# Руководство

# по составлению, анализу и использованию каскада непрерывной помощи для МСМ в связи с ВИЧ-инфекцией

Данное руководство предназначено для организаций, групп сообществ ЛГБТИ и их сторонников, работающих в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа в странах Центральной и Восточной Европы, а также Центральной Азии. Оно поможет собирать, анализировать и использовать данные о наличие и уровне охвата услуг, входящих в комплексный пакет услуг для геев и других мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) на уровне страны. Данный комплекс услуг описан в публикации «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий» (MSMIT¹).

В середине 2017 г., когда разрабатывался данный документ, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии отсутствовали опубликованные каскады услуг для мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), за исключением частичного каскада для МСМ в г. Москва (Россия). На глобальном уровне также недостаточно эффективных руководств и практик по разработке каскадов услуг для ключевых групп в связи с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, данный материал является практической работой для поощрения усилий по поиску оптимальных и эффективных форм каскада услуг для МСМ в связи с ВИЧ, а также для получения опыта использования каскада как инструмента в планировании и адвокации расширения научно обоснованных подходов к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди МСМ.

Данное руководство рассматривает каскад услуг (далее — каскад) как наглядный инструмент мониторинга и оценки ситуации. Помимо сбора данных для составления каскада, нужно их интерпретировать, рассмотреть причины наибольших пробелов в непрерывной цепочке взаимосвязанных услуг (так называемом континууме услуг), составить рекомендации по уменьшению этих пробелов и использовать их в целенаправленной работе по достижению изменений, которые помогли бы геям и другим МСМ. Каждая страна и организация может адаптировать содержание каскада континуума услуг исходя из собственного контекста и потребностей. С этой целью в данном материале представлены различные примеры и алгоритмы действий относительно того добавлять ли каскад по доконтактной профилактике (ДКП), либо более детально отслеживать весь пакет услуг для ВИЧ+ МСМ и тех, кто не инфицирован ВИЧ, и т. д.

Для эффективной работы с данным документом важно сначала изучить публикацию «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий (MSMIT)».

Все вопросы относительно применения инструментов, предложенных в этом Руководстве, и ваши рекомендации, просим присылать в «Евразийскую коалицию по мужскому здоровью» (ЕКОМ) на имя Геннадия Рощупкина (gena@ecom.ngo, contact@ecom.ngo). Последняя версия данного Руководства доступна на сайте EKOM по адресу: www.ecom.ngo.

 $<sup>^1\,</sup>http://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-men-who-have-sex-men$ 

Данное Руководство подготовлено Раминтой Штуйките для «Евразийской коалиции по мужскому здоровью» в рамках Региональной программы «Право на здоровье», которая внедряется при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Октябрь 2017 г.

# Содержание

	РАЩЕНИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ ГОДАРНОСТИ	4 6
ЧАСТ	ТЬ 1. КАСКАД УСЛУГ ДЛЯ МСМ	7
1.1.	Что такое каскад для МСМ	7
1.2.	Три основные типы каскадов для МСМ	9
1.3.	Обзор этапов работы над каскадом	12
1.4.	Подготовительный этап: планирование	15
ЧАСТ	ТЬ 2. СОСТАВЛЕНИЕ КАСКАДА УСЛУГ ДЛЯ МСМ	19
2.1.	Индикаторы каскада	19
2.2.	ШАГИ	23
2.3.	Подход к сбору данных	24
2.4.	Комментарии по индикаторам, источникам информации и дополнительные индикаторы	26
2.5.	Сведение данных в формат каскада	30
2.6.	СБОР ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОСНОВЕ <b>MSMIT</b>	31
ЧАСТ	ТЬ 3. АНАЛИЗ КАСКАДА УСЛУГ И РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ	36
3.1. I	Рекомендации для системы мониторинга и оценки	36
3.2.0	Сравнение данных МСМ с национальными целями и прогрессом среди других групп	37
	Выявление успехов	37
3.4. I	Выявление основных пробелов (прерываний) в каскаде услуг и рекомендации по их устранению	38
ЧАСТ	ТЬ 4. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ СЕРВИСА	41
4.1. I	Подготовка «красивого» каскада услуг, методологии и сводки результатов	41
4.2.1	Презентация результатов	43
доп	ОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА	45
Мон	ІИТОРИНГ, ОЦЕНКА И ИССЛЕДОВАНИЯ В СТРАНЕ	45
ПРОФ	филактика <b>,</b> охват <b>МСМ</b> и мобилизация	45
ЛЕЧЕ	ние и уход	45
Док	ОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКА	46
ПРОВ	ВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОЦЕНОК УСИЛИЯМИ СООБЩЕСТВ	46
ПРИМ	МЕРЫ КАСКА <mark>ДОВ УСЛУГ, КАК ИХ СОСТАВЛЯТЬ И АНАЛИЗИРОВАТ</mark> Ь	46

# Сокращения и терминология

АРТ Антиретровирусная терапия

ВИЧ Вирус иммунодефицита человека

ДКП Доконтактная профилактика (англ. PrEP, Pre Exposure Prophylaxis), когда ВИЧ-

негативный человек принимает антиретровирусный препарат для

предотвращения инфицирования ВИЧ.

ДЭН Дозорный эпиднадзор. Масштабное исследование для репрезентативного

измерения эпидемиологической ситуации и характеристик одной или другой группы населения, например, уровня распространения ВИЧ и других инфекций, уровня знаний, опыта использования услуг, поведенческих характеристик. Как

правило, ДЭН проводится каждые два-три года.

ИППП Инфекции, передающиеся половым путем

Каскад Инструмент для отражения последовательно взаимосвязанных между собой

услуг (континуума услуг), а также охвата этими услугами тех, кто в них нуждается. Каскад начинается с определения размера группы людей, которые нуждаются в комплексе услуг, и поэтапно отслеживает «движение» нуждающихся людей от одной услуги к другой, показывая, где происходят «потери» и давая возможность точно определить направление анализа и работы по улучшению политик и комплексных программ. Например, оценка комплекса охвата диагностикой и лечением ВИЧ-инфекции (т.н. стратегия «90-90-90») начинается с оценки числа

тех, кто может жить с ВИЧ-инфекцией на момент проведения оценки.

Континуум услуг Комплекс последовательно взаимосвязанных услуг. Недоступность одной

из услуг, в данном случае, означает, что человек не сможет получать и все остальные услуги, следующие за недоступной услугой. Каскад — это отражение континуума услуг с обозначением уровня доступности услуг для целевой группы.

ЛГБТИ Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы

ЛЖВ Люди, живущие с ВИЧ

МСМ Мужчины, имеющие секс с мужчинами

НКО Некоммерческие неправительственные организации

ПКП Постконтактная профилактика

СД4 Вид лимфоцитов (белых кровяных телец); количество CD4 клеток и их

соотношение с другими лимфоцитами показывают насколько хорошо

функционирует иммунная система человека.

СПИД Синдром приобретённого иммунодефицита

**MSMIT** 

Публикация «<u>Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с</u> мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий»

# Благодарности

Руководство создавалось при участии Геннадия Рощупкина (ЕКОМ). В публикации были использованы материалы, комментарии, предложения и дружеская критика Александра Косухина (международный эксперт по здоровью населения и инфекционным заболеваниям, Казахстан), Татьяны Салюк (Альянс общественного здоровья, Украина), Дениса Камалдинова (независимый эксперт по вопросам стратегии в здравоохранении, Россия), Нино Церетели (Информационный медико-психологический центр «Танагдома», Грузия), Валерии Гришечкиной и Давида Кокиашвили (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией).

Значимые и важные рекомендации были предоставлены сотрудниками ЛГБТ организаций и другими национальными экспертами из Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстана и Македонии, участвовавшими в Рабочей встрече и тренинге по составлению и использованию каскадов, которые состоялись 11-12 октября 2017 года в Таллинне. Выражаем всем свою признательность за ваш труд и поддержку.

# Часть 1. Каскад услуг для МСМ

# 1.1. Что такое каскад услуг для МСМ

Каскад непрерывной помощи в связи с ВИЧ для мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), — это инструмент для оценки ситуации, планирования, адвокации и мониторинга деятельности, который показывает соотношение между теми, кто нуждается в услугах, и теми, кто их получает. На Каскад можно смотреть как на цепь однотипных индикаторов, измеряющих поведение людей и систем, значения которых жестко связаны между собой, но изменяются под влиянием большого числа разнообразных внешних факторов. Будучи последовательно связанными, они образуют нисходящие ступени. Составление каскада услуг позволяет:

- о выявить в системе комплекса помощи те услуги, которые недоступны для части нуждающихся;
- о определить направление анализа причин недостаточной эффективности программ (почему люди не пользуются услугами, в которых нуждаются);
- о определить направление решений для улучшения функционирования системы и повышения востребованности услуг (достижение услугами необходимого охвата для эффективного контролироля эпидемии ВИЧ-инфекции).<sup>2</sup>

Наиболее популярные сегодня каскады в области ВИЧ-инфекции отражают уровень доступности услуг для людей, живущих с ВИЧ. Но, обычно, данные в этих каскадах не дезагрегированы, поэтому невозможно увидеть насколько эти услуги доступны и эффективны именно для ВИЧ-позитивных МСМ.

Каскад полезен для наглядного измерения прогресса достижения национальных и международных целей, о которых договорились представители наших государств. В частности, «Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году», принятая в 2016 году, ставит следующие цели к 2020 году<sup>3</sup>:

- охватить профилактикой 90% людей, включая и МСМ, в дополнение к так называемым целям «90-90-90»;
- 90% всех людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ-положительный статус;
- 90% всех людей, знающих о своем ВИЧ-положительном статусе, будут получать антиретровирусную терапию (АРТ);
- 90% всех людей, получающих АРТ, должны иметь подавленную вирусную нагрузку.

Во многих странах региона цель «90-90-90» признана национальной. Почти каждая страна в Европе и Центральной Азии уже составила свой каскад услуг по данным целям для людей,

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Адаптировано из MSMIT: Фонд ООН в области народонаселения, Глобальный форум по вопросам МСМ и ВИЧ, Программа развития ООН, Всемирная организация здравоохранения, Агентство США по международному развитию, Всемирный банк. Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий. Нью-Йорк: Фонд ООН в области народонаселения; 2015.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Генеральная Ассамблея ООН. Резолюция A/RES/70/266, принятая 8 июня 2016 г.

живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Каскад услуг для ЛЖВ, конечно, включает данные и про доступность услуг для ВИЧ+ МСМ, но в нем, зачастую, не предусмотрен механизма дезагрегации данных, чтобы увидеть ситуацию именно для ВИЧ+ МСМ. Все страновые, региональные и международные каскады публикуются ЮНЭЙДС<sup>4</sup>, Европейским центром профилактики и контроля заболеваний, 5 другими информационными и координационными центрами.

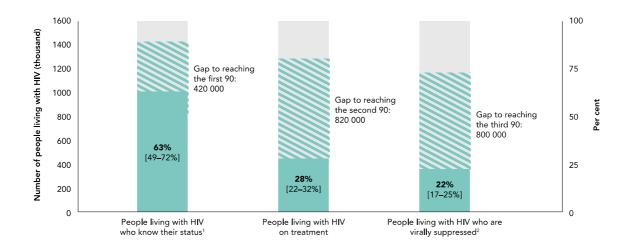


FIGURE 12.4. KNOWLEDGE OF HIV STATUS, ANTIRETROVIRAL THERAPY COVERAGE AND VIRAL SUPPRESSION AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV, EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA, 2016

Source: UNAIDS special analysis, 2017; see annex on methods for more details.

<sup>1</sup> 2016 measure derived from data reported by 12 countries, which accounted for 99% of people living with HIV in the region.

В случае ключевых групп, к которым относятся и МСМ, очень важно, чтобы каскад начинался с оценки численности самой группы и включал вопросы как тестирования/диагностики и лечения, так и профилактики. Ниже представлена общая схема каскада непрерывной помощи МСМ в связи с ВИЧ, который рекомендуется в *MSMIT*. Помимо столбиков, измеряющих доступ к услугам, данная схема отражает факторы, влияющие на каскад. Имеется ввиду организация самих услуг профилактики и медицинской помощи, формирование благоприятной среды, включая улучшение соблюдения и защиты прав человека, благоприятное законодательство и его внедрение, нулевая терпимость к насилию, а также мобилизация и участие самого сообщества, которое влияет на оказание услуг, поведение и спрос на сервисы, улучшение внешней среды.

