

Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



**Экспресс-оценка доступности и интеграции услуг, связанных
с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и снижением вреда, для
людей, употребляющих инъекционные наркотики, в
Португалии**

Заключительный доклад по исследованию, апрель 2012 г.

Pippa Grenfell¹, Ana Cláudia Carvalho^{2,3}, Ana Martins^{2,3}, Dina Cosme^{2,3},
Henrique Barros^{2,3}, Tim Rhodes¹

¹Центр исследований наркотиков и здорового поведения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины

²Институт общественного здравоохранения, Университет Порту

³Медицинский факультет, Университет Порту

**Соглашение ЕК-ВОЗ о предоставлении гранта для расширения
доступа к высококачественным услугам по снижению вреда,
лечению и помощи для людей, употребляющих
инъекционные наркотики, в Европейском регионе, рабочий
пакет 3:**

**Экспресс-оценка доступности и интеграции услуг, связанных
с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и снижением вреда, для
людей, употребляющих инъекционные наркотики, в
Португалии**

Заключительный доклад по исследованию, апрель 2012 г.

Pippa Grenfell¹, Ana Cláudia Carvalho^{2,3}, Ana Martins^{2,3}, Dina Cosme^{2,3},
Henrique Barros^{2,3}, Tim Rhodes¹

¹Центр исследований наркотиков и здорового поведения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины

²Институт общественного здравоохранения, Университет Порту

³Медицинский факультет, Университет Порту

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Сокращения.....	5
Резюме.....	6
Введение.....	8
ТБ и проблема коинфекции ВИЧ/ТБ.....	8
Интегрированная помощь при ТБ, ВИЧ-инфекции и наркозависимости.....	10
Португалия как пример ситуации в Европе.....	10
Методы.....	12
Место проведения исследования.....	12
Методы сбора данных.....	12
Одобрение комитета по этике.....	16
Анализ данных.....	16
Характеристики интервьюированных.....	17
Результаты.....	21
1. Наркозависимость, ТБ, ВИЧ-инфекция и гепатит С: система предоставления услуг в Португалии.....	21
2. Система предоставления лечения в Порту и Гайе.....	25
3. Доступ к услугам по тестированию и лечению и их востребованность.....	28
4. Роль интегрированной помощи при наркозависимости, ТБ и ВИЧ-инфекции в обеспечении доступа к службам.....	33
5. Другие факторы, влияющие на обращение в службы по лечению наркозависимости, ТБ и ВИЧ-инфекции.....	37
Обсуждение.....	44
Ограничения исследования.....	46
Значение для практики и реализации.....	47
Заключение.....	50
Выражение признательности.....	50
Библиография.....	50

Сокращения

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВГС	Вирус гепатита С
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДОТС	Короткий курс лечения под непосредственным наблюдением
ИНН	Институт по изучению наркотиков и наркомании
ИОЗУП	Институт общественного здравоохранения при Университете Порту
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЛШГТМ	Лондонская школа гигиены и тропической медицины
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
НЦ	Наркологический центр/лечебная бригада
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ОЛЦ	Объединенный лечебный центр
ПДЦ	Пульмонологический диагностический центр
ПЛИ	Профилактическое лечение изониазидом
ПОИШ	Программа обмена игл и шприцев
ТБ	Туберкулез
ТКП	Туберкулиновая кожная проба
ЦКД	Центры по консультированию и ранней диагностике ВИЧ/СПИДа
ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
Klotho	Программа раннего выявления и профилактики ВИЧ/СПИДа для потребителей наркотиков

Резюме

Предпосылки. Употребление инъекционных наркотиков ассоциируется с высоким риском туберкулеза (ТБ) и снижением уровня удержания в лечебных программах. У людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) улучшает результаты лечения ВИЧ-инфекции и ТБ, но документированные стратегии эффективного предоставления интегрированных услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и наркотической зависимостью отсутствуют. Согласованные усилия по организации предоставления интегрированных услуг в рамках стратегии снижения вреда предпринимает Португалия. Цель нашего исследования – фактическое подтверждение существующих в городе Порту (Португалия) моделей интегрированной помощи для ЛУИН в связи с ТБ и ВИЧ-инфекцией.

Методы. При проведении экспресс-оценки были использованы следующие методы и источники информации: картирование служб по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С и наркотической зависимости в Порту; обзор имеющихся данных по использованию и интеграции услуг по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости; проведение полуструктурированных интервью с 30 ЛУИН, имеющих различный опыт, связанный с ВИЧ-инфекцией и/или ТБ, и семью поставщиками услуг по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости, а также сотрудниками, представляющими аутрич-службы и медицинские службы в тюрьмах. Мы провели дескриптивный анализ количественных данных и тематический анализ качественных данных, используя в процессе сбора и анализа данных триангуляцию результатов.

Выводы. Проведенная оценка позволила документально подтвердить наличие двух моделей предоставления ЛУИН интегрированных услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и наркотической зависимостью: «комбинированной» и «совместной». «Комбинированная модель» предполагает, что все услуги предоставляются ЛУИН только в специализированном центре командой специалистов, использующей общие протоколы ведения случаев. Такой подход облегчает оказание многопрофильной помощи, но, вместе с тем, требует значительных ресурсов, ограничивается конкретным местоположением центра и дает меньше возможностей для оказания помощи в общине или на дому. «Совместная модель» использует менее формализованный и более ориентированный на клиента подход, в рамках которого одновременно могут работать несколько программ в области здравоохранения, что создает возможности для предоставления услуг в месте, удобном для пациента, и вовлечения в данный процесс аутрич-команд, часто выступающих в роли посредников между службами. Такая модель позволяет приспособиться к конкретным обстоятельствам клиентов и обеспечивает быстрый доступ, но крайне зависима от участия многих разных служб. Относительный успех интеграции определили четыре ключевых фактора: распространенность сотрудничающих друг с другом сетей и масштаб использования общих протоколов; ведущая роль аутрич-команд; бесперебойное предоставление ОЗТ; гибкость в отношении места предоставления лечения. Более широкое привлечение к использованию услуг стало возможным благодаря поддержке со стороны социальных сетей и команд аутрич-работников, признанию автономии пациента, установлению взаимоотношений между пациентом и

поставщиком услуг, своевременному предоставлению услуг по тестированию и лечению, повышению грамотности в отношении лечения, а также доступности социальной помощи. Количественных данных для оценки интеграции услуг было мало. Целевое экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию в наркологических центрах имело широкий охват, но частота скрининга на ТБ и гепатит С была низкой и не всегда регистрировалась. Большинство пациентов с ТБ знали свой ВИЧ-статус, но соответствующие данные относительно ТБ у пациентов, получающих помощь в связи с ВИЧ-инфекцией, отсутствовали.

Рекомендации. Руководства по интеграции услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и наркотической зависимостью должны отражать следующие моменты: важность сотрудничества между разными учреждениями; использование профессиональных сетей для разработки механизмов ускорения доступа к интегрированной помощи; бесперебойное обеспечение лечения наркотической зависимости с учетом его взаимодействия с противотуберкулезным лечением и антиретровирусной терапией; ориентированный на клиента подход, признающий его автономию; ключевую роль, которую могут играть аутрич-программы в облегчении доступа. Конкретные рекомендации для Порту включают: расширение скрининга на ТБ и гепатит С среди ЛУИН; совершенствование медицинских информационных систем; оптимизацию механизмов направления; расширение участия потребителей услуг; повышение внимания к проблеме гепатита С; преодоление стигмы в первичном звене здравоохранения; удовлетворение потребностей ЛУИН в более широких программах социальной помощи.

Введение

ТБ и проблема коинфекции ВИЧ/ТБ

Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), особенно уязвимы к многочисленным, усугубляющим друг друга угрозам для здоровья, ограничениям в доступе к медицинской помощи и социальной маргинализации [1, 2]. Имеются многочисленные данные, подтверждающие высокое бремя ВИЧ-инфекции и гепатита С [3-6], а также о вмешательствах по снижению вреда и лечению ВИЧ-инфекции [5-7] в этой группе населения. Хотя национальные или региональные данные эпиднадзора отсутствуют, исследования, проведенные в странах Северной Америки, Европы и Азии, подтвердили высокую распространенность латентного и активного ТБ среди ЛУИН, обращающихся в лечебно-профилактические и амбулаторные учреждения [8]. ЛУИН относятся к группе повышенного риска заболевания ТБ по ряду причин [9]. Угрозы, которым особенно подвержены потребители наркотиков, – бедность, бездомность, скученность и нахождение в местах лишения свободы – являются ключевыми социальными детерминантами ТБ [1, 9, 10]. Коинфекция ВИЧ также значительно увеличивает риск прогрессирования латентного ТБ в активное заболевание [11]. Лечение ТБ обычно требует повторных регулярных контактов со службами здравоохранения, к которым ЛУИН могут иметь ограниченный доступ, и, кроме того, среди них наблюдается низкая приверженность лечению [9]. Лечение ТБ еще больше усложняется из-за наличия распространенных сопутствующих заболеваний (например, ВИЧ-инфекции или гепатита С), лекарственных взаимодействий с препаратами для опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) и антиретровирусной терапии (АРТ) [12]. Без соответствующего лечения наркотической зависимости результаты лечения ВИЧ-инфекции и ТБ у ЛУИН хуже, чем у людей, не употребляющих инъекционные наркотики [13-16]. Неполноценное лечение ТБ может приводить к повышению уровня заболеваемости и смертности, развитию лекарственной устойчивости и дальнейшей передаче ТБ [17].

За последние два десятилетия стратегия ДОТС¹, разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), стала краеугольным камнем борьбы с ТБ [18]. Основу ДОТС составляет непосредственное поддерживающее наблюдение за лечением активного ТБ, высококачественная диагностика с использованием микроскопии, бесперебойное предоставление лечения, стандартизация сбора и регистрации данных, а также устойчивая политическая и финансовая приверженность делу борьбы с ТБ. Несмотря на успехи в снижении показателей распространенности ТБ и связанной с ТБ смертности, показатели выявления случаев не достигли международных целей, а распространение коинфекции ВИЧ и ТБ создает новые проблемы, решение которых требует дополнительных усилий [18]. В принятой в 2006 г. стратегии «Остановить ТБ» основное внимание уделено следующим вопросам: необходимости предоставления помощи при ТБ/ВИЧ посредством совместных действий противотуберкулезных и ВИЧ-сервисных служб; интенсификации выявления случаев ТБ; предоставлению профилактического лечения изониазодом (ПИ) людям с латентным ТБ, живущим с ВИЧ (ЛЖВ); инфекционному контролю над распространением ТБ в лечебно-профилактических

1

учреждениях и в местах скопления людей; предоставлению больным ТБ услуг по тестированию на ВИЧ, консультированию, а также услуг по профилактике ВИЧ-инфекции; предоставлению АРТ, котримоксазола и непрерывной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией больным ТБ, живущим с ВИЧ [19]. Интеграция услуг в связи с ТБ и ВИЧ-инфекцией, включая своевременные диагностику и лечение латентного ТБ, крайне важна для определения связанных с ТБ исходов у ЛЖВ [20, 21]. При этом уровень распространенности ТБ резко снижается, и эффективность ПЛИ выше у ЛЖВ, получающих АРТ [22–24]. Сотрудничество между программами по борьбе с ТБ и программами по ВИЧ/СПИДу, предоставление услуг в одном и том же месте, подготовка кадров по смежным специальностям и эффективные системы мониторинга, вероятно, являются наиболее важными условиями интеграции [25].

Интегрированная помощь при ТБ, ВИЧ-инфекции и наркозависимости

Крайне необходимы эффективные стратегии по сочетанному предоставлению услуг при ТБ, ВИЧ-инфекции и наркозависимости [2, 20]. Комбинированное предоставление АРТ и ОЗТ улучшает доступ к АРТ, приверженность лечению и его результаты среди ЛУИН, инфицированных ВИЧ, и ЛУИН с коинфекцией ВИЧ/ВГС [26, 27]. Предоставление в одном месте услуг программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) и ОЗТ гарантирует хороший уровень использования услуг по скринингу, профилактике и лечению ТБ среди ЛУИН, хотя документированные примеры оказания комплексной помощи при ТБ/ВИЧ в этой популяции отсутствуют [8]. Интеграция помощи в отношении ТБ сдерживалась из-за отсутствия многопрофильных услуг, распространенного среди неспециалистов мнения, что процессы и взаимодействия, связанные с употреблением психоактивных веществ и развитием ТБ являются слишком сложными, чтобы можно было одновременно решать обе проблемы, а также из-за необходимости длительной госпитализации в связи с ТБ без одновременного лечения наркотической зависимости [29]. В странах Восточной Европы и Центральной Азии, где с 2004 г. число случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН увеличилось почти вдвое [30], а показатели заболеваемости ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) – одни из самых высоких в мире [31], ограниченный доступ к ОЗТ является главным препятствием на пути предоставления интегрированной помощи [32, 33]. В Российской Федерации, Туркменистане и Узбекистане ОЗТ запрещена. В других странах региона, несмотря на начало работы пилотных программ по ОЗТ или даже расширение этих программ, доступность ОЗТ остается крайне ограниченной из-за небольшого числа лечебных центров, в которых она предоставляется, значительных расходов, высокой стоимости для клиентов, длинных очередей, строгих требований для включения в программу, полицейских преследований, запрета на выдачу препаратов на дом и сбоев в предоставлении лечения [33, 34].

Португалия как пример ситуации в Европе

Политика Португалии в отношении наркотиков и подход к предоставлению интегрированной помощи отличаются от многих других стран Европы. В 2001 г. личное употребление наркотиков было декриминализовано, что знаменовало собой смену подхода: от позиции уголовного правосудия – на позицию общественного здравоохранения. Люди, употреблявшие наркотики, все еще подвергались санкциям, и их направляли в специальные комиссии, чтобы «убедить не употреблять наркотики», но основные задачи теперь состояли в изучении потребностей в лечении и пропаганде восстановления здоровья [35, 36]. С момента декриминализации резко сократились заболеваемость и смертность, связанные с употреблением наркотиков [36], а также уровень употребления инъекционных наркотиков [37]. Хотя употребление инъекционных наркотиков является одним из основных факторов развития эпидемии ВИЧ-инфекции в Португалии [38, 39], за последние 10 лет число случаев, связанных с инъекциями наркотиков, значительно сократилось [39]. ОЗТ, которая стала широко доступна в наркологических центрах (НЦ) на ранних стадиях эпидемии ВИЧ-инфекции, а затем реализация ПОИШ на базе аптек позволили, согласно оценкам, предотвратить к 2002 г. 7000 новых случаев ВИЧ-инфекции на 10 000 ЛУИН [40]. Частота случаев ТБ в Португалии остается

самой высокой в Западной Европе (22 случая по сравнению с <10 на 100 000 в большинстве других стран) [41]. Частота случаев МЛУ-ТБ является низкой (1,5%), однако особые проблемы в отношении лечения создает ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ): почти треть всех случаев МЛУ-ТБ в Португалии являются ШЛУ-ТБ [42]. Лечение ТБ и наркозависимости обычно предоставляется в рамках специальных программ здравоохранения, но были предприняты совместные усилия интегрировать путем сотрудничества с медицинскими центрами и поддерживающими службами предоставление ЛУИН услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и наркозависимостью, а также психосоциальной помощи [43].

ВОЗ уделяет особое внимание операционным исследованиям по выявлению «наилучших моделей совместных вмешательств в области ТБ/ВИЧ для групп наивысшего риска», в том числе для ЛУИН [44]. Осознавая недостаток тематических описательных исследований предоставления интегрированных услуг при ВИЧ-инфекции и ТБ ЛУИН в европейских и других странах [8], мы провели экспресс-оценку для описания их доступности и степени интеграции, а также системы предоставления услуг ЛУИН в Порту (Португалия). Цель оценки состояла в создании рекомендаций по «наилучшей практике» комплексного обслуживания при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости.

