

Переосмислення надання ВІЛ-послуг: роль диференційованої допомоги від профілактики до супресії вірусу*

Anna Grimsrud¹, Helen Bygrave², Meg Doherty³, Peter Ehrenkranz⁴, Tom Ellman², Robert Ferris⁵, Nathan Ford^{3,6}, Bactrin Killingo⁷, Lynette Mabote⁸, Tara Mansell¹, Annette Reinisch⁹, Isaac Zulu¹⁰ та Linda-Gail Bekker^{1,6,11}

Автор для листування: Анна Grimsrud, Cnr Albion Springs & Main St, Rondebosch, Cape Town 7700, South Africa. Тел: +27 78 129 7304. (anna.grimsrud@iasociety.org)

Опубліковано 1 грудня 2016 р.

Copyright: © 2016 Grimsrud A et al; ліцензія Міжнародного товариства з питань СНІД. Це стаття відкритого доступу поширюється відповідно до умов Creative Commons Attribution 3.0 Unported (CC BY 3.0). Ліцензія (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>) дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення за умови правильного цитування оригінальної статті.

Нещодавно оновлені зведені керівні принципи Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо застосування антиретровірусної терапії (АРТ), що передбачають "лікування для всіх" відзначають зміну парадигми в лікуванні ВІЛ-інфекції: від визначення, кому потрібно призначати АРТ і коли її починати, до того, як забезпечити пацієнт-центрованою і високоякісною медичною допомогою всіх людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). В рамках цієї зміни новий документ включає рекомендації надання послуг, які ґрунтуються на "системі диференційованої допомоги" [1]. Проте, не дивлячись на зростання загальної уваги до диференційованої допомоги [2-4], поняття не є визначеним.

Існує широкий консенсус щодо того, що модель ВІЛ-послуг «один розмір підходить всім» сьогодні не спроможна забезпечити сталий доступ до АРТ та допоміжних послуг для 37 мільйонів ЛЖВ. Замість цього структури охорони здоров'я повинні будуть дбати про те, як прискорити початок АРТ і забезпечити утримання пацієнтів і супресію ВІЛ, що вимагає адаптації ВІЛ-послуг для

конкретних популяцій пацієнтів і типів середовища [5]. Раніше диференційована допомога розглядалася з позиції системи охорони здоров'я – акцентуючись на тому, які аспекти послуг є необхідними, як часто вони потрібні, де має надаватися допомога і хто її забезпечуватиме [6]. Але більше шансів на успіх має підхід до тестування на ВІЛ, лікування та догляду, який розрізняє групи клієнтів (широко визначених).

Диференційована допомога є пацієнт-центрованим підходом, який спрощує і адаптує ВІЛ-послуги в їхній послідовності таким чином, що вони, з одного боку, краще задовольняють потреби ЛЖВ, а з іншого боку, зменшують непотрібний тягар на систему охорони здоров'я. Диференційована допомога включає в себе такі концепції, як спрощення, перерозподіл функцій і децентралізацію, її також називають "допомогою в громаді, оптимізованою допомогою, пацієнт-центрованою допомогою, орієнтованою на потреби допомогою, а також багаторівневою допомогою" [6]. Результати впровадження цього пацієнт-центрованого підходу для

*Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, et al. Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *Journal of the International AIDS Society*. 2016; 19:21484, <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21484> | <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.1.21484>

системи охорони здоров'я є очевидними: коли система охорони здоров'я започатковує більш гнучку модель медичної допомоги, з урахуванням потреб різних груп людей, які живуть з ВІЛ, вона може ефективніше розподіляти ресурси, забезпечити більш широкий доступ для уразливих груп населення та надавати допомогу для поліпшення якості медичних послуг і життя пацієнтів. Хоча диференційовані підходи часто є більш економічно ефективними в регіонах, де фінансування ВІЛ-послуг є нестабільним, важливо забезпечити, щоб диференційована допомога зберігала основну спрямованість на поліпшення якості, а не керувалася оманливим гаслом "більше за менші гроші".

