

## Участки с высоким уровнем охвата

Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с переходной экономикой и развивающихся странах

Тематические исследования

### КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”



**ЮНЭЙДС**  
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН  
ЮНИСЕФ  
МПП  
ПРООН  
ЮНПА

ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Фото на обложке – ЮНЭЙДС

---

UNAIDS/06.26R  
(перевод на русский язык, ноябрь 2006 г.)

---

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/06.26E, сентябрь 2006 г.:

*High Coverage Sites*

*HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries - Case Studies*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) 2006.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС 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@unaid.org](mailto:publicationpermissions@unaid.org).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС 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 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 не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Данные каталога публикаций ВОЗ

Burrows, Dave.

High coverage sites : HIV prevention among injecting drug users in transitional and developing countries : case studies.

(UNAIDS best practice collection)

"This Best Practice was prepared by Dave Burrows..."--Acknowledgements.

"UNAIDS/06.26R".

1.HIV infections – prevention and control. 2. Substance abuse, Intravenous – complications. 3.Case reports. 4.Developing countries. I.UNAIDS. II.Series.

ISBN 92 9 173534 5

(NLM classification: WC 503.6)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland  
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87  
E-mail: [unaid@unaid.org](mailto:unaid@unaid.org) – Internet: <http://www.unaid.org>

Участки с высоким уровнем охвата

Профилактика ВИЧ среди  
потребителей инъекционных  
наркотиков в странах с переходной  
экономикой и развивающихся  
странах

**Тематические исследования**

## Выражение признательности

---

Этот документ из серии “Лучшая практика” подготовил Дэйв Берроуз из Группы управления проектами по СПИДу с учетом консультаций и рекомендаций группы штатных сотрудников ЮНЭЙДС.

# Содержание

---

<b>Список таблиц</b>	<b>5</b>
<b>Список сокращений и терминов</b>	<b>6</b>
<b>Краткое содержание</b>	<b>7</b>
<b>1. Введение и методология</b>	<b>15</b>
Определения	16
<b>2. Тематические исследования: Восточная Европа</b>	<b>19</b>
2.1 Солигорск, Беларусь	19
2.1.1 Общая информация	19
2.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	19
2.1.3 История вопроса	20
2.1.4 Характеристики услуг	20
2.1.5 Охват	22
2.1.6 Поддержание и расширение охвата	24
2.1.7 Дополнительная литература	24
2.2 Псков, Российская Федерация	25
2.2.1 Общая информация	25
2.2.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	25
2.2.3 История вопроса	26
2.2.4 Характеристики услуг	27
2.2.5 Охват	28
2.2.6 Поддержание и расширение охвата	30
2.2.7 Дополнительная литература	30
2.3 Сумы, Украина	31
2.3.1 Общая информация	31
2.3.2 Ситуация с потреблением наркотиков и ВИЧ	31
2.3.3 История вопроса	32
2.3.4 Характеристики услуг	33
2.3.5 Охват	35
2.3.6 Поддержание и расширение охвата	37
2.3.7 Дополнительная литература	37

<b>3. Тематические исследования: Азия</b>	<b>39</b>
3.1 Дакка, Народная Республика Бангладеш	39
3.1.1 Общая информация	39
3.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	39
3.1.3 История вопроса	39
3.1.4 Характеристики услуг	40
3.1.5 Охват	43
3.2 Раджшахи, Народная Республика Бангладеш	44
3.2.1 Общая информация	44
3.2.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	44
3.2.3 История вопроса	45
3.2.4 Характеристики услуг	46
3.2.5 Охват	49
3.2.6 Поддержание и расширение охвата	50
3.2.7 Дополнительная литература	51
3.3 Специальный административный район Гонконг (САР Гонконг), Китайская Народная Республика	52
3.3.1 Общая информация	52
3.3.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	52
3.3.3 История вопроса	53
3.3.4 Характеристики услуг	54
3.3.5 Охват	56
3.3.6 Поддержание и расширение охвата	57
3.3.7 Дополнительная литература	57
<b>4. Тематические исследования: Латинская Америка</b>	<b>58</b>
4.1 Сальвадор, Бразилия	58
4.1.1 Общая информация	58
4.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ	58
4.1.3 История вопроса	60
4.1.4 Характеристики услуг	61
4.1.5 Охват	65
4.1.6 Поддержание и расширение охвата	65
4.1.7 Дополнительная литература	66
<b>5. Извлеченные уроки: Участки с высоким уровнем охвата</b>	<b>67</b>
5.1 Общие черты программ с высоким уровнем охвата	67
5.2 Проблемы комплексных программ по борьбе с ВИЧ	71
5.3 Мониторинг и оценка минимального охвата	73
5.4 Рекомендации для дальнейших исследований	76

## Список таблиц

---

Таблица 1: Услуги и продукция, предоставляемые в Солигорске	21
Таблица 2: Программа по обмену игл и шприцев в Солигорске, январь 2000–декабрь 2002 г.	22
Таблица 3: Солигорск, регулярность охвата	23
Таблица 4: Число игл, выданных на одного клиента в месяц в Солигорске	23
Таблица 5: Услуги и продукция, предоставляемые в Пскове	28
Таблица 6: Программа по обмену игл и шприцев в Пскове, 1999–2002 г.	28
Таблица 7: Псков, регулярность охвата	29
Таблица 8: Услуги и продукция, предоставляемые в Сумах	34
Таблица 9: Программа по обмену игл и шприцев в Сумах, май 2000–декабрь 2002 г.	35
Таблица 10: Возраст клиентов программы по обмену игл и шприцев в Сумах	35
Таблица 11: Сумы, регулярность охвата	35
Таблица 12: ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков в Дакке	39
Таблица 13: Услуги и продукция, предоставляемые в Дакке	42
Таблица 14: Программа по обмену игл и шприцев в Дакке, май 1998–декабрь 2002 г.	43
Таблица 15: Услуги и продукция, предоставляемые в Раджшахи	48
Таблица 16: Программа по обмену игл и шприцев в Раджшахи, июль 1999–декабрь 2002 г.	48
Таблица 17: Программа АПОШ, 1999–2002	48
Таблица 18: Раджшахи, регулярность охвата	49
Таблица 19: Услуги и продукция, предоставляемые в САР Гонконг	55
Таблица 20: САР Гонконг, охват	55
Таблица 21: Сальвадор, консультирование и тестирование на ВИЧ	59
Таблица 22: Услуги и продукция, предоставляемые в Сальвадоре	64
Таблица 23: Программа СЕТАД в 2002 г.	64

## Список сокращений и терминов

---

АБАРЕДА	Ассоциация снижения вреда в штате Баия, Сальвадор, Бразилия
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ВМС	вспомогательные медицинские службы
БОДАР	группа самопомощи бывших наркопотребителей, Дакка, Бангладеш
СЕТАД	Центр исследования и лечения наркозависимости, Сальвадор, Бразилия (CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuse de Drogas, Salvador, Brazil)
ЦОРНЗ	Центральный отдел регистрации наркозависимых, Гонконг, КНР
КРЕЭЙДС	Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS)
ЦЛНЗ	Центры лечения наркозависимости, Гонконг, КНР
ДМР	Департамент международного развития, Соединенное Королевство
ГУИН	Главное управление исполнения наказаний (в странах бывшего Советского Союза)
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
HTLV	T-лимфотропный вирус человека
ИБСМ	Instituição Beneficente Conceição Macedo (IBCM)
ОБНОН	отдел по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (в странах бывшего Советского Союза)
ПРОЧЕСТА	группа самопомощи для наркопотребителей, Дакка, Бангладеш
ЦКЛ	Центр красной ленты, Гонконг, КНР
ОПРНЗ	Общество помощи и реабилитации наркозависимых, Гонконг, КНР
ШАКТИ, проект	Проект ШАКТИ для потребителей инъекционных наркотиков, Бангладеш
УИК	уникальный идентификационный код
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНОДК	Управление ООН по наркотикам и преступности
АМР США	Агентство международного развития США
ПИН	потребители инъекционных наркотиков



## Краткое содержание

---

ЮНЭЙДС заказала этот доклад с целью изучения программ и участков в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, которые, по мнению международных специалистов, являются “участками широкого охвата” – то есть, такими, где более 50% потребителей инъекционных наркотиков охвачены мероприятиями одной или нескольких программ по профилактике ВИЧ. Всего было рассмотрено семь участков, включая Солигорск (Беларусь), Псков (Российская Федерация), Сумы (Украина), Дакка (Бангладеш), Раджшахи (Бангладеш), Специальный административный район Гонконг (САР Гонконг, Китайская Народная Республика), и Сальвадор (Бразилия).

В каждое тематическое исследование включены описание хода развития программы и характеристики предоставляемых услуг, оценка охвата мероприятиями программ, факторы, способствовавшие широкому охвату, а также рассматриваются способы удержания и расширения охвата.

Самым важным результатом исследования является то, что программы по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах с переходной экономикой могут добиться широкого охвата. Например, программам обмена игл и шприцев и метадоновым программам удалось охватить более 50% потребителей инъекционных наркотиков на исследованных участках, а услуги по лечению, уходу и поддержке для ВИЧ-позитивных ПИН достигли высокого уровня охвата в Бразилии и САР Гонконг, и вскоре такой уровень может быть обеспечен в Бангладеш. В Дакке, Пскове, Сумах и Гонконге, благодаря достигнутому охвату, удалось повернуть вспять или отсрочить потенциальную угрозу эпидемий ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

### Общие черты программ с высоким уровнем охвата:

#### **При разработке местных программ использовались принципы снижения вреда**

Результаты тематических исследований поступили из целого ряда отличающихся друг от друга стран, и черты программ отражают уникальные социальные, политические и культурные условия, в которых они осуществлялись. Специалисты, ответственные за планирование программ, и их исполнители не копировали модели, разработанные в других странах, а, скорее, изучали принципы, лежащие в основе эффективных программ, и разрабатывали инициативы, подходящие для их участков.

#### **Программам необходимо обеспечить поддержку общественности, правительства, религиозных организаций и других лидеров общественного мнения**

Этой цели, в основном, удалось достичь путем проведения пропагандистской работы на разных уровнях.

#### **Необходимо определить приоритеты пропагандистской работы подобрать подходящий персонал и обеспечить нормальное финансирование**

На каждом участке была проведена тщательно продуманная, серьезная работа с целью преодоления общественных страхов и обеспокоенности органов власти в связи с предлагаемыми программами.

#### **Роль правоохранительных служб имеет огромное значение для успеха**

В большинстве стран работа по противодействию ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков проводится в условиях криминализации потребления наркотиков; и все же, программам приходится работать там, где находятся наркопотребители, с наркодилерами и владельцами

наркопритонов, чтобы обеспечить максимальное участие потребителей инъекционных наркотиков. Хотя правоохранные службы не обязаны поддерживать каждую инициативу, они должны разрешать программам работать без помех.

#### **Для расширения масштабов важно обеспечить финансирование**

Все программы (за исключением программы в Гонконге) начали работать при внешнем донорском финансировании. Внешним донорам следует применять гибкие подходы к определению уровня финансирования каждого участка, отдельных компонентов программ и расходов на их осуществление.

#### **Устойчивое финансирование**

Ни одна из описываемых программ не достигла высокого уровня охвата в первый год действия; однако зачастую именно на такой срок предоставляется внешнее финансирование. В большинстве случаев для достижения охвата высокого уровня потребовалось более трех лет.

#### **Разные условия на каждом из участков обусловили разные услуги и подходы к привлечению потребителей инъекционных наркотиков к программе**

Все программы предлагали широкий спектр услуг, а также проводили обмен игл и шприцев и заместительную терапию метадонем. Во многих случаях такой широкий спектр услуг удалось обеспечить благодаря тесным связям и партнерствам с другими организациями. Предоставление широкого спектра услуг имеет больше шансов привлечь различные группы потребителей инъекционных наркотиков, а для этого финансирование программы должно быть достаточно гибким, чтобы позволить разработку целевых программ с учетом потребностей этих различных групп.

#### **Отдельно взятую программу можно “тиражировать”, чтобы решать проблемы потребителей инъекционных наркотиков в других районах, городах и областях**

Успешные программы профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков можно начать на одном участке, добиться определенного уровня, после чего воспроизвести в других частях страны.

#### **Удобство доступа**

Во всех исследованных программах потребители инъекционных наркотиков имели доступ к услугам разными способами и в разное время.

#### **Вовлечение ПИН в работу**

Регулярное взаимодействие на основе уважения и дружелюбного отношения между потребителями инъекционных наркотиков и сотрудниками программ является фактором, способствующим достижению широкого охвата. Более широкое вовлечение ПИН в соответствующие структуры (например, консультативные советы, группы ПИН или в штат программы) повышает вероятность устойчивости программ.

#### **Вопросы управления**

Техническая помощь и обучение руководителей, проведение текущих тренингов или курсов повышения квалификации для сотрудников, особенно тех, кто непосредственно работает с потребителями инъекционных наркотиков, имеет важнейшее значение. Также важны эффективный контроль, умение решать различные проблемы и проводить регулярные собрания персонала.

### **Обучение на основе практического опыта**

Из-за разнообразия условий, в которых приходится работать программам по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, необходимо пройти процесс проб и ошибок, чтобы с учетом местной специфики выработать оптимальное соотношение компонентов программы, персонала и других аспектов работы, которое позволят добиться широкого охвата.

### **Трудности, стоящие перед всесторонними программами по борьбе с ВИЧ:**

#### **Охват высокого уровня необходим, чтобы программа считалась всесторонней**

Ни на одном из участков не предлагался всесторонний спектр услуг для потребителей инъекционных наркотиков, включая заместительную лекарственную терапию, другие формы лечения наркомании, работу по методу “аутрич”, программы обмена игл и шприцев, лечение, уход и поддержку при ВИЧ. Во многих странах отсутствуют существенные компоненты всестороннего подхода, такие как доступ к недорогому лечению ИППП, медицинский уход в связи с ВИЧ, включая антиретровирусную терапию, и добровольное (конфиденциальное) консультирование и тестирование на ВИЧ.

#### **Отношения между программами и правоохранительными службами остаются сложными**

Регулярные и специальные пропагандистские мероприятия для правоохранительных служб и других слоев общества на разных уровнях необходимо ввести во все программы. Кроме того, необходимо провести обучение для сотрудников правоохранительных служб и других секторов о необходимости всесторонних программ и их роли в решении проблем ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

#### **В вопросах обеспечения устойчивости важную роль будет играть установление баланса в расходах на профилактику и лечение в связи с ВИЧ**

Предоставление антиретровирусной терапии может привести к снижению финансирования мероприятий по профилактике ВИЧ. В то время как АРВ-терапия является важным компонентом всесторонних мер в ответ на эпидемию ВИЧ, снижение финансирования профилактических мероприятий приведет к повышению числа людей, живущих с ВИЧ, и впоследствии к соответствующим расходам на лечение.

#### **Гендерные вопросы и проблема передачи инфекции половым путем остаются нерешенными**

В большинстве программ отмечен низкий уровень участия женщин-потребительниц инъекционных наркотиков. Более того, программы считают проблему передачи ВИЧ половым путем менее приоритетной, чем передачу ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков.

#### **Отсутствие стандартов мониторинга и отчетности**

Стандартизованная методология мониторинга упростит измерение охвата и расширит возможности сравнения разных программ.

**Число потребителей инъекционных наркотиков, охваченных на каждом участке на постоянной основе, как правило, составляло незначительный процент от общего числа ПИН в городе или области.**

## Рекомендации относительно мониторинга и оценки минимального охвата

В ходе тематических исследований было выявлено очень большое разнообразие способов мониторинга, что усложняло процесс сравнения и, в некоторых случаях, практически не позволяло определить общее число охваченных клиентов, и число клиентов, обслуживаемых на постоянной основе. По этим причинам рекомендуется применять стандартный минимальный набор методов оценки и мониторинга в соответствии со следующей моделью:

- Оценить число потребителей инъекционных наркотиков в конкретном географическом районе<sup>1</sup>; и
- Регистрировать число отдельных потребителей инъекционных наркотиков, обращающихся за конкретными услугами<sup>2</sup>.

Программам рекомендуется расширить мониторинг для удовлетворения их конкретных потребностей, однако это следует делать с использованием стандартизированной системы проведения оценки и мониторинга.

Рекомендованный метод оценки числа потребителей инъекционных наркотиков в конкретном географическом районе предполагает использование множителя и эталонных расчетов. В этих расчетах используются существующие данные о моделях поведения или событиях, типичных для ПИН, например, данные о задержании полицией за потребление или хранение наркотиков, а также о лечении наркомании, несчастных случаях и оказании скорой помощи, или данные о смертях, обусловленных приемом наркотиков. Такая уже существующая информация, представляющая собой сумму моделей поведения или событий за фиксированный период времени, называется эталонной. Все виды эталонной информации и данные анкетирования (см. ниже) важно представлять в разбивке по полу.

Наряду с этим набором данных требуется оценка доли представителей целевой группы, переживших данные события, например, процент ПИН, которые были арестованы, умерли, и т.п.; обратная величина этого процента называется множителем. Для определения соответственного множителя, как правило, требуется провести небольшие, отдельные субисследования, для которых обычно достаточно данных анонимной регистрации.

Приведем пример для иллюстрации вышесказанного: известно, что в течение 2002 года 7000 потребителей инъекционных наркотиков обратились за лечением в данное учреждение; кроме того, по данным исследования известно, что примерно 20% всех потребителей инъекционных наркотиков проходили лечение в 2002 году; следовательно, оценочное число ПИН составляет 35 000 человек.

Исходные данные о проценте представителей целевой группы можно определить отдельно и независимо, путем проведения интервью или анкетирования, или специальных исследований. Распространенным методом выполнения этой задачи является включение конкретных вопросов (в зависимости от исходных показателей) о случаях ареста, лечения, передозировки и т.п. в анкеты экспресс-оценки и исследований ответной деятельности, или других исследований поведения, приводящего к риску ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

<sup>1</sup> UNODC (2003). Global Assessment Programme on Drug Abuse Toolkit Module 2. Estimating Prevalence: Indirect Methods for Estimating the Size of the Drug Problem. Vienna, Austria. Retrieved on November 30, 2005 from [http://www.unodc.org/pdf/gap\\_toolkit\\_module2.pdf](http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module2.pdf)

<sup>2</sup> USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low and Middle Income countries in 2003. Washington, DC, Policy Project. Retrieved on December 1, 2005 from <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/CoverageSurveyReport.pdf>

Рекомендуется использовать максимально возможное число исходных показателей и множителей и, по возможности, применять и другие методы оценки размеров целевых групп. Результаты таких расчетов необходимо сравнивать для определения лучшей оценки. Полезно проводить не только оценку числа потребителей инъекционных наркотиков, но и распространенности ВИЧ среди ПИН.

Результаты такого метода оценки должны быть достаточными для использования в качестве основы для других расчетов, описанных ниже. Однако опыт участков с высоким уровнем охвата позволяет предположить, что такие оценки грешат множеством неточностей, если проводятся до начала осуществления программ профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, или если такие услуги незначительны. Кроме того, группы ПИН очень динамичны; их размеры меняются вследствие воздействия политики в отношении наркотиков и более значительных изменений окружающих условий; из-за сокращения численности в связи с тем, что некоторые потребители прекращают употреблять наркотики, переезжают в другой район или умирают; из-за притока новых ПИН в группу из других групп населения, не потребляющих наркотики или из других районов.

В ходе некоторых тематических исследований численность группы ПИН в районе обслуживания программ была переоценена с использованием ресурсов программы, для того чтобы шире охватить исследованиями или другими мероприятиями все виды сообществ, возрастные, гендерные и этнические группы и подгруппы потребителей инъекционных наркотиков. Такой тип процесса переоценки выявил значительные отличия от первоначальных оценок, например, в Раджшахи и Пскове. Такую переоценку рекомендуется провести всем программам.

На втором этапе необходимо зарегистрировать общее число потребителей инъекционных наркотиков (в разбивке по полу), которые за последний месяц:

- были охвачены мероприятиями аутрич-работы, в том числе, программами по обмену игл и шприцев;
- проходили лечение, направленное на формирование воздержания; и
- получали заместительную лекарственную терапию, например поддерживающее лечение метадонном, бупренорфином и т.п.

С точки зрения программ профилактики ВИЧ это означает, что необходимо иметь систему мониторинга для учета общего числа потребителей инъекционных наркотиков, охваченных конкретными услугами. При лечении в условиях стационара или реабилитационных центров, за исключением программ заместительной лекарственной терапии, эту задачу выполнить легко, поскольку число пациентов в реабилитационных центрах обычно регистрируется.

Во всех программах, оказывающих услуги потребителям инъекционных наркотиков, регистрация обычно производится с использованием уникального идентификационного кода (УИК). Существуют разные способы генерирования такого кода, но все они в каждой программе приводят к тому, что клиенту присваивается уникальный код. Эти коды необходимо вносить вместе с датой первого получения услуг клиентом в основной журнал учета, к которому могут обращаться другие службы мониторинга и регистрации. Основной учетный документ должен содержать порядковые номера, начиная с "1", то есть, первого клиента, УИК и даты присвоения УИК, которая должна совпадать с датой первого посещения клиента для получения услуг. Для того чтобы избежать возможной путаницы в будущем, эти три цифры следует отделять друг от друга черточками.

Если программы профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков осуществляются скоординировано для обеспечения непрерывности услуг, один и тот же УИК может использоваться всеми службами. Для этого нужно просто спросить каждого клиента, присваивали ли ему УИК в других службах. Если нет, то можно присвоить такому клиенту УИК и внести его в

основной журнал учета. Если да, то информация об УИК записывается, и напротив записи о визите клиента указывается его УИК. Если клиент не помнит свой УИК, то этот код можно сгенерировать с использованием стандартного метода, принятого всеми службами в данном районе.

Форма для мониторинга, содержащая ячейки для даты, УИК клиента и описания предоставленных услуг, также необходима для записи каждого посещения клиента. Если услуги предполагают распространение продукции, как, например, в программах по обмену игл и шприцев, в форме также должно быть место для указания количества выданных игл и шприцев, презервативов и т.п., и описания других услуг или выписанных направлений. В эту форму можно включить дополнительные вопросы, чтобы лучше понять, каким образом можно расширить охват.

Очень важно понимать разницу между *числом клиентов* и *числом посещений клиентов*. Первое важно для многих процессов, описанных здесь, в то время как второе, при отсутствии данных о числе клиентов, бывает трудно интерпретировать. По возможности, необходимо регистрировать обе цифры, а если это невозможно, то следует записывать число клиентов, обращающихся за каждым видом услуг.

Используя эту систему, можно хранить информацию и отчетываться по следующим вопросам:

- общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков;
- число потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся во все службы в последний месяц для расчета показателей определенных Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН);
- регулярность охвата (*см. 5.4 Рекомендации для дальнейших исследований*); и
- всесторонний характер услуг.

Основной журнал учета уже содержит постоянные записи об общем числе охваченных клиентов. Его можно узнать в любое время, посмотрев последний порядковый номер на странице. Там, где уже осуществляются программы, официальное внедрение этой системы позволит получить представление об общем числе клиентов, охваченных за два-три года. Эти данные можно немного откорректировать, принимая во внимание клиентов, охваченных до внедрения системы и поэтому не учтенных в записях.

Таким же образом, поскольку будут записаны даты обращения за услугами, легко можно провести мониторинг числа клиентов, посещающих службы программы в течение конкретного месяца. Если записываются и типы услуг, то комплексность услуг можно представить в цифровом выражении и проценте общего числа клиентов, обращающихся за каждым типом услуг. В зависимости от конкретных характеристик потребления наркотиков и распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в данном районе, эта информация может помочь специалистам, разрабатывающим программы профилактики, узнать, выполнены ли целевые показатели профилактики.

## Рекомендации для дальнейших исследований

Мы до сих пор не знаем ответ на вопрос “Достаточно – это сколько?”; но, тем не менее, мы подходим к этому ответу все ближе. Будущие исследования эффективности должны отследить реальное повышение и снижение распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на тех участках, где имеется финансирование и приверженность для достижения высокого уровня охвата. Исследования расширяющихся программ, которые только планируются или уже осуществляются, помогут нам изучить реальные примеры и дадут нам более четкое понимание того, какой уровень и набор услуг необходим для профилактики или снижения эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков.

Кроме того, необходимо провести работу по разработке качественных показателей услуг по профилактике и уходу в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Исходя из данного доклада и других исследований, становится понятно, что качество услуг является важным фактором для достижения широкого охвата. По результатам тематических исследований были выявлены следующие направления работы, по которым необходимы качественные показатели:

- удобство доступа к услугам;
- масштабность услуг с целью привлечения подгрупп ПИН, как мужчин, так и женщин, молодых и старшего возраста, потребителей разных видов наркотиков и представителей разных этнических групп;
- вовлечение ПИН в работу и степень влияния ПИН на изменение или осуществление услуг, включая меры по обеспечению их “дружественного” характера или установлению отношений между клиентами и сотрудниками;
- управленческие процессы, которые должны быть гибкими и реагировать на потребности клиентов, изменения в моделях потребления наркотиков или в политической ситуации;
- эффективность пропагандистской работы и мероприятий по налаживанию отношений между программами и ключевыми заинтересованными сторонами, такими как правоохранительные службы, правительственные органы разных уровней, и смежные организации.