Методы

Место проведения исследования

В период с ноября 2010 г. по март 2011 г. мы провели экспресс-оценку интегрированных услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией и ТБ, предоставляемых ЛУИН в городах Порту и Вила Нова де Гайя (далее Гайя) (Северная Португалия). Из 16 городов, входящих в столичный регион Порту, это два самых густонаселенных города (с населением 237 559 и 302 092 жителей соответственно). Хотя каждый город имеет независимую местную администрацию, они находятся в непосредственной географической близости, и часто жители одного из них работают или учатся в другом. Этот район занимает первое место по числу ЛУИН, обращающихся в НЦ, и является одним из наиболее пострадавших от ТБ (в 2010 г. частота случаев ТБ составляла 34 на 100 000 жителей) [42]. Порту и его окрестности могут служить примером использования различных моделей предоставления ЛУИН помощи при ВИЧ/ТБ. Порту уникален тем, что является единственным местом в стране, где в специальном центре комплексного обслуживания оказываются интегрированные услуги по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости, в то время как обычно лечение ТБ и наркозависимости предоставляется специализированными программами здравоохранения, а помощь при ВИЧ/ВГС – в стационарных клинических отделениях.

Методы сбора данных

При экспресс-оценке используется мультиметод, то есть ориентированный на действия подход, основным приоритетом которого является своевременное реагирование и разработка вмешательств. Его индуктивный характер позволяет проводить оценку, руководствуясь появляющимися практическими результатами [45, 46]. Триангуляция данных, полученных несколькими методами и из различных источников, наряду с генерацией данных, позволяет провести перекрестные сравнения результатов и получить более полное представление относительно изучаемой проблемы [45]. Существует достаточный объем информации по экспресс-оценке в области употребления наркотиков [47, 48], когда в условиях ограниченности или недоступности данных акцент ставится на поисковой роли оценки.

В процессе экспресс-оценки мы провели: картирование служб по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости, служб снижения вреда, а также механизмов направления в Порту; обзор регулярно собираемых данных в области эпидемиологии ВИЧ-инфекции, ТБ и гепатита С среди ЛУИН и использованию соответствующих услуг людьми, пострадавшими от данных заболеваний; полуструктурированные интервью с ЛУИН, непосредственными поставщиками услуг и другими заинтересованными лицами, вовлеченными в предоставление услуг при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости, а также услуг по снижению вреда. В группу экспресс-оценки входили социологи, эпидемиологи и врачи из Института общественного здравоохранения при Университете Порту – ИОЗУП (Португалия), а также из Лондонской школы гигиены и тропической медицины – ЛШГТМ (Соединенное Королевство). Перед сбором данных члены группы оценки встретились с представителями местных служб Порту, чтобы

получить их одобрение и привлечь к проведению оценки, рассмотреть возможности рекрутирования респондентов, информировать о темах интервью и определить доступность имеющихся данных.

Картирование

Мы провели в Порту и Гайе картирование всех центров по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С и наркотической зависимости, поддерживающих служб, предоставляющих услуги для ЛУИН, а также основных мест, где происходит употребление наркотиков, чтобы составить представление об их географической и территориальной соотнесенности и возможностях взаимодействия. В поисках информации мы обращались к интервью с поставщиками услуг и с ЛУИН, «серой» литературе [49], веб-сайтам основных организаций [50–56] и к членам исследовательской группы, обладавшим необходимыми нам знаниями. Местоположение определялось с помощью картографического веб-сервиса «Google maps» и программного обеспечения для решения картографических задач «ESRI ArcGIS» (версия 9.3).

Обзор имеющихся данных

Мы сопоставили данные национальных программ эпиднадзора, отчетов поставщиков услуг и результаты исследований, касающихся эпидемиологии ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С, использования услуг среди ЛУИН, а также интеграции услуг на местном и национальном уровнях. Одна из основных наших задач заключалась в том, чтобы определить: (1) число ЛУИН, зарегистрированных в службах по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С и наркотической зависимости (включая службы в местах лишения свободы); (2) охват популяции ЛУИН скринингом на ТБ, ВИЧ-инфекцию и инфекцию, вызванную вирусом гепатита С (ВГС); распространенность и число новых случаев латентного и активного ТБ, ВИЧ-инфекции и гепатита С; доступ к услугам по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С и наркозависимости, их использование и приверженность лечению.

Мы использовали данные по скринингу на ВИЧ и ВГС, содержащиеся в ежегодных отчетах Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости и Института по наркотикам и наркозависимости (ИНН) Португалии [57, 58]. Мы также провели обзор данных по скринингу на ВИЧ Национальной программы по раннему выявлению и профилактике ВИЧ/СПИДа для потребителей наркотиков («Klotho»). Деятельность этой программы началась в 2007 г.; ее цель состоит в предложении ЛУИН экспресс-тестирования на ВИЧ в НЦ и содействии их своевременному направлению на лечение и получение других видов помощи [42, 59]. Данные по распространенности ТБ среди ЛУИН и результатам лечения оценивались на основании ежегодных отчетов национальных программ по борьбе с ТБ. Мы также воспользовались данными из ежегодных отчетов о работе ИНН с 2006 по 2010 г. [42, 43, 57, 60, 61].

Поиск опубликованных исследований производился путем автоматического и ручного поиска источников. Поиск в базе данных «MEDLINE» проводился для выявления соответствующих исследований, результаты которых были опубликованы в 2000–2010 гг. (на португальском и английском языках) с использованием следующей поисковой стратегии: («ВИЧ» ИЛИ «туберкулез» ИЛИ «гепатит С») И («Португалия» ИЛИ «португальский») И («распространенность» ИЛИ «заболеваемость» ИЛИ «частота случаев») И («употребление наркотиков» ИЛИ «употребление инъекционных наркотиков»). Перекрестный поиск осуществлялся параллельно в обзоре литературы, проведенном Р. Grenfell и Т. Rodes [8], а также путем ручного поиска в соответствующих португальских изданиях: «Revista Portuguesa de Saúde Pública» и «Revista Portuguesa de Pneumologia» (по общественному здравоохранению и пульмонологии соответственно). Мы также имели доступ к неопубликованным отчетам через личные контакты с ключевыми информантами в партнерских службах.

Интервьюирование ЛУИН

Мы провели 30 полуструктурированных интервью с людьми, которые употребляют инъекционные наркотики в настоящее время или употребляли их в прошлом. Предварительно был проведен целевой отбор участников, чтобы включить респондентов с опытом и без опыта лечения ВИЧ-инфекции и/или ТБ, с опытом и без опыта получения ОЗТ, а также недавно освободившихся из мест лишения свободы, представляющих разные возрастные группы и национальности и наличие моно- или коинфекции (ВИЧ/ТБ с гепатитом С или без него). Участники отбирались

в центрах по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости и из аутрич-программ по снижению вреда. Мы стремились получить представительную выборку, отражающую те различия, которые существуют между службами/стационарами Порту и соответствуют разного рода моделям предоставления помощи в связи с ВИЧ/ТБ.

Интервьюирование происходило в службах по лечению ВИЧ-инфекции или ТБ, в НЦ, предоставляющих амбулаторную помощь, или в близлежащих кафе. Письменное информированное согласие было получено от всех участников. Для принятия решения об участии в интервью им предоставлялось столько времени, сколько было необходимо. Интервьюирование происходило на португальском языке социологами из ИОЗУП под наблюдением координаторов проектов из ИОЗУП и ЛШГТМ. С согласия участников проводилась аудиозапись интервью, продолжительность которых, в среднем, составляла один час (от 27 до 137 минут). Всем были предложены легкие закуски и освежающие напитки в знак благодарности за участие в исследовании, и в письменном виде предоставлена информация о местных лечебно-профилактических и вспомогательных службах для ЛУИН. В настоящем отчете с целью соблюдения конфиденциальности имена всех участников заменены на псевдонимы.

Интервью с ЛУИН охватывали ключевые нарративные темы в описании респондентами своего опыта, связанного с доступом и получением медицинских услуг при ТБ и ВИЧ-инфекции. В ходе интервью был использован тематический гид, изначально разработанный на английском языке и затем переведенный на португальский, предварительно апробированный и соответствующим образом пересмотренный. К исследованным темам относились: уровень информированности и знаний по вопросам лечения ВИЧ-инфекции, ТБ и гепатита С; доступ к услугам по тестированию и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и гепатитом С и опыт их получения; ориентирование в административных и других путях доступа к лечению ВИЧ-инфекции и ТБ; факторы, влияющие на приверженность лечению ВИЧ-инфекции и ТБ; опыт лечения наркозависимости в связи с лечением ВИЧ-инфекции, ТБ и гепатита С; опыт, связанный с системой направлений, а также координацией и интеграцией услуг при получении лечения ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатита С и наркозависимости; ожидания, связанные с воздействием лечения; социальные и структурные факторы, влияющие на образ жизни ЛУИН и связанные с этим доступ к лечению, начало лечения и приверженность; роль самопомощи, неформальной поддержки и организаций гражданского общества в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и гепатитом С; представления о будущем.

Интервьюирование поставщиков услуг

Мы также опросили семь экспертов, представляющих следующие службы: пульмонологический диагностический центр (ПДЦ), оказывающий помощь при ТБ; ВИЧ-сервисные службы на базе больниц; амбулаторный наркологический центр (НЦ); мобильную аутрич-команду, предоставляющую ПОИШ, ОЗТ и психосоциальную поддержку («GiruGaia»); программу ОЗТ на базе исправительных учреждений; северное региональное отделение ИНН. Согласие на полное указание наименований перечисленных служб и организаций нами было получено

непосредственно от поставщиков услуг или администрации этих служб и организаций.

Мы использовали тематический гид при изучении следующих тем: опыт работы с ЛУИН и услуги, которые им предлагались; доступ к тестированию и лечению для ЛУИН; опыт предоставления услуг в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ, гепатитом С и лечением наркозависимости; приверженность лечению среди ЛУИН; механизмы направления между службами, предоставляющими помощь при ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатите С, наркозависимости, и другими службами по снижению вреда, а также их интеграция; социальные и структурные факторы, влияющие на образ жизни ЛУИН и лечение; роль самопомощи, неформальной поддержки и организаций гражданского общества в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и гепатитом С; сравнение служб, предоставляющих лечение для ЛУИН в Порту, со службами в других областях Португалии; потребности ЛУИН, которые не были удовлетворены.

Одобрение комитета по этике

Все элементы процесса экспресс-оценки были одобрены комитетами по этике при ЛШГТМ и Университете Порту. Дополнительное санкционирование было получено со стороны соответствующих административных структур Порту.

Анализ данных

Обзор имеющихся данных

Данные о распространенности, заболеваемости и использовании услуг были получены из вышеупомянутых источников и введены в Microsoft Excel (2010 г.). Мы регистрировали определение каждого индикатора, числитель, знаменатель, источник данных и ограничения. Индикаторы основывались на доступных данных и соответствовали «Руководству ВОЗ по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ» (2009 г.) [49]. Данные представлялись описательно, с указанием (где это было возможно) тенденций, наблюдавшихся с течением времени (если таковые были). При наличии данных для числителя и знаменателя рассчитывались проценты.

Данные полученные в интервью

Качественные данные были проанализированы по темам, затем выявлены ключевые моменты, присутствующие в ответах отдельных респондентов или являющиеся общими для ответов нескольких респондентов. Все интервью были дословно расшифрованы. Мы кодировали данные по мере их получения, чтобы определить направление последующих интервью, кодирования и выбора случаев. Мы стремились к максимальной внутренней надежности и отражению каждой конкретной темы путем сравнения кодировок, сделанных несколькими исследователями. Кодирование проводилось в два связанных между собой этапа. Кодирование первого уровня соответствовало комбинации априорных тем, отраженных в тематическом гиде исследования и индуктивных кодах. При кодировании второго уровня мы стремились разбить данные с кодами первого уровня на более мелкие единицы, перемещаясь от кодов на уровне описания, данного участником, к понятийным категориям, подобно тому, как это происходит в процессе перехода от «открытого» к «осевому» кодированию в обоснованной теории. Мы вели контрольный журнал процесса кодирования, включающий

аналитические записки, на основе программного обеспечения «Nvivo9» (QSR International), и это помогало нам в проведении анализа.

Триангуляция

Итерационный метод обработки данных, полученных в интервью и экспертами, позволил нам создать максимально полную картину индивидуальных, социальных и структурных факторов, влияющих на доступность и интеграцию услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, ТБ, гепатитом С и наркозависимостью, в Порту. Информация, полученная в интервью, помогла нам выделить и идентифицировать пробелы в данных по использованию услуг и доступу к тестированию и лечению, а также выяснить: (1) как действуют механизмы направления и взаимосвязи между службами, идентифицированными путем картирования, посредством официальных каналов и неформальных профессиональных сетей, и (2) как эти механизмы воспринимаются и используются пользователями услуг.

Характеристики интервьюированных

Социо-демографические

Мы проинтервьюировали 30 ЛУИН в возрасте от 31 года до 52 лет (средний возраст – 40 лет), большинство (27/30) из которых были мужчинами. Данная выборка отражала демографический состав популяции клиентов, обращающихся за услугами по лечению наркотической зависимости в НЦ (85% мужчин; 59% в возрасте 30 лет и старше в 2010 г. [57]). Чуть больше половины опрошенных жили с партнером или с семьей (n=14), семь человек были одинокими и проживали в арендованном или предоставленном государством жилье, шесть – жили в приютах, трое были бездомными. Среди участников были употребляющие инъекционные наркотики в настоящее время (делал инъекции в последний месяц) (n=10), недавно прекратившие употреблять инъекционные наркотики (от месяца до шести месяцев) (n=3) и бывшие ЛУИН, давно отказавшиеся от употребления инъекционных наркотиков (от шести месяцев до 22 лет) (n=17). В среднем, участники употребляли инъекционные наркотики в течение 12 лет (от 2 месяцев до 26 лет), обычно – героин или смесь героина и кокаина («спид-бол»). В группу экспертов, проводивших интервью, входили консультанты в области ВИЧ-инфекции и ТБ а также психиатр, медицинская сестра и аутрич-работник, предоставлявшие услуги по лечению наркотической зависимости и снижению вреда, со средним опытом работы с ЛУИН – 14 лет (диапазон 7–25 лет).

Инфекционный статус и опыт прохождения лечения

В таблице 1 представлены данные по инфекционному статусу участников (ВИЧ-инфекция, ТБ и гепатит С), истории болезни и опыту лечения, а также по ОЗТ и нахождению в местах лишения свободы в прошлом и в настоящее время. Большинство участников имели опыт ОЗТ (n=26), но только два человека продолжали лечение в момент проведения интервью. Опыт лечения ВИЧ-инфекции и ТБ (профилактическое лечение или лечение активного ТБ) имели 11 участников; у всех лечение проводилось одновременно. Другие участники имели опыт либо одновременного лечения гепатита С и ВИЧ-инфекции (n=2), либо только ВИЧ-инфекции (n=7), либо только ТБ (n=1). Два участника были ВИЧ-инфицированными и никогда не получали лечения. У 17 респондентов был гепатит С, и они тоже никогда не получали лечения. Все участники, у которых был диагностирован

латентный или активный ТБ (n=15), получали лечение. Для данного анализа мы включили информацию только по респондентам с ВИЧ-инфекцией и/или ТБ (n=25).