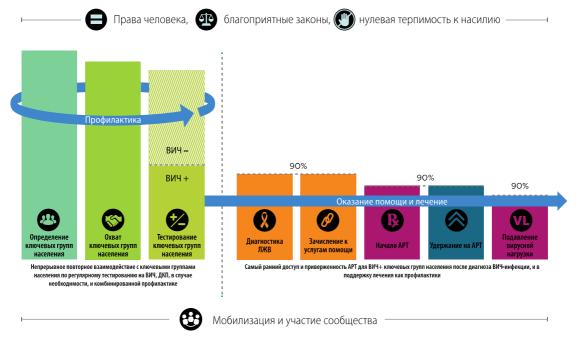
<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> 2016 measure derived from data reported by 13 countries. In the region, 93% of all people on antiretroviral therapy were reported to have received a viral load test during the reporting period.

 $<sup>^4</sup>$  ЮНЭЙДС. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. [Прекращение эпидемии СПИДа; прогресс на пути к целям 90-90-90], стр. 167

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Thematic report. Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. 2017. Progress report. [Тематический отчет: Континуум помощи при ВИЧ-инфекции. Мониторинг реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии: отчет о прогрессе, 2017 г.]. Публикация доступна по ссылке:

https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Continuum-of-HIV-care-2017.pdf

# Каскад профилактики, оказания помощи и лечения ВИЧ-инфекции



*Источник*: ЮСАИД/LINGAKES. *Примечание*: этот пример носит иллюстративный характер и не основан на данных, касающихся какой-либо ключевой группы населения или географической местности. ЛЖВ = люди, живущие с ВИЧ.

# 1.2. Три основные типа каскадов услуг для МСМ

На практике, составить всеобъемлющий каскад, как отражено в схеме MSMIT, довольно сложно: данные зачастую несравнимы, услуги профилактики очень сложно выстроить в последовательную цепь, одинаковую для всех клиентов (например, услугу «Б» можно получить только в том случае, если получена услуга «А», когда доступность и эффективность услуги «Б» зависит от качества и доступности услуги «А»). В связи с этим мы рекомендуем рассматривать три разных типа каскадов для МСМ:

- 1. каскад по прогрессу достижения целей «90-90-90» для ВИЧ+ МСМ;
- 2. профилактический каскад для измерения доступа к услугам профилактики;
- 3. **каскад** по потребностям, готовности и доступу к одной из ключевых инновационных услуг профилактики **доконтактной профилактики** для ВИЧ-негативных МСМ.

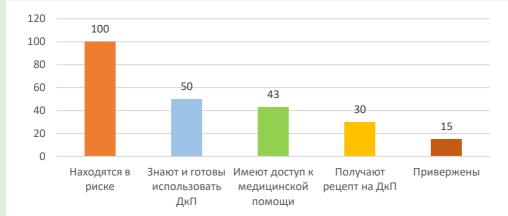
Важно отметить, что каждый из этих каскадов измеряет разные наборы услуг и, возможно, применим для разных подгрупп МСМ. Однако общий «позитивный побочный эффект» заключается в том, что эти каскады помогают начать и поддерживать обсуждение вопроса качества существующих данных: насколько данные правительства совпадают с опытом и оценками экспертов сообщества; стоит ли организациям сообщества самостоятельно собирать данные в случае отсутствия таковых на официальном страновом уровне (данные правительства и/или академических институтов); открытость методологии и прозрачность процесса сбора данных в рамках национального эпиднадзора (IBBS) и т.д. Часть этих вопросов уже показали себя, как очень непростые. Например, многие эксперты и активисты

сообщества уверены, что оценка размера популяции МСМ, используемая правительствами для планирования мер ответа на эпидемию ВИЧ, занижена. Также считается, что количество ЛЖВ, у которых путь передачи ВИЧ-инфекции зарегистрирован как гомосексуальный секс, существенно ниже реального количество МСМ, живущих с ВИЧ<sup>6</sup>, поскольку они предпочитают называть причиной заражения гетеросексуальный контакт, таким образом защищая себя от стигмы и дискриминации со стороны медицинских работников, и т.д.

# Вставка: Примеры каскада по доконтактной профилактике (ДКП)

Для ВИЧ-негативных МСМ, представляющих группу риска к инфицированию ВИЧ, можно составить каскад по доконтактной профилактике. В диаграммах, представленных ниже, показаны несколько примеров каскадов относительно подходов к детализации, рассмотрению разных подгрупп и презентации (на ряду с каскадом «90-90-90» по диагностике и лечению):

Диаграмма 1. Каскад помощи по доконтактной профилактике среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в городе Атланта (США); составлен в 2015 г.



Источник: Kelley CF и др. Applying a PrEP Continuum of Care for Men who Have Sex with Men in Atlanta, Georgia [Применение континуума помощи по ДКП среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Атланте, штат Джорджия]. Clinical Infectious Diseases, online edition, 2015 Nov 15;61(10):1590-7. doi: 10.1093/cid/civ664

Диаграмма 2. Более детальный каскад по ДКП в Вашингтоне (США) по этническим группам для молодых МСМ

10

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> "Improved Ascertainment of Modes of HIV Transmission in Ukraine Highlights Importance of Risk Due to Injecting and Homosexual Risk Behavior Among Males", Poster, EACS 2017, Milan, October 2017.

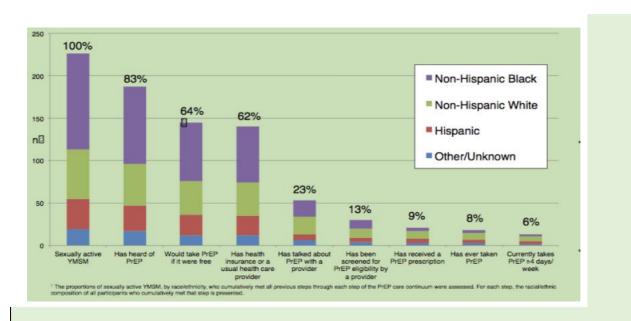
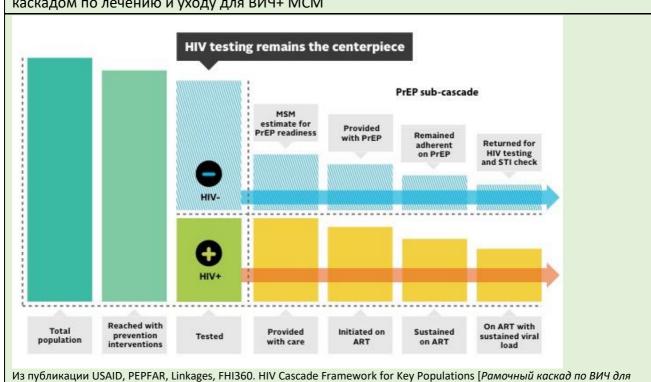


Диаграмма 3. Каскад по ДКП, интегрированный в общую схему каскадов, в параллели с каскадом по лечению и уходу для ВИЧ+ MCM



Из публикации USAID, PEPFAR, Linkages, FHI360. HIV Cascade Framework for Key Populations [Рамочный каскад по ВИЧ для ключевых групп населения], октябрь 2015 г.

В данной публикации каскад услуг профилактике рассматривается только от части, ввиду отсутствия эффективного руководства и хороших примеров по профилактическим каскадам. Во время консультации ЮНЭЙДС на данную тему (в конце 2016 года) некоторые участники встречи рекомендовали продолжать использование ключевых индикаторов, традиционно измеряемых в рамках эпиднадзора среди МСМ, а также стандартных индикаторов ЮНЭЙДС по поведению, знаниям, использованию профилактических мер и услуг, состоянию здоровья

и инфекциям. Для анализа профилактических услуг среди ключевых групп предлагалось рассматривать, например, каскад по доступу, получению и использованию профилактических средств/изделий (см. ниже). Данные для такого каскада доступны в программной информации об услугах.

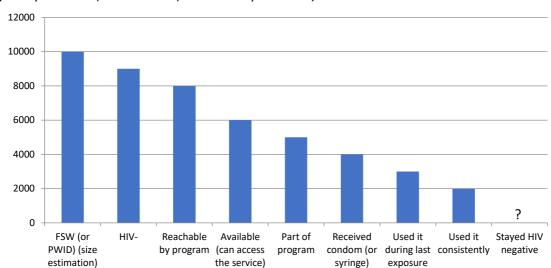
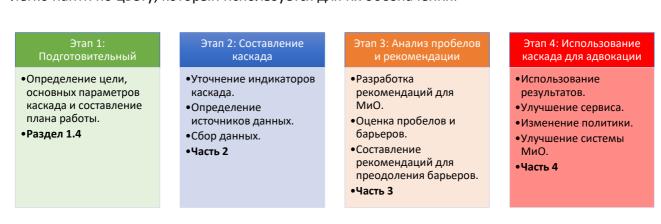


Диаграмма 4. Каскад по использованию презервативов секс-работниками (либо людьми, употребляющими инъекционные наркотики)

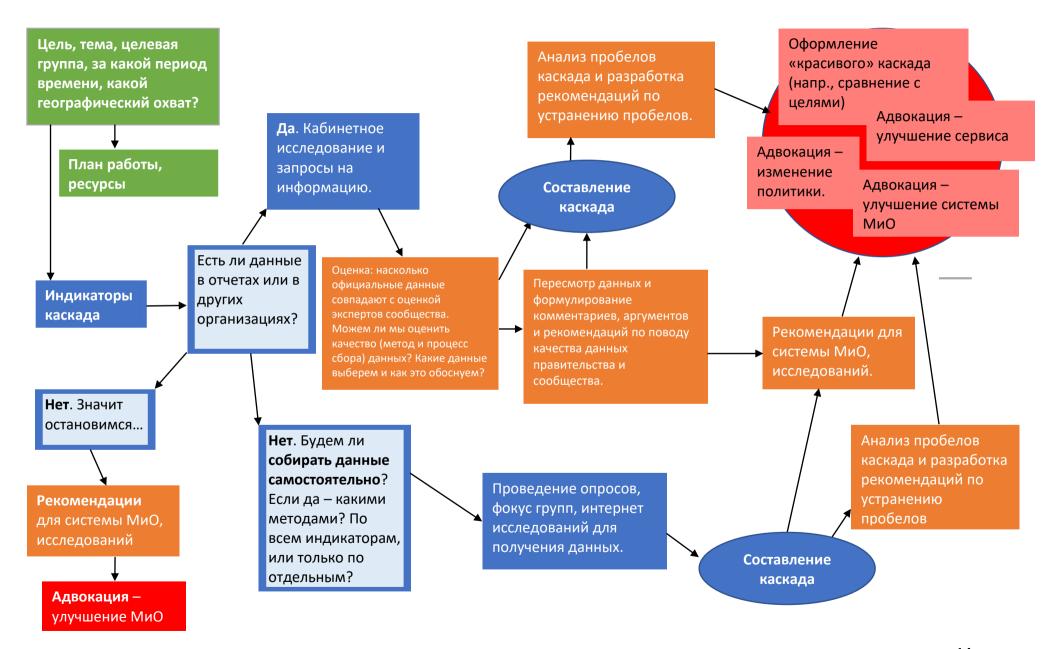
# 1.3. Обзор этапов работы над каскадом

Перед тем, как приступить к составлению каскада, необходимо продумать и спланировать все этапы работы. Во время подготовительного этапа нужно определить объем работ, временные рамки, решить, что вы готовы сделать сами, а где потребуется помощь экспертов/консультантов. В идеале — весь процесс делится на 4 этапа, указанных ниже. В данной главе мы уделим особое внимание второму этапу. Последний этап касается мер по улучшению услуг и развитию адвокации, что заслуживает отдельных руководств. Поскольку такие руководства уже существуют, мы не будем их дублировать в этой публикации. Разделы и части данного Руководства, соответствующие перечисленным этапам, указаны ниже и их легко найти по цвету, который используется для их обозначения.



Алгоритм работы, возможные шаги в рамках этих четырех этапов, будут зависеть от целей, доступа к данным, а также доступных для вас ресурсов для работы по сборке каскада. Примерная схема работы представлена ниже. Описание разных компонентов в рамках этих этапов включены в соответствующие части данной публикации.

# Схема-алгоритм работы над каскадом по всем этапам.



# 1.4. Подготовительный этап: планирование

# Подготовительный этап: контрольный список результатов:

- ✓ Цели;
- ✓ Предварительные идеи, их возможное использование;
- ✓ Основные аспекты каскада: тип, индикаторы и потенциальные источники информации, возможные проблемы с данными;
- ✓ Описание работы по составлению каскада для внутреннего и внешнего использования;
- ✓ Экспертный комитет с партнерами и экспертами (техническое задание, членство);
- ✓ Рабочий план с указанием сроков, ресурсов, этапов, экспертов и ответственных;
- ✓ Команда проекта.

