провинций страны. В электронной таблице с национальной оценкой просто обобщались суммы оценок числа инфицированных из всех провинций. Оценки уровней распространенности ВИЧ по каждой группе риска вводились непосредственно в таблицы провинций. Однако оценки размеров каждой группы риска, которые было гораздо сложнее рассчитать, выводились на отдельных листах электронной таблицы, после чего вводились в типовой рабочий журнал.

Как правило, в ходе осуществления такого сложного процесса возникает соблазн «сгладить углы»: например, исключить некоторые процедуры оценки, поскольку существующих данных недостаточно для оправдания этих процедур. Почти всегда такой подход ошибочен. В более сложных электронных таблицах можно использовать установленные по умолчанию «национальные» значения там, где данных пока нет, а, кроме того, их преимущество заключается в том, что они позволяют точно выявить пробелы в данных и области, в которых следует собирать более качественные данные. Качество данных со временем *улучшится*: если электронные таблицы заранее подготовлены для обработки идеальной информации, новые данные можно будет вводить по мере их поступления. Если «углы были сглажены», придется начинать работу с нуля или переделывать все электронные таблицы, чтобы приспособить их к введению новой информации. Помимо того, что это довольно трудоемкий процесс, ежегодное изменение структуры электронных таблиц очень сильно затруднит объяснение изменений в оценках, возникших в результате улучшенного сбора данных. Это повышает опасность того, что изменение оценок будет воспринято как «тенденция», даже при том, что нет никаких доказательств, что направление развития эпидемии существенно изменилось.

На первых порах индонезийская группа вела таблицы предположений отдельно от оценочных таблиц, просто копируя суммарные показатели численности групп населения и подставляя эти значения в листы провинций в типовом рабочем журнале. Эта идея оказалась очень неудачной. Учет изменений стал невозможным с появлением более качественных источников данных и изменением предположений. В конце концов, было решено вернуться к первоначальному варианту и изменить все листы таким

образом, чтобы они были автоматически связаны с типовым рабочим журналом. После этого любые изменения в предположениях на провинциальном уровне автоматически отражались в уточненных оценках на национальном уровне.

В этом документе упоминается «группа», работавшая с электронными таблицами, но в этом заключается еще один урок. Сначала задача введения данных в электронные таблицы была разделена между несколькими членами группы. Однако вскоре стало невозможно определять, на каком листе содержится последняя версия данных, что подключено к чему, и т.п. Поэтому на будущее было настоятельно рекомендовано назначить одного ответственного и выделить один компьютер для хранения всех электронных таблиц в течение всего процесса оценки. После достижения конечной даты и принятия решения о том, что все оценки можно считать окончательными, эти таблицы можно закрыть и широко распространять содержащиеся в них данные. Распространение черновых вариантов приводит к путанице и ошибкам в оценках.

Ключевые уроки и решения

- С самого начала разработать максимально универсальные электронные таблицы, чтобы не пришлось их переделывать по мере улучшения качества данных.
- Там, где возможно, установить связь между вводимыми и конечными данными.
- Назначить одного ответственного за ведение электронных таблиц.

6.5 Технические рабочие группы

После разъяснения деталей процесса всем участникам, обсуждения основных методов, принятия основных решений и определения широких источников данных, в Индонезии были созданы небольшие технические рабочие группы по основным группам риска. В состав рабочих групп вошли специалисты, непосредственно работающие с данными группами риска или типами поведения, а также лица, имеющие доступ к дополнительной информации об этих группах или к данным, связанным с ними. Рабочие группы действовали неформально и очень продуктивно. Люди, которым ранее не приходилось сотрудничать по роду своей деятельности (например, НПО и правоохранительные органы, работающие с потребителями инъекционных наркотиков), нашли общий язык и смогли очень продуктивно обсудить существующие проблемы. Люди щедро делились имеющимися данными и действительно прилагали немалые усилия для получения информации от коллег по всей стране для того, чтобы повысить качество своего вклада в работу и окончательной оценки. Не было случаев, чтобы не удалось достичь согласия о предоставлении информации (хотя зачастую давались высокие и низкие значения оценки в

отношении отдельных групп населения). Воодушевляет то, что многие связи, сложившиеся в ходе работы технических групп, продолжились в виде постоянного сотрудничества в рамках процесса составления программ в области профилактики и ухода в связи с ВИЧ.