Загальновідомі моделі диференційованої допомоги в основному надають АРТ пацієнтам, які є клінічно стабільними. Такі моделі в основному були впроваджені в умовах високої розповсюдженості ВІЛ-інфекції в країнах Африки на південь від Сахари. Приклади включають групи, керовані клієнтами (наприклад, громадські групи прихильності в Мозамбіку [7]), групи, керовані працівниками охорони здоров'я (наприклад, клуби прихильності в Південній Африці [8]), індивідуальну доставку із закладів охорони здоров'я (наприклад, "швидкий шлях" поповнення АРТ в Малаві [9]) і індивідуальну доставку з інших організацій (наприклад, громадські пункти розповсюдження ліків в Уганді [10]). Але для досягнення успіху диференційована допомога не має обмежуватися клінічно стабільними пацієнтами, чи виключно наданням АРТ. Зацікавлені особи мають "диференціювати" допомогу конкретним групам пацієнтів у відповідності з трьома елементами, як це відображено на Рис 1: (1) клінічні характеристики; (2) суб-популяція, і (3) середовище [11]. Приклади диференційованої допомоги з урахуванням цих трьох елементів

включають розширення доступу робітників секс-бізнесу до передекспозиційної профілактики в Південній Африці [12], підхід "єдиного вікна" для людей, які вживають наркотики, в Україні [13], цільове тестування за принципом «рівний-рівному» основних вразливих груп населення в Таїланді [14] і моделі доставки ліків клінічно стабільним пацієнтам в громадах з низькою розповсюдженістю ВІЛ в М'янмі [15].

Диференційована допомога є також підходом, який ґрунтується на правах людини і може виступати в якості однієї з форм зменшення стигматизації та дискримінації незалежно від того, що ці права формально не зафіксовані в законах [16]. Враховуючи контекст клієнта і системи охорони здоров'я, диференційована допомога може сприяти подоланню відомчих бар'єрів, пов'язаних з тим, хто надає послуги АРТ і хто може проводити тестування на ВІЛ. Крім того, її впровадження, зокрема, на національному рівні, надає значні можливості для подолання правових і структурних бар'єрів, які ускладнюють доступ пацієнтів до послуг [17]. Крім того, що національна політика схвалить диференційовану допомогу, необхідну для розширення масштабів ВІЛ-послуг, успішне впровадження залежатиме від сприятливих умов середовища з урахуванням надійного постачання лікарських засобів (включаючи швидке контрольоване отримання ліків і поповнення запасу на 3-6 місяців АРТ); доступ до лабораторного тестування, зокрема вірусного навантаження; надійна система моніторингу і оцінки; і визнання ролі немедичних працівників. Для впровадження і підтримки цих високоякісних послуг також необхідним є посилення спільноти ЛЖВ та громадянського суспільства для спільної роботи з адвокації і створення попиту на послуги, які пристосовані найкращим чином з урахуванням потреб пацієнтів в конкретному середовищі.