# 1. Введение и методология

---

Двойная эпидемия потребления инъекционных наркотиков и передачи ВИЧ через зараженный инъекционный инструментарий уже оказала значительное воздействие на здоровье и социально-экономическое благополучие многих стран и регионов. К середине 2003 года эти две эпидемии охватили Северную и Южную Америку, Западную, Центральную и Восточную Европу, Юго-Восточную и Южную Азию, и начали развиваться на Ближнем Востоке и в Африке.

В то время как во многих странах и регионах идет быстрое распространение эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков, появились данные о том, что эпидемию СПИДа среди ПИН можно предотвратить, замедлить, остановить и даже повернуть вспять. Например, во всех городах Австралии, в Лондоне (Соединенное Королевство) и Дакке (Бангладеш) удалось удержать распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на уровне менее 5%. Начало эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Непале, похоже, удалось отсрочить на несколько лет; распространенность ВИЧ среди ПИН в Нью-Йорке (США), Эдинбурге (Соединенное Королевство) и нескольких городах Бразилии снизилась. По-видимому, это произошло в результате работы целого ряда специализированных программ, которые являются эффективным подходом к решению проблем ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

В 2000 году учреждения Организации Объединенных Наций согласились, что необходимо принимать срочные меры для осуществления следующих программ по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков<sup>3</sup>.

- **Лечение наркомании**, в частности, с помощью заместительной терапии, такой как поддерживающее лечение метадонном, создания терапевтических общин и амбулаторных программ по принципу “жизнь без наркотиков”, чтобы помочь потребителям инъекционных наркотиков в значительной степени снизить уровень потребления наркотиков.
- **Аутрич-мероприятия** были очень успешными в установлении контактов с ПИН, их мотивации и поддержке ПИН, не получающих лечение, с целью снижения уровня рискованного поведения в связи с незаконным потреблением наркотиков, рискованного сексуального поведения, а также снижения заболеваемости ВИЧ. Результаты исследований указывают на то, что аутрич-мероприятия, которые проводятся вне обычных медицинских и социальных учреждений, помогают охватить наркопотребителей, не получающих лечение и увеличить выдачу направлений на лечение от наркомании.
- **Программы обмена игл и шприцев** продемонстрировали снижение рискованного использования нестерильных игл и передачи ВИЧ, и не выявили фактов роста потребления инъекционных наркотиков или других опасных тенденций для общественного здоровья в обслуживаемых общинах. Такие программы также служат как места контакта между ПИН и теми, кто предоставляет им услуги, включая программы по лечению наркомании. Преимущества таких программ значительно повышаются, если они переходят от простого обмена шприцев к просвещению по вопросам СПИДа, консультированию и выдаче направлений для получения различных видов лечения.

Для того чтобы предотвратить эпидемию СПИДа, обусловленную потреблением инъекционных наркотиков, или оказать на нее воздействие, эти программы следует осуществлять в значительно более широких масштабах, чтобы охватить достаточное число наркопотребителей,

---

<sup>3</sup> ACC Subcommittee on Drug Control (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the Report of 8th Session of ACC Subcommittee on Drug Control, 28-29 September. 2000. [Electronic version] [http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/hruids\\_en\\_doc.htm](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/hruids_en_doc.htm)

которые в результате меняют свое поведение в отношении потребления наркотиков и секса. Этому удалось достичь во многих городах Северной Америки, Океании и Западной Европы, и в таких странах как Австралия, Германия, Нидерланды и Соединенное Королевство.

Важность охвата программ для профилактики передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков все чаще обсуждается в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Например, в 1999 году на первом Восточноевропейском региональном совещании по вопросам стратегии борьбы с ВИЧ<sup>4</sup>, целым рядом организаций, включая ВОЗ и ЮНЭЙДС, работающих в области профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, был принят целевой показатель охвата на уровне 60%, однако немного было сделано, чтобы ввести его в действие.

В 2002 году ЮНЭЙДС заказала проведение исследований на участках в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, которые, по мнению международных специалистов, являются “участками с высоким уровнем охвата”. Были выбраны шесть участков, в том числе, Солигорск (Беларусь), Псков (Российская Федерация), Сумы (Украина), Дакка (Бангладеш), а также Сальвадор и Порту-Алегре (Бразилия). В ходе исследования в этот список были добавлены Раджшахи (Бангладеш), Специальный административный район Гонконг (САР Гонконг, Китайская Народная Республика) – последний благодаря высокому уровню охвата в программе метадоновой поддерживающей терапии. Из-за проблем со сбором данных Порту-Алегре был исключен из данного доклада. Следует отметить, что этот список отнюдь не является исчерпывающим списком участков с высоким уровнем охвата.

## Определения

**Первичные клиенты** (или контакты, или обмен) – люди, с которыми сотрудники, предоставляющие услуги, вступают в непосредственный контакт.

**Вторичные клиенты** (или контакты, или обмен) – люди, охваченные первичными клиентами, но не имеющие непосредственного контакта с сотрудниками, предоставляющими услуги.

**Охват:** существуют три набора единиц измерения, дающие информацию об охвате потребителей инъекционных наркотиков услугами по профилактике ВИЧ:

1. число ПИН, которые когда бы то ни было имели контакт с профилактической службой;
2. регулярность доступа к услугам;
3. число стерильных шприцев, выданных ПИН, деленное на оценочное число инъекций за определенный период времени.

Все эти методы измерений основаны на оценочном размере группы потребителей инъекционных наркотиков в данном районе. Из-за скрытого характера потребления инъекционных наркотиков во многих странах точную оценку составить трудно. В каждом тематическом исследовании описаны методологии, применявшиеся для оценки численности групп.

Для первых двух единиц измерения большое значение имеет концепция “досягаемости” или охвата.

“Охваченными” считаются те потребители инъекционных наркотиков, с которыми вступили в контакт любые организации, распространяющие материалы для профилактики ВИЧ среди ПИН, включая стерильные иглы и шприцы; проводящие заместительную терапию метадоном или другими

<sup>4</sup> Второе стратегическое совещание по улучшению координации региональной поддержки национальных ответных мер по ВИЧ/СПИДу в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии (2000). ЮНЭЙДС, Копенгаген, Дания, 4-5 декабря 2000 г.

лекарствами, или лечение на основе воздержания и реабилитации, исключая детоксикацию, которая сама по себе не считается эффективным лечением. Программы, предоставляющие такие услуги, соответственно, называются “программы обмена игл и шприцев”, “программы заместительной терапии” и “программы реабилитации наркопотребителей”.

**Общий охват** – это число потребителей инъекционных наркотиков, которые получили услуги программы за время ее работы. Это число накопительное и пополняется до тех пор, пока предоставляются услуги; таким образом, теоретически, общий охват может составить 100%, если услуги будут предоставлены каждому отдельному потребителю инъекционных наркотиков в данном географическом районе. На практике охвата на уровне 100% удается достичь крайне редко, если вообще удается, – из-за изменений в способах потребления наркотиков, появления новых наркопотребителей и т.п. Для того, чтобы рассчитать это число, службы программ должны разработать способы идентификации каждого потребителя инъекционных наркотиков. Для облегчения процесса сравнения также используется показатель “охваченные в прошлом году”.

**Регулярность охвата** – это регулярность доступа клиентов к услугам, которую трудно измерить, поскольку существует множество разных способов измерения “регулярности”. В данном докладе были проанализированы результаты мониторинга, представленные каждой службой, для определения цифры “регулярного охвата”. В связи с разнообразием использованных методов мониторинга, проведение сравнений между участками представляется затруднительным, поэтому также применялся показатель “охваченные в типовой месяц”.

**Число стерильных шприцев, выданных потребителям инъекционных наркотиков, деленное на оценочное число инъекций за определенный период времени** – это сложный способ измерения с большим количеством потенциальных источников ошибок. Например, погрешности могут возникнуть при расчете числа ПИН, числа инъекций на одного наркопотребителя, числа шприцев, имеющихся в различных источниках, и т.п. Как следствие, этот метод измерения в данном отчете, как правило, не применялся.



## 2. Тематические исследования: Восточная Европа

---

### 2.1 Солигорск, Беларусь

#### 2.1.1 Общая информация

Население города Солигорска, основанного 40 лет назад, составляет 100 000 человек; население Солигорского района – 150 000 человек. Солигорск находится в Минской области, в 140 км к югу от Минска. Основная промышленность – добыча сырья для минеральных удобрений, и только на одном предприятии работает 20 000 человек.

По оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков составляет от 1260 до 1480 человек. Общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков составляет более 1200 человек – это почти 100% ПИН. В 2002 году программами обмена игл и шприцев было охвачено 1127 человек. Программы заместительной терапии или реабилитации наркопотребителей отсутствуют.

Что касается регулярности охвата, то в течение пяти месяцев, с августа по декабрь 2002 года, из 276 зарегистрированных в этот период клиентов только 1% (2 человека) обращались более четырех раз в месяц. Число ПИН, охваченных в типовой месяц, составляло 140 человек (9,5–11,1% от общего оценочного числа потребителей инъекционных наркотиков).

#### 2.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

В последние годы в Беларуси отмечался быстрый рост потребления инъекционных наркотиков и связанной с ним передачи ВИЧ. На конец 2003 года число людей, живущих с ВИЧ в Беларуси, по оценкам, составило от 12 000 до 42 000 человек<sup>5</sup>. Экспресс-оценка ситуации, проведенная в 2001 году, показала, что реальное число наркопотребителей, из которых почти все употребляют наркотики инъекционным путем, в пять- семь раз выше официально зарегистрированного числа 6 363 человека<sup>6</sup>.

По оценкам, в Солигорске насчитывается 1260–1480 потребителей инъекционных наркотиков<sup>7</sup>. Эти цифры получены с помощью ряда множителей, выведенных из результатов нескольких исследований, проведенных во всех областях. В том числе, были использованы результаты исследования для определения соотношения потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных в наркологических учреждениях, а также процента тех, кто пережил передозировку и тех, кто был арестован за преступления, связанные с наркотиками.

Солигорск занимает второе место в Минской области после Минска по числу потребителей инъекционных наркотиков. Экспресс-оценка ситуации выявила, что 16-25% потребителей инъекционных наркотиков составляли женщины, однако в ней не было сделано конкретных заявлений о соотношении числа ПИН среди мужчин и женщин в Минской области или Солигорске. Также в ходе оценки было выявлено, что в национальном масштабе возраст 67% потребителей инъекционных наркотиков составлял 20-30 лет. Наиболее часто употребляемыми наркотиками для инъекций были приготовленные в домашних условиях жидкие опиаты на основе маковой соломки. Шприцы продаются в аптеках без рецептов. На 1 октября 2003 года число людей, живущих с ВИЧ

<sup>5</sup> ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). *Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа*. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>6</sup> Республиканский центр профилактики СПИДа (2001 г.). *Ситуация с распространением потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь: Отчет о результатах экспресс-оценки*. Минск.

<sup>7</sup> Там же.

в Солигорске, составляло 343 человека, из которых 269 (74,4%) были потребителями инъекционных наркотиков<sup>8</sup>.

### 2.1.3 История вопроса

В Солигорске процесс создания программы обмена игл и шприцев начался после поездок действующего руководителя программы и других медицинских сотрудников города в Светлогорск для изучения местной эпидемии ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в 1996 и 1997 году. После этого во время вспышки гепатита В в 1996-1997 годах в районной больнице было обнаружено несколько потребителей инъекционных наркотиков, а Республиканский центр профилактики СПИДа в 1998 году провел экспресс-оценку ситуации в Солигорске<sup>9</sup>. Результаты оценки были распространены среди представителей различных слоев общества, и затем Республиканский центр профилактики СПИДа выступил с предложением написать план проекта для местной программы обмена игл и шприцев.

После нескольких попыток сотрудничества с местными неправительственными организациями было принято решение обратиться в городскую администрацию за разрешением проводить программу обмена игл и шприцев в Солигорском центре гигиены и эпидемиологии. Разрешение было получено в декабре 1999 года, а в январе 2000 года ЮНЭЙДС одобрила заявку на финансирование. В 2000 году члены Республиканского межведомственного совета по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней совершили поездку в Солигорск, чтобы произвести оценку местной ситуации с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и ответных мер, включая программы по обмену игл и шприцев.

Программа была начата в феврале 2000 года, в ее штат входили психолог, врач-венеролог, и врач-нарколог. В 2001 году врача-нарколога заменил врач-инфекционист для того, чтобы привлечь к получению услуг больше людей, живущих с ВИЧ. Также на несколько месяцев в штат был принят юрист для предоставления бесплатных юридических консультаций.

В период с января по август 2002 года ЮНЭЙДС прекратила финансирование программы. Городская администрация Солигорска выделила средства для оплаты шприцев, информационных материалов и витаминов для людей, живущих с ВИЧ, а местная горнодобывающее предприятие “Беларуськалий” предоставило некоторое количество шприцев. В августе 2002 года внешнее финансирование возобновилось, однако даже совместно с финансированием со стороны городской администрации оно было меньше, чем в 2001 году. В 2002 году представители городских органов власти, отвечающие за решение проблем СПИДа и наркомании, также посетили Светлогорск.

К 2003 году некоторые услуги, доступные в 2001 году, больше не предоставлялись (см. **Таблицу 1: Услуги и продукция, предоставляемые в Солигорске**), что привело к уменьшению числа посещений клиентов и количества выданных игл и шприцев.

### 2.1.4 Характеристики услуг

Только два вида услуг, оба финансируемых и осуществляемых государством, предназначены конкретно потребителям инъекционных наркотиков: программа обмена игл и шприцев в Солигорском районном центре гигиены и эпидемиологии и наркологические услуги в городском наркологическом диспансере. Финансирование наркологических услуг осуществляется из городского бюджета Солигорска, а также областного и республиканского бюджетов. Финансирование программы обмена игл и шприцев идет за счет Солигорской горадминистрации и ЮНЭЙДС.

<sup>8</sup> Республиканский центр профилактики СПИДа, Министерство здравоохранения Республики Беларусь (2001 г.). *СПИД в цифрах по состоянию на 01.07.2001 г.* Информационный бюллетень №30. Минск.

<sup>9</sup> Республиканский центр профилактики СПИДа (2001 г.), цит. выше.

В программе по обмену игл и шприцев пять сотрудников, в том числе руководитель программы, который одновременно является заместителем директора центра гигиены и эпидемиологии, медсестра и консультант, принимающие клиентов в центре, и два волонтера, работающие по методу “аутрич”. Офис программы находится в здании Солигорского центра гигиены и эпидемиологии, который расположен недалеко от центра города, и, хотя поблизости находится главное управление милиции, доступ в программу не представляет трудностей. Часы работы программы – с 14.00 до 17.00, с понедельника по пятницу. В городском наркологическом диспансере услуги начали предоставлять с ноября 2002 года; однако там нет сотрудников, работающих полный рабочий день, и его трудно найти, поскольку он расположен на четвертом этаже, где нужно пройти еще несколько коридоров.

Только два аутрич-волонтера, активные потребители инъекционных наркотиков, работают на ставку. Однако по данным статистического учета клиентов (см. 2.1.5 Охват) много других людей имеют доступ к вторичному распределению и обмену. Штатные волонтеры получают удостоверения, подтверждающие их место работы, на случай, если их остановит милиция. Две штатные должности волонтеров были свободны во время посещения страны; один волонтер был в тюрьме, а другой прекратил употреблять наркотики. Волонтеры, в том числе и внештатные, обслуживают 30-40 пунктов по всему городу, охватывая 30-100 ПИН ежедневно на каждом пункте.

**Таблица 1: Услуги и продукция, предоставляемые в Солигорске**

Услуги и продукция	Центр гигиены и эпидемиологии ПОШ	Городской наркологический диспансер Наркологические услуги	Аутрич
Иглы и шприцы выданные	X	X	X
Иглы и шприцы возвращенные	X	X	X
Иглы и шприцы, утилизация	X	X	–
Вода для инъекций	X	–	–
Спиртовые салфетки	X	–	–
Средство для дезинфекции шприцев	–	–	–
Витамины	X	–	–
Фильтры и ватные шарики	–	–	–
Лечение гепатита	X	–	–
Лечение ВИЧ и СПИДа	*	–	Выдача направлений
Детоксикация наркопотребителей	Выдача направлений	Выдача направлений	Выдача направлений
Другие виды лечения	–	–	–
Презервативы выданные	X	X	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X	X
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X	–	–
Групповое обучение	–	–	–
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	*	–	
Консультирование (по общим вопросам)	X	–	–
Консультирование по наркотикам	X	X	X
Консультирование по ВИЧ и СПИДу	X	–	–
Юридическая помощь	*	–	–
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	–	–	–
Группы поддержки потребителей наркотиков	*	–	–
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	X	–	–
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	–	–	–

\* Отмечены услуги, которые предоставлялись в 2001 г.

**Таблица 2: Программа обмена игл и шприцев в Солигорске, январь 2000 – декабрь 2002 гг.**

	2000	2001	2002	Итого
Шприцы выданные	22 245	103 774	61 254	187 273
Шприцы возвращенные	19 024	94 458	56 527	170 009
Процент возвращенных шприцев	85,5	91	92,3	90,8
Общее число обращений клиентов	1 657	4 716	1 822	8 195
Звонки на горячую линию	302	342	*	644
Консультирование	955	561	117	1 623

\* Услуги, прекращенные из-за сокращения финансирования.

Только солигорский городской наркологический диспансер предоставляет услуги по детоксикации и другим видам медикаментозного лечения. Здесь клиенты получают амбулаторное лечение или лечение в дневном стационаре, или направление: мужчины – в Минскую областную наркологическую больницу, женщины – в областную психиатрическую больницу. В Минской областной наркологической больнице выделено 40 койко-мест для детоксикации; это количество рассчитано на всю область, а отдельных койко-мест для женщин не предусмотрено. Медикаментозная детоксикация в условиях стационара длится от 10 до 30 дней. Амбулаторная помощь в городском наркологическом диспансере включает в себя консультирование и медикаментозное лечение для поддержки детоксикации.

В Солигорске отсутствуют услуги по реабилитации наркопотребителей, заместительной терапии и другим видам лечения наркозависимости.

### 2.1.5 Охват

Общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков с февраля 2000 года составляет более 1200 человек. По статистическим данным в программе обмена игл и шприцев в период с мая 2000 по июль 2002 года было зарегистрировано 1190 клиентов; программа была возобновлена в августе 2002 года, и до декабря 2002 года в ней было зарегистрировано еще 276 новых клиентов. Некоторые из этих новых клиентов были также зарегистрированы ранее, однако, как минимум, 1200 человек были зарегистрированы в ходе программы в период с января 2000 года по декабрь 2002 года. По оценкам программы, в 2002 году ею было охвачено 1127 потребителей инъекционных наркотиков.

Из 276 клиентов, которые были зарегистрированы с августа по декабрь 2002 года, 16% составляли женщины (44), что соответствует среднему оценочному показателю числа женщин – потребительниц инъекционных наркотиков в Беларуси. Все клиенты кроме 10 были в возрасте от 16 до 30 лет, что соотносится с общими возрастными характеристиками потребителей инъекционных наркотиков в Беларуси.

Что касается постоянного охвата, за пять месяцев с августа по декабрь 2002 года из 276 зарегистрированных клиентов только 1% (2) обращались в программу более четырех раз в месяц, а 73% (202) брали определенное количество игл и шприцев, в среднем, достаточное для удовлетворения их потребностей в инъекциях – по оценкам, как минимум, 13 шприцев на клиента в месяц. Из-за сокращения финансирования в 2002 году снизилась регулярность охвата.



**Таблица 3: Солигорск, регулярность охвата**

Посещаемость	Процент клиентов (количество)
Реже одного раза в месяц	53% (149)
Раз в месяц	19% (53)
От раза в месяц до раза в две недели	10% (26)
Раз в две недели	10% (28)
От раза в две недели до раза в неделю	7% (18)
Раз в неделю или чаще	1% (2)

**Таблица 4: Число игл, выданных на одного клиента в месяц в Солигорске**

Иглы, выданные на одного клиента в месяц	Процент клиентов (количество)
Менее 13 шприцев в месяц	27% (74)
13–40 шприцев в месяц	42% (116)
41–80 шприцев в месяц	19% (53)
81–120 шприцев в месяц	6% (17)
Более 120 шприцев в месяц	6% (16)

Отмечался высокий уровень вторичного обмена: 31% клиентов (86) брали большее количество игл и шприцев, чем им могло понадобиться на месяц – в среднем, более 40 шприцев на одного клиента в месяц, а 12% (33) брали в среднем более 80 шприцев на одного клиента в месяц.

Многие клиенты отметили дружелюбие сотрудников программы в Солигорском центре гигиены и эпидемиологии. В качестве примера можно привести следующие высказывания:

*“Здесь нас так тепло принимают. Это очень непривычно, получать такой теплый прием”.* (Молодая клиентка).

*“Я прихожу сюда, чтобы поделиться наболевшим. Здесь меня понимают лучше, чем моя родная мать”.* (Клиент – мужчина старшего возраста).

Большое значение имела поддержка со стороны городской администрации и милиции. Был создан Республиканский межведомственный совет по профилактике ВИЧ-инфекции и венерических болезней, секретарем которого стал руководитель программы по обмену игл и шприцев. Руководитель программы считал, что этот и другие пути усиления сотрудничества между разными учреждениями привели к успеху программы, и подчеркнул необходимость совместной работы милиции, сотрудников программы и медицинских учреждений. Письменные соглашения, в том числе, соглашение между милицией и медицинскими учреждениями, а также решение городской администрации, одобрявшее работу программы, сыграли важную роль. С милицией установились отличные отношения – например, маршрут регулярного патрулирования был изменен таким образом, чтобы милицейские автомобили реже проезжали мимо офиса программы в Центре гигиены и эпидемиологии в часы ее работы. Целый ряд опрошенных отметил важность индивидуальной работы и самоотдачи сотрудников, включая руководителя программы.

Еще одним часто упоминающимся фактором было широкое освещение работы программы в газетах, на телевидении и радио, что явилось результатом административной поддержки, полученной программой. Руководитель программы, глава городской администрации и начальник милиции дважды выступали по телевидению, рассказывая о профилактике передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. В 2002 году была проведена двухдневная информационная кампания, в ходе которой сотрудники по распространению информации посетили все предприятия, раздавая информацию о наркотиках, ВИЧ и СПИДе и о роли программы. Совет женщин, организация, имеющая связи с каждым предприятием, также предоставила информацию о программе своим

членам. Руководитель программы считает, что, благодаря этим мероприятиям, каждый житель города проинформирован о цели и месте расположения программы.

По мнению клиентов и сотрудников программы, в 2001-2002 гг. наличие других врачей-специалистов привлекло к программе потребителей инъекционных наркотиков, особенно людей, живущих с ВИЧ, или тех, кто не уверен в своем ВИЧ-статусе. Все вышеизложенное, наряду с анонимностью клиентов (“действительной анонимностью, а не только декларируемой”, – сказал сотрудник программы) и соблюдением конфиденциальности данных о статусе клиентов и другой информации, способствовало проведению тестирования на ВИЧ и его лечения. Как заявил один из клиентов:

*“В городе бесплатное тестирование можно пройти везде, но в тот же день все узнают (о результатах тестирования)”.*

### 2.1.6 Поддержание и расширение охвата

Экономическая, социальная и политическая ситуация в Беларуси такова, что в таких городах, как Солигорск, в ближайшее время не удастся обеспечить финансирование мероприятий по противодействию ВИЧ и наркотикам из местного или республиканского бюджета. Для того чтобы программа снова смогла обеспечить высокий уровень охвата, достигнутый в середине 2001 г., по-видимому, потребуется внешняя помощь. Во время написания данного документа наиболее вероятной была возможность получения такой помощи в виде кредита от Всемирного банка, о чем велись переговоры. Для того чтобы восстановить высокий уровень охвата, необходимо увеличить финансирование, чтобы не только приобретать иглы и шприцы, но и обеспечить также возобновление закупок воды, витаминов и лекарств, предоставление таких услуг, как лечение ИППП, и приглашение в программу врачей-инфекционистов и юристов, консультации которых привлекали потребителей инъекционных наркотиков. Антиретровирусная терапия и другая медицинская помощь в связи с ВИЧ привлекут также ВИЧ-позитивных клиентов.

Ряд опрошенных говорил о необходимости создать взаимосвязанную “цепочку” из программы по обмену игл и шприцев, детоксикации потребителей наркотиков, консультирования, долгосрочного медикаментозного лечения, заместительной терапии и реабилитации. Заместительная лекарственная терапия способствовала бы соблюдению режима антиретровирусной терапии, а также могла бы усилить профилактику передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

### 2.1.7 Дополнительная литература

Камлык А.А. *Стратегии снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Беларуси*. Документ был представлен на XIV Международной конференции по СПИДу в Барселоне, Испания, 7 – 12 июля 2002 г.

Республиканский центр профилактики СПИДа, Министерство здравоохранения Республики Беларусь. СПИД в цифрах по состоянию на 01.07.2001 года. *Информационный бюллетень №30*. Минск, Беларусь. 2001 г.

Республиканский центр профилактики СПИДа, Министерство здравоохранения Республики Беларусь и ЮНЭЙДС. *Стратегический план противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь на 2001-2003 гг.* Минск, Беларусь. 2001 г.

Республиканский центр профилактики СПИДа. Ситуация с распространением потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь: Отчет о результатах экспресс-оценки. Минск, Беларусь. 2001 г.