Технические рабочие группы проделали основную работу по уточнению информации и предположений в отношении групп населения, которыми они занимались, и по рассмотрению заполненных электронных таблиц. После этого центральная группа подотдела по борьбе с ВИЧ (P2M) при Министерстве здравоохранения объединила данные этих таблиц для составления предварительной национальной оценки.

6.6 Получение мнения сторонних специалистов

После подготовки предварительного варианта национальной оценки она была представлена на совещании национальных и международных экспертов. Многие национальные специалисты принимали участие в оценочном процессе с самого начала, но среди участников были также известные политики и руководители организаций, чье мнение, как ожидалось, могло внести дополнительный вклад в конечный результат. Даже те специалисты, которые участвовали в работе только одной из технических рабочих групп, получили возможность высказаться о результатах, представленных другими группами.

Были также рассмотрены и мнения международных экспертов, чье глобальное видение проблемы можно было использовать для корректировки конечного результата, а, кроме того, они могли предложить методы улучшения будущих мероприятий по надзору. Консультанты из ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения внесли ценные комментарии и предложения, а также попросили предоставить им документацию процесса, описанного в данном документе.

Ожидалось, что это заключительное совещание окажется чем-то вроде формального мероприятия, участники которого после короткого обсуждения одобряют процесс. Однако этого не произошло. Участники совещания вступили в активные дебаты относительно самого процесса, методов и предположений. «Перекрестное опыление» идей разных участников привело к появлению ценных предложений об улучшении работы. Большинство этих улучшений можно было осуществить немедленно, поэтому многие аспекты оценок были пересмотрены за ночь, так что оценки, представленные в начале второго дня, уже отражали многие пожелания, высказанные в ходе обсуждений в первый день совещания. Некоторые из этих предложений имели более долговременный характер, поэтому они были приняты во внимание в качестве информации для совершенствования будущего оценочного процесса.

В конце совещания участники достигли консенсуса относительно текущей оценки уровня ВИЧ-инфекции в провинциях и Индонезии в целом и рекомендовали Министерству

Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии:
опыт Индонезии

здравоохранения принять ее в качестве официальной национальной оценки. Директор Управления по контролю над инфекционными заболеваниями, который присутствовал на заключительном совещании, принял эту рекомендацию, однако обратился к оценочной группе с просьбой подготовить всю документацию обо всех методах, введенной информации и предположениях для утверждения и публикации Министерством здравоохранения. Оглядываясь назад, следует сказать, что полезнее было бы подготовить основную часть этой документации еще до заключительного совещания.

Ключевые уроки и решения

- Обеспечить участников всесторонней документацией о методах и процессах, которые применялись.
- Быть готовым внедрить новые идеи и внести изменения в оценки в последнюю минуту.
- Требуется совершенствовать документацию для будущих оценок.

7. Путь вперед: строительство на надежном фундаменте

В процессе оценки в связи с ВИЧ, осуществленном в 2002 году, многое делалось «впервые в Индонезии». Впервые в стране была сделана попытка осуществить процесс оценки ситуации с ВИЧ-инфекцией с действительным вовлечением широкого круга участников. В первый раз эти оценки проводились в провинциях по категориям потенциального риска инфицирования, а не по «группам риска». Впервые в Индонезии (как, впрочем, и в мире) оценки базировались на всесторонних, достоверных данных о числе людей в группах, подвергающихся риску инфицирования.

Процесс был очень продуктивным и на национальном уровне. Удалось собрать вместе людей, которые раньше не сотрудничали, что позволило им обменяться информацией и установить отношения сотрудничества. Процесс помог значительно повысить понимание эпидемии ВИЧ в стране. Можно сказать, что все участники процесса, включая тех, кто очень хорошо информирован об эпидемии ВИЧ, обнаружили в ходе этого нелегкого процесса, что некоторые общеизвестные предположения не подтверждены данными. Особенно важным оказалось то, что удалось осветить ранее недооцениваемые возможности программ профилактики ВИЧ и определить возможности для пропагандистской работы. Процесс был хорошо воспринят в мире. Однако при таком количестве новых, неизученных подходов некоторые ошибки были неизбежны, но это позволило извлечь уроки для их исправления в будущем. Многие из них уже были рассмотрены в этом документе, но некоторые основные моменты хотелось бы обобщить еще раз.