Таблица 1: Статус участников интервью и опыт прохождения лечения

Псевдоним	Возраст	ВИЧ		ТБ		Гепатит С		ОЗТ	Тюремное заключение (когда-либо)
		Статус	Лечение	История	Лечение*	История	Лечение		
Мигель	37	Положительный	В настоящее время	Активный в настоящее время	В настоящее время	Нет	-	Нет	Да
Иесуальдо	-	Отрицательный	-	Активный в настоящее время	В настоящее время	Да	В прошлом	Нет	-
Америко	43	Отрицательный	-	Латентный в настоящее время	В настоящее время	Да	Нет	В прошлом	-
Хелдер	44	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	В прошлом	В настоящее время	-
Гиацинт	37	Положительный	Нет	Активный в настоящее время	В настоящее время	Да	В прошлом	В прошлом	-
Иорге	52	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	Нет	-	В настоящее время	Да
Фатима	43	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	Да	Нет	В настоящее время	-
Эдгар	40	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	-
Марио	39	Положительный	В настоящее время	Латентный в настоящее время	В настоящее время	Да	В настоящее время	В настоящее время	Да
Мария	35	Положительный	В настоящее время	Активный в настоящее время	В настоящее время	Да	Нет	В настоящее время	-
Жоэл	43	Положительный	В настоящее время	Активный в настоящее время	В настоящее время	Да	Нет	В настоящее время	Да
Альберто	40	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	Да
Иероним	49	Отрицательный	-	Нет	-	Нет	-	В настоящее время	-
Нано	32	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	Да
Амилкар	45	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	*	*	Нет	-
Иво	39	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	В настоящее время	В настоящее время	-
Иустин	42	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	-
Рикардо	40	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	Да	Нет	В настоящее время	Да
Сара	36	Положительный	Нет	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	-
Жулиано	40	Отрицательный	-	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	-
Андрэ	43	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Нет	-	В настоящее время	Да
Марсио	34	Положительный	В настоящее время	Активный в настоящее время	В настоящее время	Нет	-	Нет	Да
Жувенал	42	Отрицательный	-	Нет	-	Да	В настоящее время	В настоящее время	-
Оскар	46	Отрицательный	-	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	Да
Иеремия	35	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	Да	Нет	В настоящее время	-

Рафаэль	31	Отрицательный	-	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	Да
Марсело	40	Отрицательный	-	Латентный в прошлом	В прошлом	Да	В прошлом	В настоящее время	Да
Фабио	40	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	-
Жулиан	35	Положительный	В настоящее время	Активный в прошлом	В прошлом	Да	Нет	В настоящее время	Да
Патрисия	42	Положительный	В настоящее время	Нет	-	Да	Нет	В настоящее время	Да

* Профилактическое лечение или лечение активного ТБ

Результаты

1. Наркозависимость, ТБ, ВИЧ-инфекция и гепатит С: система предоставления услуг в Португалии

В Португалии помощь при ТБ и наркотической зависимости предоставляется через специальные программы, имеющие собственную администрацию, финансирование и персонал, в то время как помощь при ВИЧ-инфекции и гепатите С – только на базе больниц. Координируемая ИНН и министерством здравоохранения сеть бесплатных социальных служб, предлагающих ОЗТ и лечение других видов зависимости, как правило, осуществляет свою деятельность через амбулаторные центры по лечению наркотической зависимости (НЦ). Автономные пульмонологические диагностические центры (ПДЦ) предоставляют услуги по скринингу, диагностике, профилактике (ПЛИ) и лечению (ДОТС) ТБ в рамках национальных программ по борьбе с ТБ [43]. Специализированная помощь при ВИЧ-инфекции и гепатите С предоставляется в амбулаторных отделениях на базе больниц, а препараты для лечения распределяются через больничные аптеки. ПОИШ и маломасштабные программы по ОЗТ действуют через общинные аптеки и мобильные аутрич-бригады, связанные с НЦ. Аутрич-бригады, деятельность которых охватывает социально обездоленных и наиболее уязвимых ЛУИН, также предлагают услуги по психосоциальной поддержке и обеспечивают связь с другими лечебно-профилактическими и вспомогательными службами. Связь между помощью при ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатите С и наркотической зависимости осуществляется через объединенные интегрированные программы скрининга с использованием механизмов направления и информационного обеспечения, направленных на предоставление лечения в одном месте, и путем сотрудничества между ПДЦ, амбулаторными отделениями больниц по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции и гепатите С, НЦ и аутрич-программами.

Службы по оказанию помощи при наркотической зависимости: ОЗТ, тестирование на ВИЧ и направление для получения помощи в связи с ТБ/ВИЧ

Начиная с 1987 г., ОЗТ широко доступна в публичных НЦ (ранее известных как Центры по лечению наркозависимости). Междисциплинарная бригада врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников разрабатывает ориентированные на клиента программы помощи. На первом этапе предоставление ОЗТ сопровождается ежедневным контролем, но впоследствии дозы, которые клиент получает «на руки» для приема в домашних условиях, могут возрастать до «недельных», то есть контроль и выдача происходят один раз в неделю (хотя это зависит от оценки состояния каждого конкретного клиента). ОЗТ может также предоставляться в других учреждениях, – например, в больницах (больничных палатах), местах лишения свободы (тюрьмах), в центрах по оказанию первичной медико-санитарной помощи, ПДЦ, районных аптеках, а также через мобильные аутрич-бригады (под наблюдением НЦ), – но при отсутствии формального протокола такая возможность определяется местными инициативами.

Краткосрочное лечение синдрома абстиненции под медицинским наблюдением доступно в общественных и частных учреждениях амбулаторного типа, в которых

проводится детоксикация, а долгосрочная помощь, основанная на воздержании, – через терапевтические сообщества [62]. Данные услуги обычно предоставляются по направлению НЦ. Частные центры получают субсидии и обслуживают клиентов бесплатно, придерживаясь принципов лечения, установленных ИНН. В дневных стационарах для наиболее уязвимых ЛУИН, лишенных или не имеющих достаточной семейной поддержки, проводятся трудовые, образовательные и учебные мероприятия, а ежедневное предоставление ОЗТ происходит под обязательным наблюдением.

Все центры готовы предложить скрининг на ВИЧ-инфекцию, ТБ и гепатит С каждому новому клиенту, а затем действовать в соответствии с клинической оценкой, хотя национальных письменных протоколов не существует. Начиная с 2007 г., экспресс-тестирование на месте доступно в НЦ в рамках программы «Klotho» [35, 63]. Хотя скрининг на гепатит С назначается на месте, клиенты должны выбрать частную лабораторию (которая имеет контракт с Национальной службой здравоохранения), в которой будут проходить тестирование. Для скрининга на ТБ клиенты получают письменное направление, и их просят обратиться в ПДЦ до того, как они вернутся в НЦ с результатами тестирования. Пациенты, поступающие на курс детоксикации или терапии, также проходят скрининг на ВИЧ-инфекцию и ВГС (кровь берут на месте и отсылают в частную лабораторию), и сопровождаются до ближайшего ПДЦ для прохождения скрининга на ТБ. Клиенты с положительными результатами тестирования на ВИЧ-инфекцию и ВГС направляются для получения помощи в амбулаторные отделения на базе больниц, а с положительными результатами скрининга на ТБ – в местный ПДЦ. При сотрудничестве с ПДЦ и ВИЧ-клиниками АРТ и лечение ТБ может проводиться в НЦ и в центрах детоксикации/терапевтических сообществах, хотя данный подход не является официально принятым, и его использование зависит от усилий персонала по разработке индивидуальных стратегий помощи.

Противотуберкулезные службы: возможность предоставления ДОТС и ОЗТ в одном месте

ПДЦ проводят скрининг на ТБ и профилактическое лечение, а также ДОТС при активной форме заболевания [59]. Скрининг включает выяснение симптомов (повышенная температура, ночная потливость, кашель, потеря веса и утомляемость в анамнезе), туберкулиновую кожную пробу (ТКП) и рентгенографию грудной клетки для исключения активной формы ТБ. Решение о предоставлении ПЛИ клиентам с латентным ТБ основывается на результатах оценки риска развития активной формы заболевания, ожидаемой приверженности лечению и имеющихся сопутствующих заболеваниях [64]. ДОТС предоставляется на дому, под наблюдением медсестры или, в течение первых двух недель инфекционного периода, когда пациентам необходимо носить защитные маски, – в стационаре. После того, как риск передачи заболевания исключен, лечением начинает заниматься ПДЦ, где пациенты находятся под наблюдением медсестер. Персонал ПДЦ укомплектован с учетом местного бремени ТБ. Клиенты могут обращаться в ПДЦ либо по собственной инициативе, либо по направлению НЦ, аутрич-бригад и других медико-санитарных или социальных служб. Клиенты, страдающие наркотической зависимостью, направляются в НЦ под наблюдение аутрич-бригады и, если необходимо, им предлагают одновременно пройти ДОТС и ОЗТ. Кроме того, с

2009 г. ПДЦ оказывают услуги по экспресс-тестированию на ВИЧ и, в случае, положительного результата, направляют клиентов в амбулаторные отделения больниц для получения соответствующей медицинской помощи.

Тестирование на ВИЧ

Экспресс-тестирование на ВИЧ предлагают в обычном порядке НЦ, аутрич-бригады и ПДЦ, но оно также доступно в больницах и социальных центрах по предоставлению первичной медико-санитарной помощи (по направлению врача общей практики) или в частной лаборатории, на контрактной основе сотрудничающей с Национальной службой здравоохранения. Бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ также доступно в аккредитованных диагностических центрах (один такой центр обязательно есть в каждом районе). При положительном результате тестирования клиенты направляются в частную аккредитованную лабораторию для подтверждения результата, а при положительном результате подтверждающего теста – в клинику по лечению ВИЧ-инфекции.

Помощь при ВИЧ-инфекции и гепатите С в службах при больнице

Помощь при ВИЧ-инфекции и гепатите С предоставляется в амбулаторных отделениях при больницах. АРТ широко доступна с 1987 г., и ее рекомендуется начинать, когда число клеток CD4 становится ниже 350/мм³ [63]. Отпуск препаратов производится ежемесячно через больничные аптеки и сопровождается консультациями специалистов по лечению ВИЧ-инфекции (3–6 консультаций в месяц) (из интервью с ЛУИН и поставщиками услуг). Препараты для лечения гепатита С также отпускаются в больничных аптеках, и обычно пациенты принимают их дома. Всем новым клиентам клиник по лечению ВИЧ-инфекции предлагают при включении в программу и наличии потенциальных рисков заражения в анамнезе пройти «на месте» скрининг на ТБ (ТКП, рентген и другие визуальные/микробиологические диагностические исследования, если необходимо). Лица с латентным или активным ТБ направляются в местные ПДЦ для назначения ПЛИ или противотуберкулезного лечения. Клиентов, начавших лечение ТБ в стационаре, после выписки направляют в ПДЦ.

ПОИШ, ОЗТ и пилотные программы скрининга на ВИЧ/ДОТС на базе аптек

В 1993 г. Национальный координационный центр по ВИЧ/СПИДу и Национальная ассоциация аптек начали внедрение ПОИШ на базе аптек. В настоящее время в реализации этой программы участвует чуть меньше половины (n=1360) всех аптек Португалии [65]. Кроме того, начиная с 1998 г., некоторые аптеки, расположенные в микрорайонах, стали предлагать прием метадона под наблюдением работника аптеки для клиентов НЦ (в 2001 г. был добавлен налтрексон, в 2004 г. – бупренорфин), чтобы свести к минимуму нарушения привычного ритма жизни клиентов и повысить их приверженность лечению [66]. В аптеках клиентам не предоставляется скрининг на ВИЧ-инфекцию, ТБ или гепатит С, но часто, хотя и неофициально, им советуют для прохождения тестирования обратиться в НЦ или ПДЦ. Пилотный проект в Гайе по привлечению аптек микрорайонов к предоставлению ДОТС не получил поддержки из-за давления со стороны национального объединения медсестер, требующих оставить услуги по лечению в

медицинских учреждениях [67]. Результаты пилотного исследования экспресс-тестирования на ВИЧ в аптеках, проведенного в Южной Португалии, пока недоступны [68].

ПОИШ, ОЗТ и комбинированное лечение ВИЧ/ТБ на базе аутрич

С начала своего появления национальные ПОИШ расширились за счет включения финансируемых государством и НПО мобильных аутрич-бригад [69], известных на местах, как «уличные бригады», которые от обмена «один (новый шприц) на один (использованный)» [69] перешли к распространению наборов по снижению вреда, которые включали не только стерильные шприцы, но и другой инструментарий для менее опасных инъекций, а также презервативы [69]. Начиная с 2007 г., было распространено около 13 миллионов таких наборов. Бригады аутрич-работников проводят экспресс-тесты на ВИЧ и направляют клиентов для прохождения скрининга на ТБ и ВГС, вакцинации, получения информации по вопросам профилактики и психологической поддержки. Некоторые аутрич-бригады также контролируют получение ОЗТ и лечение ВИЧ-инфекции и ТБ в сообществе, поддерживая тесные контакты с НЦ и лечебными службами. Использование общих протоколов национальными службами здравоохранения, НПО, социальными и частными службами облегчает для социальных служб процессы распределения продовольственной помощи, предоставления жилья и финансовой поддержки.

Службы здравоохранения в тюрьмах: ОЗТ, скрининг на месте и направление для прохождения лечения

По прибытии в исправительное учреждение все вновь поступившие осужденные проходят скрининг на ВИЧ, ТБ и гепатит С. В случае необходимости, их направляют в гражданские лечебные центры (в сопровождении тюремной охраны). Лекарственные препараты отпускаются в больничных аптеках и ПДЦ, но их прием осуществляется по месту нахождения (заключения) пациента, под обязательным наблюдением надзирателя. В 2006 г. в национальном плане действий по предупреждению передачи инфекционных заболеваний в исправительных учреждениях обеспечение доступа к презервативам, ПОИШ и ОЗТ было признано приоритетным направлением работы [70]. Во всех тюрьмах ОЗТ предлагается на месте [71]. В 2007 г. в двух тюрьмах стартовал пилотный проект ПОИШ, и заключенные получили возможность обращаться за стерильным инъекционным оборудованием в тюремную службу здравоохранения. Однако до настоящего времени никто из них этой услугой не воспользовался. Некоторые утверждают, что данный факт свидетельствует о том, что заключенные не используют инъекционные наркотики. Однако следует учитывать, что отсутствие гарантированной анонимности и страх последующих санкций могут служить серьезным основанием в пользу отказа от обращений за стерильным инструментарием, и, в данной связи, необходимо продолжать изучать новые стратегии реализации ПОИШ в исправительных учреждениях [70, 72].

За последнее десятилетие употребление наркотиков и частота использования инъекционных наркотиков в тюрьмах Португалии значительно снизились: с 2001 по 2007 г. доля заключенных, сообщивших об употреблении наркотиков в тюрьме, уменьшилась с 47 до 36%, а доля тех, кто использовал инъекции, – с 11 до 3% [73]. Для одного респондента, временно перешедшего от инъекций к курению

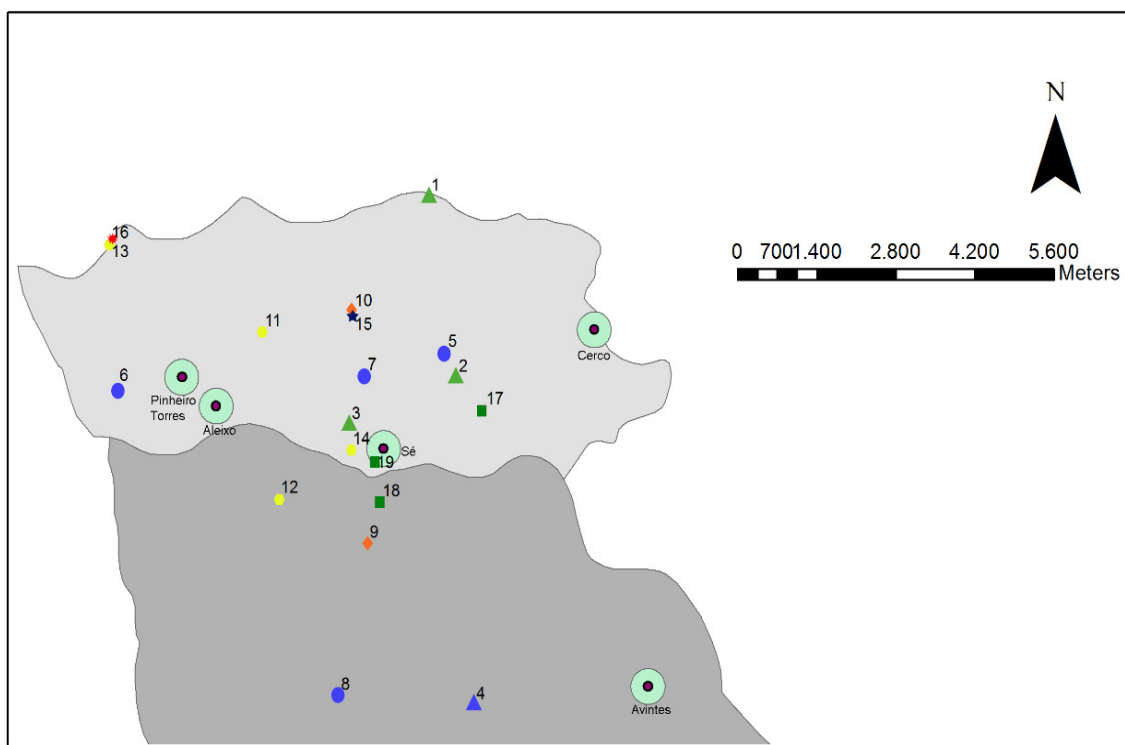
наркотиков, когда он находился в тюрьме, эта была стратегия, позволившая избежать совместного использования игл и шприцев, свидетелем чего он являлся 12 лет назад: «В тюрьме один шприц использовали примерно 10-15 человек. Пока он совсем не начал рассыпаться...Я предпочел перейти на курение» (Марсио).