## 2.2 Псков, Российская Федерация

### 2.2.1 Общая информация

Псков, расположенный на северо-западе Российской Федерации, является центром сельскохозяйственного региона, его население составляет 206 000 человек. Псков – столица Псковской области, население которой насчитывает 827 000 человек.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков составляет от 1200 до 1300 человек. Общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков на 31 декабря 2002 года составляло 1153 человека, что соответствует 88-96% оценочного количества ПИН. В 2002 году 268 потребителей инъекционных наркотиков были охвачены программами обмена игл и шприцев, что соответствует 20,6–22,3% оценочного количества ПИН. Заместительная терапия не проводится, но в августе 2002 года в Пскове создана служба реабилитации наркопотребителей.

Что касается регулярности охвата, то из 808 первичных клиентов, зарегистрированных в 2002 году, только 3% (22) посещали стационарный пункт обмена, открытый в рамках программы, чаще одного раза в месяц; 97% (786) обращались реже одного раза в месяц, при этом 14% (114) посетили пункт обмена от шести до десяти раз, 50% (404) – от двух до пяти раз, и 33% (268) – один раз. Число ПИН, охваченных в типовой месяц, составляло 98 человек, или 7,5-8,1% оценочного количества ПИН.

### 2.2.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

Эпидемия СПИДа в Российской Федерации является одной из наиболее быстро растущих эпидемий в мире. По состоянию на конец 2003 года оценочное количество людей, живущих с ВИЧ в Российской Федерации, составляло 860 000 человек<sup>10</sup>. Эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в различных частях страны, особенно в Москве и Иркутске, в течение последних пяти лет были основными движущими силами эпидемии в национальном масштабе. По данным экспресс-оценки ситуации в Пскове, в 1999 году число потребителей инъекционных наркотиков в городе составляло от 400 до 700 человек<sup>11</sup>.

После исследования программ обмена игл и шприцев, осуществленного в 1999-2000 гг.<sup>12</sup> в пяти городах, в том числе в Пскове, в 2000 году была проведена еще одна экспресс-оценка среди ПИН, которые имели доступ к программе в течение предыдущего года<sup>13</sup>. Методика включала в себя использование таких исходных показателей, как число передозировок, взятое из данных милиции и судебной экспертизы, а также информацию о конкретных охваченных клиентах и количестве потребителей инъекционных наркотиков, зарегистрированных в областном наркологическом диспансере; все эти данные сравнивались с результатами опроса, проведенного среди более 200 клиентов программы. По оценкам этого исследования, число ПИН составило от 1200 до 1300 человек, эта оценка и используется в настоящее время.

В Псковской области наиболее распространенными инъекционными наркотиками являются приготовленные в домашних условиях стимуляторы на основе эфедрина и жидкие опиаты (“черная”),

<sup>10</sup> ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). *Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа*. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>11</sup> Rhodes T and Sarang A (2002). *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation*. DFID, London (Unpublished).

<sup>12</sup> Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V and Des Jarlais DC. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Paper presented at 12<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, Delhi.

<sup>13</sup> Сивачева И., Трофимов В., Гончар Е., Игородецкая И. и Лукичева Т. Некоторые результаты работы Псковской программы профилактики среди потребителей наркотиков внутривенным путем по сокращению распространения ВИЧ-инфекции. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ и переносимого с кровью гепатита. Суздаль, 1-3 октября 2002 г.

а также героин. Шприцы продаются в аптеках без рецепта. Помимо Пскова в Псковской области есть и другие населенные пункты, где существует потребление наркотиков и ВИЧ-инфекция, в том числе город Великие Луки и город Опочка. По состоянию на август 2002 года в Псковской области было зарегистрировано 143 человека, живущих с ВИЧ, из них 28 человек, включая восемь ПИН, зарегистрированы в Пскове. Показатель распространенности ВИЧ в Пскове один из наиболее низких в Российской Федерации, а процент потребителей инъекционных наркотиков среди людей, живущих с ВИЧ, (28%) ниже среднего по стране, который составляет приблизительно 70%. Псковская программа обмена игл и шприцев одна из более 80 программ, созданных в Российской Федерации.

### **2.2.3 История вопроса**

Первые попытки начать мероприятия по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков были предприняты в Пскове в 1996 году, после того как главный врач Областного центра СПИДа, который в настоящее время также является директором проекта снижения вреда, возвратился с конференции по ВИЧ в Калининграде, на которой обсуждались вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Впоследствии для получения информации о профилактике передачи ВИЧ среди ПИН и способах снижения вреда использовался Интернет. В мае 1997 года сотрудники посетили конференцию по СПИДу и связанным с ним болезнями в Санкт-Петербурге, на которой обсуждался первоначальный опыт работы по снижению вреда в Санкт-Петербурге и Литве. Позднее в этом же году комитет по здравоохранению Псковской области предоставил первичное финансирование для Центра СПИДа, которое было использовано для закупки игл и шприцев.

Программа по обмену игл и шприцев была создана в августе 1998 года, о чем было объявлено по местному телевидению. В сентябре 1998 года начала работать первая сотрудница по методу “аутрич”, женщина – активная потребительница инъекционных наркотиков, которая была замужем за цыганом, также активным потребителем инъекционных наркотиков (в то время находившемся в тюрьме). Новая аутрич-сотрудница обслуживала клиентов, а также привлекала новых аутрич-сотрудников и волонтеров. В течение первых шести месяцев это были, в основном, цыгане. Следует отметить, что сначала проект работал в значительной степени с потребителями инъекционных наркотиков из цыганской общины. Также в 1998 году было осуществлено обучение по проведению экспресс-оценки и организации ответных мер для того, чтобы провести экспресс-оценку ситуации с ВИЧ и потреблением наркотиков в Пскове, и организовано посещение автобуса – передвижного пункта обмена игл в Санкт-Петербурге. Изучение международного и российского опыта помогло руководству проекта использовать его в своей работе и улучшить ее.

В марте 1999 года проект впервые получил внешнее финансирование от Института открытого общества (ИОО), Россия. Начиная с 1999 года, каждый год программа расширяла территорию предоставления своих услуг или их ассортимент, или и то, и другое одновременно, стремясь достичь высокого уровня охвата потребителей инъекционных наркотиков и других групп, подвергающихся высокому риску ВИЧ-инфекции. Сначала проект позволил обеспечить высокий уровень охвата ПИН услугами снижения вреда, включая обмен шприцев в Пскове, а затем стал предоставлять такие же услуги по всей области, особенно в Великих Луках и Опочке. Позднее проект расширил свои услуги, чтобы охватить работников секс-бизнеса и заключенных, многие из которых также были ПИН. К 2002-2003 гг. снизилась зависимость программы от внешнего финансирования – 56% финансирования поступало из бюджета областного и государственного бюджетов, а также от местных корпоративных доноров.

Работа программы получила оценку на раннем этапе своей деятельности, когда Псков принимал участие в исследовании программ по обмену игл и шприцев в пяти городах<sup>14</sup>, в рамках которого изучались поведенческие изменения среди потребителей инъекционных наркотиков путем сравнения уровней зарегистрированного рискованного поведения в течение месяца до начала участия в программе и в течение последнего месяца участия в программе. Среди 201 ПИН, опрошенных в Пскове, благодаря участию в программе, были отмечены следующие изменения:

- с 26% до 4% снизилось число респондентов, использующих нестерильный инъекционный инструментарий;
- с 47% до 36% снизилось число респондентов, пользующихся одним шприцем для инъекций наркотиков;
- с 25% до 9% снизилось число респондентов, потреблявших инъекционные наркотики в неидентифицированных местах.

Еще одно исследование распространенности ВИЧ<sup>15</sup>, проведенное в 2002 году среди 741 клиента программы обмена игл и шприцев, выявило, что менее 1% были ВИЧ-инфицированными.

## 2.2.4 Характеристики услуг

В проекте снижения вреда Псковского областного центра СПИДа работает 22 сотрудника, в том числе, директор проекта, координатор проекта, аутрич менеджер, водитель, шесть аутрич работников (включая трех бывших потребителей инъекционных наркотиков) и один активный ПИН, а также восемь волонтеров, работающих бесплатно. Еще 12 аутрич сотрудников работают в Великих Луках. В Пскове программа ориентирована на потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и заключенных; она активно сотрудничает с венерологическими службами, ОБНОН (отделом по борьбе с незаконным оборотом наркотиков), вице-губернатором области и местными неправительственными организациями; у нее есть договоренность о выдаче направлений со всеми медицинскими учреждениями.

Услуги по обмену игл и шприцев предоставляют стационарный пункт обмена в Пскове, передвижной пункт, работающий в Великих Луках и Опочке, и аутрич работники. Стационарный пункт расположен в Псковском центре СПИДа, работает с 8.00 до 19.00 с понедельника по пятницу и охватывает, в среднем, 50-60 клиентов в неделю, меняя до 1300 игл и шприцев, а также предлагая дополнительные медицинские услуги в поликлинике центра СПИДа, в том числе, посещение врача-инфекциониста, терапевта и стоматолога. Программа предоставляет большой выбор материалов (см. **Таблицу 5: Услуги и продукция, предоставляемые в Пскове**).

Аутрич-работа в Пскове состоит из работы на улицах, в том числе, на вокзале и в квартирах потребителей наркотиков. Значительное количество игл и шприцев раздается и обменивается путем вторичного распространения почти в 50 квартирах. Программа оказывает социальную поддержку аутрич работникам, включая помощь в получении работы и возможность работать неполный рабочий день. Аутрич-работа проводится с 9.00 до 19.00 с понедельника по пятницу, аутрич-работники ежедневно встречаются для составления отчетов. Большим успехом стало обеспечение доступа к цыганской общине.

<sup>14</sup>Grund et al. (2001). Цит.выше.

<sup>15</sup>Сивачева и др. (2002 г.), цит. выше.

Таблица 5: Услуги и продукция, предоставляемые в Пскове

Услуги и продукция	Стационарный пункт ПОШ	Передвижной пункт ПОШ	Аутрич
Иглы и шприцы выданные	X	X	X
Иглы и шприцы возвращенные	X	X	X
Иглы и шприцы, утилизация	X	–	–
Вода для инъекций	X	–	–
Спиртовые салфетки	X	X	X
Средство для дезинфекции шприцев	X	X	X
Фильтры и ватные шарики	–	–	–
Витамины	X	–	–
Лечение гепатита		–	–
Лечение ВИЧ и СПИДа	X	Выдача направлений	Выдача направлений
Детоксикация наркопотребителей	Выдача направлений	Выдача направлений	Выдача направлений
Другие виды лечения	–	–	–
Презервативы выданные	X	X	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X	X
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X	X	X
Групповое обучение	–	–	–
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	Выдача направлений	Выдача направлений	Выдача направлений
Консультирование (по общим вопросам)	X	–	–
Консультирование по наркотикам	Выдача направлений	Выдача направлений	Выдача направлений
Консультирование по ВИЧ и СПИДУ	X	–	–
Юридическая помощь	–	–	–
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	–	–	–
Группы поддержки потребителей наркотиков	–	–	–
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	–	–	–
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	–	–	–

Таблица 6: Программа по обмену игл и шприцев в Пскове, 1999-2002 гг.

	Январь-декабрь 1999 г.	Май 2000–март 2001 гг.	Июнь 2001–май 2002 гг.	Итого
Шприцы выданные	24 667	36 660	64 570	125 897
Процент возвращенных шприцев	85,5	91	92,3	89,6
Общее число обращений клиентов	*	6 662	5 130	11 792
Презервативы выданные	5 894	11 007	17 374	34 275

\* Означает “не зарегистрировано”.

Детоксикация в Пскове проводится наркологическими службами, услуги по заместительной терапии в Псковской области не предоставляются. В августе 2002 года был создан реабилитационный центр “Камень”, который сотрудничает с программой снижения вреда. Центр получает поддержку из различных источников, в том числе, от церкви, однако программу посетило менее 20 человек.

### 2.2.5 Охват

Общее число охваченных программой клиентов составило 575 человек в 1999 году, 793 в 2000 году, 857 в 2001 году и 1153 к концу 2002 года. Кроме того, 20 клиентов были охвачены реабилитационными услугами центра “Камень”, однако неизвестно, являлись ли они также и клиентами программы.

Что касается регулярности охвата, 3% (22) из 808 первичных клиентов, зарегистрированных в программе, посещали стационарный пункт обмена один раз в месяц или чаще, в то время как 97% (786) обращались реже одного раза в месяц.

Таблица 7: Псков, регулярность охвата

Посещаемость стационарного пункта	Процент клиентов (количество)
Посещали 12 раз или больше в течение 12 месяцев	3% (22)
Посещали 6–10 раз в течение 12 месяцев	14% (114)
Посещали 2–5 раз в течение 12 месяцев	50% (404)
Посещали один раз в течение 12 месяцев	33% (268)

Посещаемость стационарного пункта обмена низкая. Однако, несмотря на это, благодаря работе передвижного пункта, аутрич-работников, волонтеров и сложной системы вторичного обмена, удается обеспечить распространение игл и шприцев среди большой группы потребителей инъекционных наркотиков. Вероятно, причиной низких показателей посещаемости стационарного пункта является боязнь попасть в поле зрения милиции (см. 2.2.6 Поддержание и расширение охвата), поэтому большинство клиентов предпочитает получать иглы и шприцы от друзей. Не представляется возможным оценить охват вторичным обменом, однако директор проекта заявил, что значительная часть потребителей инъекционных наркотиков города регулярно получает иглы и шприцы путем вторичного обмена.

Важным фактором развития программы на начальном этапе стал наем на работу в качестве аутрич-сотрудников активных потребителей инъекционных наркотиков. Без их участия было бы невозможно установить отношения с общиной ПИН. Несколько предыдущих попыток, предпринятых сотрудниками центра СПИДа, оказались безрезультатными. Установление крепких и доверительных отношений с потребителями наркотиков стало ключом доступа к их сообществу.

Создание эффективной системы управления и контроля над аутрич-работой стало решающим для повышения охвата услугами аутрич и услугами по обмену игл. Поскольку все аутрич-работники являлись ПИН, было очень важно создать четкую систему управления для поддержания дисциплины и обеспечения соблюдения правил, например, отказа от потребления наркотиков в рабочее время. Аутрич-работников призывали искать новых клиентов, а не продолжать работу только с теми, кого они хорошо знали. Директор проекта с самого начала уделял большое внимание аутрич-работникам и лично знал многих клиентов.

Для того чтобы обеспечить эффективное и прозрачное руководство, проводились еженедельные собрания сотрудников. У аутрич-работников на каждую неделю были четкие цели и нормы по контактам, например, каждый аутрич-работник должен был установить не менее 10 новых контактов каждую неделю, из них три контакта с женщинами. Обеспечение доступа к молодым потребительницам наркотиков считался важной задачей. Кроме того, существовало правило, что всех новых клиентов следует приводить на стационарный пункт обмена игл или знакомить их с координатором проекта. Требования к работникам и правила работы были отражены в должностных инструкциях и других официальных документах, подписываемых сотрудниками.

Установление взаимопонимания и партнерских отношений с ключевыми должностными лицами города, в том числе, начальниками областного отдела здравоохранения, ОБНОН и ГУИН (отдела исполнения наказаний) сыграли важную роль в расширении охвата, как и решение вице-губернатора о реализации программы снижения вреда в Опочке и Великих Луках.

## 2.2.6 Поддержание и расширение охвата

Основные препятствия для непрерывного и расширенного охвата создают некоторые люди и организации в определенных областях, а также отсутствие в государстве поддерживающих стратегий и законов. Например, задержки с началом программы обмена игл и шприцев в Опочке возникли в результате сопротивления некоторых должностных лиц из местной милиции, несмотря на поддержку программы со стороны вице-губернатора области. На национальном уровне отмечается отсутствие нормативной базы, регулирующих работу проектов снижения вреда. Например, не определена должность социального работника в государственных учреждениях общественного здравоохранения. В результате центр СПИДа не может нанять для работы с целевыми группами потребителя наркотиков или другое лицо без соответствующего образования – для этого приходится искать обходные пути, например, внешнее финансирование. Отсутствие законодательной базы, обеспечивающей поддержку со стороны правительства страны, означает, что продолжающиеся проблемы с милицией, в частности, с милицией из Санкт-Петербурга, которая проводит регулярные рейды в Пскове, затрудняют для некоторых ПИН доступ к услугам, предоставляемым в стационарном и передвижном пунктах.

В декабре 2002 года Псковская область заняла 62 место по распространенности ВИЧ среди 88 областей Российской Федерации. Поскольку распространенность ВИЧ низкая, центр СПИДа смог обеспечить уход за большинством ВИЧ-позитивных лиц, в том числе пробный доступ к антиретровирусной терапии. Расширение доступа к эффективным видам лечения даст программе больше возможностей для привлечения ВИЧ-позитивных людей к своим услугам на более регулярной основе. Заместительная лекарственная терапия могла бы способствовать этому процессу, а также привела бы к усилению профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

Сложно предсказать, насколько устойчив будет этот проект. При условии нового внешнего финансирования от Департамента международного развития (ДМР) Соединенного Королевства и в рамках кредита Всемирного банка могут быть найдены достаточные средства для продолжения работы программы.

## 2.2.7 Дополнительная литература

Burrows D. *A Best Practice Model of Harm Reduction in the community and in prisons in Russian Federation. Final Project Report.* World Bank. Washington and Moscow. 2003.

Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V and Des Jarlais DC. *Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants.* Paper presented at 12th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm, New Delhi, India. 2001.

Rhodes T and Sarang A. *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation.* DFID, London. 2002 (Unpublished).

Министерство здравоохранения Российской Федерации. *Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 1987г. – 5 мая 2003 г.* Отчет, основанный на данных Российского центра СПИДа. Москва. 2003 г.

Сивачева И., Трофимов В., Гончар Е., Игородецкая И. и Лукичева Т. *Некоторые результаты работы Псковской программы профилактики среди потребителей наркотиков внутривенным путем по сокращению распространения ВИЧ-инфекции.* Материалы II Всероссийской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ и переносимого с кровью гепатита. Суздаль, 1-3 октября 2002 г.



## 2.3 Сумы, Украина

### 2.3.1 Общая информация

Город Сумы расположен примерно в 500 км к северо-востоку от Киева, население насчитывает 297 000 человек. Сумы являются центром промышленного региона, граничащего с Российской Федерацией, и столицей Сумской области с населением 1,35 миллиона человек.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков в Сумах составляет 1500 человек. Общее число потребителей инъекционных наркотиков, охваченных программой по обмену игл и шприцев к 31 января 2002 года, составило 1100 человек, или 73% оценочного числа ПИН. Заместительная лекарственная терапия не проводится, программы реабилитации наркопотребителей отсутствуют.

Что касается регулярности охвата, из 341 клиента, посетивших программу в типовой месяц в 2002 году, 14% обращались в программу от шести до десяти раз, 50% – от двух до пяти раз и 33% – один раз. Число потребителей инъекционных наркотиков, охваченных в типовой месяц, составило 341 человек, или 22,7% оценочного числа ПИН.

### 2.3.2 Ситуация с потреблением наркотиков и ВИЧ

В Украине отмечался наибольший в Восточной Европе рост числа ВИЧ-инфекций в связи с потреблением наркотиков. На конец 2003 года оценочное число людей, живущих с ВИЧ, в Украине, составляло 360 000 человек<sup>16</sup>. По оценкам, в 2002 году в стране было более 300 000 потребителей инъекционных наркотиков.

Программа по профилактике ВИЧ и СПИДа, подписанная главой областной государственной администрации, осуществлялась в Сумской области в рамках Национальной программы по профилактике ВИЧ и СПИДа на 2001-2003 гг. Эта областная программа:

*“...обеспечивает работу программ по обмену игл для потребителей инъекционных наркотиков и работу кабинетов доверия (в том числе передвижных) для представителей других уязвимых групп во всех городах области с целью предоставления широкого спектра медицинских, психологических, юридических и социальных услуг”.*

Похожее положение содержалось и в предыдущем плане профилактики на 1999-2000 гг.

Согласно Статье 4 закона Украины “О профилактике синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) и социальной защите населения” (1998 г.), государство гарантирует:

*“профилактику ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем, в частности, создание условий для обмена использованных инъекционных игл и шприцев на стерильные иглы и шприцы”.*

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков в Сумах составляет 1500 человек. Эта цифра была рассчитана с помощью метода множителей, используя число зарегистрированных ПИН в качестве исходного показателя, а процент зарегистрированных клиентов программ по обмену игл и шприцев в качестве множителя. Полученную цифру сравнивали с оценками числа ПИН, проинтервьюированных сотрудниками программы, и оценками местных журналистов. В конце 2002 года число зарегистрированных в Сумах людей, живущих с ВИЧ, составляло 75 человек, 35 из них были ПИН. Этот процент потребителей инъекционных наркотиков среди людей, живущих с ВИЧ, ниже, чем средний по стране, составляющий 57%<sup>17</sup>. В Сумской области было зарегистрировано

<sup>16</sup>ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>17</sup>Dr. Arielle Braye. 3 by 5 Country Programme Officer, WHO Country Office in Ukraine. (personal communication, April 2005).

489 человек, живущих с ВИЧ, из которых 301 были ПИН. Сумская программа снижения вреда – одна из более 20 программ, созданных в Украине.

### 2.3.3 История вопроса

В середине 1998 года главный эпидемиолог управления областной государственной администрации получил новый закон о СПИДе, в котором содержалась статья относительно обмена игл, процитированная в разделе **2.3.2 Ситуация с потреблением наркотиков и ВИЧ**. До этого главный эпидемиолог никогда не слышал об обмене игл. Подобная статья была включена в план профилактики ВИЧ и СПИДа в Сумской области на 1999-2000 гг. После того как программы по обмену игл и шприцев были упомянуты в областном плане профилактики, их начали осуществлять в районах области; сначала в Шостке – втором по величине городе Сумской области, затем в городах Ромны, Середина-Буда и Ахтырка.

В августе 1999 г. главный эпидемиолог стал главврачом Сумского областного центра профилактики ВИЧ и СПИДа и обратился в ЮНЭЙДС и Международный фонд “Возрождение”, чтобы получить помощь для создания программы по обмену игл и шприцев. Заявка была поддержана областной администрацией, особенно управлением здравоохранения. ОБНОН, отдел по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, на начальном этапе также поддерживал эту идею. Один из старших сотрудников ОБНОН совместно с первым заместителем начальника управления здравоохранения и главврачом областного центра профилактики и борьбы со СПИД (далее – центр СПИДа) приняли участие во встрече, посвященной стратегиям снижения вреда, которая состоялась в Киеве в январе 2000 года

В мае 2000 года в Сумском областном центре профилактики ВИЧ и СПИДа была создана программа обмена игл и шприцев; первоначально ее осуществлял центр СПИДа, а в сентябре 2002 года реализация программы перешла к благотворительной организации “Шаг навстречу”. Техническую помощь предоставляли программы обмена игл и шприцев в Полтаве и Николаеве.

Первым аутрич-работником программы стал бывший потребитель инъекционных наркотиков, недавно освободившийся из тюрьмы, который был направлен на семинар по аутрич-работе в Киев. Он знал многих ПИН и начал распространять шприцы среди друзей и знакомых, а также в точках продажи наркотиков, разъясняя цели и задачи программы. В результате многие потребители инъекционных наркотиков посетили стационарный пункт обмена в центре СПИДа.

С сентября 2000 по январь 2001 гг. в разных частях города работали три передвижных пункта обмена, чтобы получить доступ к как можно большему числу ПИН и информировать их о работе программы. Благодаря этой деятельности и привлечению хорошо осведомленных потребителей инъекционных наркотиков в разных частях города, удалось установить места полевых пунктов обмена и часы их работы. Эти пункты были созданы с июня 2000 по июль 2001 гг. В штат программы входили руководитель проекта, старший аутрич-работник, пять социальных работников, психолог и бухгалтер. Для клиентов программы были организованы консультации с врачом-инфекционистом и юристом из центра СПИДа.

К декабрю 2000 года функционировали два стационарных и четыре полевых пункта обмена; тогда же старший аутрич-работник пришел к одному из торговцев наркотиками, чтобы убедить его принять участие в программе. Торговец воспринял это недоверчиво и агрессивно; несмотря на это, аутрич-работник продолжал свои визиты, принося образовательные материалы и шприцы, одновременно рассказывая о программе. В конце концов, между ними установились дружеские отношения, затем он познакомился еще с тремя торговцами, и четыре наркоторговца стали заниматься вторичным обменом в рамках программы.

В октябре 2002 года благотворительная организация “Шаг навстречу” начала проводить мероприятия по профилактике ВИЧ среди работников секс-бизнеса, включая предоставление информации и образования по вопросам ВИЧ; распространение материалов о профилактике ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем, презервативов, дезинфицирующих средств и других материалов; выдачу направлений работникам секс-бизнеса в центр СПИДа, в кожно-венерологический диспансер или в программу обмена игл и шприцев; организацию групп самопомощи для работников секс-бизнеса, а также пресс-конференций, семинаров, круглых столов и т.п.

### 2.3.4 Характеристики услуг

Обмен игл и шприцев и другие услуги для потребителей инъекционных наркотиков предоставляются в двух стационарных пунктах в областном центре СПИДа и Сумской областной наркологическом диспансере, где клиентов обслуживают штатные медсестры, а также в четырех полевых пунктах, в которых по очереди работают социальные работники и психолог. Часы работы:

- Сумского областного центра СПИДа – с понедельника по пятницу, 9.00 – 16.00;
- Сумского областного наркологического диспансера – круглосуточно, семь дней в неделю;
- Полевых пунктов:
  - ул. Прокофьева: понедельник и пятница, 15.00–17.00;
  - ул. СКД: вторник и четверг, 15.00–17.00;
  - ул. Сумская: вторник, четверг и суббота, 13.00–15.00;
  - ул. Парковая: среда, 15.00–17.00.