7.1 Улучшение вводимых данных

Оценки хороши ровно настолько, насколько качественна информация, на которой они основаны. Система эпиднадзора в Индонезии работает относительно надежно и ежегодно улучшается. Она охватывает большинство основных групп населения, подвергающихся риску инфицирования ВИЧ, включая женщин и мужчин, занятых в секс-бизнесе, транссексуалов, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих секс с мужчинами, и мужчин тех профессий, которые вероятнее всего станут клиентами работников секс-бизнеса. Однако некоторые из этих групп охвачены лишь эпизодически, а некоторые географические районы не предоставляют практически никаких данных. Постоянное улучшение национальной системы эпиднадзора, особенно с точки зрения последовательного охвата ключевых групп населения в ключевых районах, приведет к получению более качественных данных.

При оценке размеров групп риска были использованы методы умножения. Эти методы подробно описаны в другом месте, однако в большинстве случаев для получения

оценки объединялись данные тех или иных учетных списков населения и информация поведенческого надзора. В процессе проведения первого раунда оценки слабые места были определены в обеих частях уравнения. Во-первых, методы, используемые для составления списков населения, не всегда безупречны, и так же не всегда понятно, насколько они современны – очень важный момент для Индонезии, в которой стремительно меняется социально-экономическая ситуация. Кроме того, ранее уже высказывалась обеспокоенность по поводу влияния децентрализации на своевременность и качество сбора данных в будущем.

Во-вторых, информацию, полученную в ходе поведенческого надзора, не всегда можно эффективно использовать для выведения множителя для списков населения. Например, в ранних анкетах дозорного мониторинга поведения (ДМП) были вопросы к потребителям инъекционных наркотиков, проходили ли они лечение вообще, но не было вопросов о том, проходили ли они лечение в определенный период времени, например, в прошлом году, а это как раз те данные, которые нужны для множителя. Эти недостатки относительно легко исправить: в сегодняшние анкеты ДМП в Индонезии уже внесены поправки с целью получения информации, полезной для оценки размеров групп населения.

7.2 Децентрализация процесса оценки

В этом документе уже не раз упоминался вопрос децентрализации. В ходе первого оценочного процесса оценки составлялись по провинциям, но делалось это на центральном уровне. Была проведена работа по установлению контактов с партнерами в провинциях с целью получения от них данных; использовались и провинциальные данные, зарегистрированные на центральном уровне, если непосредственные данные из провинций были недоступны. Однако совершенно очевидно, что более тесное вовлечение районов и провинций в оценочный процесс позволит со временем получить более качественные оценки. Отчасти это связано с тем, что местные участники лучше знают, какие данные имеются в наличии, могут лучше определить качество данных на местах и, благодаря своему положению, смогут заполнить существующие пробелы, повысив качество сбора данных. Отчасти это связано и с тем, что именно лица, принимающие стратегические решения на местах, должны решать, что делать с полученными оценками. Чем лучше они будут понимать, кто инфицирован и кто рискует заразиться в их районе, тем лучше они смогут организовать адекватное противодействие. Есть надежда, что в ближайшем будущем этот процесс будет децентрализован, в то время как процесс, осуществленный на национальном уровне, уже был представлен руководству здравоохранения и организаций по борьбе со СПИДом по всей стране.

Децентрализация оценочного процесса неизбежно столкнется с проблемами. Хотя совершенно очевидно, что необходимы надежные оценки на уровне провинций и районов, где происходит процесс принятия решений, так же важно иметь согласованные национальные оценки, которые можно будет сравнивать во времени. Точно так же важно, чтобы методы, используемые на местах, были последовательными и сравнимыми в разных провинциях. Необходимо признать, что политическое давление с целью повлиять на результаты оценочного процесса может оказаться более сильным на районном и провинциальном уровнях, чем на национальном уровне. Все эти факторы означают, что с развитием децентрализации оценочного процесса потребуются сильный национальный контроль за соблюдением стандартов данных и применением последовательной методологии. Это означает также, что тщательное документирование методов, предположений, вводимых данных и результатов станет как никогда важным.

7.3 Быстрое распространение результатов: согласованный процесс утверждения

Оценочный процесс 2002 года в Индонезии включал и проведение заключительного обзорного совещания, на котором обсуждались предварительные оценки и были сделаны рекомендации об утверждении их на национальном уровне. Однако к моменту проведения совещания не были подготовлены документы с описанием методов, предположений и введенных данных. Кроме того, не была проведена предварительная работа для обеспечения официального утверждения результатов оценки министром здравоохранения, кабинетом министров или другими органами власти.