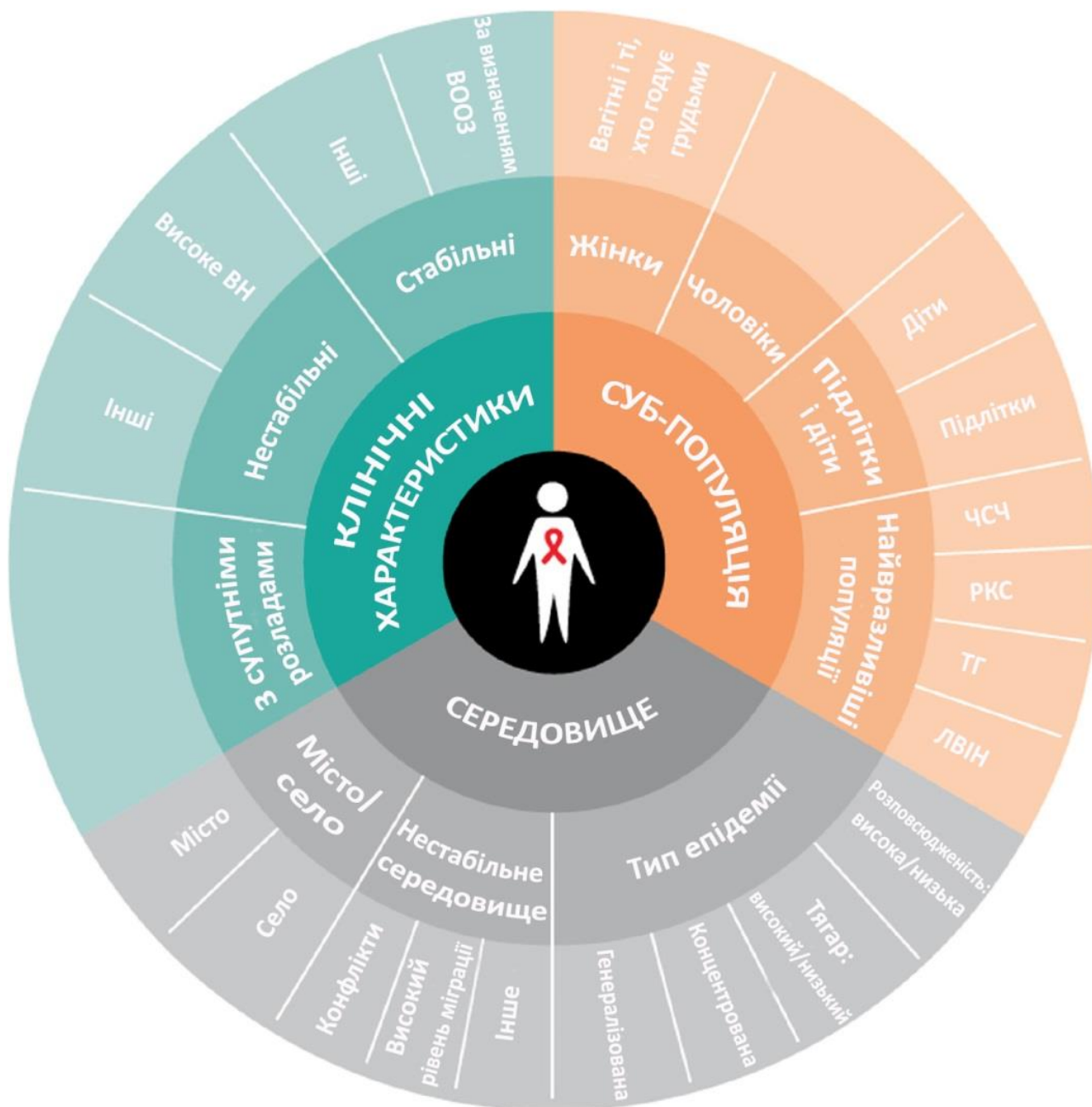


Рис 1. Крім стабільних клієнтів: надання послуг має бути диференційованим з урахуванням трьох елементів [11].

Публікація нових керівних принципів ВООЗ додає рушійної сили системі диференційованої допомоги, про що свідчать Технічний аналіз PEPFAR і Інструментарій Глобального фонду [3,4] і що надає можливості переосмислення, реорганізації і розширення масштабів клієнт-центрованого підходу до надання ВІЛ-послуг на національному рівні [1]. Впровадження диференційованої допомоги також каталізує

зусилля з адвокації прав людини і ролі спільноти для забезпечення цілісного і підтримувального підходу до лікування, зокрема, недостатньо охоплених груп клієнтів [18].

Тридцять сім мільйонів ЛЖВ у всьому світі мають потребу в довічній АРТ. Для вирішення цього завдання країни мають прийняти і адаптувати існуючі моделі

диференційованої допомоги з урахуванням як необхідності задоволення різноманітних потреб ЛЖВ, так і можливостей та обмежень своїх систем охорони здоров'я. З метою забезпечення стабільності роботи успішні програми повинні підтримуватися керівництвом країни та належно фінансуватися. Вплив розширення масштабів моделей диференційованої допомоги слід оцінювати за чіткими показниками, в тому числі якості і результатів допомоги, задоволеності клієнтів і працівників охорони здоров'я, а також витрат для клієнтів і для системи охорони здоров'я. Після того, як моделі будуть впроваджені і поліпшені за допомогою аналізу програмних даних, механізмів підвищення якості та імплементаційних досліджень, зацікавлені сторони зможуть працювати разом для вирішення виникаючих пріоритетних проблем.

Диференційована допомога стосується не лише стабільності клієнтів, а забезпечує якісні послуги від профілактики до супресії ВІЛ, в тому числі і для клієнтів, які є клінічно нестабільними чи на пізніх стадіях захворювання. Світова спільнота ЛЖВ має скористатися можливістю переосмислити надання послуг за умов, коли акцент робиться на якості послуг, які отримують ЛЖВ. Як було продемонстровано протягом всієї історії відповіді на ВІЛ, досвід, отриманий в боротьбі з ВІЛ-інфекцією, може розширити знання і поліпшити лікування і надання послуг при різних розладах здоров'я, і навпаки. Таким чином, використання концепції диференційованої допомоги для інших хронічних захворювань у всіх пацієнтів сприятиме зміцненню систем охорони здоров'я та досягненню Цілі 3 сталого розвитку - *«Забезпечити здоровий спосіб життя і сприяти добробуту для всіх в будь-якому віці»* [19]. Для досягнення цієї мети, міністерствам охорони здоров'я,

партнерам-виконавцям, донорам, представникам громадянського суспільства та спільноти ЛЖВ спочатку потрібно об'єднатися навколо концепції диференційованої допомоги, яка виводить людину до фокусу послуг.