Пять социальных работников, старший социальный работник, психолог, бухгалтер, руководитель проекта снижения вреда и помощник получают зарплату из бюджета программы. Зарплаты работников стационарных пунктов обмена и медсестер в центре СПИДа и наркологическом диспансере выплачиваются из бюджетов соответствующих учреждений. В полевых пунктах психолог дает краткие консультации; для получения более подробной личной консультации клиентов приглашают в центр СПИДа, где консультирование проводится в отдельной комнате.

Кроме того, три подготовленных волонтера из числа потребителей инъекционных наркотиков занимаются вторичным обменом, а также предоставляют информацию и обучают других ПИН, которые не посещают пункты обмена. Около 100 потребителей инъекционных наркотиков, включая подростков, имеют доступ к этой системе вторичного обмена.

К стационарным и полевым пунктам существует простой и быстрый доступ. В центре СПИДа клиенты программы пользуются отдельным входом, а обмен игл производится в специальной комнате. В полевых условиях социальные работники выдают иглы и шприцы, тампоны со спиртом, презервативы, дезинфицирующие средства, ряд легких медикаментов (например, таблеток от головной боли), проводят консультирование, дают направления на тестирование на ВИЧ, лечение ВИЧ и лечение наркозависимости. Клиенты полевых пунктов заявляют, что программа предоставляет им необходимые материалы, хотя презервативов иногда не хватает. Самыми важными предметами считаются шприцы и спиртовые тампоны.

Некоторые опрошенные выражали опасения по поводу того, что за полевыми пунктами или центром СПИДа может наблюдать милиция, а возможно даже вести там видеозапись. У других такое предположение вызвало смех, а один из респондентов сказал, что посетить пункта – *“как сходить в магазин – обычное дело”*. Другие опрошенные сказали, что они чувствуют себя в безопасности, приходя на пункт: *“Милиция знает об этом месте, но здесь они к нам не пристают”*. Такое отсутствие активности со стороны милиции вокруг полевых пунктов было согласовано с ОБНОН.

Сотрудники программы собирают иглы и шприцы и складывают их в устойчивые к проколам коробки, которые, после заполнения, находятся на хранении в центре СПИДа. Каждые три месяца коробки отвозят на местный металлургический завод и сжигают.

На всех пунктах обмена игл и шприцев, принадлежащих программе, ведется учет посещений клиентов и предоставленных услуг. Используется простой уникальный числовой идентификационный код, и всем новым клиентам выдается идентификационная карточка с номером. Эта карточка нужна для посещений программы. Данные о выданных и возвращенных шприцах и некоторая другая информация проверяются. Каждый новый клиент должен заполнить анкету, содержащую данные о возрасте, поле и т.п. и поведении, связанном с употреблением наркотиков. Недавно был проведен анализ первых 600 анкет. Каждые шесть месяцев делается выборка в составе 100 клиентов, и в течение одной-двух недель им выдаются другие анкеты для отслеживания изменений поведения клиентов. В мае-июне 2001 года в рамках программы было проведено качественное исследование с использованием глубинного интервью, анкетирования и фокус-групп, чтобы добиться более глубокого понимания потребностей клиентов.

**Таблица 8: Товары и продукция, предоставляемые в Сумах**

Услуги и продукция	ПОШ, Центр СПИДа	ПОШ, Наркологический диспансер	Полевые пункты
Иглы и шприцы выданные	X	X	X
Иглы и шприцы возвращенные	X	X	X
Иглы и шприцы, утилизация	X	-	X
Вода для инъекций	-	-	-
Спиртовые салфетки	X	X	X
Средство для дезинфекции шприцев	X	-	X
Витамины	X	-	X
Фильтры и ватные шарики	X	-	X
Лечение гепатита	X	-	X
Лечение ВИЧ и СПИДа	X	Выдача направлений	Выдача направлений
Детоксикация наркопотребителей	Выдача направлений	X	Выдача направлений
Другие виды лечения	X	-	X
Презервативы выданные	X	X	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X	X
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X	-	X
Групповое обучение	X	-	X
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	Выдача направлений	Выдача направлений	Выдача направлений
Консультирование (по общим вопросам)	X	-	X
Консультирование по наркотикам	Выдача направлений	X	Выдача направлений
Консультирование по ВИЧ и СПИДу	X	Выдача направлений	Выдача направлений
Юридическая помощь	-	-	-
Первичная медицинская помощь	X		X
Добровольное тестирование на ВИЧ с предтестовым и послетестовым консультированием	X	X	X
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	-	-	-
Группы поддержки потребителей наркотиков	-	-	-
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	-	-	-
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	-	-	-

**Таблица 9: Программа обмена игл и шприцев в Сумах, май 2000-декабрь 2002 гг.**

	Май-декабрь 2000 г.	2001 г.	2002 г.	Итого
Шприцы выданные	22 967	109 972	141 282	274 221
Шприцы возвращенные	20 845	106 028	133 158	260 031
Процент возвращенных шприцев	90,7	96,4	94,2	94,8
Общее число обращений клиентов	3 699	14 368	18 550	36 617

Детоксикация проводится наркологической службой. В Сумской области отсутствуют услуги по реабилитации, заместительной лекарственной терапии или каким-либо другим видам медикаментозного лечения.

### 2.3.5 Охват

Общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков, имеющих доступ к программам обмена игл и шприцев составило 382 человека в 2000 году, 825 – в 2001 году, 1047 к концу 2002 года и 1100 к 31 января 2—3 года. В приведенной ниже таблице показано распределение по возрасту 1100 клиентов.

**Таблица 10: Возраст клиентов программы обмена игл и шприцев в Сумах**

Возраст	Процент
До 19 лет	10%
20–25 лет	44%
26–29 лет	20%
30–35 лет	16%
36–39 лет	6%
Старше 39 лет	4%

Из 600 проанализированных анкет клиентов 13% принадлежали женщинам.

Что касается регулярности охвата, были проанализированы данные о клиентах, и было выведено среднее число для двух случайно выбранных месяцев 2002 года. В таблице, приведенной ниже, в общих чертах показана посещаемость 341 клиента, имеющих доступ к программе обмена игл и шприцев.

**Таблица 11: Сумы, регулярность охвата**

Посещаемость	Процент клиентов (количество)
1–5 раз в месяц	69% (229)
6–10 раз в месяц	21% (73)
11–15 раз в месяц	7% (27)
16–20 раз в месяц	1,4% (6)
21–25 раз в месяц	0,6% (2)
26–30 раз в месяц	1% (4)

По оценкам сотрудников программы, 10% всех выданных игл и шприц были распространены среди лиц, занимающихся вторичным обменом, которые передали их примерно 100 другим потребителям инъекционных наркотиков.

Основные факторы для достижения высокого уровня охвата среди потребителей инъекционных наркотиков были следующими:

- Государственная политика. Закон Украины “*О профилактике синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) и социальной защите населения*” (1998 г.), в котором программы обмена игл и шприцев названы составной частью программ профилактики ВИЧ на национальном уровне, и Национальная программа профилактики ВИЧ и СПИДа, в которой программам обмена игл и шприцев уделено большое внимание;
- Хорошие рабочие отношения между руководителем проекта и областной государственной администрацией, ОБНОН и областным управлением здравоохранения;
- Стабильное донорское финансирование в течение трех лет, а также наличие доноров, обеспечивающих обучение, информационную и техническую помощь;
- Удобное расположение полевых пунктов, расположенных поблизости от мест проживания ПИН и/или точек продажи наркотиков, для обеспечения доступа ПИН к услугам;
- Метод “снежного кома”, т.е. выплата небольшого вознаграждения клиентам, которые приводят новых клиентов в программу. По мере осуществления такого подхода группы ПИН, совместно потребляющие наркотики инъекционным путем, начинают приходить в программу. Иногда в дальнейшем они группами покидают программу из-за того, что или уезжают из города, или оказываются в тюрьме, хотя обычно, в конце концов, они возвращаются в программу;
- Стабильность работы полевых пунктов, которые соблюдают график работы независимо от погодных или других неблагоприятных условий;
- Регулярный мониторинг проекта;
- Привлечение к оплачиваемой работе бывших и активных ПИН в качестве аутрич-работников, поддержка лидеров среди потребителей инъекционных наркотиков. Постепенно удалось построить доверительные отношения с ПИН, и сотрудники старались оставаться вежливыми и терпимыми, положительно относиться к клиентам и создавать для них комфортную обстановку на стационарных и полевых пунктах;
- Удержание работников программы, которое, предположительно, явилось результатом личной мотивации руководителей программы, регулярных встреч для обсуждения возникающих проблем и вопросов, регулярного обучения, ощущения правовой безопасности и поддержки программ обмена игл и шприцев со стороны местных властей;
- Регулярная работа с журналистами, в том числе организация конкурса среди региональных средств массовой информации на лучшее освещение работы проекта снижения вреда, и содействие двум местным журналам в получении возможности посещать занятия по написанию статей по теме ВИЧ;
- Объединение возможностей благотворительной организации “Шаг навстречу” и государственного учреждения, центра СПИДа, для осуществления программы.

### 2.3.6 Поддержание и расширение охвата

Благотворительная организация “Шаг навстречу” планирует распространить свою деятельность на три самых крупных тюрьмы расположенных на территории области, и подала заявку на получение международного финансирования проекта по обучению заключенных и персонала тюрем по вопросам ВИЧ и СПИДа и обеспечению их презервативами, иглами и шприцами.

В рамках программ по обмену игл и шприцев социальные работники часто встречаются с матерями, женами и другими членами семей потребителей инъекционных наркотиков. В конце 2002 года были проведены две встречи с матерями ПИН, которые нуждались в семейной поддержке, чтобы помочь своим детям прекратить потребление наркотиков. Это привело к дискуссии о необходимости программы реабилитации наркопотребителей, но до сегодняшнего дня она так и не была реализована.

Заместительная лекарственная терапия могла бы помочь в проведении антиретровирусной терапии и других видов лечения ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, а также привела бы к усилению профилактики инфицирования ВИЧ среди ПИН. “Шаг навстречу” планирует подать заявку в Международный фонд “Возрождение” и Институт открытого общества на проведение метадоновой заместительной терапии, но пока это еще не произошло.

В настоящее время правительство Украины в рамках гранта от Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и кредита от Всемирного банка может предоставить необходимую помощь, чтобы увеличить финансирование Сум и Сумской области для поддержания и расширения работы программ по обмену игл и шприцев.

### 2.3.7 Дополнительная литература

Балакирева О., Галустян Ю., Яременко А., Щербинская А., Круглов Ю., Левчук Н., Оникиенко В., Андрущак Л., Барнетт Т. и Уайтсайд А. *“Социальные и экономические последствия ВИЧ и СПИДа в Украине: повторное исследование”*. Британский Совет/Украинский институт социальных исследований. Киев, Украина, 2001 год.

Министерство здравоохранения Украины. *“Эпидемиологический бюллетень по ВИЧ/СПИДу”*. 1 июля 2003 г.

ЮНЭЙДС. *“Объединим усилия для борьбы со СПИДом в Украине”*. Киев, Украина. Июнь 2002 года.





## 3. Тематические исследования: Азия

### 3.1 Дакка, Народная Республика Бангладеш<sup>18</sup>

#### 3.1.1 Общая информация

Дакка, население которой составляет 12 миллионов человек, является столицей Бангладеш. Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков – 7650 человек. Общий охват – 9630 потребителей инъекционных наркотиков после шести лет работы, по состоянию на конец декабря 2002 года. Что касается регулярности охвата, то был проанализирован типовой месяц 2001 года, в течение которого около 4000 клиентов посетили центры доверия или были охвачены другими услугами, что составило 52% потребителей инъекционных наркотиков в Дакке.

#### 3.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

Распространенность ВИЧ в Бангладеш значительно ниже, чем в нескольких других странах Южной Азии. В конце 2003 года оценочное число людей, живущих с ВИЧ в Бангладеш, составляло от 2500 до 15000 человек<sup>19</sup>. По оценкам, число потребителей наркотиков колебалось от 100 000 до 1,7 миллиона человек; из них 20 000–25 000 были потребителями инъекционных наркотиков<sup>20</sup>. В Бангладеш действует три программы по обмену игл и шприцев и связанные с ними проекты (все они были созданы организацией “КАРЕ Бангладеш” и получают от нее финансирование), а также небольшое число программ по лечению наркомании.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков в Дакке составляет 7650 человек. Эта цифра была получена по результатам экспресс-оценки ситуации с ВИЧ и потреблением наркотиков, проведенной КАРЕ Бангладеш в 1998 году<sup>21</sup>. В ходе регулярного поведенческого надзора было выявлено лишь несколько ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков.

Таблица 12: ВИЧ-позитивные потребители инъекционных наркотиков в Дакке

ВИЧ-позитивные ПИН в Дакке	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Число протестированных ПИН	402	418	400	400
Число (%) ВИЧ-позитивных	11 (2,7)	6 (1,4)	7 (1,7)	16 (4)

#### 3.1.3 История вопроса

Осуществляемый организацией “КАРЕ Бангладеш” проект для потребителей инъекционных наркотиков (Проект ШАКТИ) начал действовать в Дакке в мае 1998 года. Перед началом проекта была проведена экспресс-оценка ситуации, по данным которой в Дакке насчитывалось 7650 потребителей инъекционных наркотиков и 11000 курильщиков героина. Были получены и другие результаты:

- для потребителей инъекционных наркотиков наркотиком выбора был инъекционный раствор бупренорфина и другие препараты, отпускаемые по рецепту, такие как диазепам, прометазин и фенирамин, которые потребляются вместе с бупренорфином;

<sup>18</sup>Некоторая информация в этом разделе взята из публикации: Panda S, Chapter IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, in UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva, Switzerland. [http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf)

<sup>19</sup>ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). *Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа*. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>20</sup>NASROB (National Assessment of Situation and Responses to Opioid/ Opiate Use in Bangladesh) (2002 June). *What will happen to us? Country highlights and recommendations* Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka.

<sup>21</sup>Beg M. (1999). *Injecting drug user Intervention, SHAKTI Project, CARE Bangladesh. Activity Report March 1998 to June 1999*. CARE Dhaka.

- более 90% потребителей инъекционных наркотиков раньше курили героин; таким образом, 11000 курильщиков героина можно рассматривать как потенциальных потребителей инъекционных наркотиков;
- более 80% потребителей инъекционных наркотиков пользовались общими иглами и шприцами, 90% – другим общим инъекционным инструментарием; 30% были бездомными; 46% не имели образования; 84% арестовывала полиция и 66% имели опыт тюремного заключения.

Сотрудники проекта “ШАКТИ” при помощи проводников из числа активных ПИН и других ключевых информантов составили карту города во время полевых визитов и наблюдений и выявили 42 места потребления наркотиков, среди которых некоторые также были пунктами продажи наркотиков. Проект начался с обучения 12 активных ПИН методам аутрич-работы по принципу “равный-равному”. В ходе пятидневного тренинга были рассмотрены разнообразные темы, включая просвещение других потребителей инъекционных наркотиков по вопросам ИППП, ВИЧ и потребления наркотиков; медицинские услуги для лечения абсцессов и инфекций, передаваемых половым путем; обмен игл и шприцев и распространение презервативов. Во время тренинга были определены часы работы и согласованы правила поведения персонала, включая отказ от потребления и ношения наркотиков во время работы и неучастие в преступной деятельности.

Первый пункт доверия был создан в апреле-мае 1998 года вдали от пунктов продажи наркотиков. Глава района бесплатно выделил помещение в своем офисном здании – в районном общинном центре – и к июню 1998 года аутрич-работники, применяя метод “равный-равному”, охватили 150 потребителей инъекционных наркотиков и распространили 1753 иглы и шприца.

К июню 1999 года средний ежедневный охват потребителей инъекционных наркотиков составлял 1945 человек, а в некоторые дни даже более 2200 человек. Было открыто еще 6 пунктов доверия, для работы в которых были обучены 26 аутрич-работников по методу “равный-равному”, 20 продавцов лекарств и 160 волонтеров-инструкторов по методу “равный-равному”. Со временем программа расширилась и в ее рамках работали 11 пунктов доверия и 50 аутрич-работников по методу “равный-равному”. Основываясь на опыте, полученном в Дакке, “КАРЕ Бангладеш” начала подобные программы для потребителей инъекционных наркотиков на северо-западе Бангладеш, в г. Раджшахи в мае 1999 года; в Чапай Наваганж в марте 2001 года и в Чар Нарендрар в феврале 2002 года (см. 3.2 Раджшахи, Народная Республика Бангладеш).

### 3.1.4 Характеристики услуг

В Дакке находится 11 пунктов доверия, которые оказывают потребителям инъекционных наркотиков услуги по профилактике ВИЧ, диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, и первую медицинскую помощь, в основном, лечение абсцессов. Ежедневно врач предоставляет услуги по диагностике и лечению ИППП при частичном финансировании Международной клиники Мэри Стоупс, международной неправительственной организации, а другие услуги по лечению ежедневно оказывает врач из государственной клиники. Сотрудники проекта “ШАКТИ” говорят, что связь программы с организацией “КАРЕ”, правительством и международными неправительственными организациями помогла защитить пункты доверия от противодействия местного населения.

Пункты доверия работают с 8:00 до 15:00 с субботы по четверг, и ежемесячно их посещают около 1570 потребителей инъекционных наркотиков. Пункты доверия также используются как место проведения тренингов для аутрич-работников и инструкторов по методу “равный-равному”, а также для группового обучения потребителей инъекционных наркотиков; здесь выдают направления в другие службы, например, в клиники для решения более серьезных медицинских проблем, прохождения тестирования на ВИЧ и лекарственной терапии; здесь потребители инъекционных

наркотиков могут провести время в безопасности. В каждом пункте доверия есть ответственный и еще один сотрудник, как правило, активный или бывший потребитель инъекционных наркотиков, который делает перевязки и лечит абсцессы.

Программы по обмену игл и шприцев не были размещены в пунктах доверия после того, как в ходе общественных консультаций было выяснено, что люди, живущие по соседству, опасаются, что эти программы превратят пункты доверия в наркопритоны. В итоге, эти услуги начали предоставлять аутрич-работники по методу “равный-равному”, которые используют пункты доверия как базу для хранения запасов продукции, проведения встреч, заполнения мониторинговых и других форм и хранения использованного оборудования. Это оборудование – около 25000 – 30000 игл и шприцев, собирают во всех пунктах доверия раз в месяц и отвозят в медицинское исследовательское учреждение, где их сжигают в печи для сжигания медицинских отходов.

В дополнение к 42 местам потребления наркотиков, обнаруженным в самом начале, в ходе составления карты города и интервью с ПИН было выявлено еще около 30 мест потребления и продажи инъекционных наркотиков; все эти места были охвачены аутрич-работой. Аутрич-работа проводится 26 дней в месяц, и каждый работник посменно работает в двух районах – по 13 дней в каждом, сменяя друг друга через день. Более 50 оплачиваемых аутрич-работников по методу “равный-равному”, в основном, активных потребителей наркотиков, проводят обучение, обмен игл и шприцев, распространяют презервативы и выдают направления на получение других услуг. Все эти аутрич-работники и инструкторы – мужчины, и это может объяснить низкое соотношение между женщинами и мужчинами-ПИН, которые пользуются услугами проекта (см. 3.1.5 Охват).

Каждый потребитель инъекционных наркотиков получает в разные дни по две иглы и два шприца объемом 1 мл во время аутрич-визита, но может, если необходимо, получить дополнительные иглы. За редким исключением, применяется строгое правило обмена “один к одному”, а уголки упаковки надрывают, чтобы не допустить перепродажи. По четыре иглы и шприца выдаются в четверг, поскольку служба в пятницу не работает. Если кому-то необходим дополнительный инъекционный инструментарий, клиентам рекомендуют промыть свой инструментарий и использовать его повторно.

В проекте ШАКТИ также работает технический координатор и четыре сотрудника программы, которые занимаются одним из четырех направлений: повышение эффективности аутрич-работы, мобилизация активных и бывших наркопотребителей для формирования групп самопомощи, и пропагандистская работа; кроме того, есть восемь тренеров для проведения тренингов на местах – все они являются сотрудниками офиса “КАРЕ Бангладеш” в Дакке. Все штатные сотрудники, включая аутрич-работников по методу “равный-равному”, принимают участие в ежемесячных совещаниях группы, на которых обсуждаются статистические данные и проблемы программы, конкретные вопросы, например, исследования и планирование мероприятий, посвященных Всемирному дню СПИДа, а также формирование двух групп самопомощи – ПРОЧЕСТА для потребителей инъекционных наркотиков и БОДАР для бывших потребителей инъекционных наркотиков. Планы КАРЕ относительно этих двух групп предполагают постепенную передачу им некоторых услуг для потребителей инъекционных наркотиков. БОДАР уже помогает в проведении еженедельных собраний анонимных наркоманов, которые проводятся в пяти пунктах доверия.

Наставники, работающие на местах, контролируют деятельность аутрич-работников по методу “равный-равному” и сотрудников пунктов доверия, а также проводят для них обучение на рабочем месте; помогают аутрич-работникам проводить групповые учебные занятия; и регулярно проводят мониторинг поведения потребителей инъекционных наркотиков и их потребностей, проводя раз в шесть месяцев интервью в случайных выборках клиентов. Наставники, работающие на местах, обеспечивают надлежащую работу пунктов доверия, и каждый такой наставник работает с одним аутрич-работником в день, что гарантирует правильное обучение методам аутрич-работы и

корректное выполнение задач мониторинга. Насавники на местах также проводят пропагандистскую работу с местным населением, при необходимости обращаясь за помощью к сотруднику программы, отвечающему за вопросы пропаганды. Кроме того, наставники на местах и сотрудники программы решают вопросы преследования аутрич-работников со стороны полиции или хулиганов.

Проект ШАКТИ в сотрудничестве с Центральной (государственной) наркологической больнице в районе Тежгаон в Дакке организует лагерь детоксикации на основе общин в местах, которые община выделяет или сдает в аренду по льготным ценам. Работа каждого такого лагеря продолжается 14 дней, а каждый потребитель инъекционных наркотиков вносит 3 доллара, которые идут в трастовый фонд БОДАР. Стоимость лекарств, проживания, питания и медицинской помощи оплачивается за счет ШАКТИ. В Дакке не предоставляются услуги по реабилитации наркопотребителей, заместительной лекарственной терапии или другие услуги по лечению наркомании, хотя БОДАР надеется начать программу реабилитации, если будет найден источник достаточного финансирования. В Бангладеш заместительная терапия запрещена законом.

**Таблица 13: Услуги и продукция, предоставляемые в Дакке**

Услуги и продукция	Пункты доверия	Аутрич
Иглы и шприцы выданные	–	X
Иглы и шприцы возвращенные	–	X
Иглы и шприцы, утилизация	X	–
Вода для инъекций	–	–
Спиртовые салфетки	X	X
Средство для дезинфекции шприцев	–	–
Фильтры и ватные шарики	X	X
Витамины	–	–
Лечение гепатита	–	–
Лечение ВИЧ и СПИДа	–	–
Детоксикация наркопотребителей	X	Выдача направлений
Другие виды лечения	–	–
Презервативы выданные	X	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X	X
Групповое обучение	X	X
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	X	Выдача направлений
Консультирование (по общим вопросам)	X	–
Консультирование по наркотикам	X	X
Консультирование по ВИЧ и СПИДу	X	X
Юридическая помощь	–	–
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	–	–
Группы поддержки потребителей наркотиков	X	Выдача направлений
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	X	Выдача направлений
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	Выдача направлений	Выдача направлений

Таблица 14: Программа по обмену игл и шприцев в Дакке, май 1998– декабрь 2002 гг.

	Май-декабрь 1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Итого
Шприцы выданные	145682	597 712	810 66	1 125 549	742 818	3 422 727
Шприцы возвращенные	96385	483 701	675 666	833 833	541 052	2 632 637
Процент возвращенных шприцев	66%	81%	83%	74,1%	72,8%	76,9%
Презервативы выданные	41 249	165 950	148 001	62 688	68 285	486 173
Число ПИН с излеченными абсцессами	494	4550	3894	3 682	4 039	16659
Число ПИН, прошедших лечение ИППП*	Нет информации	430	426	372	310	1 538

\*Услуги по лечению ИППП начали предоставляться в марте 1999 г.

### 3.1.5 Охват

Общий охват программы по обмену игл и шприцев составлял около 3000 потребителей инъекционных наркотиков в 1998 г., 8000 в 1999 г., и 9630 в 2000 г., после чего это число повысилось ненамного. Около 70 потребителей инъекционных наркотиков были женщины (0,8%). Неизвестно, отражает ли это соотношение числа мужчин и женщин-ПИН в городе. Число охваченных клиентов превышает оценочную численность потребителей инъекционных наркотиков в связи с тем, что большое число потребителей опиатов переходило от потребления наркотиков инъекционным путем к курению героина и наоборот.

Что касается регулярности охвата, то анализ типового месяца был проведен в 2002 году<sup>22</sup>; его результаты показали, что “вовлеченными” оказались примерно 4000 ПИН, то есть они регулярно пользовались услугами аутрич-работников и пунктов доверия. Около 58% вовлеченных клиентов пользовались аутрич-услугами 10-13 дней, 22% – от семи до девяти дней и 20% – меньше 6 дней в месяц. Из числа тех, кто проживал рядом с пунктом доверия, 99% пользовались аутрич-услугами 10-13 дней в месяц. Меньшая регулярность охвата и более высокая мобильность были отмечены в районах трущоб, из которых потребителей инъекционных наркотиков, как правило, насильно выселяли.