На первом этапе следует определить цели и задачи, объем работы, а также составить действий С указанием предварительный план ресурсов ответственных сотрудников/консультантов. Для планирования (как и для начала/завершения каждого из этапов работы над каскадом) стоит организовать встречу со своими ближайшими сторонниками. До встречи вы можете подготовить свои предложения и вопросы, которые важно обсудить с партнерами. Ввиду того, что каскад является инструментом для диалога с государственными структурами и организациями, предоставляющими услуги, к работе по развитию этого диалога стоит привлечь не только представителей сообщества и сервисных НПО, но также представителей государственных и академических структур, СПИД-центров или клиник инфекционных болезней, структур ООН (ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНФПА, Всемирного Банка и др.), международных технических агентств, таких как Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Они помогут улучшить порекомендуют экспертов или предложат свою помощь. Все это будет способствовать результатов работы значимыми партнерами (правительством, международными структурами), а также поможет в проведении адвокации на основе собранных данных.

Ниже указаны пять аспектов, которые особенно важно уточнить на подготовительном этапе:

- 1. Постановка цели и задач, почему составляете и как использовать каскад. На этом этапе важно определить каким образом будете использовать каскад – какую работу вы планируете с полученным продуктом. Ниже только представляем несколько вариантоввопросов:
  - √ Вам, принципе, важно составить какой-либо, даже самый простой, каскад услуг для МСМ, так как раньше у вас ничего подобного не было?

### Пример цели и задач

Оказать воздействие для достижения национальной цели «90-90» среди MCM:

- ✓ выявить основные пробелы в данных по МСМ исходя из официальной статистики;
- ✓ оценить качество данных силами экспертов сообщества и подготовить рекомендации для улучшения системы МиО по усовершенствованию наполнения и качества данных;
- ✓ подготовить альтернативные оценки экспертов сообщества по достижению целей «90-90-90», где качество данных не соответствует действительности;
- ✓ подготовить рекомендации со стороны сообщества относительно того, что нужно улучшить в сфере предоставления услуг, в том числе услуг на уровне сообществ;
- ✓ продвигать использование подготовленных данных в
- √ Вы планируете деятельность по улучшению услуг посредством проведения конкретной работы с поставщиками основных услуг, где возможны наибольшие пробелы?
- √ Желаете сделать каскад услуг ключевым инструментом для мониторинга потребностей МСМ и подготовить пробный проект, чтобы в дальнейшем наладить регулярный сбор и сравнение данных о доступности и качестве услуг?
- ✓ Вам важно получить сравнение между странами, т.е. получить сравнимые по странам данные?
- ✓ ...много других возможных целей и задач...
- 2. Определение группы (групп), географического покрытия и периода времени для обзора. Выбор географического охвата каскада будет влиять на подход к индикаторам и источникам информации, поэтому это нужно сделать на начальных стадиях работы. Описываемая группа МСМ может включать только тех, например, кто получили диагноз «ВИЧ-инфекция» за последние два года. Также в группу могут быть включены все МСМ , получившие статус ВИЧ+ с момента начала эпидемии в стране (национальный уровень). Группа может формироваться по поведенческому принципу (употребление наркотиков, коммерческий секс, и т. д.), возрастному или же исходя из места проживания.
- 3. Тип и индикаторы каскада. Исходя из основной цели, обсудите и определитесь с перечнем вопросов, на которые вы хотите получить ответ с помощью сбора данных. Возможно вы хотите сделать акцент на ту или иную услугу? Какие именно индикаторы используются в уже существующих программах, проектах, реализуемых в стране, и какие индикаторы есть в международных инициативах? То есть, с чем необходимо синхронизировать ваш каскад, и как это сделать? Собираете ли вы данные для сравнения с другими каскадами в вашей стране, или для сравнения с другими странами? Хотите ли

- вы, чтобы собираемый вами каскад стал частью регулярного национального мониторинга, что тоже отразиться на выборе индикаторов и источников информации.
- 4. Оценка ресурсов для работы, определение ответственных лиц и экспертов. Первое, что нужно сделать, распределить задачи между членами вашей команды. Необходимо определить ответственных за сбор информации из официальных источников, проведение оценки внутри сообщества относительно качества услуги или причин, по которым доступ к услугам отсутствует, уточнение формулировки индикаторов и сведение данных, а также тех, кто займётся презентацией и адвокацией. В процессе работы вы, возможно, захотите проконсультироваться с экспертами, следовательно, нужно подготовить список необходимых экспертов. Если, помимо сбора информации из официальных источников, вы будете проводить оценку и фокус-группы с представителями сообщества, вам потребуется привлечение экспертов с опытом социологической оценки и людей с доступом к группе. Очень важно не пытаться собирать слишком много индикаторов в каскаде, все усилия направлять только на составление каскада, и с самого начала помнить о шагах, которые последуют после сбора данных: анализ пробелов, разработка рекомендаций и проведение адвокации.
- 5. Возможности для адвокации и сотрудничества в течение 1-2 лет как это влияет на сроки, подходы. Вам стоит подумать о том, что бы вы хотели изменить в будущем, используя свою работу над каскадом, какие важные процессы вы сможете использовать для адвокации (например, собственное стратегическое планирование, оценку национальной программы, пересмотр национальной или глобальной системы мониторинга и оценки, составление новой страновой заявки в Глобальный фонд и т.д.). Нацелены ли вы на то, чтобы в будущем академические учреждения и службы, отвечающие за мониторинг и оценку ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции/СПИДа и эпидемиологические исследования, взяли на себя обязательства по составлению каскада услуг на вашем примере? Если да, то в процесс определения индикаторов, как минимум, стоит вовлечь в работу эти учреждения и службы. Возможно, как раз через полгода планируется проведение эпиднадзора и вы сможете повлиять на процесс составления анкеты и подход к сбору и анализу информации? Эти возможности и процессы помогут вам изначально продумать то, каким образом вы будете использовать свой продукт. Более того, вы сможете определить строгие временные рамки для завершения разработки каскада, а также перечень организаций и проектов, с которыми будет важно скоординировать свою работу по сбору данных.

По итогам первого этапа, вы сможете определить какой именно каскад лучше соответствует вашим целям (только по «90-90-90», только по ДКП, только профилактический или комбинированный), насколько он должен быть детальным, и что в нем должно быть адаптировано под ваши задачи. Данное руководство, в основном, концентрируется на стандартном каскаде по лечению ВИЧ-инфекции. Но очень важно помнить, что можно и нужно уточнять содержание будущего каскада в зависимости от специфики вашей страны и вашей собственной работы. Сделать это нужно до того, как вы начнете собирать данные.

Мы настоятельно рекомендуем делать ваши собственные каскады сравнимыми, как минимум, с индикаторами национальной программы по ВИЧ и индикаторами глобальных

«Целей в области устойчивого развития» (*«Sustainable Development Goals»*). «90-90-90» - как раз из числа таких глобальных индикаторов.

# Часть 2. Составление каскада услуг для МСМ

# Ключевые шаги на этапе составления каскада услуг для МСМ

- ✓ Определение индикаторов каскада;
- ✓ Определение основных источников и методов сбора информации;
- ✓ Определение вашего подхода в случае отсутствия данных или их недостоверности;
- ✓ Разработка и проведение кабинетного исследования для сбора данных;
- ✓ Сбор данных посредством запроса информации;
- ✓ Сбор данных усилиями сообществ и экспертов.

## 2.1. Индикаторы каскада

Выбор и адаптация индикаторов каскада непрерывной помощи будет зависеть от параметров, определенных на подготовительной стадии: каковы цели/задачи, география, какая группа или подгруппа и т. д.

Примерный список возможных индикаторов представлен в таблицах ниже. Эти индикаторы охватывают «профилактический каскад», каскад услуг для МСМ-ЛЖВ по достижению целей «90-90-90», а также каскад по ДКП для ВИЧ-негативных МСМ. Приведенные индикаторы (см. Таблицу 1) носят рекомендательный характер. При желании/необходимости их можно адаптировать для конкретной ситуаций и конкретных нужд. Так, можно добавлять дополнительные промежуточные индикаторы, которые будут отражать промежуточные этапы движения человека от одной услуги к другой. Они полезны в том случае, когда вам нужно проанализировать причины больших «выпадений» людей из поля услуг (например, между тестированием на ВИЧ и получением АРВ терапии может быть постановка на диспансерный учет). Но вы можете и пропустить некоторые индикаторы, тем самым упростив каскад до трех самых главных показателей — «90-90-90».

Чем больше индикаторов, тем больше данных нужно собирать и проверять.

Прежде, чем представить примечания о возможных тонкостях при сборе данных из официальной статистики, а также рекомендациях по возможным дополнительным и промежуточным индикаторам, в следующих двух разделах мы дадим общие рекомендации относительно того, каких принципов необходимо придерживаться во время сбора информации и какие шаги планировать при составлении каскадов.

Таблица 1. Индикаторы каскада по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции среди МСМ

Первая часть: Профилактический каскад

Индикатор	1. Оценка размера популяции МСМ	2. Охват профилактикой	3. Охват тестированием
каскада	1 Output MCM	2 Vannage of the Control of the Cont	2 //
индикатор и дополнител ьные индикаторы для МСМ- ЛЖВ и для вич- МСМ	Оценочное количество МСМ в стране     1.1. Оценочное количество МСМ-ЛЖВ и процент от всех МСМ;     1.2. Оценочное количество ВИЧ- МСМ.	Количество и процент МСМ, которые охвачены информированием и поддержкой посредством аутричработы и другими способами     Количество и процент МСМ-ЛЖВ, которые охвачены информированием и поддержкой посредством аутрич-работы и другими способами;     Количество и процент ВИЧ- МСМ, которые охвачены информированием и поддержкой посредством аутрич-работы и поддержкой посредством аутрич-работы	Количество и процент МСМ, которые получили тестирование на ВИЧ и связанное с ним консультирование и знают результат своего теста     3.1. Количество и процент МСМ-ЛЖВ, которые получили тестирование на ВИЧ и связанное с ним консультирование и знают результат своего теста;     3.2. Количество и процент ВИЧ- МСМ, которые получили тестирование на ВИЧ и связанное с ним консультирование и знают результат своего теста.
Процент = Числитель/ Знаменател ь	1. Представляется в виде числа и 100%.  1.1. Оценочное количество МСМ-ЛЖВ = оценочный уровень распространения ВИЧ (%) Х оценочное количество МСМ (индикатор 1);  1.2. Оценочное количество ВИЧ- МСМ = оценочное количество МСМ (индикатор 1) — оценочное количество МСМ-ЛЖВ (индикатор 1.1.).	и другими способами.  2. Вариант А: Числитель: Общее число МСМ, достигнутых посредством аутрич-работы и другими способами в стране за определенный период (год или 1 раз в квартал, в зависимости от национальных определений);  3наменатель: Оценочное количество МСМ (индикатор 1).  2. Вариант В: Процент МСМ, указывающих, что за последние 12 месяцев получили услуги. Количество людей по данному индикатору посчитывается = данный процент МСМ Х оценочное количество МСМ (индикатор 1);  2.1. Процент МСМ-ЛЖВ, указывающих, что за последние 12 месяцев получили услуги. Количество людей по данному индикатору посчитывается = данный процент МСМ-ЛЖВ Х оценочное количество МСМ-ЛЖВ (индикатор 1.1);  2.2. Процент ВИЧ- МСМ, указывающих, что за последние 12 месяцев получили услуги. Количество людей по данному индикатору посчитывается = данный процент ВИЧ- МСМ Х оценочное количество ВИЧ- МСМ (индикатор 1.2).	3. Вариант А: Числитель: Количество МСМ, которые получили консультирование и тест на ВИЧ за последний год (или два раза в год, в зависимости от национальных руководств) и знают результат своего теста;  Знаменатель: Оценочное количество МСМ (индикатор 1).  3. Вариант В: Процент МСМ, указывающих, что за последние 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ и знают результат, либо которые раньше получили диагноз ВИЧ-положительный.  Количество людей по данному индикатору = данный процент МСМ (индикатор 3) X оценочное количество МСМ (индикатор 1);  3.1. Процент МСМ-ЛЖВ, указывающих, что за последние 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ и знают результат, либо которые раньше получили диагноз ВИЧ-положительный.  Количество людей по данному индикатору посчитывается = данный процент МСМ-ЛЖВ X оценочное количество МСМ-ЛЖВ (индикатор 1.1);  3.2. Процент ВИЧ- МСМ, указывающих, что за последние 12 месяцев прошли тестирование на ВИЧ.  Количество людей по данному индикатору посчитывается = данный процент ВИЧ- МСМ X оценочное количество ВИЧ- МСМ (индикатор 1.2).
Возможные источники информаци и	Официальная статистика или опубликованные данные оценки, проведенной как национальными, так и международными экспертными организациями (например, правительственные организации, агентства ООН, университеты, международные программы развития, другие аналогичные источники). Эти данные также можно найти в национальных/локальных программах по ВИЧ.	Вариант А: Базы программных данных организаций, осуществляющих аутрич-работу или организующих/контролирующих такую работу.  Вариант В: Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ.	Вариант А: Базы данных организаций, предоставляющих услуги тестирования, например, сервисные организации МСМ, государственные СПИД-центры / клиники.  Вариант В: Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ. Данный подход лучше использовать там, где проведение ДЭН находится на хорошем уровне, с вовлечением сообщества и хорошим географическим охватом, а также там, где качество программных данных может быть под вопросом (например, возможны дублирования людей).  Если в стране/городе не проводят дозорные исследования, можно использовать данные программного мониторинга: тестирование в проектах, предоставляющих такие услуги, или тестирование в государственных центрах СПИДа или других медицинских учреждениях.