2. Система предоставления лечения в Порту и Гайе

В Порту и Гайе находятся четыре НЦ, два ПДЦ, один центр тестирования на ВИЧ и четыре больницы, предоставляющие помощь при ВИЧ-инфекции и гепатите С (рис. 1). Несколько мобильных аутрич-бригад обеспечивают ПОИШ и ОЗТ рядом с основными местами употребления наркотиков, скрининг и направление на лечение, а также психосоциальную поддержку. Кроме того, ряд НПО координирует работу групп поддержки для ЛУИН. Не имеющим безопасного пристанища ЛУИН центр «Каса Вила Нова» предоставляет места в приютах, но с обязательным условием прохождения скрининга на ВИЧ и ТБ и началом ОЗТ. Сотрудничество с НЦ и аутрич-бригадами позволяет контролировать ОЗТ на месте, исключая необходимость ежедневного посещения НЦ (из интервью с поставщиками услуг и ЛУИН).

Рисунок 1: Карта расположения служб, предоставляющих помощь в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и лечением наркотической зависимости в Порту и Гайе*

On the figure on the right Метры





Text under the figure (translator’s note).

Больницы 1 - Больница Сан-Жоао 2 - Больница Жоакима Урбану (включая Объединенный лечебный центр) 3 - Больница Сан-Антонио 4 - Больничный центр «Вила Нова де Гайя» Лечебные бригады/НЦ: 5 - Восточная 6 - Западная 7 - Седофейта 8 - Вила Нова Гайя Пульмонологический диагностический центр (ПДЦ) 9 и 10	Аутрич-бригады 11 – ARRIMO 12 – GIRUGaia 13 – Rotas con Vida 14 – Aqui & Agora ЦКД 15 – Центры по консультированию и ранней диагностике ВИЧ/СПИДа Приюты 16 – Каса Вила Нова НПО 17 – AMI 18 – Abraço 19 – “A comunidade contra a Sida”	Город: Порту (237 559 жителей) Вила Нова де Гайя (302 092 жителя) Места, где происходит употребление наркотиков
--	--	--

*Только городские районы; центры лечебно-профилактической помощи и аптеки не обозначены.

Модели интегрированного предоставления услуг: лечение наркозависимости, помощь при ВИЧ-инфекции и ТБ

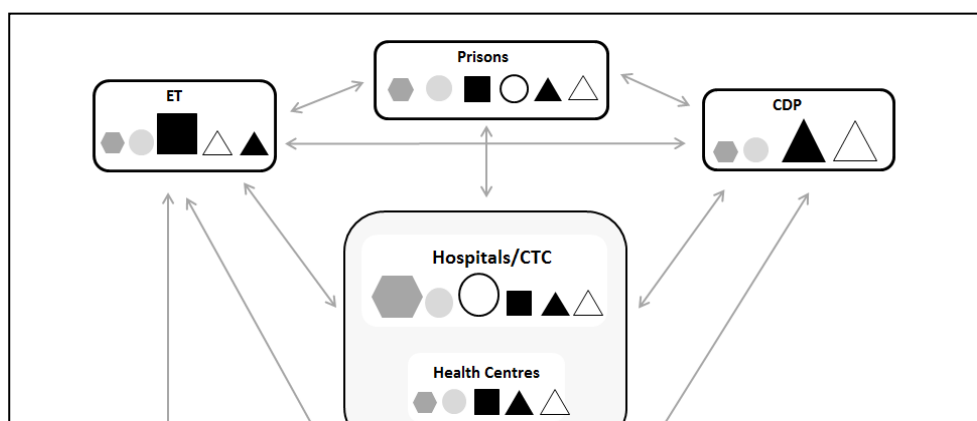
Оценка выявила две отличающихся друг от друга модели интегрированных услуг по лечению наркозависимости и предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции и ТБ. Специально созданный для этой цели Объединенный лечебный центр (ОЛЦ) при больнице Жоакима Урбану предоставляет интегрированную амбулаторную помощь при ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатите С и наркозависимости (“комбинированная модель”) [74] (рис. 1 и 2). ОЛЦ был основан в 1998 г. для решения проблемы низкой приверженности лечению среди ЛЖВ, получающих одновременно ОЗТ, и добился в этом направлении больших успехов. Клиенты ежедневно получают ОЗТ, АРТ и лечение ТБ под непосредственным наблюдением междисциплинарной команды специалистов, использующих единые протоколы по оказанию комбинированной помощи. В эту команду специалистов входят инфекционисты, психиатры, психологи, социальные работники, медсестры и общественные посредники по урегулированию споров и конфликтных ситуаций («social mediators»).

«Комбинированная» модель позволяет предоставлять интегрированные услуги с момента начала лечения в одном и том же месте. Лечение гепатита С происходит там же, в отличие, например, от принятой в других центрах практики приема препаратов на дому (информация, полученная из интервью с сотрудниками больницы Жоакима Урбану и ИНН). Лечение на дому предоставляется аутрич-бригадами только для тех пациентов, которые физически не могут присутствовать на консультациях в центре. Стимулы, используемые для поощрения приверженности лечению, включают: оплату проезда (проездные билеты), ежедневный легкий ланч, доступ к средствам получения информации и возможности для проведения досуга (компьютеры, интернет, материалы для чтения, участие в спортивных мероприятиях). Данная модель требует ежедневных посещений ОЛЦ. Клиенты, у которых происходит снижение вирусной нагрузки и, вместе с тем, наблюдается высокая приверженность лечению и стабильное поведение, могут быть переведены из ОЛЦ в амбулаторные ВИЧ-сервисные службы при больницах, где им будут выдаваться препараты для АРТ из расчета на один месяц (для тех, кто состоит на лечении наркозависимости, ОЗТ предоставляется ежедневно или еженедельно в НЦ, для людей с активным ТБ – ДОТС в ПДЦ). Однако подобная схема на практике используется редко (информация из интервью с поставщиком услуг).

Вторая, условно определяемая как «совместная» модель, представляет собой менее формализованный, но более распространенный, ориентированный на клиента подход, суть которого заключается в том, что несколько существующих программ здравоохранения работают в непосредственном взаимодействии с целью обеспечить предоставление лечения в одном, удобном для пациента месте. Этот подход опирается на неформальные системы направления, когда аутрич-бригады часто являются посредниками между несколькими медицинскими службами. Хотя помощь при ВИЧ-инфекции, ТБ, гепатите С и наркозависимости обычно оказывают отдельные службы (рис. 2), сотрудничество между ПДЦ, ВИЧ/ВГС-сервисными службами, НЦ, аутрич-бригадами, приютами и клиентами позволяет обеспечить индивидуальное предоставление лечения в каком-либо одном лечебно-профилактическом или общинном учреждении или на дому. «У нас [в ПДЦ] было 6 пациентов в дневном стационаре, один – в центре здоровья, 10 получали лечение на дому, и 5 пациентов обычно выбирали, где для них удобнее получать лечение. У нас [в этот момент] не было ни одного пациента, который бы лечился под наблюдением уличных [аутрич] бригад; мы сейчас не делаем этого, но могли бы.» (сотрудник ПДЦ)

С момента реализации данной модели ПДЦ наблюдают расширение охвата скринингом на ТБ, повышение приверженности лечению и улучшение показателей эффективности лечения.

Рисунок 2. Лечение ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости в Порту: службы и схемы направления



Under the figure (translator's note) ОЛЦ = Объединенный лечебный центр; ЦКД = Центр консультирования и ранней диагностики ВИЧ/СПИДа; ПДЦ = Пульмонологический диагностический центр; НЦ = Наркологический центр; АРТ = Антиретровирусная терапия

НЦ	Тюрьмы		ПДЦ
	Больницы/ОЛЦ Центры лечебно-профилактической помощи		
Аптеки	Бригады аутрич		ЦКД по ВИЧ/СПИДу
АРТ (ВИЧ)	Опиоидная заместительная терапия	Лечение ТБ	Скрининг на ТБ
Тестирование на ВИЧ	Программа обмена игл и шприцев		Лечение гепатита С

Размер символа указывает на относительный объем данной деятельности в службе каждого типа.

Программа «GiruGaia», поддерживаемая НПО и осуществляющая свою деятельность в сотрудничестве с НЦ, ВИЧ-клиниками и ПДЦ, также предлагает комбинированные лечебные программы, ежедневное контролируемое предоставление метадона, лечение ВИЧ-инфекции и ТБ по месту жительства. В рамках этой программы обслуживаются активные и бывшие ЛУИН, практически лишенные социальной поддержки, но нуждающиеся в значительной социальной помощи, и ЛУИН, которые сталкиваются с трудностями соблюдения режима ОЗТ (из интервью с сотрудником аутрич-бригады).

3. Доступ к услугам по тестированию и лечению и их востребованность

Использование услуг по лечению наркотической зависимости

За последние годы показатели употребления инъекционных наркотиков в Португалии значительно снизились. В период 2000–2005 гг. расчетное число ЛУИН уменьшилось более чем вдвое (с 32 287 до примерно 14 5000) [37]. Данная тенденция нашла отражение в интервью с ЛУИН и экспертами («*Наблюдаются кардинальные изменения в отношении к способу употребления [наркотиков]. Теперь это, в основном, курение*» [из интервью с поставщиком услуг]) и в информации НЦ по использованию услуг. В 2010 г. около 50% новых клиентов (3120/6233) обратились за помощью в связи с употреблением наркотиков, из которых только 7% сообщили об инъекциях в течение последнего месяца (по сравнению с 36% в 2000 г.) [57]. В перечне употребляемых психоактивных веществ чаще всего назывался героин (или другой опиат) (44%), затем следовали алкоголь (30%), марихуана (13%) и кокаин (11%). В целом, в 2010 г. по всей стране обратились в НЦ 37 983 человека, из них 40% – в районе Порту. В основном, клиенты обращались в НЦ самостоятельно – 41%; 21% – по направлению других учреждений здравоохранения; 18% – по направлению социальных служб или служб уголовного

правосудия. В 2010 г. 85% клиентов получили первую консультацию в течение двух недель после своего обращения [57]. На протяжении последних двух лет обращаемость в публичные лечебно-профилактические учреждения оставалась практически неизменной: в 2010 г. она составила 124 клиента, то есть 84% занятости койко-мест (по сравнению с 82% в 2009 г.) [57]. За тот же период обращаемость в отделения детоксикации уменьшилась на 10%. Лечение в 2010 г. в четырех отделениях детоксикации получили 1489 пациентов [57].

ВИЧ, ТБ и ВГС: скрининг, использование услуг и результаты

Хотя национальные данные эпиднадзора не отражают частоту инфекционных заболеваний среди ЛУИН, результаты скрининга, полученные в службах по лечению наркотической зависимости и в ПДЦ, позволяют оценить распространенность ВИЧ-инфекции, ТБ и гепатита С в этой популяции (хотя часто эти данные не стратифицированы по истории употребления наркотиков). Между 2007 и 2008 гг. почти 3/4 (74%) новых клиентов НЦ не знали о своем ВИЧ-статусе, – по сравнению с 1/5 (21%) уже состоявших на лечении [35]. В результате обеспечения целевого экспресс-тестирования на ВИЧ в НЦ была зарегистрирована высокая частота скрининга среди новых и уже находящихся на лечении клиентов-ЛУИН (табл. 2) [57]. Исходные данные оказались недоступны, но сообщаемый охват скринингом был равно высоким среди клиентов стационарных отделений детоксикации и терапевтических сообществ (табл. 2) [75].

Доля «реактивных» экспресс-тестов среди ЛУИН оказалась почти вдвое больше среди новых клиентов НЦ, чем среди уже состоящих на лечении, хотя обращаемость за проведением подтверждающего теста была низкой (табл. 2). За подтверждающим тестом обратилась половина прошедших экспресс-тестирование, и почти у всех результаты были положительными. Это свидетельствует, с одной стороны, о том, что уровень «реактивности» является хорошим индикатором реальной распространенности, с другой – о том, что 50% тестов остаются неподтвержденными. В 2010 г. у 10% клиентов «GiruGaia», включенных в программу комбинированного лечения на базе аутрич, результаты подтверждающего теста были положительными, но этот показатель может быть заниженным из-за отказа проходить подтверждающее тестирование в стационаре (информация из интервью с поставщиком услуг). Уровень распространенности ВИЧ-инфекции был самым высоким среди клиентов, проходивших лечение от наркозависимости в стационаре, хотя не сообщалось, относились ли эти данные непосредственно к тем, у кого ранее был отрицательный или неизвестный ВИЧ-статус.

Таблица 2. Скрининг на ВИЧ в учреждениях, предоставляющих услуги по лечению наркотической зависимости в Португалии

Учреждение	Год	Популяция	Прошедшие скрининг	Метод тестирования на ВИЧ	ВИЧ-положительные
НЦ (программа «Klotho»)*	2009	6456 постоянных клиентов (ЛУИН)	87% (5609)	Экспресс-тест + подтверждающий тест с образцом крови	1,4% реактивных [†]
		1149 новых клиентов (ЛУИН)	85% (977)		3% реактивных [†]
Отделения детоксикации	2010	2424 потребителей услуг	92%	Тест с образцом крови	11% [‡] [75]
Терапевтические сообщества	2010	4499 потребителей услуг	87%	Тест с образцом крови	12% [‡] [75]

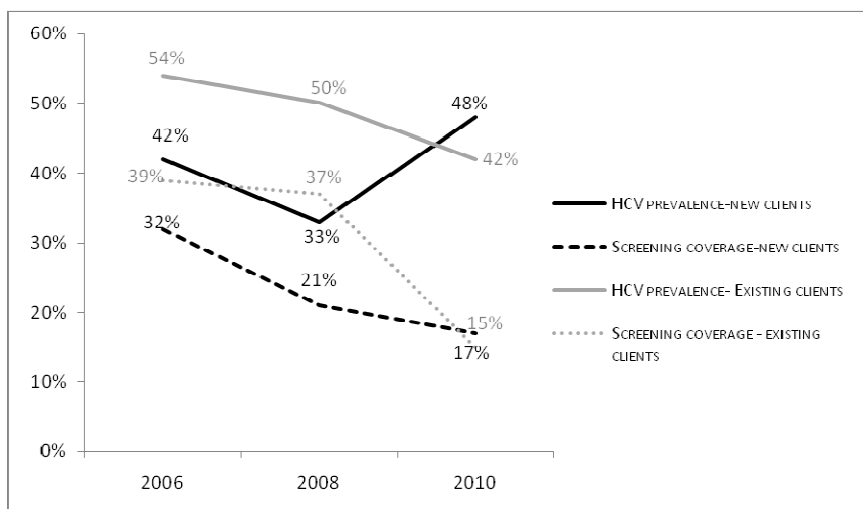
*Клиенты с неизвестным ВИЧ-статусом/с отрицательным результатом ранее

[†]0,5% и 1,2% подтвержденных результатов (новые и уже наблюдающиеся клиенты). Почти у всех прошедших подтверждающий тест результаты были положительными, следовательно, показатель распространенности, скорее всего, близок к показателю “реактивности”; [‡] Исходные данные недоступны

В 2009 г. национальные программы по борьбе с ТБ сообщили о 587 случаях активного ТБ среди лиц, потребляющих наркотики (94% подтверждены), что составляет 17% случаев, выявленных на национальном уровне. В этом же году распространенность МЛУ- и ШЛУ-ТБ вдвое превысила национальные показатели: 2,3% случаев ТБ среди ЛУИН относились к МЛУ-ТБ, из которых случаи ШЛУ-ТБ составили 61%. Почти все потребители наркотиков с подтвержденным ТБ не знали своего ВИЧ-статуса, но больше половины (57%) были инфицированы ВИЧ [76]. Не было аналогичных данных относительно скрининга на ТБ или знания своего ТБ-статуса для клиентов ВИЧ-сервисных служб. В 2010 г. зарегистрированная распространенность ТБ составила от 1,3 до 1,5% (среди уже наблюдавшихся и среди обратившихся впервые клиентов) [57], хотя данные не были стратифицированы по типу ТБ (латентный/активный) или опыту употребления наркотиков, и охват скринингом был низкий (6%; 1793 из 29 539 уже состоящих под наблюдением и 540 из 8444 впервые обратившихся клиентов). Не было доступных данных о доле клиентов НЦ, направленных в ПДЦ для прохождения скрининга и воспользовавшихся этими направлениями. Охват скринингом на ТБ в учреждениях стационарного лечения составил 98% – в отделениях детоксикации и 93% – в терапевтических сообществах, хотя данных о результатах тестирования нет. Информация по скринингу в отношении ЛУИН доступна только из публикаций ПДЦ в Гае. Между 2005 и 2007 гг., после совместных мероприятий по улучшению выявления и лечения случаев ТБ у ЛУИН путем сочетанного использования активного скрининга и пассивного направления был выявлен латентный и активный ТБ соответственно у 19% (96/495) и 12% (59/495) ЛУИН, наблюдавшихся в ПДЦ. Во время проведения этой оценки у одного из клиентов «GiruGaia» подозревали активный ТБ, и он ждал подтверждения, а другой получал ПЛИ.