Автори представляють: 1 International AIDS Society, Cape Town, South Africa; 2 Medecins Sans Frontieres, Cape Town, South Africa; 3 World Health Organization, Geneva, Switzerland 4 Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA, USA; 5 United States Agency for International Development, Washington, DC, USA; 6 Centre for Infectious Disease Epidemiology and Research, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; 7 International Treatment Preparedness Coalition, Nairobi, Kenya; 8 AIDS Rights Alliance of Southern Africa, Cape Town, South Africa 9 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Geneva, Switzerland; 10 Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA; 11 Desmond Tutu HIV Centre, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Література

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2016.
2. UNAIDS. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences from MSF. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2015.
3. The Global Fund. A toolkit for health facilities: differentiated care for HIV and tuberculosis. Geneva, Switzerland: The Global Fund; 2015.
4. PEPFAR. PEPFAR technical considerations for COP/ROP 2016. Washington, DC: US Department of State; 2016.
5. UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014.
6. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, et al. Reframing HIV care:

putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health*. 2015;20(4):43047. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12460>

7. Decroo T, Koole O, Remartinez D, dos Santos N, Dezembro S, Jofrisse M, et al. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *Trop Med Int Health*. 2014; 19(5):51421. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12278>

8. Wilkinson L, Harley B, Sharp J, Solomon S, Jacobs S, Cragg C, et al. The expansion of the Adherence Club model for stable antiretroviral therapy patients in the Cape Metro, South Africa 2011-2015. *Trop Med Int Health*. 2016;21(6):7439. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/tmi.12699>

9. Cawley C, Nicolas S, Szumilin E, Perry S, Amoros Quiles I, Masiku C, et al. Six-monthly appointments as a strategy for stable antiretroviral therapy patients: evidence of its effectiveness from seven years of experience in a Medecins Sans Frontieres-supported programme in Chiradzulu district, Malawi. *AIDS* 2016; Durban, South Africa; 2016.

10. Okoboi S, Ding E, Persuad S, Wangisi J, Birungi J, Shurgold S, et al. Community-based ART distribution system can effectively facilitate long-term program retention and low-rates of death and virologic failure in rural Uganda. *AIDS Res Ther*. 2015;12:37. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12981-015-0077-4>

11. International AIDS Society (IAS). Differentiated care for HIV: a decision framework for antiretroviral therapy delivery. Durban, South Africa: International AIDS Society; 2016.

12. Sidley P. South Africa's sex workers will receive HIV prevention and treatment. *BMJ*. 2016;352:i1593. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1593>

13. Rudyi SKZ, Salabai N. Fast-tracking a comprehensive, integrated and sustainable response to HIV among people who inject drugs in Ukraine. *AIDS* 2016; Durban, South Africa; 2016.

14. Vannakit RJJ, Pengnonyang S, Jitjang S, Janamnuaysook R, Pankam T, Trachunthong D, et al. A cohort study of community-based test and treat for men who have sex with men and transgender women:

preliminary findings from Thailand. *AIDS* 2016; Durban, South Africa; 2016.

15. Mesic AFJ, Aye T, Greig J, Thwe TT, Moreto'-Planas L, Kliesskova J, et al. A differentiated model of care implications for successful ART scale-up and integration of care for the main co-morbidities in a concentrated HIV epidemic the experience of Me'decins Sans Frontieres in Yangon, Myanmar. *J Int AIDS Soc*. 2016.

16. UNAIDS. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2016.

17. Global Network of People Living with HIV (GNP), HIV Justice Network. Advancing HIV justice: a progress report of achievements and challenges in global advocacy against HIV criminalisation. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV (GNP), HIV Justice Network; 2013.

18. Barr D, Amon JJ, Clayton M. Articulating a rights-based approach to HIV treatment and prevention interventions. *Curr HIV Res*. 2011;9:396404. doi: <http://dx.doi.org/10.2174/157016211798038588>

19. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development A/Res/70/1. New York: United Nations; 2015. Grimsru