# Вторая часть: Каскад по целям «90-90-90» для ВИЧ+ МСМ

Индикатор каскада	1.1 Оценка размера популяции МСМ-ЛЖВ	4. Знание своего положительного ВИЧ статуса	5. Получение медицинской помощи в связи с ВИЧ	6. Получение АРТ	7. Достижение подавленной вирусной нагрузки
Индикатор	1.1. Оценочное количество МСМ-ЛЖВ и процент от всех МСМ	4. Количество и процент МСМ, живущих с ВИЧ, которые получили диагноз ВИЧ	5. Количество и процент пациентов, которые начали пользоваться специализированной медицинской помощью при ВИЧ из всех тестированных с положительным результатом на ВИЧ	6. Количество и процент ВИЧ- позитивных МСМ, которые получают АРТ в соответствии с национальными протоколами	8. Количество и процент ВИЧ-позитивных МСМ на АРТ с подавленным уровнем вирусной нагрузкой
Процент = Числитель/ Знаменател ь	1. Представляется в виде числа и 100%. 1.1. Оценочное количество МСМ-ЛЖВ = оценочный уровень распространения ВИЧ (%) Х оценочное количество МСМ (индикатор 1).	Вариант А: Числитель: Количество МСМ, живущих с ВИЧ, которые выявлены через регистрацию случаев, и сейчас живы; Знаменатель: Оценочное количество МСМ, живущих с ВИЧ (индикатор 1.1.). Вариант В: Процент МСМ, указывающих, что им поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, от оценочного количества МСМ-ЛЖВ. Количество людей по данному индикатору = данный процент МСМ (индикатор 4) X оценочное количество МСМ-ЛЖВ (индикатор 1.1.).	Числитель: Количество пациентов, которые находятся на диспансерном учете, т.е. получают медицинские услуги при ВИЧ (регулярная диспансеризация и/или АРТтерапия и/или лечение сопутствующих заболеваний, таких, как туберкулез и/или гепатит С);  Знаменатель: Количество МСМ, живущих с ВИЧ, которые выявлены посредством регистрации случаев (индикатор 4).	Числитель: Количество МСМ с ВИЧ, которые получают АРТ в соответствие с национальными протоколами в конце оцениваемого периода; Знаменатель: Количество МСМ, живущих с ВИЧ, которые находятся на диспансерном учете (индикатор 5).	Числитель: Количество ВИЧ- позитивных МСМ на АРТ, у которых диагностический тест показал подавленный уровень вирусной нагрузки; Знаменатель: Количество МСМ с ВИЧ, которые получают АРТ в соответствие с национальными протоколами в конце оцениваемого периода.
Возможные источники информаци и	Официальная статистика или опубликованные данные оценки, проведенной как национальными, так и международными экспертными организациями (например, правительственные организации, агентства ООН, университеты, международные программы развития, другие аналогичные источники). Эти данные также можно найти в национальных/локальных программах по ВИЧ.	Вариант А: Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ База данных зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. Вариант В: Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ.	База данных пациентов СПИД-центров и/или инфекционных больниц.  Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ.	База данных пациентов, получающих АРТ.  Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ.	База данных пациентов, получающих АРТ. Данные последнего дозорного эпиднадзора среди МСМ.

# Третья часть: Каскад по доконтактной профилактике для ВИЧ- MCM<sup>7</sup>

Индикатор каскада	1.2*. Оценочный размер популяции МСМ, нуждающийся в ДКП	9. Знания о доконтактной профилактике	10. Начало приема доконтактной профилактики	11. ЧастьМСМ, которые остаются ВИЧ- негативными
Индикатор	1.2*. Оценочное количество ВИЧ- МСМ, которые подвергаются существенному риску ВИЧ-инфекции, согласно текущим рекомендациям ВОЗ <sup>8</sup>	Из них – количество и % ВИЧ- МСМ, которые знают о доконтактной профилактике	Из них — количество и % тех, кто начал принимать доконтактную профилактику	Из них — количество и % тех, кто по завершению 12 месяце остается ВИЧ+ отрицательным.
Возможные	Данные исследований по	Данные последнего дозорного	Данные последнего дозорного эпиднадзора	Данные последнего дозорного
источники	рискованным практикам из ДЭН	эпиднадзора или другого опроса среди	среди МСМ или программные данные из	эпиднадзора среди МСМ или программные
информаци	или программные данные.	MCM.	программы ДКП.	данные из программы ДКП.
ии				
комментари	Единого определения, кто			
И	именно нуждается в ДКП, нет.			
	Стоит следить за			
	рекомендациями ВОЗ и других			
	международных организаций,			
	если нет национальных			
	определений. ЕКОМ планирует			
	подготовить свои рекомендации			
	с учетом региональной			
	специфики.			

.

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Нет единых рекомендаций. В предыдущих разделах были представлены разные примеры из г. Вашингтона. Другой подход предложен в Сан Франциско в Liu, A. et al. <u>The Spectrum of Engagement in HIV Prevention: Proposal for a PrEP cascade</u>. IAPAC.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> ВОЗ опубликовал модуль о стратегическом планировании «<u>Инструмента ВОЗ по внедрению рекомендаций для доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции</u>» (на английском языке). В нем приведено руководство по определению приоритетности групп, для которых рекомендуется ДкП.

# 2.2. Шаги

В списках примерных индикаторов каскада мы указали возможные источники данных. В процессе сбора информации необходимо оценить качество собираемых данных с помощью экспертов, как из числа сообщества, так и профессионалов в области социологии или эпидемиологии. Если данных нет или, по оценке сообществ, они некачественные, вам нужно определиться относительно того, насколько вы готовы и владеете ресурсами, чтобы самим инициировать альтернативные пути сбора информации (дать экспертную оценку, провести исследование или фокус-группу и впоследствии экстраполировать данные на все население, каскад для которого готовиться, и т.д.). Проводя дополнительные фокус-группы и опросы, помимо получения количественных индикаторов для каскада, вы можете параллельно пытаться выяснить причины пробелов в каскаде — то, что запланировано на следующем этапе анализа каскада (см. Часть 3).

Во время обработки собранных данных, возможно, вам понадобиться подать дополнительный запрос на получение информации или уточнение данных и метода их сбора. Некоторые важные для вас данные могут собираться в рамках дозорного эпиднадзора (ДЭН). Однако они могут быть не приведены в рамках общего публикуемого отчета и вам, возможно, понадобится специально обращаться к проводившим ДЭН исследователям, чтобы они сделали дополнительный анализ данных, собранных в рамках ДЭН.

Таблица 2. Шаги по сбору информации: источники и методы сбора информации

Шаг Пример источника	Пример данных
Шаг 1. Определение индикаторов каскада	
Оценка численности МСМ;	• Оценочное количество МСМ в стране;
Био-поведенческое	• Распространенность ВИЧ-инфекции;
исследование по ВИЧ и ИПІ	ПП • Качество методологии (анкета);
среди МСМ в стране или	• Доступ к услугам профилактики,
дозорные эпиднадзорные	тестирования, лечения;
исследования (ДЭН) (после	еднее • Опыт насилия, нарушения и защиты
исследование);	прав;
Национальная программа г	по   ● Индикаторы по МСМ и по «90-90-90» в
вич;	национальной программе;
	• Определение охвата услугами;
Данные программного	• Охват услугами профилактики (в том
мониторинга различных	числе и доконтактной), тестирования,
проектов.	лечения, ухода и поддержки.
СПИД-центр или другое	• Количество МСМ с поставленным
учреждение, отвечающее з	ва диагнозом ВИЧ+;
диагностику и лечение;	• Количество МСМ на медицинском учете;
	• Количество МСМ на АРТ-лечении;
	• Количество МСМ на АРТ, у которых
	подавленная вирусная нагрузка;
Мониторинговый центр по	вич • Определение охвата услугами;
или организация-менеджер	· ' '
профилактики среди МСМ.	

Шаг 4. Определение потребности в сборе дополнительных д методы сбора. Если нет — переходить к следующему этапу р	
Проведение фокус-группы среди ВИЧ+ и других МСМ;	<ul> <li>Пробелы профилактики;</li> <li>Опыт и практика диагностики, практика медицинского учета, лечения и процент достижения подавленного уровня вирусной нагрузки, возможности улучшения сервисов и их востребованности со стороны сообществ;</li> </ul>
Проведение фокус-группы или опрос экспертов из служб, предоставляющих услуги профилактики (экспертный консенсус);	<ul> <li>Экспертная оценка количества людей по одному или другому индикатору каскада и основных пробелов;</li> <li>Оценка причин неиспользования или использования профилактических услуг;</li> <li>Проверка рекомендаций по улучшению услуг;</li> </ul>
Проведение опроса среди МСМ (при помощи анонимного онлайн опросника — не больше 10 вопросов; рекламировать можно через аппликации для смарт-фонов через онлайнаутричей и онлайновые интернет странички).	<ul> <li>Оценка причин неиспользования или использования профилактических услуг;</li> <li>Проверка рекомендаций по улучшению услуг (например, готовность к ДКП или даже индивидуальное применение ДКП).</li> </ul>

# 2.3. Подход к сбору данных

Часть рекомендаций, которые вы можете сделать на основе анализа данных, будут касаться улучшения качества собираемых данных (см. пункт 3.1. Рекомендации для системы мониторинга и оценки). Эти рекомендации важно сделать как можно более точными и конкретными.

В работе по сбору данных, используя принятую правительством или международными структурами методологию, может помочь Региональная совещательная группа по стратегической информации (*RAGSI*), созданная ЕКОМ. В ее состав входят эксперты по эпидемиологии и стратегической информации из стран региона ВЕЦА. Эта группа экспертов может также предоставлять помощь в разрешении споров о методах и качестве собираемых данных, и т.д.

Во время сбора данных усилиями организаций сообществ и их сторонников мы рекомендуем придерживаться следующих принципов.

1. Более углубленное понимание источников данных, качества и ограничений. Стоит оценить, откуда взяты данные, каким образом они собраны и какие ограничения есть в отношении качества и возможностей их использования. Ограничения в отношении собранных данных, в основном, указаны в описании методологии исследований, также их можно определить посредством анализа процесса проведения исследования. Помимо этого, разговор с экспертом, который собрал/обработал используемые вами данные, может углубить понимание того, о чем они свидетельствуют и насколько могут

полностью соответствовать вашим потребностям и т.д. Данный эксперт может быть включен в состав экспертной группы вашего проекта по каскаду.