Результаты «выборочного» скрининга на ВГС (предлагался лица, употребляющим наркотики из группы риска заражения гепатитом С) позволили рассчитать распространенность гепатита С среди клиентов НЦ, хотя данные не были стратифицированы по истории употребления инъекционных наркотиков [57, 60, 77]. За последние 4 года зарегистрированная распространенность среди уже наблюдавшихся клиентов НЦ снизилась примерно на 20%, хотя четкой тенденции относительно новых клиентов выявлено не было (рис. 3) . Сообщенная частота скрининга также значительно уменьшилась (что частично было связано с переходом на электронную систему сбора информации), и это затруднило оценку точности полученных данных. Охват тестированием на ВГС был выше в стационарных учреждениях по лечению наркозависимости (95% и 89%, соответственно, в 2010 г.) [57], хотя данные о распространенности не сообщались.

Рисунок 3: Тенденции в распространенности ВГС среди клиентов НЦ¹ в Португалии (2006-2010 гг.)



¹Включая, но не ограничиваясь ЛУИН

Translation on the figure

Распространенность ВИЧ – новые клиенты

Охват скринингом – новые клиенты

Распространенность ВГС – состоявшие под наблюдением клиенты

Охват скринингом – состоявшие под наблюдением клиенты

Использование услуг и результаты лечения

К концу 2010 г. 21 110 клиентов НЦ были включены в программу ОЗТ, из них 77% получали метадон (n=16287), 23% – бупренорфин (n=4823) [57]. Приблизительно 4847 клиентов в этом же году перестали получать метадон. Большая часть из них – 43% (2089) – это сделала по собственному желанию; 14% (n=683) – по решению врачей; и была еще небольшая доля клиентов, исключенных из программы (82; 1,7%). Чуть меньше половины зарегистрированных аптек (226/498) предоставляли ОЗТ, контролируя прием метадона у 714 клиентов – по сравнению с 579 в 2008 г. В 2009 г. 8,3% клиентов (n=202) вышли из программы по разрешению врачей после снижения дозы [58, 66]. В этом же году были включены в программу ОЗТ 472 человека, находящихся в местах лишения свободы (увеличение на 24% по сравнению с прошлым годом и самый высокий показатель использования за последнее десятилетие) [75]. В 2010 г. 60 из 75-80 клиентов, которых обслуживали аутрич-бригады программы «GiruGaia», получали метадон по месту жительства.

В 2009 г. в Португалии 5357 ЛУИН получали помощь в связи с ВИЧ-инфекцией в амбулаторных отделениях больниц, из них 33% – в регионе Порту. Но не исключено, что в данном случае произошла значительная недооценка, так как сведения были получены только из половины больниц. На национальном уровне и в регионе Порту ЛУИН составили примерно 1/3 от всех пациентов, получавших помощь при ВИЧ-инфекции (34% и 35% соответственно) [63]. Среди клиентов служб по лечению наркозависимости, которые заразились ВИЧ-инфекцией при

употреблении инъекционных наркотиков, 23-69% получали АРТ. Самый низкий показатель был зарегистрирован у новых клиентов НЦ. Самый высокий – у клиентов дневных стационаров (исходные данные недоступны) [78]. В 2010 г. 182 клиента НЦ по всей Португалии (включая, но не ограничиваясь ЛУИН) получали АРТ в НЦ [57].

В 2009 г. в Португалии 3/4 (440/587) потребителей наркотиков с активным ТБ завершили ДОТС. Продолжали получать лечение 4% (n=23), 8% (n=46) прервали лечение, 4% (n=23) оказались потеряны для последующего наблюдения, 9% (n=53) умерли. На национальном уровне в 2010 г. 105 клиентов получали и ОЗТ, и ДОТС [57]. Единственные доступные данные о приверженности лечению, завершению лечения и связанной с ТБ смертности среди потребителей наркотиков были опубликованы ПДЦ в Гайе [43]. Между 2001 и 2003 гг. среди потребителей наркотиков были выявлены 82 случая активного ТБ, из них более трети (35%; 29) не завершили ДОТС, 18% (n=15) умерли [43]. Для улучшения выявления случаев ТБ и доступа к помощи был предпринята совместная инициатива, способствующая направлению клиентов в ПДЦ для прохождения скрининга на ТБ. В ней приняли участие больницы, департамент здравоохранения, НЦ, приюты для бездомных и аутрич-бригады. По сравнению с периодом, предшествующим этому вмешательству, число ЛУИН, прошедших скрининг на ТБ, увеличилось почти в 4 раза (с 125 до 465) и улучшились результаты лечения. Более того, снизились доля не соблюдающих режим лечения – с 48% (n=39) до 24% (n=14), и показатель смертности – с 18% до 14% [43].

Следует отметить, что ни на национальном, ни на региональном уровнях не было доступной информации о численности ЛУИН, получающих лечение гепатита С, и о неудовлетворенных потребностях в лечении, а данные о распространенности не были разделены на хронические случаи и случаи спонтанного выздоровления.

4. Роль интегрированной помощи при наркозависимости, ТБ и ВИЧ-инфекции в обеспечении доступа к службам

Какую модель – «комбинированную» или «совместную» – предпочитает клиент для получения интегрированных лечебных услуг, зависело от того, насколько близко располагались службы, а также от желания получать помощь в медицинском учреждении или по месту жительства/на дому. Высоко оценивались клиентами качество помощи в ОЛЦ, заинтересованность и коммуникативные навыки персонала (*«Я не думал, что когда-нибудь в нашей стране найду что-то подобное. Я думаю, они чрезвычайно преданы своему делу. Они знают, как разговаривать с нами»* (Хасинто)). Однако тем, кто больше не употреблял наркотики или не получал ОЗТ, быть окруженными молодыми активными потребителями оказалось эмоционально тяжело, так как это напоминало им ситуацию, в которой они когда-то находились, и это делает ОЛЦ непривлекательным местом для получения помощи: *«Я видел там [в ОЛЦ] много людей, которые получают метадон, видел, как они просто разваливаются на части /.../ мне тяжело видеть этих людей, эту молодежь, поскольку я уже прошел через все это /.../. Я стал пропускать посещения и тогда /.../ я пошел в больницу [Сантос-Силва] /.../ здесь вы все-таки не увидите таких страданий, как там»* (Мигель).

С другой стороны, «совместная» модель менее бюрократизирована, способствует более оперативному доступу и позволяет получать лечение дома или рядом с домом, которое обеспечивают аутрич-бригады. Предоставление интегрированной помощи, особенно с использованием последней модели, определяется 4 факторами: характером и масштабом распространенности совместных сетей и общих протоколов; центральной ролью аутрич-бригад; обеспечением непрерывности ОЗТ; гибким подходом к месту предоставления лечения.

Совместные сети и общие протоколы

Кооперации между дисциплинами, организациями и индивидуальными поставщиками услуг было отведено центральное место в предоставлении эффективной помощи при ТБ и эффективной интегрированной помощи при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости. Подготовка по смежным специальностям и ежемесячные встречи персонала ПДЦ, сотрудников аутрич-бригад и сотрудников НЦ способствовали взаимопониманию относительно практической работы служб, а также потребностей их клиентов. Связь между центрами и понимание практических аспектов систем направления и их потенциала – ключ к предоставлению лечения в одном месте:

«Сотрудничество с ПДЦ очень тесное /.../. "Какие у вас дела на завтра? Вы будете очень заняты? Могу я направить к вам пациента, который, как мне кажется, нуждается в обследовании /.../. Пациент принимает эту дозу [метадона] /.../, потому что мы снабжает метадоном ПДЦ /.../. Не могли бы Вы, коллега, дать ему завтра эту дозу, чтобы он мог не приезжать за ней сюда, и тогда ему придется ехать только в одно место?» (Работник НЦ)

Надлежащему функционированию официальной системы направлений между клиниками по лечению ВИЧ-инфекции и другими лечебными центрами препятствовали бюрократические процедуры, недостаточная осведомленность персонала о существовании служб, куда можно направить пациентов, и отсутствие общих протоколов. С другой стороны, неформальные профессиональные связи между коллегами из противотуберкулезных и ВИЧ-сервисных служб, помогали обеспечить гибкий график посещений, что оказалось особенно важным для того, чтобы аутрич-бригада могла доставить клиента в службы: *«Д-р Р., [она] превосходный работник, она всегда готова помочь, когда что-то требует срочного решения /.../. И еще, в больнице Сантос-Силва д-р М. /.../ она вот уже несколько лет проводит с нами по две консультации в неделю, которые специально предназначены для клиентов "GiruGaia", и это отлично. Можем мы прийти или нет, мы всегда знаем, что эти два часа за нами.» (из интервью с сотрудником аутрич-бригады)*

Таким образом, своевременно организованные направление и помощь в огромной степени зависят от личных усилий работников и их стремления действовать совместно с коллегами в других службах, предоставляющих лечение и поддержку.

Ключевая роль аутрич-бригад

Признание возможностей аутрич-бригад в содействии быстрому, активному направлению в ПДЦ без необходимости предоставления документов пациента, стало стимулом для установления регулярной связи между службами и отхода от предоставления лечения только в каком-то одном фиксированном месте. Наличие у аутрич-бригад потенциала для осуществления контроля над проведением комбинированного лечения в учреждениях по месту жительства в сотрудничестве с НЦ, ПДЦ и клиниками по лечению ВИЧ-инфекции играло ключевую роль в укреплении приверженности лечению и обращении за последующими консультациями:

«Они до сих пор дают мне метадон и таблетки [препараты для АРТ]. И они говорят мне, когда я должен идти к врачу в больницу Сантос-Силва. Я принимаю все мои препараты под их наблюдением, потому что, если бы не они, были дни, когда я не мог принимать таблетки, а с их помощью я это делаю.» (Жозэл)

Аутрич-бригады – важное звено в предоставлении социальной и лечебной помощи, особенно тем ЛУИН, которые лишены поддержки сетей. Расположение этих служб в сообществе, минимальные требования к документации и, как в случае программы «GiruGaia», возможность немедленного обеспечения минимальной дозы метадона до консультации психиатра, ускоряет доступ к ОЗТ, а также к скринингу и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией и ТБ. Аутрич-бригады оказывают очень важную помощь в нахождении нескольких служб, предлагающих лечение, особенно тем, у кого жизненная ситуация отличается нестабильностью, или тем, кто продолжает употреблять наркотики. Сопровождение клиентов в учреждения для получения услуг, как на начальном этапе включения в программу, так и в случаях, когда требуется неотложная помощь, является крайне важной поддержкой для тех, кто испытывает финансовые затруднения или не способен получить помощь самостоятельно:

«Мне было очень плохо, я умирал, я держался из последних сил, и тогда уличная бригада, которая здесь раздает шприцы и еду /.../ они подобрали меня, потому что у меня не было сил самому добраться до больницы /.../ они сначала повезли меня в больницу Сан-Антонио, я там остался, они сразу же надели на меня маску.» (Рикардо)

Таким образом, аутрич-бригады играют центральную роль не только в выявлении случая, обеспечении доступа к лечению и включении в программу, но и в предоставлении постоянной поддержки наиболее социально обездоленным ЛУИН.

Бесперебойное предоставление ОЗТ

Еще в самом начале освоения опыта предоставления комбинированной помощи установление соответствующей дозы метадона и графиков комбинированного лечения ВИЧ/ТБ потребовало серьезного экспериментирования с участием нескольких поставщиков услуг. При неудаче синдром абстиненции делает продолжение лечения ВИЧ/ТБ невозможным. Лечение возобновляется, как

правило, только после госпитализации, когда состояние пациента оценивается, как критическое:

«Я прекратила, когда моих защитников [CD4] осталось всего 14. Д-р М. сказал: “Вообще не понимаю, как ты держишься на ногах”. /.../ лекарства от туберкулеза снижают действие метадона, и эта ужасная ломка /.../. Мне стало плохо, когда он первый раз сказал мне это. “Нет, я не буду ничего принимать” /.../. Он отправил меня в больницу, и [только] тогда я начала принимать все лекарства [АРТ и ДОТС], как положено.» (Мария)

Вероятность пережить такое состояние вызывала особое беспокойство у помещенных в больницу клиентов. Они боялись «ломки», которая могла произойти из-за трудностей, как им представлялось, связанных с обеспечением лечения метадонем или из-за взаимодействия метадона с препаратами для лечения ВИЧ-инфекции или ТБ. Однако в последние годы налаженные связи между НЦ, персоналом, проводящим лечение, и аутрич-бригадами, облегчили мониторинг взаимодействия лекарственных препаратов, а также соответствующий подбор препаратов для ОЗТ. Оба эти фактора играли решающую роль в привлечении ЛУИН к одновременному получению помощи при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости.

Гибкость в выборе места предоставления лечения

Возможность получать лекарства на дому была одним из определяющих факторов для принятия решения об одновременном прохождении нескольких курсов терапии. Хотя доставка препаратов домой облегчала соблюдение режима лечения, клиенты, которые должны были получать препараты ежедневно, были расстроены: они чувствовали, что им не доверяют, отказывая в праве принимать препараты самостоятельно. В то же время, возможность обратиться в лечебный центр, расположенный рядом с домом или местом работы, или перейти в более удобно расположенную службу повышала посещаемость противотуберкулезных и ВИЧ-сервисных служб, свидетельствуя об актуальности географически гибкой системы предоставления лечения и интеграции услуг. Совмещенная в одном месте или близко расположенных местах помощь с использованием «комбинированной» или «совместной» модели получила высокую оценку. Возможность получать одновременно ДОТС и ОЗТ на дому была важной для соблюдения режима лечения обездвиженными или физически ослабленными клиентами:

«Они приносят мне препараты [для лечения ТБ] домой. Если бы мне надо было приходить сюда, я бы не делала этого, мне пришлось бы ехать на двух видах транспорта или выйти у Ратуши. А потом идти сюда пешком. Даже сейчас я недостаточно хорошо себя чувствую, хотя набрала уже 9 кг /.../. Она [медсестра] приносит лекарства от туберкулеза и метадон /.../. Я редко приходила сюда, чтобы их получить /.../. Я уже пропустила 3 или 4 [дня]. Я приходила, когда понимала, что мне необходимо прийти, или когда чувствовала себя хорошо.» (Мария)

Предоставление АРТ в ПДЦ или НЦ было более «спорадическим» (из интервью с поставщиком услуг), и лечение часто продолжалось в отдельных центрах, хотя при ежемесячном отпуске препаратов для АРТ исключалась необходимость ежедневного посещения клиник по лечению ВИЧ-инфекции.

5. Другие факторы, влияющие на обращение в службы по лечению наркозависимости, ТБ и ВИЧ-инфекции

На охват интегрированной помощью оказывал влияние ряд факторов, относящихся к доступности услуг в целом: уровень развития социальных сетей и аутрич-поддержка; признание автономии клиента; взаимоотношения между пациентом и поставщиком услуг; сроки предоставления тестирования и лечения; информированность клиентов по вопросам лечения; наличие широкой социальной помощи. Все эти факторы играют ключевую роль в формировании доступа к лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости.