Подготовка необходимой документации и официальный процесс утверждения заняли несколько недель, что значительно отсрочило окончательную публикацию результатов оценочного процесса. Поскольку такие методы национального оценочного процесса использовались впервые, было бы

разумно, если бы Министерство здравоохранения осуществляло тщательный контроль над процессом и подготовкой документации. Если бы возможные вопросы удалось предвидеть, подготовить документы и организовать процесс утверждения результатов по согласованному графику, заранее оговоренному с министерством, то можно было бы свести к минимуму отсрочку с официальным распространением результатов. Наличие согласованного графика позволило бы группе, проводившей оценку, более точно предположить дату окончательного распространения материалов, подготовить их и лучше запланировать распространение материалов для прессы, политиков и населения.

7.4 Лучшее использование результатов: краткосрочный прогноз

Продукт оценочного процесса – детальная оценка числа людей, потенциально подвергающихся риску инфицирования ВИЧ и уже инфицированных, подразделенных по типам рискованного поведения и по провинциям – представляет собой значительный шаг вперед в понимании эпидемии в Индонезии. Оценки, сделанные в провинциях, уже были представлены местному руководству и широко обсуждались в нескольких провинциях. В некоторых случаях они привели к полному пересмотру мероприятий по профилактике ВИЧ и уходу за больными.

В то же время Министерство здравоохранения признает, что эти оценки можно было использовать более полно для информирования людей, отвечающих за выработку политики. На заключительном обзорном совещании международные партнеры представили методы моделирования и краткосрочного прогнозирования, которые можно использовать вместе с оценочными данными для изучения хода развития эпидемии в ближайшем будущем и для определения критически важных профилактических мероприятий. Запланировано провести тренинги по применению этих методов, и ожидается, что в Индонезии найдется потенциал для более широкого использования оценочных данных к моменту завершения следующего раунда оценки.

Вывод

Немногие страны с эпидемиями, сконцентрированными в группах, практикующих поведение высокого риска, смогли провести надежную оценку размеров населения, подвергающегося риску инфицирования ВИЧ, и численности ВИЧ-инфицированных людей. Опыт Индонезии демонстрирует возможность проведения такой оценки в стране, отличающейся географическим, культурным и эпидемиологическим многообразием. Первый раунд оценочного процесса не был совершенным, но после него в стране появилось значительно более глубокое понимание эпидемии ВИЧ-инфекции. Уроки, извлеченные в ходе этого новаторского оценочного процесса, основанного на данных, полученных из провинций страны, указывают путь к получению еще более надежных оценок в будущем. Индонезия и ее международные партнеры искренне надеются, что другие страны смогут изучить и развить этот опыт, и готовы поделиться своим опытом с другими странами в будущем.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет девять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Мировую продовольственную программу (МПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк.

ЮНЭЙДС, представляющая собой коспонсорскую программу, объединяет меры борьбы с эпидемией, предпринимаемые девятью организациями-коспонсорами, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять и способствовать расширению международных ответных мер на ВИЧ/СПИД на всех фронтах. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнёров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.

Оценка ВИЧ-инфекции в условиях концентрированной эпидемии: опыт Индонезии

Эпиднадзор второго поколения концентрирует свои ресурсы на тех лицах, чье поведение наиболее вероятно способствует распространению ВИЧ. Информация, полученная в результате поведенческого и биологического надзора используется для улучшения понимания эпидемии ВИЧ: где эпидемия концентрируется в настоящее время, и кому грозит риск в будущем, если не произойдет перемены в существующем поведении?

Новая информация, полученная с помощью систем эпиднадзора второго поколения, предоставила Индонезии возможность получить более надежные оценки числа людей, инфицированных ВИЧ. В 2002 году Министерство здравоохранения Индонезии инициировало процесс, приведший к намного более информативным оценкам числа людей, подвергающихся риску заражения ВИЧ в Индонезии, а также тех, кто в настоящее время уже инфицирован. В документе основное внимание уделяется предпринятому в стране процессу разработки этих оценок; обсуждаются некоторые из проблем, с которыми при этом пришлось столкнуться, принятые решения и полученные уроки.

Опыт Индонезии показывает, что такие оценки возможно получить в огромной стране, отличающейся географическим, культурным и эпидемическим разнообразием. Другие страны, где эпидемия ВИЧ сконцентрирована в группах населения с поведением высокого риска, могут извлечь пользу из индонезийского опыта, применив подобный процесс разработки оценок.



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА • ЮНОДК
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Tel. (+41) 22 791 36 66 – Fax (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>