- Необходимо оценить качество получаемых данных, определить насколько они достоверны. Например, некоторые данные могут серьезно противоречить опыту и данным сервисных организаций или представителей сообществ.
- В некоторых случаях необходимо калибрировать данные, например, для того, чтобы узнать, сколько людей знают свой ВИЧ-положительный статус. Также из количества зарегистрированных в стране случаев ВИЧ-инфекции необходимо исключить умерших, что в странах Восточной Европы и Центральной Азии может представлять сложность. Если этого не сделать, данные покажут, что лучше работает выявление случаев и больше потерь между диагностикой и медицинским учетом. Если использовать данные о результатах тестирования, проведенного как в медучреждениях, так и на базе организаций сообщества, стоит обязательно уточнить, отражают ли эти цифры количество тестов или количество протестированных людей, с учетом количества повторного тестирования.
- Стигма и дискриминация могут влиять на то, насколько мужчины готовы сообщать работникам медучреждений о том, что практикуют секс с мужчинами. Скрытность в этом вопросе отражается на точности данных регистрации возможных причин заражения.
- Более качественными считаются национальные данные, собранные профессиональными исследователями на основе репрезентативной методологии.
- Однако качество данных и уровень их объективности могут вызывать сомнение, если, например, вопросы, сформулированные в опросниках, были некорректными или оскорбительными, либо если выборка была малочисленной или неоправданно ограниченной географически.
- 2. Готовность к тому, что часть данных будет отсутствовать. Отсутствие дезагрегированных данных по разным ключевым группам, в том числе МСМ, будет создавать сложности в процессе формирования каскада. Во многих странах системы мониторинга не отслеживают статистику по конкретным ключевым группам и их доступу к лечению, уходу и поддержке, или же не могут этого сделать надлежащим образом ввиду соблюдения этических принципов.

Мы рекомендуем самостоятельно собирать отсутствующие данные только в том случае, если это не требует использования сложных методов и значительных ресурсов. Примеры методов и то, какую информацию можно собирать с их помощью, отражены в таблице 2, раздел 2.2 (шаг 5).

3. Последовательность и сравнимость данных. Данные в разных столбиках каскада должны отражать единые параметры географии, группы или подгруппы МСМ и, если есть возможность, быть из одного источника. В идеале — это должны быть национальные данные, например, результаты эпидемиологического надзора среди МСМ, официально полученные из СПИД-центра. Если таких данных на национальном уровне нет, в исключительных случаях можно использовать принцип снижения вреда: данные собираются только из крупных городов либо 1-2 регионов, или даже на основе

небольшой выборки сообщества — путем опроса, фокус-группы или экспертной оценки, — и проводится экстраполяция данных. Использование такого подхода должно быть четко описано в пояснениях к каскаду.

- 4. Данные, собранные силами сообществ. Если данные собираются посредством опросов (физические, онлайновые или через социальные сети/аппликации), фокус-групп или силами активистов сообществ, важно, чтобы методология подобных оценок была тщательно подготовлена. Для этого процесса стоит привлечь социологов, экспертов по планированию исследования, сбору данных, описанию методологии и анализу результатов. Такие оценки могут серьезно помочь организациям сообществ, особенно в тех случаях, когда отсутствует статистика из других источников.
- 5. Определения того, что такое «охвачен» услугой и критерии получения услуг различаются. В определении индикаторов каскадов мы, в основном, используем международные формулировки. Если данных, соответствующих международным формулировкам, нет можно использовать определения, используемые в национальной программе по ВИЧ-инфекции (например, национальные протоколы определяют, что человек достиг подавленного уровня вирусной нагрузки только в том случае, если получил презерватив в течение последних 12 месяцев, и т.д.). Если вы сравниваете то, как развиваются услуги в соответствии с национальными целевыми показателями, стоит использовать определения индикаторов и охвата из национальной программы. Если в своей работе вы предложите собственные определения, очень важно все это точно отразить и объяснить в описательной части каскада.
- 6. Отслеживание методологии и ограничений. Одним из продуктов вашей работы является описание методологии, источников информации и ограничений. Это важно сделать не только для данных, собранных силами сообществ, как указывалось в пункте 4, но и для другой статистики. Во время представления своего продукта и рекомендаций по улучшению сбора информации вы будете говорить об источниках данных и их ограничениях, и т.д. Этот компонент работы будет иметь значение лишь в том случае, если составленный вами каскад вызовет диспут относительно качества данных. Поэтому с самого начала стоит уделять внимание отслеживанию источников информации и делать скучную, но важную работу: для каждой цифры приводить в ваших внутренних документах точные формулировки, которые используются в полученных вами ответах на официальные запросы, или в публикациях, указывать период сбора данных и место их публикации, а также в каком официальном ответе они отражены, какой была методология их сбора и каковы ограничения этих данных, и т.д.

# 2.4. Комментарии по индикаторам, источникам информации и дополнительные индикаторы

**1. Оценка размера популяции МСМ.** Национальная оценка количества МСМ в ряде стран утверждена в качестве странового консенсуса, то есть, с ней согласны основные игроки в области ВИЧ/СПИДа и она используется во всех основных национальных документах. Чтобы лучше понять, на чем она основана, обратите внимание на такие вопросы относительно методологии оценки размера популяции: 1) кого считают МСМ, как именно звучит

определение тех, кого относят к MCM; 2) учитываются только граждане страны, или также и иностранцы, которые легально и нелегально живут в стране; 3) во время достижения консенсуса о численности MCM звучали ли комментарии со стороны сообществ и гражданского общества, которые не были учтены в итоговом отчете; 4) насколько сама методология гарантировала конфиденциальность и возможность респондентов говорить о своем сексуальном поведении без каких-либо опасений. Для сравнения данных с другими странами можно использовать оценку численности MCM как процент от мужского населения в возрасте 15 - 49 лет.

Однако не во всех странах такая национальная оценка существует, или представители сообщества не согласны с утвержденной национальной оценкой. В таких случаях стоит этот момент зафиксировать и планировать соответствующую работу по улучшению оценки: изучить использованные методы оценки численности МСМ, по необходимости, проконсультироваться с национальными и зарубежными экспертами, попросить экспертную помощь у ООН/международных организаций, активно участвовать в разработке технического задания и определения методологии оценки (если планируется новое исследование), а также принимать активное участие в проведении исследования и формировании результатов. Пример альтернативных расчетов оценки численности дает международное исследование ЕМИС, которое сравнило разные источники информации с данными, полученными через онлайн опрос. На этой основе они сделали предположение о численности МСМ в таких странах, как Беларусь, Македония, Молдова, Россия, Украина и Эстония.9

2. Охват профилактикой. Для сбора данных нужно определиться с тем, какая страновая информация является более надежной — программные данные по охвату, или данные из дозорного эпиднадзора среди МСМ (ДЭН). Есть плюсы и минусы обоих источников. ДЭН лучше использовать в том случае, если исследование проводилось с вовлечением сообщества и хорошим географическим охватом, или там, где качество программных данных могут ставиться под вопрос (например, возможны дублирования людей в базах данных о предоставленных услугах). Также в ДЭН можно сделать разбивку данных по разным аспектам, в том числе по статусу ВИЧ-инфекции. Однако ДЭН проходит не каждый год и в некоторых странах после завершения финансовой помощи от Глобального фонда могут возникнуть сложности с проведением этого исследования.

Если вы планируете ежегодно собирать и анализировать каскад, то динамику покажут программные данные. Если используются программные данные (т.е. из организаций и учреждений, предоставляющих услуги), обязательно нужно уточнить все используемые дефиниции, чтобы получить данные о количестве людей, получивших требуемый пакет услуг, а не просто количество контактов или визитов в службы.

Определение охвата профилактическими мерами отличается у разных агентств и доноров. В национальной программе по ВИЧ также могут быть национальные определения охвата. Если целью вашей адвокации является изменение национальной программы, соответственно, вы хотите сравнивать целевые уровни охвата с достигнутыми, тогда стоит собирать данные по охвату, исходя из определений, используемых в национальной программе. Однако, если вы

-

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Cm. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-919

не согласны с национальным определением, стоит разработать и хорошо обосновать новую формулировку, которая и будет использоваться в каскаде. (В соответствии с Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу, подписанной нашими правительствами в 2016 году, рекомендуемый охват ключевых групп профилактикой должен стремиться к 90%<sup>10</sup>.)

- **3.** Охват тестированием. Исходя из специфики страны и потребностей проживающих в ней МСМ, нужно определить способ сбора данных по индикаторам (программные данные или данные ДЭН). Некоторые аспекты, требующие внимания, указаны выше в комментариях к пункту «Охват МСМ профилактикой». В случае использования программных данных, статистика по тестированию и консультированию зачастую показывает общее количество тестов, а не то, сколько людей воспользовались данной услугой. Один человек может тестироваться несколько раз в одном и том же или в разных учреждениях. Зачастую необходимо провести уточнение данных, чтобы исключить повторные тесты.
- **4. Знание своего положительного ВИЧ статуса.** В числителе «Количество МСМ, живущих с ВИЧ, которые выявлены посредством регистрации случаев» важно обратить внимание на тот факт, что информация необходима о живых людях. Зачастую публикуемые данные показывают только кумулятивные регистрируемые случаи ВИЧ, в независимости от того жив человек или нет.

В странах с высокой стигмой, во время официальной регистрации случаев ВИЧ-инфекции, МСМ могут скрывать специфику своей сексуальной жизни и их случаи могут быть зарегистрированы как не связанные с сексом между мужчинами. Стоит обсудить опыт МСМ-ЛЖВ из сообщества во время регистрации их диагноза в медицинском учреждении (например, данный вопрос включить в опрос среди ВИЧ-позитивных МСМ или в будущие ДЭН). Если уровень стигмы и дискриминации на основе сексуальности и сексуального поведения высок, это создает очень значительный риск того, что число официально зарегистрированных случаев заражения ВИЧ при сексуальных контактах между мужчинами будет существенно занижено. И далее, это будет влиять на достоверность всех остальных частей каскада. Этот момент необходимо фиксировать в ограничениях оценки. В 2017 г. Альянс общественного здоровья в Украине провел оценку соответствия данных регистрации путей заражения и реального поведения ЛЖВ в Украине, показав, что довольно часто ВИЧ-позитивные МСМ скрывают от врачей факт практики секса с другими мужчинами 11.

**5.** Получение медицинской помощи в связи с ВИЧ. Человек находиться на медицинском учете, если за последний оцениваемый год ему проведены все необходимые анализы (число СД4, вирусная нагрузка и другие), а также имелся доступ к лечению сопутствующих инфекций, включая туберкулез, гепатиты и ИППП, и неинфекционных болезней, в частности, связанных с психическим здоровьем, а также старением. Все это должно оцениваться на основе утвержденного должным образом национального стандарта/протокола. Однако во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии медицинский учет означает простое

<sup>11</sup> "Improved Ascertainment of Modes of HIV Transmission in Ukraine Highlights Importance of Risk Due to Injecting and Homosexual Risk Behavior Among Males", Poster, EACS 2017, Milan, October 2017

<sup>10 «</sup>Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году», http://www.unaids.org/sites/default/files/media\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS ru.pdf

внесение данных о человеке в картотеку и не связано с реальным прохождением диагностики и получением консультаций врача и лечения.

Если ваша страна именно такая, вы будете использовать для своего каскада определения, принятые в национальной программе. Но вместе с тем, вы имеете право указать на то, что эти формулировки могут не соответствовать международным рекомендациям и добавить индикатор, чтобы показать как будет выглядеть каскад, если применять рекомендованные ВОЗ пакеты услуг и критерии для включения в число нуждающихся в медицинской помощи.

(С другой стороны, если национальные критерии соответствуют рекомендациям ВОЗ, обязательно укажите это в комментариях к каскаду, чтобы признать качество национальной политики!)

- 6. Получение АРТ. ВОЗ и Европейское клиническое сообщество по СПИДу рекомендуют начинать прием АРТ сразу после установления диагноза «ВИЧ-инфекция». Однако в ряде стран правила начала приема АРТ пока не изменились. Если среди них и ваша страна, вы можете дополнительно уточнить сколько людей из находящихся на диспансерном учете в связи с ВИЧ за прошедший год прошли соответствующее тестирование для определения периода начала приема АРТ. Также необходимо уточнить сколько из этих людей соответствовали национальным критериям для начала терапии и какому числу пациентов АРТ была предоставлена.
- 7. **Достижение подавленной вирусной нагрузки.** В рекомендациях разных международных агентств определение того, какое число вирусных копий считать «подавленной вирусной нагрузкой» или «супрессией» вируса отличается. (Руководство ВОЗ по стратегической информации рекомендует отслеживать данные относительного того, у какой части находящихся на лечении пациентов уровень вирусной нагрузки ниже 1000 копий/мл<sup>12</sup>, тогда как Европейские и американские рекомендации определяют этот уровень ниже 200 копий/мл<sup>13</sup>). При составлении каскадов мы рекомендуем прежде всего использовать национальное определение того, что считать «подавленной» вирусной нагрузкой.