Поддержка со стороны социальных сетей

Информация о том, где и как найти возможности для получения помощи, которая предоставляется в НЦ, часто исходила из семейного окружения или общинных сетей. Знакомство с теми, кто работает в системе здравоохранения или в социальных службах, позволяло преодолеть бюрократические проволочки и скорее получить доступ к помощи:

«Моя знакомая /.../ я встретил ее на улице /.../ она посмотрела на меня и испугалась /.../ "Что с тобой?". Я сказал что-то типа: "Да я уже был в больнице Сан-Антонио, они ничего мне не говорят, и я не знаю, что мне делать?" И тогда она сказала: "Сделай одолжение, когда будешь там, в Сан-Антонио, позвони Селии! Сделай это, назови ей мое имя три раза /.../ ты увидишь, что они направят тебя в больницу Жоакима Урбану.» (Иеремия)

Практическая и моральная поддержка друзей и родственников была важным стимулом для обращения за медицинской помощью при ВИЧ-инфекции и ТБ, хотя из-за нежелания посещать медицинские учреждения это часто происходило, когда состояние пациентов достигало критической точки:

«Я был дома уже 3 месяца, у меня был очень сильный кашель и температура /.../. Девушка, с которой я жил, она сказала: "Послушай, Мигель, поезжай в больницу". А я сказал: "Я не хочу в больницу, мне там не нравится" /.../ Я взял машину брата /.../ поехал в больницу и меня сразу же госпитализировали /.../. Врач сказал, что я болен туберкулезом /.../, и если бы так продолжалось еще неделю, я мог бы умереть.» (Мигель)

Однако семья поддерживает далеко не всех. Для некоторых кульминацией длительного приема препаратов или раскрытия ВИЧ-статуса становится изгнание из семейного дома, отчуждение родителей, братьев, сестер, а иногда и детей. Недостаток сетевой поддержки также может приводить к появлению ощущения изолированности и фатальности всего происходящего, в конечном счете, оставляя уязвимым и физически ослабленным людям единственную возможность – полагаться на собственные силы:

«Я уже месяц или около того не принимал лекарства [АРТ] /.../ потому что у меня были проблемы в семье, и я просто сходил с ума и решил, что не буду ничего принимать, умру, так умру, но потом я подумал, нет, дайте мне возможность продолжать.» (Мигель)

Жизненно важная роль поддержки, которую обеспечивают сети в отношении обращения за помощью и приверженности лечению, и последствия ее отсутствия указывают на большое значение как социальных, так и лечебных вмешательств для привлечения ЛУИН к получению ими помощи при ВИЧ-инфекции и ТБ.

Индивидуальность и автономия клиента

Хотя друзья и родственники иногда поддерживают клиента при первом обращении за помощью, решение начать ОЗТ в значительной степени рассматривается, как вопрос личной ответственности клиента за свои действия, требующий его собственного желания принять изменения (*«Метадон везде /.../. Но только ты не на метадоне, если ты этого не хочешь, потому что это очень легко»* (Сара)).

Обращение в службы только для того, чтобы порадовать партнеров, родственников или коллег, часто заканчивалось неудачей или было кратковременным, но те немногие, кто «выздоровел» без лечения, гордились собственными достижениями (*«Я сделал это. Я шарахнул головой об стену – и все.»* (Хасинто)).

Обращение за услугами в связи с ВИЧ-инфекцией, ТБ и гепатитом С характеризовалось различной степенью автономии клиента и участием в этом поставщика услуг. Некоторые ЛУИН, особенно активные потребители наркотиков, которым было трудно придерживаться определенного режима, указывали на то, как важно, чтобы кто-то «напомнил» им о необходимости посетить службу:

«У меня есть сестра, которая, поверьте, для меня больше, чем мать. Но вы поймите, этого недостаточно /.../. У меня должен быть кто-то, ну, кто-то такой, [кто мог бы сказать]: «...ты должен пойти на прием». /.../ даже если я должен это сделать, но самому, нет, я не пойду! Я не сделаю этого! Не то что у меня нет воли, – я могу сделать! Просто в один прекрасный день начинается ломка /.../ вы снова катитесь вниз и снова беретесь за старое.» (Андре)

Другие подчеркивали роль личной ответственности и самопомощи, даже при наличии поддерживающих аутрич-служб (*«Я никогда не ходил один, всегда в сопровождении людей, которые хотели сделать что-то хорошее для меня. Но /.../ это только, если я сам хочу измениться, никто другой не может изменить меня.»* (Рикардо)), что совпадало с мнением поставщиков услуг о необходимости признания автономии клиентов. Переговоры между ЛУИН и поставщиками услуг происходили по-разному. Скрининг был обязательным для поступления в приют и включения в аутрич-программу комбинированного лечения, проводимую «GiruGaia». В НЦ, для того чтобы убедить клиентов пройти скрининг, нужно было предоставить им достаточную информацию о его важности, хотя для клиентов – активных потребителей наркотиков, как правило, избежать ломки было важнее, чем удовлетворить менее срочную потребность в медицинской и социальной помощи:

«Это тоже была двухлетняя борьба, но мы сумели убедить всех пациентов пройти тестирование на все инфекции здесь, когда они включались в программу /.../ перед началом любого лечения, это было условием, на выполнении которого мы настаивали. Мы “настаивали” – я имею в виду, что мы просили людей сотрудничать с нами, и мы объясняли, как это важно /.../, чтобы тесты были сделаны и важно для них - быть с нами заодно, они приняли это /.../ и, в конечном итоге, продолжают принимать это хорошо.» (сотрудник НЦ)

Как правило, поставщики услуг в интервью подчеркивали, что следует также привлекать тех клиентов, которые пропускают назначения, но не отказываются от него, хотя в больнице Жоакима Урбану при регулярно повторяющихся пропусках клиентов могут предупредить о прекращении лечения ВИЧ-инфекции и необходимости искать помощь в другом учреждении (из интервью с сотрудником больницы Жоакима Урбану). В случае ДОТС обсуждение «стратегии соблюдения режима лечения» между пациентами и персоналом, в том числе выяснение, где в общине может находиться клиент, если он не появляется на приеме, облегчало последующее совместное наблюдение.

Тема индивидуального характера помощи и тщательных переговоров между клиентами и поставщиками услуг проходила «красной нитью» в рассказах потребителей и поставщиков услуг. Однако тема более широкого привлечения потребителя услуг к организации, планированию и предоставлению услуг не обсуждалась.

Отношения между пациентом и поставщиком: помощь и ощущение стигмы

Отношения между ЛУИН и поставщиком услуг, которого ЛУИН рассматривали, как «своего доктора» (обычно врача-практика в специализированном лечебном центре и/или кого-то, с кем он или она были связаны семейными отношениями), было в службах главным. Это позволяло клиентам увеличить собственную самооценку (особенно в случаях, когда отсутствовали социальные сети), и обусловлено было тем, насколько поставщик услуг акцентировал внимание на признании их индивидуальных потребностей и обстоятельств жизни. Ощущение клиента, что его знают и относятся к нему, как к равному, помогало ему «почувствовать себя своим» в специализированных лечебных центрах:

«После стольких лет, когда мы приходим туда, люди узнают меня. [Они говорят]: “Привет! Как дела? все нормально?” /.../. Это мелочи /.../ вы понимаете? Они не смотрят на нас, как на больных людей /.../. Они лечат нас, как людей /.../. За воротами центра у них есть своя жизнь, свои друзья, это так, но они смотрят на нас так же, как мы смотрим на них. Не существует дистанции.» (Джасинто)

Тем не менее, несмотря на прогресс, достигнутый за последние годы в этой области, продолжает вызывать беспокойство дискриминация, которая, в целом, имеет место в учреждениях здравоохранения, и которой боятся клиенты. Хотя у респондентов сложились благожелательные отношения с врачами в ВИЧ-сервисных службах при больницах («[В больнице Сантос-Силва] есть удивительный доктор, хотя она не делает больше того, что она может сделать» (Мигель)), поведение другого

персонала в этих службах, входящих в больницы общего профиля, оставляют у ЛЖВ ощущение стигмы («Там работают такие люди, это могут быть медсестры, которым, как мне кажется, противно прикасаться к нам /.../. Это дискриминация.» (Рикардо)). Аутрич-команды отмечали значительное улучшение в медицинском обслуживании их клиентов, если их направлял или сопровождал аутрич-работник. Однако этого не всегда было достаточно для преодоления страха, вызванного ощущениями стыда и стигмой. В одном случае это имело фатальные последствия:

«Не так давно /.../ молодой гей умер /.../ у него была терминальная стадия, и он умер, заявив, что у него вообще не было никогда никаких болезней /.../. Так почему это случилось? От него плохо пахло /.../, ему было стыдно идти в больницу, сколько раз уличная команда привозила его в больницу, он входил – и опять убежал, потому что люди будут смотреть на него и думать /.../, “какой запах”.»
(Рикардо)

Стремление искоренить дискриминацию в специализированных лечебных центрах сочетается с продолжающейся стигматизацией в службах здравоохранения широкого профиля, что указывает на важность повышения чувствительности рядовых сотрудников к нуждам и обстоятельствам ЛУИН. Несмотря на то, что в последние годы происходит укрепление сотрудничества с учреждениями, предлагающими медицинские услуги широкого профиля, была признана необходимость более активного участия врачей общей практики в ведении случаев ВИЧ-инфекции и ТБ, а также удовлетворении других потребностей ЛУИН в отношении здоровья.

Сроки предоставления тестирования и лечения

Потенциал и приемлемость служб

Сведения, полученные от ЛУИН с многолетним стажем употребления наркотиков, а также от поставщиков услуг, отражают колоссальные изменения, произошедшие за два прошедших десятилетия в доступе к услугам по лечению наркозависимости. Сначала в НЦ спрос значительно превышал предложение, что приводило к годичному листу ожидания и в некоторых случаях – к ночным очередям вокруг центров. Хотя процедура направлений между НЦ остается излишне бюрократизированной и клиент по-прежнему обязан приходить в свой центр за направлением для перевода в другую службу, в последние годы, благодаря совместным инвестициям в развитие служб и кадровые ресурсы, значительно сократилось время ожидания. Доступ к противотуберкулезным службам также улучшился, и в настоящее время помощь, как правило, предоставляется своевременно («Я приехал [в ПДЦ] в пятницу, выходные провел дома, в понедельник меня осмотрел врач, который занимается легкими, и во вторник я уже получил проездной билет на автобус, чтобы ездить туда каждый день.» (Жоэл)). Быстрому доступу к услугам также способствует то, что службы по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости имеют возможность предложить тестирование и лечение, не требуя удостоверения личности клиента:

«Не так давно к нам [в ПДЦ] пришел наркоман, который был бездомным и не имел при себе ни удостоверения личности, ни номера социального страхования, ничего,

но его осмотрели, сделали ему все анализы и начали лечение, а через некоторое время получили все его документы.» (сотрудник ПДЦ).

Однако ограниченные часы работы остаются барьером для обращения в службы за лечением и консультациями, особенно для тех, чей рабочий график не позволяет прийти в установленные часы:

«Второй раз, когда у меня был туберкулез, это случилось из-за того, что я перестала принимать антиретровирусные препараты. Я уверена, что если бы я не прекратила принимать лекарства, я бы не подхватила его. Это случилось летом /.../. Я могла прийти домой в 5 или 6 утра, чтобы пойти на прием, который она могла назначить на 8 или 9. Иногда я не могла встать, засыпала и не шла.» (Мария)

Для получения первой консультации в связи с ВИЧ-инфекцией по направлению из НЦ или центра первичной медико-санитарной помощи мог потребоваться месяц, хотя и пользователи, и поставщики услуг считали это приемлемым временем ожидания. Отсрочка начала лечения гепатита С была значительно больше, что отчасти было связано с требованием воздержаться от употребления психоактивных веществ в период предоставления терапии (серьезное препятствие для аутрич-клиентов, многие из которых принадлежат к числу активных потребителей наркотиков).

Упущенные возможности для тестирования на ВИЧ

Хотя обычно тестирование на ВИЧ проводится быстро, полученные сведения свидетельствуют об упущенных возможностях ранней постановки диагноза. Некоторые ЛУИН, имеющие многолетний стаж приема наркотиков, впервые прошли тестирование на ВИЧ и узнали диагноз, только оказавшись в местах лишения свободы. С одной стороны, это свидетельствует об эффективности скрининга в условиях исправительных учреждений, но, с другой – высвечивает потенциальные пробелы в рутинном скрининге в рамках более широкой системы здравоохранения. Для тех немногих респондентов, которые обращались за тестированием на ВИЧ в учреждения первичной медико-санитарной помощи, доступ затруднялся затянувшимся процессом направления и их опасениями по поводу возможного отсутствия ОЗТ. Недостаток диагностических наборов наблюдался очень редко, но такие случаи ограничивали возможности предложения тестирования на ВИЧ в НЦ, в результате чего поставщики услуг были разочарованы и обеспокоены возникающим у клиентов чувством дискриминации:

«Однажды я попал в сложнейшую ситуацию, я думаю, это совершенно недопустимо, не иметь наборов [для экспресс-тестов] для тестирования на ВИЧ /.../ это действительно заставило меня поволноваться /.../. Пациент практиковал рискованное поведение и захотел пройти тест, а у меня не было набора для теста /.../. Я был в ярости, я – тот сотрудник, с кем он общается, человек, к которому он пришел, кому он хотел излить душу, а у меня нет набора! /.../ вы чувствуете себя связанным по рукам и ногам /.../. Я обратился в комитет с просьбой никогда не допускать таких ситуаций в будущем.» (сотрудник НЦ)

Недавний перерыв в поставках «GiruGaia» наборов для тестирования на ВИЧ из ИНН временно ограничил возможности этой программы по проведению экспресс-тестирования, однако в этот период доступ к скринингу, а затем получение тест-систем в кредит были обеспечены благодаря сотрудничеству с местным ПДЦ (из интервью с аутрич-работником). Долгосрочным препятствием на пути получения тестирования было то, что, стараясь обеспечить в достаточной степени уединенные и гигиенически приемлемые условия, аутрич-бригады проводили тестирование в строго фиксированном месте.

Информированность в вопросах лечения

Информированность в отношении цели и важности лечения ВИЧ-инфекции и ТБ имела большое значение для пользователей услуг. Хотя ЛУИН начинали АРТ сразу же после совета врача, хорошее самочувствие и проблемы с осознанием диагноза, на фоне предшествующего этому отсутствия потребности в лечении могли быть причиной отсрочки начала лечения до момента, когда плохое самочувствие достигало критической точки:

«Когда они сказали мне, что это ВИЧ /.../, я спросил, а что такое ВИЧ? ВИЧ – это СПИД. Я хотел убить себя, я не принял этого /.../. У меня еще были защитники [CD4], мне не нужно было принимать лекарства, и я внушил себе, что не хочу этого, что я и так в порядке /.../. А в 2008 году мне действительно пришлось принимать лекарства, иначе я мог бы умереть.» (Рикардо)

Информация об относительных преимуществах комбинированного лечения ВИЧ-инфекции и ТБ могла способствовать его раннему началу, хотя убежденность, что употребление наркотиков делает АРТ «бессмысленной», может снижать востребованность услуг. Получение ДОТС (и в меньшей степени ПЛИ) широко рассматривалось, как обязательное и подкреплялось осознанием его превентивной роли, позволяющей защитить членов семьи и избежать длительного лечения в будущем:

«Мне пришлось принимать лекарства для профилактики. Это были пять таблеток, пять таблеток рифатера или чего-то другого, на пустой желудок, утром. Я от этого становился совершенно больным, но я должен был принимать их /.../ это так, видите ли, пока я принимал их, у меня не было проблемы заражения [ТБ] или развития туберкулеза. Но если бы я не принимал их, ничего могло и не случиться...[или] было бы намного хуже, мне пришлось бы лечиться дольше.» (Марсело)

Тем не менее, поставщики услуг отмечали трудности с обоснованием необходимости профилактического лечения для «здоровых» клиентов.