По данным БОДАР, около 120 потребителей инъекционных наркотиков прошли лечение в лагерях детоксикации с января 2000 по ноябрь 2002 года. В наркологической больнице ежегодно могут проходить лечение еще 1020 человек; однако больница обслуживает больных со всеми видами зависимости, включая курильщиков героина и алкоголиков. Число потребителей инъекционных наркотиков, прошедших лечение в этой больнице, неизвестно.

Факторы достижения охвата рассматриваются в разделе 3.2.5 Охват.

#### 3.1.6 Поддержание и расширение охвата

См. 3.2 6 Поддержание и расширение охвата

#### 3.1.7 Дополнительная литература

См. 3.2 7 Дополнительная литература

<sup>22</sup>UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva, Switzerland. [Electronic version] [http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf)

## 3.2 Раджшахи, Народная Республика Бангладеш<sup>23</sup>

### 3.2.1 Общая информация

Раджшахи, город с населением 300 000 человек, расположен в 270 км на северо-запад от Дакки и отделен от индийского штата Западная Бенгалия рекой Падма. Раджшахи – университетский город и центр сельскохозяйственного района. Между Раджшахи и Западной Бенгалией ведется активная торговля и осуществляется транспортное сообщение.

По оценкам, число потребителей инъекционных наркотиков здесь составляет от 770 до 1000 человек. Общий охват, достигнутый с мая 1999 года, составил 500 человек, что составляет 50-70% от общего числа ПИН в Раджшахи.

Что касается регулярности охвата, то был проанализирован типовой месяц 2002 года, в течение которого 436 клиентов воспользовались услугами снижения вреда или лекарственного лечения, что составило 44-57% потребителей инъекционных наркотиков в Раджшахи.

### 3.2.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

Описание национальной ситуации в Бангладеш содержится в разделе 3.1.2 **Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ**

Число потребителей инъекционных наркотиков в Раджшахи, по оценкам, составляет от 770 до 1000 человек. По данным экспресс-оценки, ранее проведенной в шести городах Бангладеш<sup>24</sup>, было сделано предположение, что на северо-западе страны проживает от 12 000 до 15 000 ПИН, в основном, в Раджшахи и соседнем городе Чапаи Навабганж. Однако в 2000 году группа из проекта ШАКТИ для потребителей инъекционных наркотиков, осуществляемого в рамках программы “КАРЕ Бангладеш”, одновременно используя различные методы картографирования и выявления районов потребления наркотиков, а также другие методы, оценила число ПИН в Раджшахи на уровне 1000 человек<sup>25</sup>. В конце 2001 года по результатам повторного анализа в рамках масштабного исследования, проведенного рядом международных и национальных организаций, оценочное число ПИН составило 770 человек, а курильщиков героина – 1475 человек<sup>26</sup>.

Регулярный поведенческий эпиднадзор не выявил ни одного ВИЧ-позитивного потребителя инъекционных наркотиков на северо-западе Бангладеш. В обследовании 1998-1999 гг. не был включен г. Раджшахи, а в ходе обследования, проведенного в 1999-2000 гг. среди опрошенных 416 ПИН не было выявлено ни одного ВИЧ-инфицированного (так же, как и в обследованиях в 2000-2001 и 2001-2002 гг.<sup>27, 28, 29, 30</sup>.

<sup>23</sup>Некоторая информация в этом разделе взята из документа: Panda S, Chapter IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, in UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva, Switzerland. [http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf)

<sup>24</sup>Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000 June). *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka.

<sup>25</sup>Rabhani S and Mallick PS (2000). *Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi. Health and Population Sector, CARE Bangladesh*. Dhaka (Unpublished).

<sup>26</sup>NASROB (2002). op.cit.

<sup>27</sup>Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000 June). *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka.

<sup>28</sup>Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2000b September). *Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh*. Dhaka.

<sup>29</sup>Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2001 November). *HIV in Bangladesh: Where is it going?* Dhaka.

<sup>30</sup>Bangladesh AIDS/STD Control Programme (2002). *National Sentinel Sero-surveillance Report*. Dhaka.

### 3.2.3 История вопроса

В мае 1999 года организация “КАРЕ Бангладеш” начала осуществления проекта ШАКТИ для потребителей инъекционных наркотиков в Раджшахи. Техническая поддержка оказывалась во время визитов сотрудников программы из Дакки до тех пор, пока эти сотрудники не были переведены в Раджшахи, чтобы занять должности технических координаторов. На начальном этапе было решено работать с группой бывших наркопотребителей, которые сформировали неправительственную организацию АПОШ, помогая им в создании центра детоксикации и реабилитации наркозависимых. По словам одного из штатных сотрудников:

*“Таким образом, КАРЕ может сказать, что мы занимаемся не только обменом игл, мы также помогаем людям отказаться от наркотиков”.*

Владельцы городских наркопритонов сопротивлялись реализации проекта. В Раджшахи и Чапаи Навабганж большинство потребителей инъекционных наркотиков посещают наркопритоны, где есть продавцы наркотиков, инъекцию которых ПИН могут сделать самостоятельно или с помощью наркодилера. Из-за близости Раджшахи к индийской границе здесь распространена контрабанда различных товаров, включая наркотики, которую контролируют боссы наркомафии. Владельцы наркопритонов боялись этих боссов и их возможной реакции на деятельность программы. Кроме того, хулиганы, нанятые наркодельцами, преследовали аутрич-работников и вымогали у них деньги на начальном этапе программы. Более того, любые политические изменения или появление нового начальника полиции сеяли панику в сообществе наркопотребителей, и полицейские или армейские мероприятия могли привести к закрытию наркопритонов или вынудить потребителей инъекционных наркотиков покинуть город. Все это усложняло аутрич-работу.

Пропагандистская работа проводилась среди основных заинтересованных сторон, как до начала деятельности программы, так и постоянно в ходе ее реализации. Сотрудники программы объясняли подчиненным наркодельцам, чем будет заниматься программа и каковы ее цели, убеждали, что программа не будет сообщать информацию полиции, и доказывали, что деятельность программы не направлена на подрыв бизнес-интересов наркодельцов. Хулиганам, которые преследовали аутрич-работников, объясняли, что КАРЕ – общественная гуманитарная организация, имеющая поддержку правительства и рабочие договоренности с правоохранительными службами. Благодаря этому, преследования со временем прекратились.

После экспресс-оценки, проведенной сотрудниками из Дакки и Раджшахи, в марте 2001 года деятельность программы была расширена в Чапаи Навабганж, городе с населением 60 000 человек, расположенном в 60 км от Раджшахи. После проведения оценки была проведена встреча с участием представителей группы по оценке, глав районов и авторитетных лидеров общин, для того чтобы обсудить результаты и обеспечить поддержку программы со стороны этих лидеров. По итогам этой встречи имам ближайшей к пункту доверия мечети принял решение войти в комитет пункта доверия, который проводит совещания два раза в месяц и работает с общиной с целью преодоления озабоченности местных жителей.

В процессе расширения программы участвовал “полевой” сотрудник, который до Чапаи Навабганж работал в программе в Дакке, а затем в Раджшахи. С февраля 2002 года руководитель программ и наставник, проводящий занятия на местах, также стали отвечать за работу в г. Чар Нарендрапур, расположенный в 14 км от Чапаи Навабганж. Добраться туда можно только на лодке.

В 2002 году усиление активности армии в Раджшахи и Чапаи Навабганж вызвало различные проблемы, включая закрытие наркопритонов, которые снова открывались в других местах каждые несколько дней, изгнание и рассредоточение потребителей инъекционных наркотиков, из-за чего затруднился доступ как к наркопритонам, так и к потребителям инъекционных наркотиков. Активисты борьбы против наркотиков преследовали аутрич-работников, отбирали у них рабочие

сумки, иглы и шприцы, и, в худших случаях, избивали их. В результате этого распространение и сбор игл и шприцев в Раджшахи сократилось почти на 30%, а распространение презервативов – примерно на 25%.

В пунктах доверия осознавали невысокую привлекательность своих мероприятий для других людей, подвергающихся риску передачи ВИЧ, обусловленной потреблением наркотиков. Сотрудники программы проинтервьюировали курильщиков героина, которые могут перейти к потреблению инъекционных наркотиков при изменении поставок наркотиков, и женщин-половых партнеров ПИН. Они считают, что пункт доверия предназначен не для них, а для потребителей инъекционных наркотиков.

Женщины-потребители инъекционных наркотиков также неохотно обращались в пункты доверия. Возникло предложение создать – хотя бы в Раджшахи – отдельную службу для женщин-ПИН. Такой проект можно было бы связать с аутрич-программой для работниц коммерческого секса, поскольку многие женщины-ПИН также вовлечены в секс-бизнес.

В Раджшахи создается организация самопомощи, чтобы попытаться снизить стигматизацию и помочь в социальной реабилитации наркопотребителей.

### 3.2.4 Характеристики услуг

Проект ШАКТИ для потребителей инъекционных наркотиков в Раджшахи является копией проекта ШАКТИ в Дакке, хотя он и меньшего масштаба и имеет некоторые отличия с учетом местных условий в связи с потреблением инъекционных наркотиков. Оплачиваемые аутрич-работники работают во всех наркопритонах, выдавая новые иглы и шприцы для каждой инъекции наркотика, собирая использованные иглы и шприцы, предоставляя другие материалы и проводя обучение потребителям инъекционных наркотиков. Выполненные задачи записываются в мониторинговую форму. Инструкторы по методу “равный-равному” также проводят определенную аутрич-работу в районах, где живут потребители инъекционных наркотиков. После закрытия наркопритона инструктор по методу “равный-равному” привозит использованный инъекционный инструментарий и заполненные формы в пункт доверия. Владельцев наркопритонов также поощряют выступить в роли бесплатных инструкторов по методу “равный-равному” и пройти обучение по вопросам профилактики ВИЧ и развития абсцессов.

В штате проекта работают два руководителя программы, два наставника, работающие на местах, восемь оплачиваемых аутрич-работников, среди которых одна женщина, а также ответственный за работу центра доверия и человек, проводящий перевязки клиентам с абсцессами. Аутрич-работники по методу “равный-равному” работают в две смены с утра до 14:00 и с 14:00 до 20:00. Так же, как в Дакке, иглы и шприцы обмениваются строго один к одному. Самой большой проблемой аутрич-работников является преследование со стороны полиции (многих задерживали, как минимум, один раз) и, в меньшей степени, со стороны “религиозных людей”, которые считают, что программа по обмену игл и шприцев способствует потреблению наркотиков. Это может привести к синдрому выгорания среди сотрудников, которых часто обвиняют в “зловредной” деятельности.

Несколько групп потребителей инъекционных наркотиков были опрошены в ходе визитов в центры доверия в Раджшахи и Чапай Навабганж, на улицах Раджшахи и в наркопритоне в Чапай Навабганж. Из этих опросов следует, что наиболее важными услугами для клиентов были лечение абсцессов, доступ к иглам и шприцам, и помощь в доступе к лечению наркозависимости. Некоторые потребители инъекционных наркотиков указали, что важной чертой было дружелюбие сотрудников. Одна женщина-потребительница инъекционных наркотиков сказала:

*“Здесь (в центре доверия) я вижу тепло и любовь; здесь понимаешь, что ты не одинок – я такого больше нигде не чувствую. Здесь я могу чувствовать себя открытой и свободной”.*



Отсутствие жилья представляло большую проблему, особенно во время визита, поскольку в то время армия производила массовые выселения из районов трущоб, чтобы впоследствии их снести. Другой насущной проблемой потребителей инъекционных наркотиков была занятость. Все они боялись армии и полиции. По словам опрошенных, из-за действий армии стало труднее доставать наркотики, а на некоторые их виды цена выросла вдвое.

“КАРЕ Бангладеш” также работает с местной неправительственной организацией АПОШ, которая оказывает услуги по детоксикации и реабилитации. Предоставление услуг лекарственной терапии началось в 1999 году, хотя АПОШ начала свою деятельность как группа по борьбе с наркотиками еще в 1980 году. В 2000 году пяти потребителям инъекционных наркотиков было предложено пройти курс лекарственной терапии. К 2002 году, получив расширенную поддержку от КАРЕ, организация АПОШ переехала в помещение большего размера, на 15 больничных коек; в ней работали четыре штатных сотрудника и четыре волонтера, все – бывшие потребители наркотиков, большинство из которых лечились в Дакке и там же прошли обучение в КАРЕ. Два штатных сотрудника – аутрич-работники; они посещают потребителей инъекционных наркотиков на дому, поощряя их начать лечение, и проводят семейное консультирование.

Программа лечения проводится в реабилитационном центре и включает курс лечения без наркотиков в течение одного месяца, повседневную работу, включая занятия на темы наркотиков, зависимости, жизненных навыков и контроля над чувствами разочарования и эмоциями, а также спортивные упражнения и культурные мероприятия. Лечение предоставляется потребителям наркотиков из городов Чапай Навабганж, Чар Нарендрапур и Раджшахи. Во время визита в списке кандидатов на лечение в АПОШ было записано 25 человек.

По окончании лечения участникам предлагают посещать встречи анонимных наркоманов, проходящие в АПОШ два раза в неделю. Представители АПОШ также посещают семьи потребителей наркотиков после лечения и проводят семейное консультирование. До сегодняшнего дня лечение проходили только мужчины; однако у АПОШ есть планы проводить лечение и для женщин, если удастся получить финансирование для другого помещения. В районе Раджшахи не предоставляются государственные услуги по детоксикации или лечению.

В Чапай Навабганж действует один центр доверия, в котором работают один дежурный наставник, руководитель программы, наставник, проводящий обучение на местах, человек, делающий перевязки клиентам с абсцессами, и три инструктора по методу “равный-равному”. Центр охватывает примерно 260 ПИН, около 200 из них на постоянной основе, из общего числа 400 потребителей инъекционных наркотиков.

В г. Чар Нарендрапур действует один центр доверия, в котором работают один наставник и два инструктора по методу “равный-равному”, обслуживая примерно 20 потребителей инъекционных наркотиков.

В Бангладеш заместительная терапия запрещена.

Таблица 15: Услуги и продукция, предоставляемые в Раджшахи

Услуги и продукция	Пункты доверия	Аутрич	АПОШ
Иглы и шприцы выданные	–	X	–
Иглы и шприцы возвращенные	–	X	–
Иглы и шприцы, утилизация	X	–	–
Вода для инъекций	–	–	–
Спиртовые салфетки	X	X	–
Средство для дезинфекции шприцев	–	–	–
Фильтры и ватные шарики	X	X	–
Витамины	–	–	–
Лечение гепатита	–	–	–
Лечение ВИЧ и СПИДа	–	–	–
Детоксикация наркопотребителей	Выдача направлений	Выдача направлений	X
Лечение наркозависимости	Выдача направлений	Выдача направлений	X
Другие виды лечения	–	–	–
Презервативы выданные	X	X	–
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X	–
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X	X	X
Групповое обучение	X	X	X
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	X	Выдача направлений	Выдача направлений
Консультирование (по общим вопросам)	X	–	–
Консультирование по наркотикам	X	Выдача направлений	X
Консультирование по ВИЧ и СПИДУ	X	X	X
Юридическая помощь	–	–	–
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	–	–	–
Группы поддержки потребителей наркотиков	X	–	–
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	X	–	X
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	–	–	–

Таблица 16: Программа по обмену игл и шприцев в Раджшахи, июль 1999–декабрь 2002 г.

	Август-декабрь 1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Итого
Шприцы и иглы выданные*	128 740	292 870	295 388	202 793	919 791
Шприцы и иглы возвращенные*	128 325	274 054	280 987	193 436	876 802
Процент возвращенных игл и шприцев	99.7%	93.6%	95.1%	95.4%	95.3%
Презервативы выданные	4 428	29 419	17 364	12 901	64 112
Число ПИН с излеченными абсцессами	388	421	166	403	1 378
Число ПИН, прошедших лечение ИППП	**	89**	62	146	297

\* Включает иглу и шприц как одну единицу товара и отдельно иглы.

\*\* Лечение ИППП не проводилось до мая 2000 года.

Таблица 17: Программа АПОШ, 1999–2002

Программа АПОШ	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Итого
Число лиц, проходящих курс лечения от наркозависимости	48	94	143	102	387

### 3.2.5 Охват

Общий охват проекта ШАКТИ составлял 515 клиентов, а программы АПОШ – 387 клиентов к ноябрю 2002 года. Возможно, большинство, если не все, клиенты АПОШ также были охвачены мероприятиями программы КАРЕ.

Около 3% (16) потребителей инъекционных наркотиков, охваченных программой КАРЕ – женщины. Неизвестно, отражает ли это соотношение между числом мужчин и женщин среди ПИН в городе; однако аутрич-работницы проекта могут привлечь больше женщин-ПИН к услугам проекта. В городах Чапай Навабганж или Чар Нарендрапур не было обнаружено женщин-ПИН; нет женщин и среди клиентов АПОШ, хотя центр рассматривает возможность проведения реабилитации наркозависимых женщин в Раджшахи.

Что касается регулярности охвата, то был проанализирован типовой месяц в конце 2002 года. Из 515 клиентов, зарегистрированных до этого месяца, 79 не были охвачены услугами по обмену игл или центров доверия в течение месяца, что соответствует данным о снижении числа выданных и собранных игл и шприцев и распространенных презервативов из-за действий армии в то время. В таблице ниже указано число посещений 436 клиентов, которые обращались в центр доверия или за аутрич-услугами.

Таблица 18: Раджшахи, регулярность охвата

Посещаемость	Процент клиентов (количество)
1–5 раз	31% (134)
6–10 раз	19% (82)
11–15 раз	16% (67)
16–20 раз	17% (76)
21–26 раз	17% (77)

Старшие менеджеры программ и сотрудники “КАРЕ Бангладеш” согласились, что достижению высокого уровня охвата в Дакке и Раджшахи способствовало несколько важных факторов. Применялся всесторонний подход к преодолению обеспокоенности общественности относительно потребления наркотиков и их потребителей, для чего программа снижения вреда была объединена с услугами по лечению наркозависимости и инфекций, передаваемых половым путем; были выделены значительные ресурсы для проведения постоянной пропагандистской работы в районах, где находились центры доверия и пункты аутрич-работы. Кроме того, пропагандистская работа среди правительственных органов, религиозных и общественных лидеров проводилась до и во время осуществления каждого проекта в Дакке и городах Раджшахи, Чапай Навабганж и Чар Нарендрар с использованием бесконфликтного подхода, с целью нахождения путей работы с правоохранительными службами и выработки местных решений, которые бы позволили программе эффективно работать. Пропагандистская работа среди доноров также была очень важна, чтобы обеспечить гибкие подходы к развитию программы.

Роль активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков в работе программы оказалась очень полезной для расширения услуг. На всех четырех участках активные ПИН помогали в составлении карты наркопотребления, оказывали текущие консультации о том, где лучше открывать центры доверия и проводить аутрич-работу, сами выполняли обязанности аутрич-работников за плату и были штатными сотрудниками или волонтерами центров доверия. Создание группы самопомощи для активных потребителей инъекционных наркотиков под названием ПРОЧЕСТА в Дакке является редким достижением, и то, что планируется передать ей некоторые аутрич-услуги не имеет прецедентов в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Эти события, скорее всего, являются результатом политики контролируемой ответственности,

проводимой КАРЕ, в соответствии с которой потребителей инъекционных наркотиков принимают на работу для выполнения разных задач после серьезного обучения и при постоянной поддержке.

Широта услуг, предлагаемых в рамках официальных и неофициальных партнерств с учреждениями, проводящими лечение наркозависимости и другие услуги, имела решающее значение для успеха проекта ШАКТИ. Среди ключевых партнеров была наркологическая больница в Дакке, которая отдавала приоритет направлениям на детоксикацию из программы КАРЕ, оказывая услуги по очень низким ценам. Сегодня она оказывает помощь лагерям детоксикации и программе АПОШ, которая проводит лечение в Раджшахи. Большое значение имело партнерство с Международной клиникой Мэри Стоупс; с местными общинами, которые, в частности, предоставляли помещения некоторым центрам доверия без арендной платы; а также сеть поддержки со стороны влиятельных людей, которые оказывали постоянную пропагандистскую поддержку.

Следует также отметить, что проекты ШАКТИ являются только частью мероприятий “КАРЕ Бангладеш” по борьбе с ВИЧ, которые включают проекты по профилактике передачи ВИЧ среди работников секс-бизнеса, транссексуалов, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, работников наземного транспорта, например водителей грузовиков и рикш, портовых рабочих и докеров. КАРЕ также поддержала создание сети поддержки ВИЧ-позитивных людей. Такой широкий спектр деятельности в рамках одной организации позволяет обмениваться практическим опытом аутрич-работы, управлять целевыми программами и вовлекать в работу маргинализованные общины. Кроме того, сеть офисов КАРЕ позволила быстро открыть в других городах проекты по образцу проекта для потребителей инъекционных наркотиков в Дакке.

### **3.2.6 Поддержание и расширение охвата**

Расширение спектра целевых мероприятий, включая профилактику передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, оговорено в кредите Всемирного банка, переговоры о котором ведутся правительством Бангладеш. Мероприятия в рамках кредита в настоящее время осуществляются, и есть надежда, что уроки, извлеченные из проекта КАРЕ для потребителей инъекционных наркотиков, будут использованы на всех участках, охваченных этими мероприятиями.

Принятие законов о заместительной терапии и доступ к таким препаратам, как метадон и бупренорфин, помогут службам в Дакке и Раджшахи привлечь потребителей инъекционных наркотиков и курильщиков героина к лечению наркозависимости, расширить профилактику ВИЧ и оказать помощь в создании групп самопомощи наркопотребителей. Для тех немногих ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, живущих в Дакке, заместительная лекарственная терапия также поможет установить связь с лечением, консультированием и другими услугами в связи с ВИЧ. Для повышения эффективности профилактики необходимо создать качественные службы по консультированию и тестированию на ВИЧ, решить проблемы конфиденциальности, стигмы и дискриминации, а также доступа к антиретровирусной терапии и другим медицинским услугам, чтобы потребители инъекционных наркотиков чувствовали себя в безопасности, получили мотивацию обращаться за услугами и принять безопасные способы инъекции наркотиков и практиковать безопасное сексуальное поведение.

“КАРЕ Бангладеш” планирует добиться устойчивости путем расширения партнерств с правительством, неправительственными и общинными организациями. Планы передать некоторые мероприятия группам самопомощи – это хороший пример того, чего могут достичь партнерства. Вклад КАРЕ в расширение прав активных и бывших потребителей инъекционных наркотиков является, вероятно, лучшей гарантией долговременного успеха программ для ПИН в Бангладеш.

### 3.2.7 Дополнительная литература

Agence-France Presse. *Bangladesh-AIDS: 20 people have died of AIDS in Bangladesh: officials*. December 1, 2002. [Electronic version] <http://www.aegis.org/news/afp/2002/AF021208.html>

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka. June. 2000.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh*. Dhaka. September 2000.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *HIV in Bangladesh: Where is it going?* Dhaka. November 2001.

Bangladesh AIDS/STD Control Programme. *National Sentinel Sero-surveillance Report*. Dhaka. 2002.

Beg M. *Injecting drug user Intervention, SHAKTI Project, CARE Bangladesh. Activity Report March 1998 to June 1999*. CARE Dhaka. 1999.

NASROB (National Assessment of Situation and Responses to Opioid/Opiate Use in Bangladesh). *What will happen to us? Country highlights and recommendations*. Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka. June 2002.

Rabbani S and Mallick PS. *Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi*. Health and Population Sector, CARE Bangladesh. Dhaka. 2000 (Unpublished).

UNAIDS/AHRN/UNODC. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia* Geneva, Switzerland. (2002). [Electronic version]  
[http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf)

### 3.3 Специальный административный район Гонконг (САР Гонконг), Китайская Народная Республика<sup>31</sup>

#### 3.3.1 Общая информация

САР Гонконг, население которого составляет 6,8 миллиона человек, является финансовым и деловым центром.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков составляет 6547 человек, это 56% из 11 691 зарегистрированного потребителя героина. Общий охват за 30 лет действия составлял 53 800 человек в конце июня 2003 года. “Эффективная регистрация”, то есть, число потребителей героина, хотя бы раз обратившихся в службы лечения метадонном за последние 28 дней, в декабре 2002 года составило 10 127 человек, то есть, 87% от числа зарегистрированных потребителей героина.

Что касается регулярности охвата: в среднем 7036 потребителей героина ежедневно обращались в клиники в июне 2003 года – это составляет 60% всех зарегистрированных потребителей героина.

#### 3.3.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

До недавнего времени эпидемия СПИДа в Китае была, в основном, сконцентрирована среди потребителей инъекционных наркотиков. Сегодня случаи ВИЧ зарегистрированы во всех 31 провинциях, автономных районах и муниципалитетах в материковой части страны. По оценкам ЮНЭЙДС, 840 000 человек здесь живут с ВИЧ, из них 80 000 человек больны СПИДом, и от 21 000 до 75 000 человек умерли от болезней, обусловленных СПИДом<sup>32</sup>. В конце июня 2003 года было зарегистрировано 45 092 человека с ВИЧ, включая 3532 человека, живущего со СПИДом, и 1800 человек умерли от болезней, обусловленных СПИДом<sup>33</sup>.

Число зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков выросло с 70 000 в 1990 до 900 000 в 2001 году<sup>34</sup>. Реальное число потребителей наркотиков, скорее всего, составляет от семи до восьми миллионов человек, три – три с половиной миллиона, по оценкам, являются ПИН. В 2000-2001 гг. в ходе национального эпиднадзора за ПИН была выявлена национальная распространенность ВИЧ в этой группе на уровне 10–12%.