(Обратите внимание на то, что существует отличие между понятиями «подавленная» и «неопределяемая» вирусная нагрузка. «Неопределяемой» считается вирусная нагрузка, уровень которой находится ниже 50 копий/мл., то есть ниже уровня возможностей наиболее часто используемых тест систем. 14,15).

Другие программные индикаторы, которые могут использоваться в качестве заменителей основных индикаторов или же как дополнительные:

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> WHO. <u>Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector</u> [Консолидированное руководство по стратегической информации для ВИЧ в секторе здравоохранения]. 2015

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Gourlay AJ, Pharris AM и др. <u>Towards standardized definitions for monitoring the continuum of HIV care in Europe</u> [На пути к стандартизации определений для мониторинга континуума услуг в области ВИЧ-инфекции в Европе]. AIDS 2017, 31:2053–2058.

<sup>&</sup>lt;sup>14</sup> У используемых тестов для измерения вирусной нагрузки есть нижнее отсечение, ниже которого они не могут надежно обнаружить ВИЧ; в основном – это 40 или 50 копий/мл; таким образом если у человека вирусная нагрузка ниже 50 копий/мл, он имеет неопределяемую вирусную нагрузку.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Европейское клиническое общество СПИДа (EACS). Рекомендации 9.0, октябрь 2017 г. Стр. 13

**Дополнение к индикатору о знании своего положительного статуса**: - Процент и количество МСМ-ЛЖВ, которые находятся на диспансерном учете, и партнеры которых получили тестирование;

**Дополнение к индикатору о пребывании на диспансерном учете (и уровню знаний своего статуса):** - Средний уровень СД4 при наличии диагноза «ВИЧ-инфекция» у МСМ;

**Дополнения к индикатору о получении АРТ:** - Процент и количество МСМ-ЛЖВ, которые начали АРТ в течение 30 дней после определения их соответствия критериям начала терапии;

- Процент и количество МСМ-ЛЖВ на АРТ, которые вовремя забирают лекарства;
- Процент месяцев, когда не было перебоев с поставками лекарств в пункты их выдачи пациентам.

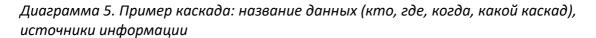
Дополнительные «промежуточные» индикаторы — для отслеживания тенденций по сервисам. Выше перечисленные данные показывают общие параметры за весь период регистрации ВИЧ-инфекции и организации сервисов. Дополнительные индикаторы могут быть выбраны для учета современные тенденции и оценки прогресса за последние одиндва года по сравнению с предыдущими годами. Прогресс по улучшению связки между тестированием на ВИЧ (путем экспресс-теста или тестом ИФА) и диспансерным учетом, между первой постановкой на диспансерный учет и удержанием на учете можно отслеживать как ежегодно, так и каждые два года. Для отслеживания недавних тенденций относительно сервисов необходимо добавить т.н. «промежуточные» индикаторы:

- о процент впервые выявленных (за последние 12 месяцев) МСМ-ЛЖВ, которые встали на диспансерный учет, от количества всех МСМ-ЛЖВ, у которых (за последние 12 месяцев) тест на ВИЧ показал позитивный результат;
- процент МСМ, которые удержались на диспансерном учете на протяжении 12 месяцев (или 24 месяцев) после первой постановки на учет (регистрация со специализированной медицинской помощью при ВИЧ-инфекции) от количества всех МСМ, которые впервые начали получать услуги в связи с ВИЧ во время анализируемого периода;
- о процент ВИЧ-позитивных МСМ, которые живы и находятся на лечении спустя 12 месяцев после начала АРТ;
- о процент ВИЧ-позитивных МСМ, которые прошли обучение в школе по грамотности относительно АРТ и получают консультирование.

# 2.5. Сведение данных в формат каскада

Данные рекомендуется собирать в формате таблицы и дополнять их информацией о методологических аспектах. По итогам сбора информации у вас должна появиться одна таблица с индикаторами, их значением, источником данных и комментариями относительно сбора данных. Помимо этого, у вас будет документ, описывающий методологические аспекты: начало и завершение сбора данных, куда посылали официальные запросы и откуда получили ответы/откуда не получили ответы и т.д.

Используя таблицу, вы сможете составить диаграмму/график каскада (при помощи программы «*Excel*»). С примером форматирования каскада можно ознакомиться ниже (см. Диаграмму 5):





# 2.6. Сбор дополнительных данных, основываясь на MSMIT

Помимо количественной информации о доступе к основным услугам, в каскаде можно также отразить важные факторы, влияющие на эти услуги, например, наличие тех или иных подходов, программ и т.д. Одним из примеров такого комплексного подхода является каскад по тестированию и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией для стран Восточной Европы и Центральной Азии, представленный в публикации ЮНЭЙДС:

		FIRST	90			SECO	ND 90			тн	IRD 90	
	Knowledge of status among all people living with HIV *	Is community-based testing and counselling and/or lay provider testing available?	Is self-testing available?	Is assisted partner notificationavailable?	Percentage of people living with HIV who know their status who are on treatment*	Percentage of all people living with HIV who are on treatment*	Recommended antiretroviral treatment initiation threshold among people living with HIV per Ministry of Health guidelines	Is antiretroviral therapy provided in community settings (such as outside health facilities) for people who are stable on antiretroviral therapy in your country?	Percentage of people living with HIV on treatment who are virally suppressed*	Percentage of all people living with HIV who are virally suppressed*	Is there a national policy on routine viral load testing for adults and adolescents?	Percentage of people living with HIV on antiretroviral therapy who received a viral load test
ALBANIA	47%				64%	30%			79%	24%		
ARMENIA	60%				59%	36%			69%	25%		
AZERBAIJAN	58%				52%	30%			61%	19%		
BELARUS	>89%				50%	45%			79%	35%		
BOSNIA AND HERZEGOVINA <sup>1</sup>						81%						
GEORGIA	42%				74%	32%			88%	28%		
KAZAKHSTAN	74%				42%	31%			64%	20%		
KOSOVO1						37%						
KYRGYZSTAN	61%				46%	28%			62%	18%		
MONTENEGRO <sup>1,2,3</sup>	76%				67%	51%			69%	35%		
REPUBLIC OF MOLDOVA <sup>1,2,3</sup>	57%				38%	21%			69%	15%		
RUSSIAN FEDERATION												
TAJIKISTAN	48%				63%	30%			74%	22%		
THE FORMER YUGOSLAV REPUBLIC OF MACEDONIA						48%						
TURKMENISTAN												
UKRAINE	56%				66%	37%			59%	22%		
UZBEKISTAN <sup>1,2,3</sup>	52%				69%	36%						
EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA	63%				45%	28%			77%	22%		
Lay provider testing available; community-based testing and counselling not available  Community-based testing and counselling available; lay provider testing not available  Yes, fully implemented or No, ta									policy on vir and testing argeted viral testing only			

<sup>\*</sup> The complete set of 90-90-90 measures and testing and treatment cascade data for countries can be found at aidsinfo.unaids.org Source: UNAIDS special analysis, 2017; 2017 Global AIDS Monitoring; UNAIDS 2017 estimates; 2017 National Commitments and Policy Instrument; European Centres for Disease Control and Prevention Continuum of HIV care 2017 progress report.

Если вы готовы к такому комплексному подходу при формировании каскада — можете использовать инструменты, описанные в Практическом руководстве (MSMIT).

Ниже представлена таблица, обобщающая рекомендации ВОЗ по комплексным услугам для МСМ в области ВИЧ-инфекции, с добавлением информации относительно правовых аспектов, программ по защите прав, снижения стигмы и дискриминации, а также мобилизации сообщества, — тех факторов, которые влияют на каскад. В данной таблице можно добавить столбики для сбора информации. Часть этих данных может использоваться

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup>Estimates of people living with HIV that inform progress towards 90-90-90 are country-supplied and have not been validated by UNAIDS. <sup>2</sup>All measures of progress toward 90-90-90 and the testing and treatment cascade are for 2015. Policy measures are as of 2016. <sup>3</sup>Data from European Centres for Disease Control and Prevention Continuum of HIV care 2017 progress report.

в упрощённом виде для проведения быстрой оценки, например, либо по трем таким параметрам, либо только по первому (наличие или легальность):

# Наличие услуги в стране

- 1. в наличии больше чем в одном сервисе или достаточном объеме;
- 2. в наличии в одном сервисе;
- 3. планируется внедрение;
- 4. отсутствует.

# Актуальность изменений или внедрения для улучшения здоровья МСМ и ответа на ВИЧ

- 1. неважно;
- 2. важно, но есть другие более актуальные интервенции;
- 3. важно;
- 4. приоритет.

Komme	<u>ентарии</u>	

Так как эти данные будут использоваться в каскаде с целью иллюстрации вспомогательных факторов и барьеров для одного или другого индикатора, стоит сразу определить связь данного аспекта с соответствующими индикаторами именно в вашей стране. Ниже в таблице такая связь представлена (см. Таблица 3).

Таблица 3. Адаптированный план, рекомендованного ВОЗ комплекса услуг по профилактике, предоставлению помощи и лечению для МСМ (MSMIT, 2015). (С правой стороны добавлены три столбика для заполнения информации с использованием указанных вверху шкал).

<sup>\*</sup>Примеры добавлены из рекомендаций ВОЗ или MSMIT, или адаптированы из других источников.

Область и услуга (возможное соответствие индикаторам из Таблицы раздела 2.2 Шаги или индикаторы каскада)		Группа МСМ	Наличие услуги в стране (оценка 1, 2, 3 или 4)	Актуальность для улучшения или внедрения (оценка 1, 2, 3 или 4)	Комментарии
	ЕНТИФИЦИРОВАТЬ ЧИСЛЕННОСТЬ ППЫ МСМ (индикатор 1)				
1.	*Однополые отношения между мужчинами не преследуются уголовным правом.		Да/нет		
2.	*Организации ЛГБТ учреждены и работают.				
3.	*Представители ЛГБТ вовлечены в формирование политики в области ВИЧ-инфекции.				
ПРО	ОФИЛАКТИКА (индикаторы 2, 3)				
		вич-			
		ВИЧ+			

5.	The same between suit the	вич-		
	мужчин со значительным			
	продолжительным риском ВИЧ- инфекции.			
6.	•	вич-		
о.	ПКП в случае подозрения на инфицирование.	БИЧ-		
	инфицирование.	ВИЧ-		
		вич+		
		вич-		
		вич+		
		вич-		
		вич+		
		вич-		
		ВИЧ+		
		DVI TT		
		вич-		
		ВИЧ+		
		Для ВИЧ-		
		Для ВИЧ+		
TEC	ТИРОВАНИЕ НА ВИЧ (индикатор 3)			
13.	Тестирование минимум каждые 12	Для ВИЧ-		
	месяцев и, в случае необходимости,			
	гораздо чаще, если существует высокий			
	продолжительный риск; то же для			
_	сексуальных партнеров.			
	Для сексуальных партнеров.	Для ВИЧ+		
-	*Тестирование на уровне сообществ.	Для всех		
	*Самотестирование.	Для всех		
	ВТОРНОЕ И ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ			
	ТИРОВАНИЕ И ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА			
	дикаторы 3, 4, 5)	Dag BIALL		
17.	Повторное тестирование до инициации АРТ или, когда тестирование связано с	для вич+		
	предоставлением услуг после			
	проведения тестирования внутри			
	сообщества.			
18.	Повторное тестирование минимум	Для ВИЧ-		
	каждые 12 месяцев, до инициации			
	ДКП, и гораздо чаще в случае			
	необходимости, если существует			
10	высокий продолжительный риск.			
19.	*Программы по снижению стигмы и			
	дискриминации в медицинских учреждениях.			
Ц	1 -bendermin			

ЛЕЧЕНИЕ И ДОСТИЖЕНИЕ ПОДАВЛЕНИЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА, ПРОФИЛАКТИКА, ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ (индикаторы 2, 6 и 7)			
	Для ВИЧ+		
	Для ВИЧ-		
	Для ВИЧ+		
	Для ВИЧ-		
22. Ко-тримоксазол для химиопрофилактики.	Для ВИЧ+		
23. Улучшение диагностики случаев ТБ и увязки диагностики и лечения ТБ.	Для ВИЧ+		
24. Предоставление профилактической терапии изониазидом.	Для ВИЧ+		
ПРОФИЛАКТИКА И ДОСТИЖЕНИЕ ПОДАВЛЕНИЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА, ДРУГИЕ СЛУЖБЫ ПОДДЕРЖКИ (ИНДИКАТОРЫ 2, 6, 7)			
	Для ВИЧ+		
	Для ВИЧ-		
26. Психосоциальное консультирование, консультирование в целях поддержки и лечения.	Для ВИЧ+		
<ol> <li>Поддержка в раскрытии статуса и предоставление психологической помощи партнеру.</li> </ol>	Для ВИЧ+		
	Для ВИЧ-		
	Для ВИЧ+		

Помимо таблицы по комплексу услуг, в MSMIT есть дополнительные программные индикаторы по обеспечению доступа и повышению спроса на презервативы и лубриканты, развитию сообществ и расширению прав, привлечению внимания к проблеме гендерного насилия, и т.д., которые также можно использовать для оценки полноты комплекса услуг и мер для улучшения каскада.