В отличие от ВИЧ-инфекции и ТБ, гепатит С характеризовался, как повсеместно распространенная, неотвратимая и «нормальная» болезнь, которая воспринималась, как либо не требующая лечения, либо как неизлечимая («Уж если он у вас есть, вы не можете ничего сделать!»). Отрицательные отзывы «товарищей по несчастью» о побочных эффектах лечения и необходимость воздержания от употребления психоактивных веществ часто приводили к отказу от лечения или его задержке, отражая проблемы, с которыми сталкивались аутрич-команды:

«Это не слишком серьезно, это то, чего обычно ждешь, и что рано или поздно подхватит тот, кто употребляет наркотики /.../. Слушая других людей, у которых он есть, и которые лечились, [лечение] немного болезненное, [у них] выпадали волосы /.../. Я боялся, физической слабости, рвоты, тошноты, изменения сна /.../, поэтому я всегда отказывался от лечения.» (Марсело)

Поставщики услуг подчеркивали необходимость возобновить усилия по лечению гепатита С среди ЛУИН, используя уже существующие системы помощи при ВИЧ-инфекции и ТБ, но также путем более тесной интеграции с НЦ и ОЛЦ, для которых необходимо разработать соответствующий общий протокол.

Рассмотрение потребностей в более широкой медицинской и социальной помощи

Сведения, полученные в интервью, подчеркивали актуальность рассмотрения более широких потребностей ЛУИН в медицинской и социальной помощи, что могло бы способствовать их приверженности лечению («Мы не можем ожидать, что пациент, которому нечего есть, будет соблюдать график приема препаратов /.../ также важно обеспечить другие виды социальной поддержки» (сотрудник больницы Сан-Жоао)). Обеспечение дополнительной помощи (например, стоматологической) было важной стратегией, которая использовалась для мотивации приверженности лечению при ТБ. Однако после «урезания» государственных средств на поддержку медицинских и социальных нужд аутрич-

бригады столкнулись с еще большими трудностями в обеспечении своих клиентов жильем, социальными пособиями и другими видами помощи:

«Стоматологическая помощь полностью исключена из списка, обеспечение жильем /.../ очень ограничено, и почти ни одна наша заявка не удовлетворяется сразу /.../ теперь у нас остались общежития или приют в Порту (Каса Вила Нова) /.../. Мы направляем их [клиентов] в некоторые бесплатные столовые, мы сами даем им какие-то продукты и это все /.../ финансовая помощь на лекарства, транспорт, жилье /.../ большая часть была урезана.» (сотрудник аутрич-бригады)

Все перечисленное свидетельствует о растущей уязвимости ЛУИН в этой обстановке и о том, насколько они зависят от поддержки наркологических служб и аутрич-бригад.

Обсуждение

Экспресс-оценка документально подтвердила существование двух моделей интегрированных услуг по оказанию помощи ЛУИН при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости. Первая – «комбинированная» модель – это интегрированное предоставление всех услуг в одном месте: в специально предназначенном для этого лечебном центре. Общий протокол ведения пациента и базирующаяся в одном месте бригада специалистов облегчали обеспечение многопрофильной помощи непосредственно с момента обращения в службу. Однако данный подход является ресурсоемким, ограничен местоположением центра и не предполагает предоставление в полном объеме помощи по месту проживания/на дому. Вторая – «совместная» модель – использует менее формализованный, ориентированный на клиента подход, при котором несколько уже существующих программ работают сообща для того, чтобы обеспечить одновременное предоставление курсов лечения в месте, удобном для пациента, при участии аутрич-бригад, часто выполняющих функцию посредников между службами. Эта модель открывает возможности быстрого доступа к услугам и легко адаптируется к обстоятельствам клиента. Однако она крайне зависима от тех многих служб, которые одновременно вовлечены в ее работу.

Общие факторы, которые способствуют интеграции, включают: сотрудничество, обучение смежным специальностям и ведение случая несколькими специалистами; создание неформальных профессиональных сетей и каналов связи для сведения к минимуму бюрократических проволочек и ускорения механизма направлений; легко адаптируемый, оперативный подход к процессу и месту предоставления лечения; бесперебойное предоставление ОЗТ с учетом ее взаимодействия с лечением ВИЧ/ТБ; ориентированная на клиента помощь с привлечением клиентов к разработке стратегий по улучшению приверженности лечению; потенциал аутрич-бригад по охвату маргинализированных ЛУИН и обеспечению навигации доступа к нескольким службам здравоохранения; обеспечение транспортом и продуктами питания; облегченный доступ к более широкой медицинской и социальной помощи. К основным нерешенным проблемам интеграции относятся: бюрократические, формализованные каналы направления; отсутствие письменных инструкций и общих протоколов по интегрированной помощи; плохая координация

действий по сбору данных между службами и в пределах служб, особенно в отношении индикаторов интеграции; угроза сокращения финансирования служб по лечению наркозависимости и аутрич-бригад; недостаток чувствительности у персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи к медицинским проблемам ЛУИН и его причастности к их решению.

Многие из перечисленных факторов нашли отражение в опыте пилотных программ по предоставлению интегрированной помощи при ВИЧ/ТБ для ЛУИН в Украине [79]. В Португалии декриминализация потребления наркотиков и широкий доступ к ОЗТ, а также более гибкие условия ее предоставления [79] способствуют устранению основных структурных ограничений и позволяют более широко исследовать интеграцию. Отсутствие фактов вмешательства полиции в проведение этой оценки контрастирует с опытом ЛУИН в Украине [79] и Российской Федерации [29], где преследования и аресты людей, получающих ОЗТ, являются основным препятствием для расширения доступа к услугам по лечению, а также для интеграции этих услуг. Различные условия требуют специфических подходов к интегрированной помощи для ЛУИН, адаптированных к местным системам здравоохранения и особенностям политической среды. Наша оценка документировала модель предоставления кооперативной помощи при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости через существующую вертикальную систему предоставления услуг, предлагая альтернативу подходу «одного окна» (предоставления всех услуг у одном месте), при котором в определенном контексте на системы здравоохранения ложится серьезная финансовая, материально-техническая, управленческая и кадровая нагрузка [80].

В Порту охват интегрированной помощью также определялся рядом факторов, связанных с доступностью услуг. Среди которых: наличие социальных сетей и аутрич-поддержки; признание автономии клиента; взаимоотношения между пациентом и поставщиком услуг; сроки предоставления тестирования и лечения; информированность клиента по вопросам лечения; доступность более широкой социальной помощи. Многими признается важность социальных аутрич-вмешательств для установления контакта с ЛУИН [81, 82]. Наша оценка демонстрирует ту ключевую роль, которую могут играть аутрич-бригады в облегчении доступа к помощи при ВИЧ/ТБ и к другой санитарно-медицинской помощи и ее интегрированному предоставлению, когда интеграция услуг в одном учреждении невозможна или не является оптимальной. Роль социальной поддержки в стимулировании обращения за помощью также указывает на область сетевых вмешательств в данных условиях. Показано, что взаимное обучение среди ЛУИН улучшает приверженность ПЛИ [83], снижает распространенность рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции [84], повышает уровень приверженности АРТ [85] и привлекает клиентов в программы лечения гепатита С в центрах предоставления многопрофильной помощи [86]. Ориентированный на клиента подход, признавая индивидуальность клиентов и вовлекая их в процесс принятия решений, связанных с лечением, вероятно, будет способствовать доверию к услугам и их востребованности и, в конечном счете, облегчит процесс интеграции. Вместе с тем, не вызывает сомнений и существующая потребность в более широкой вовлеченности клиентов в проектирование, планирование и предоставление услуг по снижению вреда, лечению наркозависимости и услуг при ВИЧ/ТБ с целью

поддержания и улучшения их качества и доступности. Этот подход весьма успешно применялся, в том числе, в Австралии [87]. Возможность, которую дает предоставление ДОТС в аптеках для привлечения ЛУИН к лечению в общине (идея успешно реализуется в Испании [88]), также заслуживает более пристального внимания в Португалии и в других странах.

Согласно проведенным интервью, ЛУИН не считали лечение гепатита С приоритетной задачей, что рассматривалось поставщиками услуг, как пробел в интегрированной помощи, на который следует вновь обратить внимание. Отношение к гепатиту С, как к «норме», страх побочных эффектов и требование обязательного воздержания от использования психоактивных веществ являются серьезными препятствиями для лечения, как это показано в других условиях [89]. Для улучшения доступа к лечению гепатита С среди ЛУИН все эти препятствия должны быть преодолены. Услуги ОЗТ, предоставляемые вместе с услугами по лечению гепатита С и коинфекции ВИЧ/ВГС, способствуют повышению уровня обращаемости и приверженности и улучшают результаты лечения [26, 27].

В Португалии ЛУИН составляют «многочисленное меньшинство» и значительную долю пациентов с ТБ. Хотя уровень МЛУ-ТБ в Португалии относительно низкий по сравнению с другими странами Европы [41], значительная доля случаев с исключительно высоким уровнем устойчивости среди случаев МЛУ-ТБ, как в популяции ЛУИН, так и в общей популяции [90], угрожает эффективности борьбы с ТБ и требует безотлагательных решений. Целевое тестирование на ВИЧ в центрах по лечению наркозависимости и усилия, предпринятые совместно с противотуберкулезными службами для интенсификации выявления случаев ТБ, увеличили охват скринингом среди ЛУИН [43], и подавляющее большинство ЛУИН с активным ТБ знали свой ВИЧ-статус. Сведения, полученные в интервью, указывали на то, что тестирование на ТБ является рутинной процедурой и широко используется клиентами центров по лечению наркозависимости. Вместе с тем, данные регистрационных журналов служб свидетельствовали об очень низком охвате, а данные по обращению по направлениям в противотуберкулезные службы для проведения тестирования вообще отсутствовали. Это несоответствие может отражать как недостатки сбора информации, так и существующие пробелы в интеграции услуг. Аналогичным образом, также была неполной информация относительно скрининга и лечения в службах, связанных с ВИЧ-инфекцией и гепатитом С на базе больниц, включая скрининг на ТБ среди пациентов с ВИЧ-инфекцией. Не вызывает сомнений потребность в усилении внимания к ТБ в службах по лечению наркозависимости и ВИЧ-службах, в совершенствовании механизмов обмена данными между службами и в расширенном эпиднадзоре за инфекционными болезнями среди ЛУИН для улучшения предоставления и мониторинга интегрированной помощи.

Ограничения исследования

Недостаток данных по скринингу и лечению, относящихся к ЛУИН, ограничил возможности количественной оценки интеграции услуг. Однако сам этот факт стал важным результатом оценки, которая привела к разработке рекомендации по улучшению сбора данных и обмену информацией между службами.

ЛУИН, которых мы интервьюировали, по возрасту, в среднем, были старше, чем

ЛУИН, обращавшиеся в службы по лечению наркозависимости. Все они были португальцами и белыми. Многие из них прекратили употребление инъекционных наркотиков. Все они контактировали с медицинскими службами или службами поддержки. Таким образом, данная выборка не отражает опыта более молодых и в настоящее время активных потребителей инъекционных наркотиков, которые не имели контакта со службами. Показатели употребления инъекционных наркотиков в Португалии значительно снизились в последние годы, но бывшие ЛУИН все еще получают лечение метадонем и нуждаются в лечении ВИЧ-инфекции и ТБ. Проведенное нами исследование позволило изучить опыт лечения ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости в этой когорте и изменения, которые происходят со временем. Набор респондентов через аутрич-службы позволил нам проинтервьюировать нескольких наиболее маргинализированных ЛУИН, нуждающихся в комплексной медицинской и социальной помощи.

Интервью с поставщиками услуг отражали разнообразие служб, согласившихся участвовать в экспресс-оценке. Респонденты, работающие в сотрудничестве с другими учреждениями, могли быть в большей степени заинтересованы в участии, но их сведения могли не отражать ситуации во всех подобных центрах в данном регионе и во всех остальных регионах Португалии. Однако целенаправленное включение экспертов, представляющих службы, использующие разные модели предоставления услуг и разные способы интеграции, позволило нам исследовать отличающиеся друг от друга модели предоставления услуг при ВИЧ-инфекции и ТБ в этой популяции.

Значение для практики и реализации

Разработка руководств по интеграции

В результате проведенной нами экспресс-оценки были выявлены две модели, которые могут служить основой для разработки руководств по интеграции услуг. В соответствии с первой, «комбинированной» моделью лечение ВИЧ-инфекции, ТБ и наркозависимости проводится в одном определенном центре. Вторая, «совместная» модель следует менее формализованному, ориентированному на клиента подходу, основанному на взаимодействии между многочисленными, уже существующими программами и неформальными сетями, и направленному на одновременное предоставление нескольких курсов терапии в месте, удобном для пациента, используя аутрич-команды, которые часто выполняют функции посредников между службами. При выборе более подходящего в каждом конкретном случае способа предоставления интегрированных услуг все преимущества и недостатки моделей необходимо рассматривать и обсуждать с ЛУИН. Разработка на основе полученного опыта местных, национальных и региональных руководств по надлежащей практике подтверждает важность использования ориентированных на определенные условия подходов, и, вероятно, увеличит согласованность и возможности предоставления интегрированной помощи в Португалии и в других странах. В руководстве должны быть отражены: актуальность межучрежденческого

сотрудничества и привлечения профессиональных сетей к разработке механизмов ускоренного доступа к интегрированным услугам; необходимость бесперебойного предоставления лечения при наркозависимости (ОЗТ), учитывающего взаимодействия с препаратами для лечения ВИЧ-инфекции и ТБ; важность ориентированного на клиента и признающего его автономию подхода; ключевая роль аутрич-программ в обеспечении доступа к большинству социально незащищенных ЛУИН.

Повышение уровня интеграции услуг в Порту

Расширение скрининга на ТБ и гепатит С

В Португалии, в результате включения экспресс-тестирования на ВИЧ (дополненного активным направлением) в перечень услуг центров по лечению наркозависимости были достигнуты высокие показатели по охвату скринингом среди ЛУИН. Развитие подобных инициатив в рамках сотрудничества между национальными структурами, ответственными за лечение наркозависимости и оказание помощи при ТБ и гепатите С, могло бы помочь расширить скрининг на ТБ и ВГС в службах лечения наркозависимости.

Совершенствование систем медицинской информации

Существует очевидная необходимость в совершенствовании систем медицинской информации в лечебных центрах и между ними (на местном и национальном уровнях) для мониторинга охвата скринингом и результатов лечения в связи с ВИЧ-инфекцией, гепатитом С и ТБ, а также мониторинга уровней интеграции между службами. Стандартизация сбора и регистрации данных и улучшение качества эпиднадзора за распространением инфекционных болезней среди ЛУИН могли бы упростить процесс обмена информацией между лечебными центрами и повысить их способность реагировать на потребности клиентов, связанные с ВИЧ-инфекцией, ТБ и другими, относящимися к здоровью проблемами.

Оптимизация механизмов направления

Экспресс-оценка позволила выявить примеры неофициальных каналов связи между лечебными службами и аутрич-бригадами, работающими с ЛУИН. Однако необходимость оформления направления в письменном виде и требование личного посещения НЦ для оформления направления в другой центр часто являются для клиентов серьезными препятствиями. Следует направить усилия на ослабление бюрократической волокиты и оптимизацию механизмов направления, что, в свою очередь, приведет к обеспечению эффективности услуг и своевременности предоставления помощи.

Помощь, ориентированная на клиента, и участие потребителя услуг

Результаты проведенной оценки являются иллюстрацией возможностей предоставления ЛУИН ориентированной на клиента помощи при условии признания их индивидуальных потребностей и жизненных обстоятельств. Гибкий подход к решению вопроса о праве забирать лекарства домой для тех, кто способен самостоятельно соблюдать режим лечения (или имеет необходимую для этого социальную поддержку), вероятно, будет укреплять доверие между клиентом и поставщиком услуг. Предоставление клиентам возможности участвовать в процессе

собственного лечения, вероятно, будет способствовать повышению уровня обращаемости в службы, но при условии, что ощущение сопричастности получат должные признание и оценку. Привлечение клиентов и представительных групп ЛУИН к разработке дизайна, оказанию и оценке услуг будет способствовать поддержанию и повышению их качества и доступности. Просвещение по принципу «равный-равному», касающееся симптомов ТБ и доступного лечения и основанное на устной информации о пользе профилактики и пользе для общественного здравоохранения, также может стимулировать обращение за помощью при ТБ в этой популяции.