Считается, что в САР Гонконг, в отличие от других частей Китая, распространенность ВИЧ невысока – всего 0,1%; 2600 человек живут с ВИЧ<sup>35</sup>, из них 54 являются потребителями инъекционных наркотиков<sup>36</sup>. В 2001 году число потребителей героина, зарегистрированных в Гонконге Центральным отделом регистрации наркозависимых (ЦОРНЗ)<sup>37</sup>, составляло 11 691 человек, 56% которых были потребителями инъекционных наркотиков<sup>38</sup>.

<sup>31</sup> UNAIDS/AHRN/UNODC (2002). *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Chapter VIII. Geneva, Switzerland. [Electronic version]

<sup>32</sup> ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). *Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа*. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>33</sup> China Ministry of Health and UN Theme Group on HIV/AIDS in China (2003 December 1). *A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China*. Beijing: Ministry of Health, P.R. China and UNAIDS China Office.

<sup>34</sup> Cheng Feng (2003). A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. In *East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia*. Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 Proceedings Part 2. Centre for Harm Reduction. Melbourne.

<sup>35</sup> ЮНЭЙДС (Июль, 2004 г.). *Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа*. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 года на сайте <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>36</sup> Hong Kong Department of Health (2003). *STD/AIDS Update 2003*, volume 9, no. 1, statistics for quarter 1. <http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/index.htm>

<sup>37</sup> ЦОРНЗ является центральным органом регистрации наркозависимых; он был создан в 1972 году и собирает отчеты из целого ряда правоохранительных, лечебных учреждений и органов соцобеспечения Гонконга.

<sup>38</sup> Narcotics division, Security Division, Hong Kong SAR Government (2003). *Central registry of Drug Abuse Fifty-first report*. Government printer. Hong Kong.

Центры принудительного лечения наркомании (ЦПЛН), действующие в системе Управления по трудовому перевоспитанию, в которые потребителей наркотиков отправляют по решению уголовного суда, начали действовать в 1997 году. В САР Гонконг также имеется широкий спектр других вариантов лечения наркозависимости, включая многочисленные недорогие реабилитационные центры лечения без наркотиков, открытые неправительственными организациями, которые осуществляют детоксикацию, реабилитацию и последующий уход. Управление больниц в Гонконге создало шесть наркологических клиник, которые, в основном, оказывают услуги больным, не потребляющим опиаты. В Гонконге нет программы по обмену игл и шприцев или других аутич-программ.

### 3.3.3 История вопроса

Две первых метадоновых клиники были открыты в Коулуне и на острове Гонконг врачом общей практики в начале 1970-х годов. В то время Гонконг был одной из небогатых территорий Соединенного Королевства; здесь отмечался высокий уровень преступности, тюрьмы были переполнены, и было известно, что многие заключенные зависимы от опиатов. В 1972 году правительство Гонконга пригласило специалиста по лечению наркозависимости из США для оценки ситуации и консультаций по поводу противодействия преступности, связанной с наркотиками. По рекомендациям этого специалиста Департамент здравоохранения создал первые метадоновые клиники и вскоре расширил их число примерно до 20.

Хотя эти клиники находились в ведении Департамента здравоохранения, политику в отношении метадона формировало Министерство безопасности Гонконга; такая ситуация сохраняется и сегодня. В результате повседневную работу проводит Департамент здравоохранения, который регулярно отчитывается перед Министерством безопасности. Клиники быстро добились успеха, снизился уровень преступности, и в течение нескольких лет снизилась перенаселенность тюрем.

Для того, чтобы свести к минимуму полемику в отношении метадоновых клиник, они работали так же, как и все другие клиники в Гонконге. В начале 1970-х годов амбулаторные пациенты всех клиник должны были платить один гонконгский доллар за каждый визит. Такая же практика применялась и в метадоновых клиниках, и они быстро интегрировались в государственную систему здравоохранения.

В середине 1980-х метадоновые клиники начали работать в тесном сотрудничестве с другими программами по ВИЧ и наркотикам. Первый диагноз ВИЧ был поставлен в 1985 году, после чего началось проведение эпиднадзора за различными группами, включая пациентов метадоновых клиник. Начиная с 1991 года, клиники работают с Центром красной ленты, образовательным и исследовательским учреждением по вопросам СПИДа при Департаменте здравоохранения, ставшим с 1998 года центром сотрудничества с ЮНЙЭДС. С 1994 года Центр красной ленты распространяет презервативы через клиники и оказывает другие формы помощи. Консультирование в клиниках осуществляет неправительственная организация «Общество помощи и реабилитации наркозависимых» (ОПРНЗ). В 2001 году Центром красной ленты и ОПРНЗ был создан проект «Феникс» – аутич-проект по снижению вреда, в котором работают бывшие наркопотребители, с целью установления контактов с клиентами, получающими метадон, и уличными потребителями наркотиков. (см. 3.3.4 Характеристики услуг).

Пропагандистская работа была постоянной чертой метадоновых программ. Каждые несколько лет политические деятели или общественность начинали дискуссии о том, не пора ли закрывать метадоновые клиники. В 2002 году была проведена кампания в СМИ о программах снижения вреда, совместно организованная Департаментом здравоохранения, отделом по борьбе с наркотиками при Управлении безопасности и Департаментом информационных служб правительства САР Гонконг. Информация о снижении вреда, сосредоточенная на применении метадона, была

размещена на телевидении, радио, наружных рекламных носителях и на общественном транспорте; был создан вебсайт для распространения дополнительной информации о снижении вреда и материалов кампании<sup>39</sup>.

Эта кампания проводилась для того, чтобы общественность лучше понимала проблемы наркотиков и ВИЧ, и роль метадона, и была направлена на изменение отношения общества к потребителям наркотиков и пациентам, принимающим метадон. В этих вопросах успех кампании был скромным, однако она добилась неожиданных результатов в других областях, включая рост числа заявок на прием в метадоновые клиники, сообщения от потребителей наркотиков о том, что они стали чувствовать себя более комфортно и рады тому, что кто-то выступает от их имени и предлагает помощь.

### 3.3.4 Характеристики услуг

В программе лечения метадоном в Гонконге принимают участие 20 поликлиник – четыре на острове Гонконг, девять в Коулуне и семь на Новых территориях. В клиниках нет очередей; они действуют по принципу “открытых дверей”, принимая любого человека с опиатной зависимостью, независимо от возраста, пола, национальности или религиозных убеждений, включая гостей Гонконга. Все клиники работают семь дней в неделю, включая праздники, и имеют продолжительные часы работы, например, с 07:00 до 22:00, чтобы удовлетворить потребности различных категорий клиентов. Клиенты, являющиеся жителями Гонконга, или имеющие право на бесплатное государственное медицинское обслуживание, должны платить 1 гонконгский доллар (примерно 13 американских центов) за каждый визит. С апреля 2003 года лица, не имеющие такого права, обязаны платить 23 гонконгских доллара (примерно 2,95 доллара США), чтобы покрыть затраты на обслуживание одного пациента, рассчитанные по ценам 2002 года.

Большинство клиник делят помещения с поликлиниками Департамента здравоохранения, хотя зачастую имеют отдельный вход, чтобы клиенты, получающие метадон, не встречались с другими пациентами. В каждой метадоновой клинике, как правило, есть три-четыре врача, которые работают на полставки по вечерам, выписывают лекарства, наблюдают за физическим состоянием больных и руководят метадоновыми программами. Выдачу метадона осуществляют штатные сотрудники вспомогательных медицинских служб, которые работают добровольно, но получают за это вознаграждение. Такие меры помогли сохранить текущие расходы на невысоком уровне.

После обследования, клиентам обычно предлагают два варианта: метадоновую детоксикацию или поддерживающую терапию. Потребителям опиатов в возрасте менее 21 года или со стажем потребления опиатов менее двух лет обычно предлагают сначала пройти лечение без наркотиков, хотя их все равно примут в метадоновую программу, если они откажутся от безнаркотического лечения. Потребителей опиатов младше 18 лет, как правило, просят подтвердить согласие родителей.

Метадоновая детоксикация обычно длится от трех до пяти месяцев. Ежедневную дозу метадона постепенно снижают в течение некоторого времени при постоянном наблюдении за состоянием клиента, которому предоставляется консультирование. Если детоксикация не приносит успеха, клиентам предлагают пройти курс лечения без наркотиков или метадоновой поддерживающей терапии. Если детоксикация оказалась успешной, за клиентами наблюдают в течение 18 месяцев, ежеквартально проводя анализ мочи, чтобы убедиться, что пациент больше не потребляет опиаты.

Программа метадоновой поддерживающей терапии обычно начинается с назначения ежедневной дозы менее 30 мг и проведения анализов мочи каждые две недели для проверки переносимости. При необходимости дозу повышают максимум на 10 мг в день до достижения оптимальной дозы, которая не превышает 60 мг. После достижения оптимальной дозы, анализы мочи проводятся каждые четыре недели в целях мониторинга. Наличие других наркотиков в моче не является причиной для того, чтобы выгнать клиента из программы.

<sup>39</sup>[www.harmreduction-hk.com](http://www.harmreduction-hk.com)



При обоих типах метадонового лечения клиент должен ежедневно являться в метадоновую клинику со своим удостоверением пациента, которое ему выдается при приеме в программу. Метадон должен приниматься в присутствии сотрудника клиники.

Метадоновые клиники в Гонконге работают в тесном сотрудничестве с другими программами по борьбе с ВИЧ и наркотиками. Одним из партнеров является Центр красной ленты, который осуществляет профилактические мероприятия, направленные на общество в целом, организует кампании в СМИ, поддерживает вебсайт и проводит информационные выставки. Кроме того, Центр красной ленты распространяет образовательные материалы, такие как видеофильмы, листовки, плакаты для уязвимых групп, включая потребителей инъекционных наркотиков, а также проводит обучение для сотрудников метадоновых клиник. Центр помог клиникам провести опросы клиентов и обучил персонал клиник методам проведения интервью. В 1994 году Центр красной ленты начал распространять презервативы через клиники, и ежемесячно распространял около 8400 презервативов.

В 20 клиниках консультирование проводят штатные социальные работники, подчиняющиеся ОПРНЗ. Интенсивное консультирование предоставляется клиентам младше 21 года, а клиенты старшего возраста или проходящие лечение повторно получают консультирование по их просьбе.

В 2003 году в проекте “Феникс” работало 13 волонтеров – бывших наркопотребителей, которые осуществляли 400 контактов с клиентами метадоновых программ и уличными потребителями наркотиков в месяц и распространяли около 380 презервативов в районах расположения метадоновых клиник в месяц.

Если выясняется, что клиенты метадоновых клиник ВИЧ-позитивны, им оказывают помощь в доступе к антиретровирусной терапии и другим медицинским услугам. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ было для пробы предложено клиентам метадоновых клиник в середине 2003 года, и сегодня предлагается во всех этих клиниках.

**Таблица 19: Услуги и продукция, предоставляемые в САР Гонконг**

Услуги и продукция	Метадоновые клиники
Витамины	–
Лекарства от гепатита	–
Лечение ВИЧ и СПИДа	Выдача направлений
Детоксикация наркопотребителей	X
Заместительная лекарственная терапия	X
Немедикаментозное лечение	Выдача направлений
Другие виды лечения	X (лечение столбняка)
Презервативы выданные	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X
Очное индивидуальное обучение и консультирование	X
Групповое обучение	X (ОПРНЗ)
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	Выдача направлений
Консультирование (по общим вопросам)	X
Консультирование по наркотикам	X
Консультирование по ВИЧ и СПИДу	X
Юридическая помощь	Выдача направлений
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	X **
Группы поддержки потребителей наркотиков	X #
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	X
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	–

\*\* Предоставление места в общежитии после выписки из Шек-Ку-Чау, и т.п.

# Отдельные группы для молодых наркопотребителей, женщин-наркопотребителей или семей активных наркопотребителей.

### 3.3.5 Охват

Охват программ заместительной терапии определяется немного по-другому, по сравнению с другими программами, описанными в данном докладе. Из-за различий программ метадоновой детоксикации и метадоновой поддерживающей терапии статистические данные приводятся отдельно, как показано в таблице ниже.

**Таблица 20: САР Гонконг, охват**

	Конец 1980 г.	Конец 1990 г.	Конец 2000 г.	Конец 2002 г.
Метадоновая детоксикация	н/д	176	128	175
Метадоновая поддерживающая терапия	н/д	10 775	9 048	9 952
Действительная регистрация*	н/д	10 951	9 176	10 127

н/д – нет данных

\* Цифра "действительной регистрации" на конкретную дату определена как число клиентов, посетивших метадоновую клинику хотя бы раз за последние 28 дней.

С 1972 года общий охват потребителей опиатов метадоновыми программами составил 53 800 человек. Поскольку это число включает большое количество людей, которые к настоящему моменту, вероятно, уже умерли, выехали из Гонконга или прекратили потреблять наркотики, общий охват значительно выше, чем текущее оценочное число потребителей инъекционных наркотиков и других потребителей опиатов. Сумму нарастающим итогом всех ПИН, охваченных всеми программами в САР Гонконг, невозможно определить, поскольку в процессе сбора данных число потребителей инъекционных наркотиков и потребителей других наркотиков суммируется. Однако, скорее всего, значительное большинство потребителей инъекционных наркотиков охвачено метадоновыми и другими реабилитационными программами.

Что касается регулярности охвата, то среднее число посетителей метадоновых клиник в типовой месяц 2003 года, равное числу клиентов, получавших ежедневную дозу метадона, составило 7036 человек. Около 15% этих клиентов были женщины; это число остается стабильным вот уже несколько лет.

Одним из факторов, способствовавших достижению широкого охвата метадоновой поддерживающей терапией в Гонконге, было то, что ее осуществлял Департамент здравоохранения, а политику определяло Министерство безопасности. Поскольку программа находится в ведении правительства, а помещения зачастую находятся в обычных поликлиниках, общественность это воспринимает лучше, чем в случае, если бы эти масштабные программы осуществлялись неправительственными организациями или частными врачами. Правительственная поддержка программы была устойчивой в течение 30 лет, а долгая история существования программы способствовала нормальному отношению к метадоновому лечению, что редко случается в развивающихся странах или странах с переходной экономикой. Сотрудничество между правоохранительными и медицинскими службами было гарантировано, благодаря структуре, использованной для формирования политики и обеспечения работы клиник. Большое значение имел и личный вклад отдельных людей в создание государственной метадоновой программы, включая уполномоченного по борьбе с наркотиками, который быстро понял потенциальные преимущества программы.

Экономическая эффективность, бесспорно, была ключевым фактором в удержании такой масштабной программы на хорошем уровне в течение трех десятилетий. По оценкам, каждый визит в метадоновую клинику, обходился, в среднем, в 20-30 гонконгских долларов, притом, что посетители платили по 1 гонконгскому доллару, а остальное доплачивало государство. Это значительно дешевле, чем многие другие медицинские услуги в Гонконге, и принесло дополнительные преимущества в виде снижения преступности и передачи ВИЧ.

Программы профилактики ВИЧ и программы метадоновой терапии тесно связаны, благодаря тому, что их осуществляет Департамент здравоохранения. Связи с другими службами, такими как Центр красной ленты и ОПРНЗ, ставит метадоновые клиники, в понимании общественности, в один ряд с другими службами по лечению ВИЧ и наркомании. Этому способствовала кампания в СМИ на тему снижения вреда, проведенная в 2002 году.

### 3.3.6 Поддержание и расширение охвата

Трудно понять, как можно расширить охват, если лишь ограниченный процент потребителей опиатов хочет пройти детоксикацию или получить услуги программы заместительной терапии. Гонконгский консультативный совет по СПИДу отметил необходимость расширения услуг по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Хотя метадоновая заместительная терапия оказалась очень успешной в предотвращении эпидемии СПИДа до настоящего времени, быстрые темпы передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в других частях Китая, наряду с мобильностью ПИН и медленно растущей распространенностью ВИЧ среди ПИН в Гонконге заставили Консультативный совет по СПИДу рекомендовать создание аутрич-программ и задуматься о создании программ по обмену игл и шприцев<sup>40</sup>.

Большинство клиентов в Гонконге имеют большой стаж потребления опиатов. Поэтому срочно необходимо охватить молодых потребителей инъекционных наркотиков, у которых меньше опыта потребления опиатов или других наркотиков, и для которых метадоновая заместительная терапия не всегда является желательным или самым подходящим вариантом.

Что касается метадоновой программы, то правительство до сих пор полностью привержено ее продолжению и расширению. Необходимо и далее проводить постоянную пропагандистскую работу, и проведение новых кампаний в СМИ на тему снижения вреда будет полезным.

### 3.3.7 Дополнительная литература

China Daily. HK announces AIDS situation in fourth quarter of 2002. January 28, 2003.

Cheng Feng. A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. In *East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 Proceedings Part 2*. Centre for Harm Reduction. Melbourne. 2003.

China CDC/ US CDC. *Report of China CDC and US CDC: Joint HIV surveillance and laboratory assessment*. 2003.

China CDC. *HIV situation and progress of prevention and control work in China*. 2002.

Hong Kong Department of Health. *STD/AIDS Update 2003*, volume 9, no. 1, statistics for quarter 1. 2003. (Electronic Publication). <http://www.info.gov.hk/aids/archives/backissuestd/std03q1.pdf>

Narcotics Division, Security Division, Hong Kong SAR Government. *Central registry of Drug Abuse*. Fifty-first report. Government printer, Hong Kong. 2003.

Reid G and Costigan G. *Revisiting "The Hidden Epidemic": A situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS* Centre for Harm Reduction. Melbourne. 2002.

UNAIDS/AHRN/UNODC. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Geneva. 2002. [http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf)

<sup>40</sup>Hong Kong Advisory Council on AIDS (2002). *Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2002-2006*. Hong Kong.

## 4. Тематические исследования: Латинская Америка

---

### 4.1 Сальвадор, Бразилия

#### 4.1.1 Общая информация

Город Сальвадор, расположенный на северо-восточном побережье Бразилии, имеет население три миллиона человек и является столицей штата Баия.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков составляет от 5000 до 14 000 человек, а еще 56 000 человек являются курильщиками крэк-кокаина<sup>41</sup>. В 2002 году общий охват составил, как минимум, 68% потребителей инъекционных наркотиков в Сальвадоре<sup>42</sup>.

Что касается регулярности охвата, то в 2002 году услугами всех центров исследования и лечения наркозависимости СЕТАД (Centro de Estudos e Terapia do Abuse de Drogas (CETAD)) были охвачены 12 198 новых клиентов, из которых 675 были потребителями инъекционных наркотиков, включая 72 женщин, а 7211 были потребителями крэк-кокаина, включая 1369 женщин. Предположительно, сотрудники СЕТАД, а более часто – полевые работники – ежемесячно охватывают основную часть клиентов. Действительную регулярность охвата определить невозможно из-за недостатков применяемой системы мониторинга.

#### 4.1.2 Ситуация в связи с потреблением наркотиков и ВИЧ

В последние годы эпидемия СПИДа в Бразилии, похоже, стабилизировалась. К концу 2003 года, по оценкам, 660 000<sup>43</sup> человек в Бразилии жили с ВИЧ, из них около трети, предположительно, были потребителями инъекционных наркотиков<sup>44</sup>. По оценкам, около 11% новых случаев ВИЧ-инфекции и людей, которым был поставлен диагноз СПИД в 2001 году, были потребителями инъекционных наркотиков – это очень серьезное снижение по сравнению с 25% в 1991 году<sup>45</sup>.

Оценочное число потребителей инъекционных наркотиков в конце 2001 года в Бразилии составляло около 800 000 человек<sup>46</sup>. В отличие от популяций, описанных в других тематических исследованиях, в Бразилии очень немногие ПИН потребляют опиаты. Основным наркотиком, потребляемым внутривенно, является кокаин, и кроме этого потребляются стероиды для бодибилдинга. Передача ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Бразилии происходила по четким моделям. С середины 1980-х до середины 1990-х годов большинство ВИЧ-инфекций среди ПИН отмечалось в районе, который соединяет южную часть среднего запада страны с побережьем штата Сан-Паулу, что совпадает с основными маршрутами перевозки кокаина. В середине 1990-х произошло два серьезных изменения. Во-первых, эпидемия СПИДа быстро расширилась до южного побережья Бразилии, и, во-вторых, началась эпидемия потребления крэк-кокаина, сначала в Сан-Паулу, а затем во многих других регионах страны.

<sup>41</sup> Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K and Dourado I (2001). The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia Brazil AIDS and Behaviour 5 (1): 51-64.

<sup>42</sup> UNDCP (2002 November 4). Case study: Salvador, Brazil. Brasilia.

<sup>43</sup> ЮНЭЙДС (июль, 2004 г.). Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. Женева, Швейцария. Взято 6 апреля 2005 г. с сайта <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

<sup>44</sup> Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. (2004). *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*. London: Centre for Research on Drugs and Health Behaviour on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries.

<sup>45</sup> Bastos FI, de Pina MdF and Swarcwald CL (2002). The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy* 13: 137-144.

<sup>46</sup> Aceijas et al. (2004). op.cit.

В Сальвадоре эти события привели к серьезным изменениям в моделях потребления наркотиков. Статистика программы СЕТАД показывает, что число потребителей инъекционных наркотиков снизилось с середины 1990-х почти на 80%, поскольку почти все бывшие ПИН перешли на курение крэк-кокаина. В середине 2003 года, по оценкам, здесь насчитывалось около 14 000 ПИН и еще 56 000 курильщиков крэка. Отдельная оценка – 5 000 ПИН – основывалась на расчетах с использованием числа ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков. Наркопотребители перешли от инъекций кокаина к курению крэка, в основном, по причинам, связанным со стоимостью, удобством и поставками наркотика. Так или иначе, многие могут снова вернуться к инъекциям кокаина, если эти причины изменятся.

Вопросы потребления наркотиков регулируются Законом о психоактивных препаратах № 6368/76, который не только запрещает потребление, хранение, поставку, выращивание, производство и незаконное обращение наркотиков, но и безоговорочно определяет, что обмен игл и шприцев является деятельностью, способствующей потреблению веществ, вызывающих зависимость, и предусматривает наказание за такую деятельность в виде лишения свободы на срок от трех до 15 лет. В конце 1990-х годов некоторые положения этого закона, относящиеся к обмену игл и шприцев были отменены и заменены на положения, легализующие мероприятия по снижению вреда, включая обмен игл и шприцев. Движение по реформированию законодательства началось с изменений в законах штатов Сан-Паулу, Рио-Гранде-до-Сул, Рио-де-Жанейро и Санта-Катарина. В январе 2002 года новый национальный Закон о наркотиках легализовал программы обмена игл и шприцев по всей Бразилии<sup>47</sup>.

Проблемами потребления наркотиков и ВИЧ занималось партнерство между отделами по наркотикам и СПИДу Национального координационного совета по ИППП и СПИДу при Министерстве здравоохранения. Со временем это привело к широкому слиянию стратегий в области СПИДа и наркотиков. К 2001 году правительство Бразилии предоставляло антиретровирусную терапию на национальном уровне в 656 больницах, дневных стационарах, службах по уходу на дому и специализированных отделениях. В начале 2003 года 116 000 людей, живущих с ВИЧ, имели доступ к антиретровирусной терапии, уровень смертности от СПИДа снизился на 50% по сравнению с 1996 годом, а число госпитализаций в связи со СПИДом сократилось на 80%<sup>48</sup>. Из статистических данных программы СЕТАД было также очевидно, что в мае 2003 года в штате Баия антиретровирусную терапию получали 2484 человека, из которых 1910 человек жили в Сальвадоре. Статистика о проценте ПИН среди людей, получающих антиретровирусную терапию, отсутствовала.

Недавние исследования показали, что в Сальвадоре значительно снизились уровни инфицирования ВИЧ и Т-лимфотропным вирусом человека (HTLV) среди потребителей инъекционных наркотиков, несмотря на то, что последний вирус был эндемичным в общем массиве населения и гиперэндемичным среди ПИН. Данные СЕТАД также показывают, что оценочное число людей, живших с ВИЧ в штате Баия в мае 2003 года, составляло 30 000, из которых 24 000 человек жили в Сальвадоре. Людей, живших со СПИДом в штате Баия, насчитывалось 5600, из них 80% – в Сальвадоре. Общее снижение числа ВИЧ-инфекций в Сальвадоре можно увидеть по результатам центра консультирования и тестирования на ВИЧ, приведенным в таблице ниже.

**Таблица 21: Сальвадор, консультирование и тестирование на ВИЧ**

	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Тесты на ВИЧ проведенные	6 095	6 962	10 096
ВИЧ-положительные результаты	185	207	297
Мужчины/женщины	95/90	131/76	149/148
Процент положительных результатов	3,01%	2,97%	2,94%

<sup>47</sup>Teixeira P (2002). *The role of politicians in promoting policy changes*. Paper presented at the 13<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Ljubljana 3-7 March.

<sup>48</sup>Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C and Strathdee S (2001 November). Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. In *AIDS Science* 1 (15).

По оценкам СЕТАД, использование зараженного инъекционного инструментария среди ПИН в Сальвадоре снизилось с 60% до 18% в течение 1990-х годов, использование презервативов среди ПИН выросло с 3% до 30%, а процент ПИН, обратившихся в медицинские учреждения вырос с 28% до 68%. Программа по обмену игл и шприцев в Сальвадоре является одной из более чем 160 программ снижения вреда, действующих в Бразилии.