# Часть 3. Анализ каскада услуг и разработка рекомендаций

На этапе анализа каскада собранные данные необходимо представить вашим сторонникам для получения предварительных рекомендаций и оценок по нескольким аспектам. И только после этого можно их использовать для улучшения сервиса и планирования адвокации.

## 3.1. Рекомендации для системы мониторинга и оценки

По итогам формирования каскада услуг будут представлены рекомендации относительно улучшения системы мониторинга и оценки, сбора данных.

В рамках этой работы вы можете задать такие три группы вопросов.

# 1. По каким ключевым моментам отсутствуют данные по МСМ?

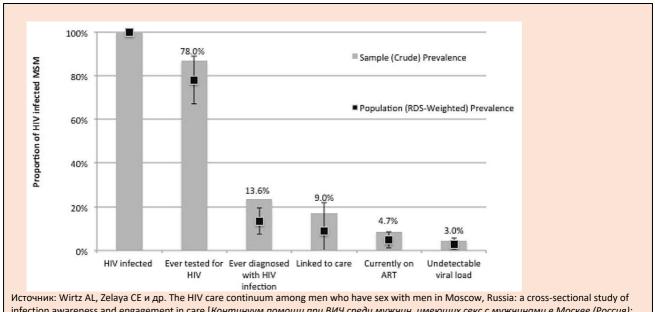
- Насколько важны эти данные для оценки доступа ко всему комплексу услуг?
- о Каким образом собирать отсутствующие данные? Какова в этом процессе роль организаций сообществ?
- Как сделать сбор данных недорогостоящим, более устойчивым, а не одноразовым упражнением, и соответствующим этическим принципам и интересам членов сообществ?

## Пример. Интегрирование измерения каскада в ДЭН

Специалисты Университета Джонса Хопкинса (США) совместно с коллегами из Региональной Общественной Организации «СПИД Инфосвязь» провели оценку ДЭН в г. Москва (Россия). В опросник были включены вопросы, позволяющие проследить передвижение ВИЧ-положительных МСМ по каскаду, включая информацию о количестве ЛЖВ, которые находятся на диспансерном учете в связи с медицинской помощью при ВИЧ, получают АРТ и у которых достигнут уровень подавленной вирусной нагрузки. Важно, что данные в разных столбиках каскада сопоставимы, так как сравнение между столбиками проводится в одной и той же группе.

Такое использование эпиднадзорных исследований среди МСМ может стать хорошим подходом к получению данных каскада по ВИЧ среди МСМ, особенно в тех случаях, когда ряд МСМ при получении диагноза «ВИЧ-инфекция» не указывают гомосексуальные отношения, как способ передачи инфекции. Чтобы использовать эпиднадзор, нужно дополнить его несколькими вопросами-индикаторами каскада. Однако важно обратить внимание на то, что в странах с низким уровнем ВИЧ-инфекции среди МСМ выборка ВИЧ+ МСМ может быть слишком маленькой для получения статистически достоверных данных. Поэтому вам необходимо обсудить с исследователями эпиднадзора возможность снизить ограничения данных.

Диаграмма 6. Каскад по тестированию и помощи при ВИЧ-инфекции среди ВИЧинфицированных МСМ в Москве (количество людей - 184)



Источник: Wirtz AL, Zelaya CE и др. The HIV care continuum among men who have sex with men in Moscow, Russia: a cross-sectional study of infection awareness and engagement in care [Континуум помощи при ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами в Москве (Россия): перекресное исследование об осведомленности на счет инфекции и доступ к медицинской помощь]. Sex Transm Infect. 2016 March; 92(2): 161–167.

- **2. Какие данные вызывают сомнения сообщества относительно их достоверности?** Почему? Каким образом можно улучшить достоверность данных уже в этом году или в течение 2 лет? Что могут сделать группы сообществ для улучшения достоверности данных и какие необходимы ресурсы?
- **3.** По каким услугам важно более детально проанализировать доступность? Какая информация будет важна? Кто и каким образом мог бы ее собрать?

# 3.2. Сравнение данных МСМ с национальными целями и прогрессом среди других групп

Как правило, все каскады сравнивают прогресс по международным целям. Если в стране существует эффективная система постановки национальных целей и в страновой программе по СПИДу не признаны международные цели, то более уместным будет сравнение каскадов с национальными целями. Следует также отметить, что помимо одного отражения каскада, вы можете сделать несколько его вариантов, где будете сравнивать части или весь каскад с другими группами населения. Например, можно сравнить насколько хорошо МСМ-ЛЖВ знают свой статус по сравнению с другими ЛЖВ, становятся на медицинский учет, получают лечение и достигают подавленной вирусной нагрузки. Также можно узнать как каскад для МСМ в вашей стране отличается от каскада соседней страны.

#### 3.3. Выявление успехов

В шагах каскада необходимо обратить первоочередное внимание на то, в каких областях и на каком этапе МСМ успешно получают и используют услуги. После констатации факта о том, что в данных областях достигнут существенный прогресс в достижении международных и национальных целей, необходимо обсудить следующие аспекты:

- о **почему это возможно**, т.е. посредством каких мер и подходов эти успехи были достигнуты, и что необходимо продолжить в будущем?
- о какое это имеет значение для общего ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции/СПИДа? Если среди ВИЧ-положительных МСМ наблюдается высокий охват лечением и длительное подавление вируса, это означает снижение риска передачи вируса из этой группы другим МСМ и их сексуальным партнерам.

# 3.4. Выявление основных пробелов (прерываний) в каскаде услуг и рекомендации по их устранению

Для обсуждения этой темы стоит задать следующие вопросы $^{16}$ :

- Где наибольшие пробелы (прерывания)? По всему каскаду будут наблюдаться утечки людей. Но в некоторых областях они будут больше, чем в других. Следовательно, для улучшения непрерывности предоставления помощи выявление подобных пробелов является очень важным. Зачастую наибольшие пробелы выявляются между такими этапами, как «достичь МСМ» и «пройти тестирование», либо «узнать свой ВИЧ+ диагноз» и «быть вовлеченным в медицинскую помощь в связи с ВИЧ (постановка на диспансерный учет)». Определение того, куда направить усилия по улучшению качества услуг, является критически важным в интерпретации данных каскада.
- Почему прерывания? Совместно с представителями сообществ геев и других МСМ, сервисными организациями и другими заинтересованными сторонами необходимо пересмотреть причины прерывания и их предпосылки. Причины прерывания могут быть следующие:
  - о доступность и востребованностью услуг (насколько услуги доступны географически, насколько рабочее время удобно, насколько люди о них знают, насколько плата за услуги приемлема и т.д.);
  - о структурные барьеры для развития услуг и их востребованности (законодательство и политика помогают или осложняют доступ, влияет ли стигма и т.д.);
  - о качество данных: возможно из-за ограничения данных, прерывания отражены не в полной мере или наоборот они увеличены.

-

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Адаптировано из публикации USAID, PEPFAR, Linkages, FHI360. HIV Cascade Framework for Key Populations [*Рамочный каскад по ВИЧ для ключевых групп населения*], октябрь 2015 г.

- **Кто больше всего страдает из-за прерываний в каскаде?** Есть ли данные с разбивкой по характеристикам МСМ, например, возрасту, уровню дохода? Если да, то какие существуют различия между подгруппами и их доступом к сервису, спросом и поглощением услуг и удержанием в получении сервиса.
- **Каким образом лучше всего решать проблему пробелов?** Что может существенно улучшить доступ там, где наблюдается наибольшее прерывания в каскаде, чтобы люди обращались за услугами, чтобы услуги были доступны и приемлемы для представителей сообществ, в первую очередь для тех, кто их сейчас не получает? Ряд рекомендаций по улучшению среды, сервисов и их востребованности представлены в MSMIT.

Для идентификации ключевых пробелов между разными уровнями услуг необходимо составить графическое отражение доступа. Обсуждение нужно организовать таким образом, чтобы по каждому пробелу определить причины/предпосылки, а также разработать рекомендации:



Причины и предпосылки могут быть специфичными для МСМ и общими для общего населения, других ключевых групп или всех ЛЖВ. Это стоит обозначить в процессе пересмотра проблем и определения рекомендаций относительного того, каким образом можно улучшить ситуацию для МСМ по ключевым пробелам.

## Процесс самого обсуждения стоит планировать в несколько этапов:

- 1. Обзор литературы, если таковая есть, например:
  - о отчет миссии ВОЗ по оценке услуг в области ВИЧ-инфекции в стране;
  - о оценка по каскадам и причинам пробелов, которую в 2016 году разработали «Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ» (Украина) и «Евразийская сеть снижения вреда» (Литва) для следующих стран: Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия, Узбекистан и Эстония.;
  - оценка доступа к услугам ВИЧ и ТБ для ключевых групп в 5 городах, которую проводит МБФ «Альянс общественного здоровья» (Украина) и «AFEW International» (Нидерланды) с городскими командами в Алматы, Бельцах, Одессе, Софии и Тбилиси (документы будут собраны к сентябрю 2017 года)

- 2. Проведение интервью или фокус-группы<sup>17</sup> из представителей сообщества. На этом этапе могут быть отражены различия между представителями сообщества и их разнообразный опыт: получает сервис или существуют сложности с получением, проживает в столице или в другом городе/населенном пункте, представляет доминирующую в стране этническую группу или из другой этнической группы, употребляет психоактивные вещества, занимается секс-работой, увлекается клубной культурой и т.д.
- 3. **Проведение отдельной фокус группы со специалистами** из учреждений, служб и организаций, работа которых связанна с теми сферами, где существуют значительные пробелы и в других важных сервисах.
- 4. **Проведение встречи с участием составителей каскада и ближайших партнеров** для обсуждения пробелов, рекомендаций и приоритетности рекомендаций с использованием промежуточных результатов по всем этапам работы.

Рекомендации следует разделить на несколько частей:

- а. для сервисных организаций (например, каким образом предоставляются услуги, каких услуг не хватает, как повышать квалификацию сотрудников, как лучше организовать взаимодействие между услугами);
- b. для роли структур сообществ (например, как улучшить спрос на услуги со стороны самого сообщества);
- с. для изменения политики и диалога, т.е. для вашей адвокации (например, определить структурные барьеры: проанализировать помогает ли правовая и политическая среда в получении сервисов или является барьером).

Помимо этих рекомендаций, на следующих этапах обсуждения будут использоваться и другие, разработанные вами рекомендации по улучшению системы мониторинга и оценки. Подобную встречу можно использовать и для планирования следующей части каскада — представления и использования результатов.

https://www.unodc.org/documents/balticstates//EventsPresentations/Management\_HR\_Programmes/Needs\_assessment.pdf

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Настоятельно рекомендуем проводить фокус-группы силами обученных специалистов, имеющих опыт планирования, проведения и документирования этого вида исследования. В данном контексте не стоит проводить подробный анализ интервью и фокус-групп на основе кодирования. Предпочтительнее будет составление кратких отчетов с обзором основных положений, по возможности, с цитатами. Более подробная информация о проведении фокус групп находится по ссылке:

# Часть 4. Представление результатов и их использование для улучшения сервиса и адвокации

На предыдущем этапе вы разработали рекомендации по четырем направлениям или по некоторым из них:

- улучшение сервиса (в том числе вашей организации);
- роль сообществ;
- улучшение политики и правозащиты;
- улучшение системы мониторинга и оценки.

# 4.1. Подготовка «красивого» каскада, методологии и сводки результатов

По результатам предыдущего этапа у вас должен быть определен каскад и сводка методологии по сбору информации и толкованию каскада, выявлению пробелов и подготовке рекомендаций. Это можно оформить в виде электронной презентации или даже короткого (до 4-6 страниц) документа. В данном документе, в зависимости от целей, можете

добавить данные о важности инвестиций в программы среди МСМ (например, из исследования ОРТІМА) или пример важного подхода из публикации MSMIT.