Вновь сконцентрировать внимание на гепатите С

Ограниченный доступ к лечению гепатита С и низкий уровень востребованности этой услуги среди ЛУИН требуют принятия срочных мер. Для того чтобы определить, как улучшить востребованность, необходимо изменить мнение о неизбежности гепатита С и выраженных побочных эффектах лечения путем обсуждения этой темы при личном общении поставщика и клиента, а также посредством диалога между службами. Более тесная интеграция услуг по лечению гепатита С и услуг по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости, вероятно, может способствовать такому подходу, но потребует определенных финансовых и политических обязательств.

Преодоление стигмы и расширение участия служб первичной медико-санитарной помощи

Заслуживают рассмотрения возможности более широкого привлечения служб первичной медико-санитарной помощи к предоставлению услуг в связи с ВИЧ-инфекцией и ТБ при тесном взаимодействии со специализированными лечебными службами. В Португалии важную роль в предоставлении услуг по снижению вреда играют аптеки, которые могли бы на более официальной основе обеспечивать скрининг на ВИЧ-инфекцию и ТБ, а также ДОТС, но при условии, если будет достигнуто соглашение между соответствующими организациями. Ощущение клиентами стигмы в службах общего медицинского обслуживания и относительно положительное мнение клиентов, направленных аутрич-бригадой, указывает на необходимость и возможность специализированных служб работать совместно с первичными, вторичными и третичными медицинскими центрами для более адекватного понимания потребностей ЛУИН в медицинской помощи и реагирования на проблему дискриминации.

Обеспечение доступа к службам социальной помощи

Сотрудничество с социальными службами по вопросам обеспечения жильем и получения финансовой поддержки имеет решающее значение для проблемы предоставления ЛУИН лечения и доступа к более широкой помощи. Последствия сокращения государственного финансирования и урезание льгот и фондов для служб, оказывающих помощь ЛУИН, представители этой целевой группы уже ощутили на себе, и также это ощутили службы, предоставляющие им лечение и поддержку. Предложение закрыть единственный НЦ в Гойе вызывает озабоченность в отношении доступности и интеграции услуг в этом районе. Интегрированная помощь в значительной степени опирается на финансируемые НПО аутрич-программы, которые могут быть особенно чувствительны к

колебаниям в финансировании. Очень важно, чтобы все перечисленные проблемы обсуждались, и финансирование стратегий, разработанных для обеспечения доступа к помощи при ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости для людей, употребляющих наркотики и во всех смыслах социально незащищенных, не оказалось в Португалии под угрозой.

Заключение

Интеграция услуг по лечению ВИЧ-инфекции, ТБ и наркотической зависимости дает ЛУИН четко выраженные преимущества в отношении доступности и качества помощи. Широкий доступ к ОЗТ в специализированных лечебных и общинных учреждениях, привлечение команд, осуществляющих аутрич-работу, ориентированный на клиента подход и эффективное межучрежденческое сотрудничество – определяющие факторы предоставления эффективной комплексной помощи. Опыт Португалии получен в условиях, когда реализуется программа снижения вреда и декриминализовано личное потребление наркотиков. Помимо интеграции услуг по лечению, ключевыми для обеспечения доступа являются социальные вмешательства, включающие поддержку и формирование у клиента чувства собственного достоинства. Доступность, расширение масштаба и гибкое предоставление ОЗТ, взаимодействие с организациями гражданского общества, наличие потенциала, ресурсов и воли для организации межучрежденческого сотрудничества на местном и национальном уровнях существенным образом повлияют на возможности интеграции помощи в других местах.

Выражение признательности

Мы хотели бы поблагодарить всех участников интервью за то, что они поделились своим опытом; службы, участвующие в исследовании, за помощь в наборе респондентов и предоставленные данные; Mariana Oliveira и Manuel Bronze, а также Ana Martins за набор участников и проведение интервью; Catherine Shaw, Luísa Sousa, Mariana Oliveira, Manuel Bronze, Ana Martins, Márcia Pereira, José Carlos Godinho, Andressa Gadda, Felipa Robertson, Patricia Villar, Rodrigo Leitao и Sandra Gulyurtlu за расшифровку и перевод текста интервью; Susana Silva за поддержку групп, проводивших интервью, расшифровку и перевод, а также за комментарии к тематическим гайдам для интервью и докладу; Diogo Costa за картирование служб; Rachael Parker, Ana Fernanda Mota и Sérgio Silva за административную поддержку; консультативный комитет проекта за консультации по вопросам, связанным с дизайном исследования, анализом и сообщением данных; а также Европейское бюро ВОЗ и программы по здравоохранению Европейской комиссии за финансирование и регулирование процесса этой экспресс-оценки.

Библиография

1. Galea, S. and D. Vlahov, *Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration*. Public Health Reports, 2002. **117**(3): p. S135-S145.
2. Friedland, G., *Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS, 2010. **55 Suppl 1**: p. S37-42.
3. Mathers, B.M., et al., *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*. Lancet, 2008. **372**(9651): p. 1733-45.
4. Aceijas, C. and T. Rhodes, *Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users*. International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(5): p. 352-8.
5. Jones, L., et al., *Optimal provision of needle and syringe programmes for injecting drug users: A systematic review*. International Journal of Drug Policy, 2010. **21**(5): p. 335-42.
6. Palmateer, N., et al., *Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews*. Addiction, 2010. **105**(5): p. 844-59.
7. Wolfe, D., M.P. Carneri, and D. Shepard, *Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward*. Lancet, 2010. **376**(9738): p. 355-366.
8. Grenfell, P., et al., *Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature*. In press.
9. Deiss, R.G., T.C. Rodwell, and R.S. Garfein, *Tuberculosis and illicit drug use: review and update*. Clinical Infectious Diseases, 2009. **48**(1): p. 72-82.
10. Lonroth, K., et al., *Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants*. Soc Sci Med, 2009. **68**(12): p. 2240-6.
11. Selwyn, P.A., et al., *A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection*. New England Journal of Medicine, 1989. **320**(9): p. 545-50.
12. ВОЗ, *Протокол 4. Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ*, 2007, Всемирная организация здравоохранения: Женева.
13. Cayla, J.A., et al., *Tuberculosis treatment adherence and fatality in Spain*. Respiratory research, 2009. **10**: p. 121.
14. Horsburgh Jr, C.R., et al., *Latent TB infection treatment acceptance and completion in the United States and Canada*. Chest, 2010. **137**(2): p. 401-409.
15. Lucas, G.M., et al., *Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic*. Aids, 2002. **16**(5): p. 767-74.
16. Palepu, A., et al., *Impaired virologic response to highly active antiretroviral therapy associated with ongoing injection drug use*. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS, 2003. **32**(5): p. 522-6.
17. Gandhi, N.R., et al., *Multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis*. Lancet, 2010. **375**(9728): p. 1830-43.
18. Onozaki, I. and M. Raviglione, *Stopping tuberculosis in the 21st century: goals and strategies*. Respirology, 2010. **15**(1): p. 32-43.
19. WHO, *The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*, 2006: Geneva.
20. Sylla, L., et al., *Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services*. International Journal of Drug Policy, 2007. **18**(4): p. 306-12.
21. Havlir, D.V., et al., *Opportunities and challenges for HIV care in overlapping HIV and TB epidemics*. JAMA, 2008. **300**(4): p. 423-30.

22. Girardi, E., et al., *Impact of combination antiretroviral therapy on the risk of tuberculosis among persons with HIV infection*. *Aids*, 2000. **14**(13): p. 1985-91.
23. Mwinga, A., et al., *Twice weekly tuberculosis preventive therapy in HIV infection in Zambia*. *Aids*, 1998. **12**(18): p. 2447-57.
24. Badri, M., D. Wilson, and R. Wood, *Effect of highly active antiretroviral therapy on incidence of tuberculosis in South Africa: a cohort study*. *Lancet*, 2002. **359**(9323): p. 2059-64.
25. Friedland, G., A. Harries, and D. Coetzee, *Implementation issues in tuberculosis/HIV program collaboration and integration: 3 case studies*. *Journal of Infectious Diseases*, 2007. **196 Suppl 1**: p. S114-23.
26. Sambamoorthi, U., et al., *Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS*. *Drug & Alcohol Dependence*, 2000. **60**(1): p. 77-89.
27. Palepu, A., et al., *Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy*. *Drug & Alcohol Dependence*, 2006. **84**(2): p. 188-94.
28. Гельманова И.Е. и др., *Препятствия успешному лечению туберкулеза в Томске, РФ: отсутствие приверженности, прерывание лечения и развитие полирезистентных форм*. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения, 2007. **85**(9): 703-711.
29. Sarang, A., et al., *Delivery of Effective Tuberculosis Treatment to Drug Dependent HIV-positive Patients, 2011*, Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice.
30. ECDC/ВОЗ-Европа, *Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе 2010, 2011*, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний: Стокгольм.
31. ВОЗ, *Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2011, 2011*, Всемирная организация здравоохранения: Женева.
32. OSI, *Barriers to access: medication-assisted treatment and injection-driven HIV epidemics, 2008*, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute: New York.
33. Латыпов, А., А. Бидординова, А. Хачатрян, *Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество, в серии информационных документов IDPC по вопросам лечения наркотической зависимости № 12012*, Международный консорциум по наркополитике / Евразийская сеть снижения вреда.
34. International Harm Reduction Development Program., *Barriers to access: medication-assisted treatment and injection-driven HIV epidemics. 2008*, Open Society Institute: New York.
35. Medical School of University of Porto (FMUP), *Programme for Early Detection and Prevention of HIV/AIDS in Drug Users (Klotho) - Monitoring Report (2007-2008)*.
36. Greenwald, G., *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies, 2009*, CATO Institute: Washington DC, US.
37. Negreiros, J. and A. Magalhães, *Estimates of the Prevalence of Problem Drug Use - Portugal 2005, 2005*, Institute for Drugs and Addiction, I.P.
38. National Institutes of Health Dr. Ricardo Jorge (INSA), *HIV/AIDS: The Situation in Portugal - December 31, 2010, 2011*, Department of Infectious Diseases.
39. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Европейское региональное бюро ВОЗ. *Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе 2010*: Стокгольм.
40. National Association of Pharmacies (ANF). *Needle Exchange Program in Pharmacy (1993-2008)*.
41. Всемирная организация здравоохранения. *Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2011*: Женева.

42. National Programme to Fight Tuberculosis (PNT), *Point of the Epidemiological Situation and Performance*, 2011.
43. Duarte, R., et al., *Involving community partners in the management of tuberculosis among drug users*. Public Health, 2011. **125**: p. 60-2.
44. Sculier, D., H. Getahun, and C. Lienhardt, *Improving the prevention, diagnosis and treatment of TB among people living with HIV: the role of operational research*. J Int AIDS Soc, 2011. **14 Suppl 1**: p. S5.
45. Rhodes T, et al., *Rapid assessment, injecting drug use, and public health*. Lancet 1999. **354**(9172): p.65-8.
46. Manderson, L. and P. Aaby, *An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research*. Soc Sci Med, 1992. **35**(7): p. 839-50.
47. Rhodes, T., et al., *Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': implications for assessment and response*. AIDS, 1999. **13 Suppl A**: p. S259-69.
48. Rhodes, T., et al., *Rapid assessment, injecting drug use, and public health*. Lancet, 1999. **354**(9172): p. 65-8.
49. Labor Platform Against AIDS, *HIV Infection - A Resource Guide*, 2010, National Coordination for HIV/AIDS Infection.
50. ABRAÇO. Available in: www.abraco.org.pt/.
51. Anti Drugs. Available in: www.antidrogas.com.br.
52. Aqui & Agora. Available in: <http://www.saom.pt/index.aspx?page=11>
53. ARRIMO Project., Available in: www.filos.com.pt/uploads/arrimo-p2.pdf.
54. GIRUGAIA Project. Available in: www.apdes.pt/projects_girugaia.html.
55. Portuguese Foundation: The Community Against AIDS. Available in: <http://fpccsida.ccems.pt/>.
56. Rotas com Vida. Available in: http://www.nortevida.org/v1/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=5.
57. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *Activities Report 2010*
58. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA: New development, Trends and in-depth information on selected issues*, 2010.
59. General Direction of Health, *Treatment of Tuberculosis - Guidelines for National Programmes*, 2006.
60. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *Activities Report 2008*.
61. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *Activities Report 2009*.
62. Institute for Drugs and Addiction (IDT). Available in: www.idt.pt.
63. National Coordination for HIV/AIDS Infection. Available in: www.sida.pt/.
64. Duarte, R., et al., *Treatment of latent tuberculosis infection: Update of guidelines*, 2006. 2007. **13**(3): p. p.397-418.
65. Torre, C., R. Lucas, and H. Barros, *Syringe exchange in community pharmacies—The Portuguese experience*. International Journal of Drug Policy, 2010. **21** p. p.514–17.
66. National Association of Pharmacies (ANF), *2009 National Report - Therapeutic Programs Administration of Methadone, Buprenorphine and Naltrexone in Pharmacies*, 2010.
67. Nacional Association of Pharmacies (ANF). *National Health Plan 2011-2016. Contribution of the National Association of Pharmacies*. Available in: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/ANF.pdf>.
68. Regional Health Administration of Algarve, I.P. Available in: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/images/centrodocs/farmacias_algarve_projecto_testes_vih.pdf.
69. Program "Say no to a second-hand syringe" (1999-2009), National Coordination of HIV/AIDS Infection; National Association of Pharmacies; Ministry of Health.

70. Justice / Health Working Group, *National Action Plan in the Battle Against the Spread of Infectious Diseases in Prisons*, 2006.
71. General Management of Prison Health Services. Available in: www.dqsp.mj.pt.
72. WHO, *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons*, 2007, World Health Organization: Geneva.
73. Torres, A.C., et al., *Drugs and Prisons: Portugal 2001-2007*, 2009, Institute for Drugs and Addiction, I. P. .
74. Sarmiento-Castro, R., et al., *Tuberculosis in patients with AIDS. Complete treatment under direct observation*. Portuguese Journal of Pulmonology, 2001: p. 289.
75. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *Activities Report 2009 - The Situation of the Country on Drugs and Drug Addiction*.
76. National Programme to Fight Tuberculosis (PNT), *Point of the Epidemiological Situation and Performance*, 2010.
77. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *Activities Report 2006*.
78. Institute for Drugs and Addiction (IDT), *The Situation of the Country in Relation to Drugs and drug Addiction*. 2009.
79. Curtis, M., *Building Integrated Care Services for Injection Drug Users in Ukraine*, 2010: Geneva.
80. Friedland, G., A. Harries, and D. Coetzee, *Implementation issues in tuberculosis/HIV program collaboration and integration: 3 case studies*. J Infect Dis, 2007. **196 Suppl 1**: p. S114-23.
81. Friedland, G., *Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2010. **55 Suppl 1**: p. S37-42.
82. Craig, G.M., et al., *The impact of social factors on tuberculosis management*. Journal of Advanced Nursing, 2007. **58(5)**: p. 418-24.
83. Chaisson, R.E., et al., *A randomized, controlled trial of interventions to improve adherence to isoniazid therapy to prevent tuberculosis in injection drug users*. American Journal of Medicine, 2001. **110(8)**: p. 610-615.
84. Broadhead, R.S., et al., *Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention*. Public Health Rep, 1998. **113 Suppl 1**: p. 42-57.
85. Broadhead, R.S., et al., *Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study*. Soc Sci Med, 2002. **55(2)**: p. 235-46.
86. Grebely, J., et al., *Optimizing assessment and treatment for hepatitis C virus infection in illicit drug users: a novel model incorporating multidisciplinary care and peer support*. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2010. **22(3)**: p. 270-7.
87. Jürgens, R., *"Nothing About Us Without Us". Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative*, 2005, Canadian HIV/AIDS Legal Network: Toronto, Canada.
88. Juan, G., et al., *Directly observed treatment for tuberculosis in pharmacies compared with self-administered therapy in Spain*. International Journal of Tuberculosis & Lung Disease, 2006. **10(2)**: p. 215-21.
89. Treloar, C. and T. Rhodes, *The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis*. Qual Health Res, 2009. **19(9)**: p. 1321-34.
90. Perdigão, J., et al., *Tuberculosis drug-resistance in Lisbon, Portugal: a 6-year overview*. Clin Microbiol Infect, 2011. **17(9)**: p. 1397-402.