### 4.1.3 История вопроса

Программа по обмену игл и шприцев в Сальвадоре была первой в Бразилии. Она была создана в 1995 году после того, как Федеральный совет по психоактивным препаратам принял решение, что программы по обмену игл и шприцев можно одобрить, если они будут работать совместно с исследовательскими проектами.

Центр исследований и лечения наркозависимости (СЕТАД) – это учреждение при Федеральном университете (Universidade Federal) штата Баия, расположенное в Сальвадоре, которое изучает проблемы потребления наркотиков в городе с 1985 года. Общаясь с учеными и другими людьми, осуществляющими программы профилактики ВИЧ в Европе и обеих Америках, сотрудники СЕТАД знали о существовании программ по обмену игл и шприцев, но до 1995 года не могли начать их реализацию из-за правовых препятствий.

В марте 1995 года правительство штата Баия одобрило создание программ СЕТАД по обмену игл и шприцев для решения проблем использования зараженного инъекционного инструментария и высокой распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, выявленных в ходе проведенных СЕТАД опросов ПИН в беднейших районах города (*баиррос*)<sup>49</sup>. Финансовую и техническую поддержку оказал госсекретарь штата Баия по вопросам здравоохранения, а дальнейшая поддержка была обеспечена, благодаря участию представителя СЕТАД в Совете штата по психоактивным препаратам.

Штатные сотрудники СЕТАД встречались с руководством полиции и проводили семинары для полицейских, чтобы объяснить им цели работы программы по обмену игл и шприцев и принципы снижения вреда. Были опубликованы статьи в газетах об открытии программы и интервью со специалистами-медиками, представителями религиозных общин и потребителями инъекционных наркотиков. В течение первых шести месяцев сотрудники СЕТАД отвечали на вопросы журналистов с помощью консультанта по СМИ, подчеркивая, что распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в Сальвадоре очень высока, что программы по обмену игл и шприцев продемонстрировали способность предотвращать ВИЧ-инфекции в других странах и что эти программы не приводили к росту потребления наркотиков.

Первый участок программы был открыт в Пелуриньо, старом центральном городском районе Сальвадора, который на тот момент был районом бедноты и местом, которое часто посещали потребители наркотиков. С марта 1995 до февраля 1996 гг. было обменено только 90 шприцев, отчасти из-за продолжающихся споров о программе. После того, как был нанят аутрич-работник, который начал обменивать иглы и шприцы, распространять презервативы и выдавать на дому направления на получение медицинских услуг, число клиентов выросло. К 1999 году действовало уже четыре участка программы по обмену игл и шприцев, в каждом из которых работали два аутрич-работника и один руководитель. Все участки выписывали направления на лечение от наркозависимости, спиртовые салфетки, ложки для приготовления наркотика, дистиллированную воду, презервативы, инструкции о безопасном сексе и безопасных практиках инъекций, а также направления в медицинские и социальные службы.

<sup>49</sup> Andrade et al. (2001). op.cit.

С середины и до конца 1990-х годов, потребители инъекционных наркотиков начали переходить на курение крэк-кокаина. Это изменение отразилось на числе клиентов, впервые обратившихся в программы лечения наркозависимости СЕТАД. В 1993 году ни один из 285 новых клиентов не сообщил о потреблении крэка; в 1996 году крэк-кокаин потребляли 4% из 625 новых клиентов, а в 1997 году его потребляли 14% из 482 новых клиентов. В 1998 эти проценты начали быстро расти: в январе крэк-кокаин потребляли 20% новых клиентов, в мае – 33% и в июне – 40%. К концу 1998 года в некоторых частях города более 80% бывших ПИН курили крэк. Когда поставки крэк-кокаина снижаются, растут цены или когда крэк смешивают с другими веществами, эти потребители наркотиков зачастую возвращаются к инъекциям кокаина. В конце 1990-х годов в ходе проведенных СЕТАД исследований было обнаружено, что все больше молодых людей из бедных *барриос* потребляют анаболические стероиды для наращивания мышечной массы. Со временем некоторых потребителей инъекционных стероидов также стали клиентами аутрич-программ СЕТАД.

В Бразилии рост новых случаев ВИЧ-инфекции, переданной половым путем при потреблении крэк-кокаина, привел к росту числа людей, живущих с ВИЧ, особенно женщин. Следует отметить, что люди, инфицированные половым путем в связи с потреблением инъекционных наркотиков, как правило, не учитываются в статистике ВИЧ-инфекций, связанных с потреблением наркотиков. Из-за перехода потребителей к крэк-кокаину и частого возврата к потреблению инъекционных наркотиков в случае сокращения поставок крэка или его плохого качества, возникла сложная и постоянно меняющаяся картина торговли наркотиками и их потребления, что в значительной степени повлияло на развитие эпидемии СПИДа. В ответ на это создаются интегрированные программы, направленные на профилактику потребления наркотиков и программы социальной реабилитации наркопотребителей, уделяющие основное внимание лечению наиболее серьезных форм и самых вредоносных последствий потребления наркотиков.

Программа СЕТАД в Сальвадоре стала рассматриваться как образец. В 1997 году она начала расширять свои услуги, чтобы привлечь других потребителей наркотиков помимо ПИН. Были использованы мобильные службы для доставки работников СЕТАД в разные районы города. После встреч с членами общин, включая потребителей наркотиков и людей, живущих в районах массового потребления наркотиков, были созданы сети полевых сотрудников и аутрич-работников.

В 1998 году был создан информационно-ресурсный сектор с целью разработки различных образовательных материалов, распространения информации среди отдельных лиц и групп для проведения пропагандистской работы по вопросам снижения вреда и создания доказательной базы деятельности информационно-ресурсного центра. В январе 2001 году СЕТАД начал работать с потребителями наркотиков и другими людьми, содержащимися в тюрьмах штата Баия.

В октябре 2001 года была создана программа Comunidad (“Община”), совместно финансируемая организацией “Патфайндер” и Агентством международного развития США (АМР США), для проведения просветительской работы о вреде наркотиков, организации альтернативных видов деятельности для детей и установления связей с медицинскими и социальными службами для людей, живущих в районах массового потребления наркотиков.

#### 4.1.4 Характеристики услуг

В СЕТАД работает 30 штатных сотрудников, четверо из которых, включая менеджера программы снижения вреда, финансируются Федеральным университетом штата Баия, а работу остальных финансирует правительство штата. Кроме того, финансовые средства предоставляют Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), АМР США и правительство Бразилии.

Всесторонний подход СЕТАД включает следующие учреждения и виды деятельности:

- Амбулаторный центр лечения наркозависимости с использованием методов психоанализа.
- Отделение снижения вреда (ОСВ/СЕТАД), в котором работают координатор, заместитель координатора, девять контролеров, 28 аутрич-работников и 44 общинных медицинских работника, которые сотрудничают с Муниципальной программой здоровья семьи и прошли обучение ОСВ/СЕТАД для оказания услуг по уходу и поддержке наркопотребителям в целом, включая активных потребителей инъекционных наркотиков – это отделение руководит работой 52 программ по обмену игл и шприцев в 24 *барриос* в семи из 12 районов города.
- Тюремный проект, в котором работают координатор, два контролера и два инструктора по методу “равный-равному”; проект охватывает три мужских тюрьмы и одну женскую тюрьму.
- Общинный проект, сосредоточенный на профилактике потребления наркотиков и оказывающий помощь в решении общих медицинских и социальных проблем в бедных районах; в нем работают координатор, контролер, шесть аутрич-работников и четыре стажера; проект действует в трех районах. Он также проводит просветительскую работу на тему наркотиков в школах, на рабочих местах и в ходе учебных курсов в офисе СЕТАД. Мероприятия по профилактике потребления наркотиков включают организацию футбольных матчей и уроков для обучению ремеслам среди детей, живущих в *барриос*.
- Мобильные пункты проекта профилактики, сосредоточенного на предотвращении передачи ВИЧ половым путем или вследствие потребления наркотиков, особенно среди женщин-потребительниц крэк-кокаина. Эти пункты распространяют мужские и женские презервативы и другие материалы. В проекте работают координатор, контролер, пять аутрич-работников и пять стажеров. Они объезжают на своем микроавтобусе пять *барриос* в трех районах.
- Библиотека и информационный центр, а также исследовательские учреждения.

Система привлечения “полевых” работников является новаторской, поскольку предполагает выплату небольшой зарплаты людям – обычно эти активные наркопотребители, – которые живут в центре бедных районов-барриос и занимаются обменом игл, распространением презервативов и просвещением у себя на дому. Эта система эффективно обеспечивает круглосуточный доступ к материалам о профилактике ВИЧ, образованию и базовому консультированию в районах, где проживают наркопотребители. К “полевым” сотрудникам относят аутрич-работников и общинных медицинских работников. Все “полевые” сотрудники проходят, как минимум, 60-часовой курс обучения о профилактике потребления наркотиков и передачи ВИЧ, инфекций, передаваемых половым путем, о проблемах ВИЧ, СПИДа и туберкулеза и по другим темам; все “полевые” работники встречаются около четырех раз в месяц для обсуждения своей работы.

Контролеры работают со всеми “полевыми” сотрудниками в районе и отвечают за то, чтобы услуги во всех частях района соответствовали потребностям потребителей наркотиков и их близких. Координаторы и заместители координаторов работают по всем направлениям программы и отвечают за то, чтобы услуги основались на проверенной информации и были эффективными.

Система стажировок также является новаторской. СЕТАД функционирует при университете и может ежегодно привлекать к работе до 10 стажеров со старших или последипломных курсов. Многие стажеры являются студентами медицинского или медсестринского факультетов, хотя



некоторые из них приходят с факультетов журналистики, права и социальных наук. Студенты могут подать заявку на прохождение стажировки, которая финансируется до получения ими ученой степени; СЕТАД также может приглашать стажеров определенной специальности, как он и делал это, пригласив студентов факультета журналистики в помощь для работы с прессой. Многие студенты пишут курсовые и дипломные работы по результатам стажировки, и некоторые из этих работ используются в исследовательских докладах или информационных материалах, или в заявках на получение финансирования для расширения новых услуг.

СЕТАД старается работать с целыми общинами, а не с отдельными наркопотребителями. Такой подход означает, что СЕТАД разрабатывает спектр услуг, которые ложатся в основу всесторонних мероприятий по профилактике потребления наркотиков и ВИЧ, а также общей медицинской и социальной помощи. Хотя основной задачей является предоставление услуг потребителям инъекционных наркотиков, курильщикам крэк-кокаина и другим людям, потребляющим наркотики неинъекционным путем, услуги также оказываются их семьям, половым партнерам, соседям и другим людям, живущим в районах массового потребления наркотиков. Предоставляются специальные услуги для женщин, включая программы по охвату женщин, потребляющих крэк, и распространение женских презервативов.

Предоставляя услуги целым общинам и постоянно проводя пропагандистскую работу в целях предоставления более широких услуг бедным барриос, СЕТАД стал в полном смысле “другом” для десятков тысяч потребителей наркотиков и их близких во всем Сальвадоре. В свою очередь, благодаря этому организация получила помощь в своей работе со стороны “полевых” сотрудников, которые проводят обмен игл, распространение презервативов и обучение у себя на дому. Предоставляемые услуги основаны на материалах исследований, проведенных СЕТАД в Сальвадоре и штате Баия, и исследований из других регионов Бразилии и других стран, которые собраны в библиотеке и информационном центре СЕТАД и распространяются этими учреждениями.

СЕТАД работает в партнерстве со многими организациями. СЕТАД оказал помощь в создании Ассоциации снижения вреда в штате Баия (АБАРЕДА), сформированной активными потребителями наркотиков в Сальвадоре. Цели АБАРЕДА – расширить число программ снижения вреда в штате Баия, обеспечить соблюдение социальных прав потребителей наркотиков и их участие в общественной жизни, защитить права и свободу действия работников программ снижения вреда и создать муниципальные филиалы АБАРЕДА, то есть, местные группы снижения вреда или группы наркопотребителей. СЕТАД и АБАРЕДА разрабатывают планы, чтобы такие группы со временем самостоятельно выполняли деятельность по снижению вреда хотя бы в некоторых районах города.

Кроме того, СЕТАД тесно сотрудничает с университетской больницей, одной из самых больших в Сальвадоре, с целью оказания амбулаторной помощи, включая консультирование и тестирование на ВИЧ, клиентам, выявленным в ходе проекта “Община”. Услуги по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ, оказывает сеть, в которую входит правительство штата, неправительственные организации и СЕТАД. Например, потребители инъекционных наркотиков получают лечение в связи с ВИЧ в КРЕЭЙДС (Centro de Referência Estadual de AIDS (CREAIDS), учреждении правительства штата, расположенном рядом с офисом СЕТАД. ИБСМ – Instituição Beneficente Conceição Macedo (IBSM), неправительственная организация, работающая в *barrio* Пернамбуэш, оказывает уход ВИЧ-позитивным детям или детям, родители которых живут с ВИЧ, и еженедельно раздает продовольственные пайки ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков и другим людям, живущим с ВИЧ и нуждающимся в такой помощи. Штатные сотрудники СЕТАД выдают иглы и шприцы и проводят просвещение по вопросам ВИЧ и потребления наркотиков.

Таблица 22: Услуги и продукция, предоставляемые в Сальвадоре

Услуги и продукция	Аутрич-программа СЕТАД*	Тюремная программа
Иглы и шприцы выданные	X	–
Иглы и шприцы возвращенные	X	–
Иглы и шприцы, утилизация	X	–
Вода для инъекций	X	–
Спиртовые салфетки	X	–
Средство для дезинфекции шприцев	X	–
Фильтры и ватные шарики	–	–
Колпачки для смешивания лекарств	X	–
Материалы для безопасных трубок для курения крэка	X	–
Витамины	–	–
Лечение гепатита		–
Лечение ВИЧ и СПИДа	Выдача направлений	–
Мероприятия по профилактике потребления наркотиков	X	–
Детоксикация наркопотребителей	Выдача направлений	–
Лечение наркозависимости	Выдача направлений #	–
Другие виды лечения	–	–
Презервативы выданные	X	X
Информационные, образовательные и коммуникационные материалы выданные	X	X
Очное индивидуальное обучение/консультирование	X	X
Групповое обучение	X	X
Услуги по лечению инфекций, передаваемых половым путем	Выдача направлений	–
Консультирование (по общим вопросам)	X	–
Консультирование по наркотикам	X	–
Консультирование по ВИЧ и СПИДу	X	–
Юридическая помощь	–	–
Содействие в получении жилья и социального обеспечения	–	–
Группы поддержки потребителей наркотиков	X	–
Группы поддержки бывших потребителей наркотиков	–	–
Группы поддержки людей, живущих с ВИЧ	–	–

\* относится ко всем услугам, включая снижение вреда, мобильные пункты и общинные программы.

# Лечение наркозависимости, в основном, проводится сотрудниками СЕТАД в учреждениях СЕТАД.

Таблица 23: Программа СЕТАД в 2002 г.

	Программа снижения вреда	Мобильные пункты профилактики	Общинная программа	Тюремная программа	Всего
Случаи оказания услуг*	27 763	13 807	5 282	2 343	49 163
Распространенные иглы и шприцы	14 049	1 526	12	0	15 587
Распространенные мужские презервативы	139 491	90 323	21 925	11 275	263 014
Распространенные женские презервативы	4 086	12 054	714	1 571	18 425
Выданные образовательные материалы	9 683	5 199	4 010	1 532	20 424

\* В процессе мониторинга СЕТАД записываются случаи оказания услуг и указывается, если это новый клиент. Число новых клиентов можно оценить (см. 4.1.5 Охват); однако общее число клиентов и регулярность охвата на основании этих записей оценить нельзя.

#### 4.1.5 Охват

По оценкам ЮНОДК, к ноябрю 2002 года<sup>50</sup> мероприятиями СЕТАД были охвачены 68% потребителей инъекционных наркотиков в Сальвадоре. Подход, принятый СЕТАД, предусматривает охват максимально возможного числа *барриос*, в которых распространены (или могут распространиться) потребление наркотиков и связанные с этим ВИЧ-инфекции. Как видно из материалов, представленных выше, этот подход обеспечил доступ к множеству разных групп потребителей наркотиков, членам их семей и половым партнерам в беднейших районах города.

Число новых клиентов, охваченных всеми службами в 2002 году, составило 12 198 человек, 675 из которых были потребителями инъекционных наркотиков, и 2296 – потребителями крэк-кокаина. Среди 675 ПИН были 72 женщины; среди 2296 потребителей крэк-кокаина – 376 женщин. Остальные клиенты были потребителями стероидов, которые не делали инъекций стероидов и не потребляли крэк-кокаин; потребители марихуаны и алкоголя; члены семей или половые партнеры потребителей наркотиков; и другие люди, живущие в районах потребления наркотиков. В эти цифры включены 1090 новых клиентов-мужчин и 23 новых клиента женского пола, охваченных мероприятиями в тюрьмах. В тюрьмах Сальвадора содержится всего 70 женщин, и программа в женской тюрьме началась в 2002 году. Из числа новых охваченных заключенных 27 были потребителями инъекционных наркотиков и 150 – курильщиками крэк-кокаина.

Сотрудники СЕТАД, и еще чаще – “полевые” работники ежемесячно охватывают основную часть клиентов. Реальную регулярность охвата рассчитать невозможно из-за особенностей применяемой системы мониторинга.

Дружелюбные, хорошие отношения между сотрудниками СЕТАД и общинами потребителей наркотиков очень важны для успеха программы. Большое значение имеет и пропагандистская работа. В ходе интервью была получена довольно сложная картина пропагандистской работы, проводимой “полевыми” сотрудниками на местном уровне при поддержке, в случае необходимости, со стороны контролеров, координаторов, менеджеров или специальной помощи со стороны студентов факультета журналистики; на уровне более крупных общин или районов эту работу проводят контролеры и координаторы; в университете и на уровне правительств штата и страны – менеджеры и АБАРЕДА. Была подчеркнута важность вовлечения активных потребителей инъекционных наркотиков в пропагандистскую работу; а повышение роли активных наркопотребителей в программах снижения вреда в штате Баия является одной из основных целей АБАРЕДА.

Широта услуг имеет решающее значение для повышения охвата в общинах потребителей наркотиков. Участвуя в разнообразных мероприятиях, связанных с СЕТАД, включая футбольные матчи, изготовление музыкальных инструментов, обмен игл, проведение демонстраций и распространение мужских и женских презервативов, большинство жителей бедных *барриос* могут получить в СЕТАД доступ к тому, в чем они нуждаются. Услуги и продукция также очень удобны; зачастую их предоставляют в домах, расположенных в *баррио*, или в мобильных пунктах, или силами аутрич-работников, которые посещают разные общины.

#### 4.1.6 Поддержание и расширение охвата

Осуществляя такую честолюбивую программу, СЕТАД борется за продолжение финансирования его отдельных служб, большинство из которых имеют несколько источников поддержки. Начиная с 2001 года, объемы финансирования сократились, а в конце 2003 года произошло очередное урезание фондов. Проект Всемирного банка по контролю над ВИЧ и ИППП – III, осуществляемый в Бразилии, может помочь национальному правительству и

<sup>50</sup>UNDCP (2002). op.cit.

правительствам штатов расширить финансирование таких учреждений, как СЕТАД. Еще одной приоритетной задачей проекта Всемирного банка является формирование эффективной системы мониторинга и оценки по всем направлениям профилактики и лечения в связи с ВИЧ.

Кроме того, было предложено провести кампанию в поддержку снижения вреда на пяти участках в Бразилии, включая Сальвадор, что должно повысить понимание общественностью и правительством необходимости и полезности программ, подобных тем, которые осуществляет СЕТАД. Такая кампания будет также пропагандировать повышение расходов на профилактические программы в рамках всех мероприятий по профилактике и лечению в Бразилии.

#### 4.1.7 Дополнительная литература

Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K and Dourado I. The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia Brazil *AIDS and Behaviour*, 5 (1): 51-64. 2001a.

Andrade TM, Dourado MI, Farias AH and Galvao-Castro B. Reducao de danos e da prevalencia da infeccao pelo HIV entre usuarios de drogas injetaveis em Salvador BA. In: Ministerio de Saude (ed.) *A Contribuicao dos Estudos Multicentros frente a Epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil*. Brasilia: MS. 2001b.

Bastos F. Drugs and AIDS: a case study from Brazil *Urban Health and Development Bulletin* 3 (2) June 2000.

Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C and Strathdee S. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research *AIDS Science*, 1 (15) November 2001.

Bastos FI, de Pina MdF and Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, 13: 137-144. 2002.

Brazilian STD/AIDS Programme. *Government politics of recognition and support to the organizations of the civil society*. Brasilia, Brazil, July 2002.

Ortells P. *Brazil: A model response to AIDS*. Global Policy Forum. New York. 2003. [Electronic publication] <http://www.globalpolicy.org/soecon/develop/aids/2003/04/aidsbrazil.htm>

Parker RG. A summary discussion of the development of HIV/AIDS policy in Brazil. *Urban Health and Development Bulletin*, 3 (2) June 2000.

UNAIDS. *Epidemiology Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – Brazil*. Geneva. December 2002

UNDCP. *Case study: Salvador, Brazil*. Brasilia. 4 November 2002.

## 5. Извлеченные уроки: Участки с высоким уровнем охвата

---

Самым важным результатом исследования является то, что программы по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, могут добиться широкого охвата. Например, программам обмена игл и шприцев и метадоновым программам удалось охватить более 50% потребителей инъекционных наркотиков на исследованных участках, а услуги по лечению, уходу и поддержке для ВИЧ-позитивных ПИН достигли высокого уровня охвата в Бразилии и САР Гонконг, и вскоре такой уровень может быть обеспечен в Бангладеш. Во время сбора данных и написания данного доклада, было выявлено по крайней мере несколько других участков, возможно имеющих программы с высоким уровнем охвата.

Как минимум, на нескольких участках, благодаря достигнутому охвату, удалось повернуть вспять или отсрочить потенциальную угрозу эпидемий ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. В Бангладеш; САР Гонконг; Пскове, Российская Федерация; и Сумах, Украина удалось избежать высокой распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, несмотря на то, что в соседних провинциях или странах с похожей культурой и уровнем потребления инъекционных наркотиков распространенность была высокой. В Солигорске, Беларусь, программа по обмену игл и шприцев была начата уже после достижения высокого уровня распространенности, поэтому ее эффект не очень очевиден, и, скорее всего, в течение нескольких лет потребуются обеспечить гораздо более высокий и устойчивый охват, чтобы добиться снижения распространенности. В Сальвадоре, Бразилия, серьезные изменения в способах потребления наркотиков вносят путаницу в картину распространенности ВИЧ; однако можно предположить, что программам удалось стабилизировать и снизить распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

### 5.1 Общие черты программ с высоким уровнем охвата

**При разработке местных программ использовались принципы снижения вреда**

Рассмотренные участки действуют в самых разных социальных, политических, религиозных и культурных условиях. Программам удалось добиться высокого уровня охвата среди потребителей инъекционных наркотиков в российских православных городах, таких как Псков, Российская Федерация, мусульманских городах Бангладеш и, в основном, римско-католической Бразилии; в промышленно и финансово развитых, и в сельскохозяйственных странах; в таких городах как Дакка, Бангладеш, с населением 12 миллионов человек, и в небольших городах, где проживает до 30 000 человек; в странах с переходной экономикой и государствах с давно устоявшейся демократией.

Черты этих программ отражают уникальные социальные, политические и культурные условия, в которых они осуществлялись. Это привело к различиям в методах работы, в численности и типах штатных сотрудников, в конкретных услугах и видах продукции, которые они предоставляли, в связях с другими службами, и т.п. Специалисты, ответственные за планирование программ, и их исполнители не копировали модели, разработанные в других странах, а, скорее, изучали принципы, лежащие в основе эффективных программ, и разрабатывали подходящие для их участков программы по ВИЧ.

**Необходимо определить приоритеты пропагандистской работы, подобрать подходящий персонал и обеспечить достаточное финансирование**

Эффективные подходы к решению проблемы ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в разных странах мира различны. На каждом участке была проведена тщательно продуманная, серьезная работа с целью преодоления общественных страхов и обеспокоенности органов власти в связи с предлагаемыми программами. На некоторых участках, как минимум часть работы штатных сотрудников была посвящена пропагандистской деятельности, для проведения которой создавались отдельные штатные должности, как, например, Дакке и Раджшахи.

Кроме того, каждая программа привлекала к участию, как минимум, одного т.н. “авторитетного сторонника”, т.е. человека или организацию, предлагающих эффективные подходы к работе, к мнению которых прислушиваются, и которые пользуются авторитетом в правительстве и, возможно, в обществе в целом. Такие авторитетные сторонники обычно уже имели или быстро устанавливали связи с высокопоставленными правительственными чиновниками, как в сфере здравоохранения, так и в других ключевых секторах, таких как администрации и правоохранительные органы.

**Программам необходимо обеспечить поддержку общественности, правительства, религиозных организаций и других лидеров общественного мнения**

Этой цели, в основном, удалось достичь путем проведения пропагандистской работы на разных уровнях, в том числе с общинами, находящимися в непосредственной близости, путем проведения официальных и неофициальных встреч, массовых информационных кампаний, вовлечения с помощью менеджеров программ в межведомственные комитеты по СПИДу и наркотикам, и, в большинстве случаев, путем тщательного формирования отношений с отдельными представителями СМИ. Кроме того, регулярное проведение оценок и распространение их результатов помогли обеспечить политическую и общественную поддержку. В некоторых случаях политическая поддержка привела к принятию законов и стратегий, способствующих осуществлению услуг в связи с ВИЧ и получению государственного финансирования для реализации программы. Устойчивость наиболее часто встречается на участках, где обеспечена такая политическая приверженность.