Стоит обратить особое внимание на оформление самого каскада, который наверняка будет использован показан И много раз для разных аудиторий. Общие рекомендации, с учетом более сложных элементов и ошибок, представлены во вставке.

# Общие рекомендации для оформления каскада

- **Название**, в котором отражены сфера услуг, география, целевая группа (МСМ) и период/год сбора информации.
- Вертикальная ось. Она может отображать либо людей (единицами, сотнями, тысячами...), либо проценты от группы. На оси нужно указывать, что именно она отражает.
- о **Горизонтальная ось.** В каскаде нужно использовать такие названия колонок или шагов, которые будут использоваться в других местах, а также принятых на уровне вашей стране.
- Значенияе колонок в каскаде. Указание числового значения помогает организаторам услуг толковать данные и использовать их для улучшения услуг.
- Пропорции. Между столбиками стоит указать сравнение, какое количество людей из предыдущего шага, доходят до следующего и т.д.
- о **Источник данных.** По возможности, внизу графика/диаграммы укажите источники данных, даже в сокращенном виде.

Каскад можно отразить в формате панели, используя светофорные цвета, оценить по каким индикаторам цели достигнуты, а по каким страна находится близко к их достижению (например, достигнуто 80-100%). Также можно проанализировать индикаторы по которым больше половины нуждающихся получают услуги, но для достижения целей нужны серьезные дополнительные усилия, и по которым меньше половины получают необходимые услуги, следовательно, критически важно сконцентрироваться на улучшении работы по данному направлению. Такой формат является более удобным в том случае, когда точные данные отсутствуют, но, например, получены экспертные оценки. Также такой

формат удобно использовать в том случае, когда измеряются данные, не имеющие полной последовательности. Например, вы используете индикатор, который напрямую не связан с предыдущим и для его оценки не используется значение предыдущего индикатора. Так, предыдущий индикатор «Сколько МСМ используют презервативы» - основной индикатор ВОЗ по охвату МСМ профилактикой, «Сколько МСМ прошли тестирование за последние 12 месяцев» - основной индикатор ВОЗ по охвату МСМ тестированием. Представленный формат удобен для сравнения большого количества стран; именно такой формат использовался Европейским центром профилактики и контроля заболеваний для сравнения данных каскадов по лечению при ВИЧ-инфекции из многочисленных Европейских стран в рамках отчета о выполнении Дублинской декларации по ВИЧ<sup>18</sup> за 2014 год.

Ниже представлены примеры использования панели для программных данных<sup>19</sup>.

1-й вариант представления

2 a capaaiiii iipeceiiiaciieiia				
Программные индикаторы	Значение	0-49%	50-79%	80-100%
% MCM, которые получили тест за последние 12 месяцев.	40%	<b>♦</b>		
% ЛЖВ, получающих специализированную помощь при ВИЧ, у которых партнер прошел тестирование на ВИЧ.	56%		•	
% ЛЖВ у которых при начале получения специализированной медицинской помощи при ВИЧ количество СД4 было больше 200 копий/мм3.	81%			•
% ЛЖВ, которые начали АРТ в течение 30 дней после определения того, что они соответствуют критериям начала терапии.	46%	•		
% ЛЖВ, которые вовремя забирали свои АРВ-лекарства.	85%			<b>♦</b>
% месяцев за последний год без перебоев получения APB.	100%			<b>•</b>

#### 2-й вариант представления

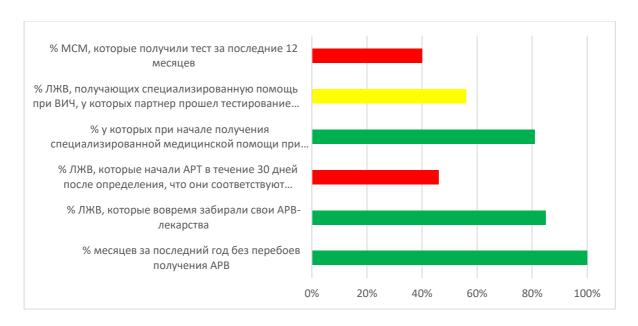
(ключ: красное 0-49%; желтое 50-79%; зеленое >80%)

٠

<sup>&</sup>lt;sup>18</sup> Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Thematic report: Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report [Тематический отчет: Континуум помощи при ВИЧ-инфекции. Мониторинг реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии: отчет о прогрессе в 2014 г.]. Отчет доступен по ссылке:

 $<sup>\</sup>underline{https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/dublin-declaration-continuum-of-\underline{care-2014.pdf}$ 

<sup>&</sup>lt;sup>19</sup> Адаптировано из WHO, CDC, USAID, PEPFAR. Metrics for monitoring the cascade of HIV testing, care and treatment services in Asia and the Pacific [Метрика для мониторинга каскада услуг по тестированию, уходу и лечению при ВИЧ-инфекции в Азиатско-Тихоокеанском регионе].



Невозможно переоценить важность качественного детального методологического описания, которое будут читать специалисты по статистике и эпидемиологии. Оно поможет вам ответить на вопросы об источниках и качестве данных, если таковые возникнут. Помимо более детальной версии, вам стоит подготовить короткую версию методологии и ограничений, которую можно показывать до начала презентации самого каскада. Представление короткой версии методологии должно занимать не более 2-6 минут времени. Озвучив в самом начале ограничения, вы сможете избежать большого количества вопросов и комментариев относительно данных, получив, таким образом, возможность уделить больше внимания обсуждению результатов самого каскада.

# 4.2. Презентация результатов

Исходя из рекомендаций, стоит продумать, каким образом лучше всего распространять результаты каскада. Особенно это касается тех адресатов, которые могут содействовать или непосредственно внедрять данные рекомендации. Для иллюстрации того, каким образом можно реализовать предложенную рекомендацию, следует также использовать части материала MSMIT.

Ниже представлены примеры презентации выводов и рекомендаций.

#### **о** Улучшение сервиса:

- о встреча со своей командой и обсуждение рекомендаций MSMIT для соответствующих сфер;
- о индивидуальные встречи с ключевыми сервисами и обсуждение их результатов; использование встреч для презентации рекомендаций MSMIT;
- о обсуждение результатов с организаторами технической помощи для сервисных организаций и интеграция рекомендаций в план по технической помощи;

о встреча с тренерами, которые проводят тренинг для сервисных организаций, и обсуждение способов интегрирования обсуждения и внедрения рекомендаций на конкретном мероприятии.

## Для сообщества:

- о обсуждение с лидерами сообществ ЛГБТ и экспертами по коммуникации возможных посланий (например, для изменения мифов) и стратегий для достижения сообщества;
- о налаживание связей с ключевыми интернет-сайтами для проведения информационной кампании.

# о Общая осведомленность, признание проблемы, обсуждение структурных решений:

- рассылка информации среди членов странового координационного комитета по ВИЧ и предложение провести презентации на заседании странового комитета;
- о встреча с командой по мониторингу и оценке программы в сфере ВИЧ в стране;
- о рассылка информации среди партнеров, работающих в сфере ВИЧ и в области защиты прав человека;
- предложение использовать документ в отчете страны по прогрессу реализации политической декларации по ВИЧ или теневых отчетов о ситуации прав человека;
- о пресс-релиз и информация для журналистов;
- о подготовка тезисов (абстрактов) для презентации на разных конференциях в стране и за рубежом;
- о рассылка информации в международных сетях и на своей интернет-страничке.

При распространении информации важно поблагодарить тех, кто предоставил свое время, данные и мысли для проведения работы — представителей сообществ, сотрудников организаций и учреждений, специалистов, которые провели ДЭН, а также учреждения, откуда получены/не получены ответы на официальные запросы, и т.д. Во время проведения опросов среди представителей сообщества вы имеете возможность спросить хотят ли респонденты поделиться своими данными для получения результатов. И на завершающем этапе можно пересылать результаты, информацию об их использовании, ведомости о дополнительных источниках, а также обозначить дополнительные возможности для вовлечения на следующих этапах работы по улучшению жизни и здоровья геев и других МСМ.

# Дополнительная литература

### Мониторинг, оценка и исследования в стране

- amfAR, IAVI, JHU–CPHHR, UNDP. <u>Лучшие практики в проведении исследований по вопросам ВИЧ-инфекции среди геев, бисексуалов и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), в контексте ограниченных правовых условий. Методическое руководство.</u>
- WHO/UNAIDS. <u>Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV.</u> [Руководство по оценке численности населения наивысшего риска инфицирования ВИЧ-инфекцией]; 2010г.
- WHO/UNAIDS. <u>Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV.</u> [Руководство по эпидемиологическому надзору среди групп населения с особенно высоким риском инфицирования ВИЧ]; 2011.
- WHO. <u>Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector.</u> [Консолидированное руководство по стратегической информации для ВИЧ в секторе здравоохранения]; 2015.
- Markus, U et al. <u>Estimating the size of the MSM populations for 38 European countries by calculating the survey-surveillance discrepancies (SSD) between self-reported new HIV diagnoses from the European MSM internet survey (EMIS) and surveillance-reported HIV diagnoses among MSM in 2009. BMC Public Health 2013 13:919.
  </u>
- Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. Current Opinion in HIV and AIDS. 2014;9(2):107–14. doi: 10.1097/COH.0000000000000001 [PubMed]

# Профилактика, охват МСМ и мобилизация

- MSMIT: Фонд ООН в области народонаселения, Глобальный форум по вопросам МСМ и ВИЧ, Программа развития ООН, Всемирная организация здравоохранения, Агентство США по международному развитию, Всемирный банк. Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами. Практическое руководство для совместных мероприятий (MSMIT). Нью-Йорк: Фонд ООН в области народонаселения; 2015.
- International HIV/AIDS Alliance. Resources for Action for HIV and health programming with and for MSM.
   [Ресурсы для действий по развитию программ в области ВИЧ и здоровья с и для МСМ]; 2016.
- UNAIDS. <u>Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses.</u> [Ключевые программы для снижения стигмы и дискриминации и повышения доступа к справедливости в национальных ответных мерах на ВИЧ-инфекцию]; 2012.
- ECDC. <u>Public health guidance on HIV and STI prevention among men who have sex with men.</u> [Руководство для общественного здравоохранения по профилактике ВИЧ и ИППП среди мужчин, имеющих секс с мужчинами]; 2015.

#### Лечение и уход

- WHO. <u>Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance.</u> [Консолидированные руководства по пациентоцентрированному мониторингу и наблюдению случая пациента в области ВИЧ-инфекции]; Июнь 2017 г.
- WHO. <u>Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.</u> [Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход]; Версия 2016г. Предыдущая версия доступна и на русском языке.

• WHO. <u>Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.</u> [Инструмент для постановки и отслеживания целевых показателей по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход]; 2016.

### Доконтактная профилактика

• WHO. WHO <u>Implementation Tool for Pre-exposure Prophylaxis of HIV infection – Module 9: Strategic Planning.</u>

<u>Other Modules.</u> [Инструмент для внедрения доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции. Модуль 9 «Стратегическое планирование». Другие модули]; 2017.

## Проведение исследований и оценок усилиями сообществ

- The people living with HIV STIGMA INDEX [Индекс стигмы люди живущие с ВИЧ] www.stigmaindex.org
- International HIV/AIDS Alliance. <u>All together now! Community mobilisation for HIV/AIDS</u>. [Сейчас все вместе! Мобилизация сообщества для ВИЧ/СПИДа]; 2006.

### Примеры каскадов услуг, как их составлять и анализировать

- Касянчук М.Г., Недужко А. А., Мойсеева Н. Н., <u>Обзор барьеров, препятствующих доступу к услугам в</u> связи с ВИЧ-инфекцией для ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ. Отчет о результатах исследования; 2016.
- ЮНЭЙДС. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets [Прекращение эпидемии СПИД; прогресс на пути к целям 90-90-90]; 2017.
- Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC). Thematic report: Continuum of HIV care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2017 progress report [Тематический отчет: Континуум помощи при ВИЧ-инфекции. Мониторинг реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии: отчет о прогрессе в 2017 г.].
- Gourlay AJ, Pharris AM и др. <u>Towards standardized definitions for monitoring the continuum of HIV care in Europe</u> [На пути к стандартизации определений для мониторинга континуума услуг в области ВИЧ-инфекции в Европе]. AIDS 2017, 31:2053—2058.
- USAID, PEPFAR, Linkages, FHI360. HIV Cascade Framework for Key Populations [Рамочный каскад по ВИЧ для ключевых групп населения]; октябрь 2015 г.