**Роль правоохранительных служб имеет огромное значение для успеха**

В большинстве стран работа по противодействию ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков проводится в условиях криминализации потребления наркотиков. Программам приходится работать там, где находятся наркопотребители, с наркодилерами и владельцами наркопритонов, чтобы обеспечить максимальное участие потребителей инъекционных наркотиков. Аутрич-работники, которые переносят новые и использованные иглы и шприцы, должны работать, не опасаясь того, что эту продукцию конфискуют. Клиенты программ должны иметь возможность посещать пункты обмена игл или клиники, проводящие метадоновую терапию или лечение при ВИЧ, не опасаясь ареста. Хотя правоохранительные службы не обязаны поддерживать каждую инициативу, они должны разрешать программам работать без помех.

На всех рассмотренных участках правоохранительные службы, как минимум, установили гибкие, доверительные отношения с сотрудниками программы. В лучших случаях, правоохранительные службы участвовали в планировании и расширении программ, как полноправные партнеры. На большинстве участков с сотрудниками правоохранительных органов консультировались в начале процесса планирования и регулярно во время осуществления программ. Глубокая, постоянная приверженность сотрудников

правоохранительных органов к эффективным подходам, вероятно, является одним из ключевых факторов, определяющих устойчивость программ.

#### **Для расширения масштабов важно обеспечить финансирование**

Все программы (за исключением программы в Гонконге) начали работать при внешнем донорском финансировании. Наиболее вероятной причиной того, что большинство участков в Восточной Европе – это города с группами наркопотребителей численностью 1000-1500 человек, является то, что программы по борьбе с ВИЧ в этих городах имели больше шансов получить стандартное донорское финансирование, предоставляемое в этом регионе, то есть 20000 – 30000 долларов США в год. В местах с высокой численностью потребителей инъекционных наркотиков, таких как Дакка и САР Гонконг, требуются более значительные инвестиции. Штатные сотрудники программы “КАРЕ Бангладеш” считали, что гибкий подход доноров стал одним из факторов достижения широкого охвата в Дакке. В Гонконге приверженность правительства к финансированию метадонового лечения для всех нуждающихся потребителей опиатов позволила добиться широкого охвата. На всех других участках финансирование увеличивалось, как минимум, в первые годы работы программ, учитывая рост потребления их услуг. Внешним донорам следует применять гибкие подходы к определению уровня финансирования каждого участка, отдельных компонентов программ и расходов на их осуществление.

#### **Устойчивое финансирование**

Ни одна из описываемых программ не достигла высокого уровня охвата в первый год действия; однако зачастую именно на такой срок предоставляется внешнее финансирование. В большинстве случаев для достижения охвата высокого уровня потребовалось более трех лет.

Финансирование должно быть не только достаточно гибким, учитывая рост потребления услуг; кроме этого необходима приверженность к продолжению финансирования, как минимум, в течение двух лет, чтобы дать программам возможность охватить достаточное число потребителей инъекционных наркотиков. За исключением программ в Солигорске, Беларусь, и Сальвадоре, Бразилия, финансирование других программ повышалось каждый год. В программах с ограниченным финансированием спектр услуг снижался, в результате чего, скорее всего, сокращался и охват.

#### **Разные условия на каждом из участков обусловили разные услуги и подходы к привлечению потребителей инъекционных наркотиков к программе**

Все программы предлагали широкий спектр услуг, а также проводили обмен игл и шприцев и заместительную терапию метадоном. Во многих случаях такой широкий спектр услуг удалось обеспечить благодаря тесным связям и партнерствам с другими организациями. Предоставление широкого спектра услуг имеет больше шансов привлечь различные группы потребителей инъекционных наркотиков, включая потребителей разных видов наркотиков, мужчин и женщин, младшего и старшего возраста, и людей разных национальностей. Кроме того, в число людей, подвергающиеся риску ВИЧ-инфекции в связи с потреблением наркотиков, могут входить люди, сами не потребляющие наркотики. Некоторые программы работали с половыми партнерами ПИН, работниками секс-бизнеса, которые также могли потреблять наркотики, с семьями наркопотребителей и лицами, потребляющими неинъекционные наркотики, которые в определенный момент могут перейти к инъекциям наркотиков. Финансирование программ должно быть достаточно гибким, чтобы позволить разработку целевых программ с учетом потребностей этих различных групп.

Все изученные программы по обмену игл и шприцев занимались, в основном только обменом, то есть, выдавали новые иглы и шприцы только в обмен на использованные. Хотя это не так широко распространено в некоторых развитых странах, отсутствие адекватных мер утилизации на многих участках означает, что контроль и безопасная утилизация использованного инструментария очень важны для преодоления обеспокоенности эпидемиологов по поводу передачи инфекционных заболеваний и обеспокоенности общества относительно предполагаемой опасности появления зараженного инструментария на улицах. В этих условиях обмен по принципу “один к одному” является оправданным.

**Отдельно взятую программу можно “тиражировать”, чтобы решать проблемы потребителей инъекционных наркотиков в других районах, городах и областях**

Как показала реализация проекта КАРЕ в Бангладеш, успешные программы профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков можно начать на одном участке, добиться определенного уровня, после чего воспроизвести в других частях страны. Как продемонстрировала статистика национальных программ по обмену игл и шприцев в Беларуси, Российской Федерации, Украине и Бразилии, высокого охвата можно также достичь, начав несколько программ профилактики ВИЧ одновременно.

**Удобство доступа**

Во всех исследованных программах потребители инъекционных наркотиков имели доступ к услугам разными способами и в разное время. Аутрич-работа является самым распространенным методом обеспечения удобного доступа к обучению, обмену игл и шприцев и другим услугам; а легкий доступ для ПИН к стационарным пунктам, например, расположенных возле входов в здания или имеющих отдельный вход для ПИН, повышает их привлекательность.

Использование вторичного обмена в программах по обмену игл и шприцев повышает удобство, поскольку ПИН могут приобрести инъекционный инструментарий через друзей, наркоторговцев или в наркопритонах. Для успеха программ вторичного обмена необходимо иметь хорошие рабочие отношения с правоохранительными службами; также требуется мониторинг для обеспечения того, что ПИН получают верную информацию и обучение в местах вторичного обмена или от инструкторов по методу “равный-равному”.

Программы заместительной терапии действуют в стационарных клиниках за небольшим исключением – например, в Индии бупренорфин переносят в рюкзаках и распространяют среди пациентов, а в Германии и Нидерландах действуют метадоновые автобусы. Число и размещение клиник имеет важное значение для обеспечения удобства, как, например, в программе в САР Гонконг.

**Вовлечение ПИН в работу**

Большинство опрошенных менеджеров программ отдавали должное отдельным потребителям инъекционных наркотиков, называя их “отцом” или “матерью” программы и оценивая их участие на начальных этапах работы программы, как очень важное для достижения потребителей инъекционных наркотиков. Даже в рамках метадоновой программы в САР Гонконг клиентов вовлекали в различные обследования, что привело к изменению услуг. Регулярное взаимодействие на основе уважения и дружелюбного отношения между потребителями инъекционных наркотиков и сотрудниками программ является фактором, способствующим достижению широкого охвата. Работа с группами активных или бывших потребителей проводилась в Сальвадоре, Дакке и Раджшахи; и ее возможность рассматривается в САР Гонконг. Более широкое вовлечение ПИН в



соответствующие структуры (например, консультативные советы, группы ПИН или в штат программы) повышает вероятность устойчивости программ.

### Вопросы управления

Техническая помощь и обучение руководителей, проведение текущих тренингов или курсов повышения квалификации для сотрудников, особенно тех, кто непосредственно работает с потребителями инъекционных наркотиков, имеет важнейшее значение. Также важны эффективный контроль, умение решать различные проблемы и проводить регулярные собрания персонала и создание возможностей для постоянного обучения, что способствует удержанию сотрудников и, в свою очередь, регулярной посещаемости ПИН.

Кроме того, успешные программы не “перегружены руководством” – в них существует всего несколько должностей менеджеров или контролеров по сравнению с числом рядовых сотрудников или персоналом клиник (как, например, в САР Гонконг). Даже в Дакке 11 менеджеров и контролеров работают с более чем 50 оплачиваемыми аутрич-работниками. Баланс между контролем над аутрич-работой или работой клиник, и доверие между аутрич-работниками и персоналом клиник необходим для выполнения их обязанностей. Система “КАРЕ Бангладеш”, предполагающая наличие “полевых” наставников и координаторов по направлениям работы программы, включая пропагандистскую и аутрич работу, может быть особенно подходящей для Южной и Юго-Восточной Азии, где активные ПИН, нанятые в качестве аутрич-работников, как правило, имеют невысокий уровень грамотности и опыта постоянной работы.

### Обучение на основе практического опыта

В Сальвадоре для описания программы СЕТАД используют цитату из Пауло Фрира – *“Дорогу осилит идущий”*. Из-за разнообразия условий, в которых приходится работать программам по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, необходимо пройти процесс проб и ошибок, чтобы с учетом местной специфики выработать оптимальное соотношение компонентов программы, персонала и других аспектов работы, которое позволят добиться широкого охвата. Необходимо применять, оценивать и распространять новые идеи, если они работают – или корректировать их, или отказываться от них, если они неэффективны. Также, как показывают результаты исследования в Пскове, можно начать программу, а потом изучить международный и российский опыт, который менеджеры программы могут затем применить в своей работе и улучшить ее.

## 5.2 Проблемы комплексных программ по борьбе с ВИЧ

### Охват высокого уровня необходим, чтобы программа считалась всесторонней

Ни на одном из участков не предлагался всесторонний спектр услуг для потребителей инъекционных наркотиков, включая заместительную лекарственную терапию, другие формы лечения наркозависимости, работу по методу “аутрич”, программы обмена игл и шприцев, лечение, уход и поддержку при ВИЧ. Только Бразилия приблизилась к применению всестороннего подхода, однако его воздействие было недостаточным из-за технических проблем, таких как отсутствие надлежащей заместительной терапии для потребителей кокаина. Во многих странах отсутствуют существенные компоненты всестороннего подхода, такие как доступ к недорогому лечению ИППП, медицинский уход в связи с ВИЧ, включая антиретровирусную терапию, и добровольное (конфиденциальное) консультирование и тестирование на ВИЧ.

**Отношения между программами и правоохранительными службами остаются сложными**

Регулярные и специальные пропагандистские мероприятия для правоохранительных служб и других слоев общества на разных уровнях необходимо ввести во все программы и обеспечить финансирование для обучения сотрудников методам пропагандистской работы, а там, где программы достаточно велики, найти финансирование для штатных должностей пропагандистов. Кроме того, необходимо провести обучение для сотрудников правоохранительных служб и других секторов о необходимости всесторонних программ и их роли в решении проблем ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков.

**В вопросах обеспечения устойчивости важную роль будет играть установление баланса в расходах на профилактику и лечение в связи с ВИЧ**

Предоставление антиретровирусной терапии может привести к снижению финансирования мероприятий по профилактике ВИЧ. В то время как АРВ-терапия является важным компонентом всесторонних мер в ответ на эпидемию ВИЧ, снижение финансирования профилактических мероприятий приведет к повышению числа людей, живущих с ВИЧ, и впоследствии к соответствующим расходам на лечение.

**Гендерные вопросы и проблема передачи инфекции половым путем остаются нерешенными**

Из-за более жесткой стигмы распространенной во многих странах в отношении женщин, потребляющих инъекционные наркотики, сложно определить соотношение числа ПИН мужского и женского пола. В большинстве программ отмечен низкий уровень участия женщин-потребительниц инъекционных наркотиков. Более того, программы считают проблему передачи ВИЧ половым путем менее приоритетной, чем передачу ВИЧ при потреблении инъекционных наркотиков. Вероятно, эти две проблемы взаимосвязаны.

Иногда требуется и изменить направленность работы – при этом программы создают услуги, ориентированные на женщин-ПИН и работниц секс-бизнеса, потребляющих наркотики, при отсутствии данных о потреблении инъекционным путем или связей между потреблением наркотиков и секс-бизнесом. После начала предоставления услуг такого типа, в программу могут обратиться женщины-ПИН и работницы секс-бизнеса, потребляющие инъекционные наркотики, которые в другой ситуации оставались бы недоступными для услуг, исследований или оценок. Понятно, что участки, на которых работает хотя бы несколько аутрич-работниц, выявят большее число потребительниц инъекционных наркотиков, чем участки, на которых работают только мужчины. Следует поощрять создание смешанных групп аутрич-работников с участием женщин и мужчин.

**Отсутствие стандартов мониторинга и отчетности**

Большая работа была проведена, чтобы получить статистические данные для данного отчета почти на всех участках. Стандартизованная методология мониторинга упростит измерение охвата и расширит возможности сравнения разных программ. Оценка числа потребителей инъекционных наркотиков в каждом районе также была связана с проблемами, особенно в Бразилии. Это отчасти связано с тем, что в большинстве стран потребление инъекционных наркотиков является скрытым явлением, особенно в Бразилии, где это связано с быстрыми изменениями в способах потребления наркотиков,

**Число потребителей инъекционных наркотиков, охваченных на каждом участке на постоянной основе, как правило, составляло незначительный процент от общего числа ПИН в городе или области.**

Вторичный обмен и другие методы работы “равный-равному”, возможно, способствуют установлению контакта с более многочисленной группой, однако программы также должны усиливать работу, чтобы ПИН более регулярно обращались за более широкими услугами.

Кроме того, следует отметить, что ни один из участков не имел охвата на уровне 50 000 или 100 000 потребителей инъекционных наркотиков, хотя такова их численность в некоторых городах в развивающихся странах и странах с переходной экономикой. Широкий охват такого количества ПИН потребует значительно больших инвестиций, чем требовалось программам, описанным в данном докладе.

### 5.3 Мониторинг и оценка минимального охвата

В ходе тематических исследований было выявлено очень большое разнообразие способов мониторинга, что усложняло процесс сравнения и, в некоторых случаях, практически не позволяло определить общее число охваченных клиентов, и число клиентов, обслуживаемых на постоянной основе. По этим причинам рекомендуется применять стандартный минимальный набор методов оценки и мониторинга в соответствии со следующей моделью:

- Оценить число потребителей инъекционных наркотиков в конкретном географическом районе<sup>51</sup>; и
- Регистрировать число отдельных потребителей инъекционных наркотиков, обращающихся за конкретными услугами<sup>52</sup>.

Программам рекомендуется расширить мониторинг для удовлетворения их конкретных потребностей, однако это следует делать с использованием стандартизированной системы проведения оценки и мониторинга.

Рекомендованный метод оценки числа потребителей инъекционных наркотиков в конкретном географическом районе предполагает использование множителя и эталонных расчетов. В этих расчетах используются существующие данные о моделях поведения или событиях, типичных для ПИН, например, данные о задержании полицией за потребление или хранение наркотиков, а также о лечении наркомании, несчастных случаях и оказании скорой помощи, или данные о смертях, обусловленных приемом наркотиков. Такая уже существующая информация, представляющая собой сумму моделей поведения или событий за фиксированный период времени, называется эталонной. Все виды эталонной информации и данные анкетирования (см. ниже) важно представлять в разбивке по полу.

Наряду с этим набором данных требуется оценка доли представителей целевой группы, переживших данные события, например, процент ПИН, которые были арестованы, умерли, и т.п.; обратная величина этого процента называется множителем. Для определения соответственного множителя, как правило, требуется провести небольшие, отдельные субисследования, для которых обычно достаточно данных анонимной регистрации.

Приведем пример для иллюстрации вышесказанного: известно, что в течение 2002 года 7000 потребителей инъекционных наркотиков обратились за лечением в данное учреждение; кроме того, по данным исследования известно, что примерно 20% всех потребителей инъекционных наркотиков проходили лечение в 2002 году; следовательно, оценочное число ПИН составляет 35 000 человек.

Исходные данные о проценте представителей целевой группы можно определить отдельно и независимо, путем проведения интервью или анкетирования, или специальных исследований. Распространенным методом выполнения этой задачи является включение конкретных вопросов (в зависимости от исходных показателей) о случаях ареста, лечения, передозировки и т.п., в анкеты экспресс-оценки и исследований ответной деятельности, или других исследований поведения, приводящего к риску ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

<sup>51</sup>UNODC (2003). op. cit.

<sup>52</sup>USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and the Policy Project (2004). op.cit.

Рекомендуется использовать максимально возможное число исходных показателей и множителей и, по возможности, применять и другие методы оценки размеров целевых групп. Результаты таких расчетов необходимо сравнивать для определения лучшей оценки. Полезно проводить не только оценку числа потребителей инъекционных наркотиков, но и распространенности ВИЧ среди ПИН.

Результаты такого метода оценки должны быть достаточными для использования в качестве основы для других расчетов, описанных ниже. Однако опыт участков с высоким уровнем охвата позволяет предположить, что такие оценки грешат множеством неточностей, если проводятся до начала осуществления программ профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, или если такие услуги незначительны. Кроме того, группы ПИН очень динамичны; их размеры меняются вследствие воздействия политики в отношении наркотиков и более значительных изменений окружающих условий; из-за сокращения численности в связи с тем, что некоторые потребители прекращают употреблять наркотики, переезжают в другой район или умирают; из-за притока новых ПИН в группу из других групп населения, не потребляющих наркотики или из других районов.

В ходе некоторых тематических исследований численность группы ПИН в районе обслуживания программ была переоценена с использованием ресурсов программы, для того чтобы шире охватить исследованиями или другими мероприятиями все виды сообществ, возрастные, гендерные и этнические группы и подгруппы потребителей инъекционных наркотиков. Такой тип процесса переоценки выявил значительные отличия от первоначальных оценок, например, в Раджшахи и Пскове. Такую переоценку рекомендуется провести всем программам.

На втором этапе необходимо зарегистрировать общее число потребителей инъекционных наркотиков (в разбивке по полу), которые за последний месяц:

- были охвачены мероприятиями аутрич-работы, в том числе, программами по обмену игл и шприцев;
- проходили лечение, направленное на формирование воздержания; и
- получали заместительную лекарственную терапию, например поддерживающее лечение метадонном, бупренорфином и т.п.

С точки зрения программ профилактики ВИЧ это означает, что необходимо иметь систему мониторинга для учета общего числа потребителей инъекционных наркотиков, охваченных конкретными услугами. При лечении в условиях стационара или реабилитационных центров, за исключением программ заместительной лекарственной терапии, эту задачу выполнить легко, поскольку число пациентов в реабилитационных центрах обычно регистрируется.

Во всех программах, оказывающих услуги потребителям инъекционных наркотиков, регистрация обычно производится с использованием уникального идентификационного кода (УИК). Существуют разные способы генерирования такого кода, но все они в каждой программе приводят к тому, что клиенту присваивается уникальный код. Эти коды необходимо вносить вместе с датой первого получения услуг клиентом в основной журнал учета, к которому могут обращаться другие службы мониторинга и регистрации. Основной учетный документ должен содержать порядковые номера, начиная с "1", то есть, первого клиента, УИК и даты присвоения УИК, которая должна совпадать с датой первого посещения клиента для получения услуг.

Если программы профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков осуществляются скоординировано для обеспечения непрерывности услуг, один и тот же УИК может использоваться всеми службами. Для этого нужно просто спросить каждого клиента, присваивали ли ему УИК в других службах. Если нет, то можно присвоить такому клиенту УИК и внести его в

основной журнал учета. Если да, то информация об УИК записывается, и напротив записи о визите клиента указывается его УИК.

Форма для мониторинга, содержащая ячейки для даты, УИК клиента и описания предоставленных услуг, также необходима для записи каждого посещения клиента. Если услуги предполагают распространение продукции, как, например, в программах по обмену игл и шприцев, в форме также должно быть место для указания количества выданных игл и шприцев, презервативов и т.п., и описания других услуг или выписанных направлений. В эту форму можно включить дополнительные вопросы, чтобы лучше понять, каким образом можно расширить охват.

Очень важно понимать разницу между *числом клиентов* и *числом посещений клиентов*. Первое важно для многих процессов, описанных здесь, в то время как второе, при отсутствии данных о числе клиентов, бывает трудно интерпретировать. По возможности, необходимо регистрировать обе цифры, а если это невозможно, то следует записывать число клиентов, обращающихся за каждым видом услуг.

Используя эту систему, можно хранить информацию и отчитываться по следующим вопросам:

- общее число охваченных потребителей инъекционных наркотиков;
- число потребителей инъекционных наркотиков, обратившихся во все службы в последний месяц для расчета показателей определенных Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН);
- регулярность охвата (*см. 5.4 Рекомендации для дальнейших исследований*); и
- всесторонний характер услуг.

Основной журнал учета уже содержит постоянные записи об общем числе охваченных клиентов. Его можно узнать в любое время, посмотрев последний порядковый номер на странице. Там, где уже осуществляются программы, официальное внедрение этой системы позволит получить представление об общем числе клиентов, охваченных за два-три года. Эти данные можно немного откорректировать, принимая во внимание клиентов, охваченных до внедрения системы и поэтому не учтенных в записях.

Таким же образом, поскольку будут записаны даты обращения за услугами, легко можно провести мониторинг числа клиентов, посещающих службы программы в течение конкретного месяца. Если записываются и типы услуг, то комплексность услуг можно представить в цифровом выражении и проценте общего числа клиентов, обращающихся за каждым типом услуг. В зависимости от конкретных характеристик потребления наркотиков и распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в данном районе, эта информация может помочь специалистам, разрабатывающим программы профилактики, узнать, выполнены ли целевые показатели профилактики.

## 5.4 Рекомендации для дальнейших исследований

Мы до сих пор не знаем ответ на вопрос “Достаточно – это сколько?”; но, тем не менее, мы подходим к этому ответу все ближе. Будущие исследования эффективности должны отследить реальное повышение и снижение распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на тех участках, где имеется финансирование и приверженность для достижения высокого уровня охвата. Исследования расширяющихся программ, которые только планируются или уже осуществляются, помогут нам изучить реальные примеры и дадут нам более четкое понимание того, какой уровень и набор услуг необходим для профилактики или снижения эпидемии СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков.

Кроме того, необходимо провести работу по разработке качественных показателей услуг по профилактике и уходу в связи с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Исходя из данного доклада и других исследований, становится понятно, что качество услуг является важным фактором для достижения широкого охвата. По результатам тематических исследований были выявлены следующие направления работы, по которым необходимы качественные показатели:

- удобство доступа к услугам;
- масштабность услуг с целью привлечения подгрупп ПИН, как мужчин, так и женщин, молодых и старшего возраста, потребителей разных видов наркотиков и представителей разных этнических групп;
- вовлечение ПИН в работу и степень влияния ПИН на изменение или осуществление услуг, включая меры по обеспечению их “дружественного” характера или установлению отношений между клиентами и сотрудниками;
- управленческие процессы, которые должны быть гибкими и реагировать на потребности клиентов, изменения в моделях потребления наркотиков или в политической ситуации;
- эффективность пропагандистской работы и мероприятий по налаживанию отношений между программами и ключевыми заинтересованными сторонами, такими как правоохранительные службы, правительственные органы разных уровней, и смежные организации.

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), 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 (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы коопонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коопонсорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.

## КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС “ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА”

### Коллекция ЮНЭЙДС “Лучшая практика”

- представляет собой серию информационных материалов ЮНЭЙДС, способствующих обучению, обмену опытом и расширению возможностей людей и партнеров (людей, живущих с ВИЧ, пострадавших общин, гражданского общества, правительства, частного сектора и международных организаций), участвующих в расширенных мерах противодействия эпидемии СПИДа и ее последствий;
- дает возможность услышать тех, кто борется с эпидемией и работает над смягчением ее последствий;
- предоставляет информацию о мерах, оказавшихся эффективными в определенных условиях, для тех, перед кем стоят аналогичные вызовы;
- заполняет пробелы в ключевых областях политики и программ путем предоставления технического и стратегического руководства и современных знаний о профилактике, уходе и смягчении последствий в различных условиях;
- стремится стимулировать новые инициативы в интересах расширения мер противодействия эпидемии СПИДа на уровне стран; и
- представляет собой совместный межучрежденческий проект ЮНЭЙДС в партнерстве с другими организациями и сторонами.

Дополнительную информацию о коллекции ЮНЭЙДС “Лучшая практика” и других публикациях ЮНЭЙДС можно найти на сайте [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Приглашаем читателей присылать свои комментарии и предложения в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: Best Practice Manager, UNAIDS, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

### **Участки с высоким уровнем охвата Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с переходной экономикой и развивающихся странах Тематические исследования**

ЮНЭЙДС заказала данный доклад для исследования программ и участков в странах с низким уровнем доходов и странах с переходной экономикой, рассматриваемых международными экспертами как “участки с высоким уровнем охвата” – т.е. места, где более чем 50% потребителей инъекционных наркотиков оказались охваченными мероприятиями одной или более программ по профилактике ВИЧ. Самым важным результатом исследования является то, что программы по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах с переходной экономикой могут добиться широкого охвата. Каждое из семи тематических исследований включает в себя описание разработки программы и характеристику предоставляемых услуг, оценку уровня охвата программы, факторы, обеспечившие высокий уровень охвата и пути поддержания и расширения охвата.

UNAIDS  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVA 27  
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66  
Fax: (+41) 22 791 41 87  
e-mail: [bestpractice@unaids.org](mailto:bestpractice@unaids.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)