

Исследование выполнено в рамках проекта «КАСКАД»

Авторский коллектив:

Ежова Л.В., Зарубина И.А., Нартова Н.А., Ромодина А.М., Чернышева Н.С., Чжан Ю., Ясавеев И.Г.

Руководитель исследования: Нартова Н.А., к.с.н., ВЭШ СПб

Координатор исследований проекта «КАСКАД» СПб БФ «ГД»: Ежова Л.В.

Редактор: Чикадзе Е.З.

Дизайн: Ленец М.А.

<https://haf-spb.org/material/issledovanie-barerov-v-dostupe-k-testirovaniyu-i-lecheniyu-vich-infekczii-dlya-klyuchevyh-grupp-naseleniya-v-treh-regionah-rossijskoj-federaczii-g-moskva-g-sankt-peterburg-g-chelyabinsk/>



гуманитарное
действие

**Исследование барьеров в доступе
к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции
для ключевых групп населения
в трех регионах Российской Федерации
(г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск)**

ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ОПЕРАЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ

Санкт-Петербург, Москва, Челябинск
2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

ОПИСАНИЕ СИТУАЦИИ

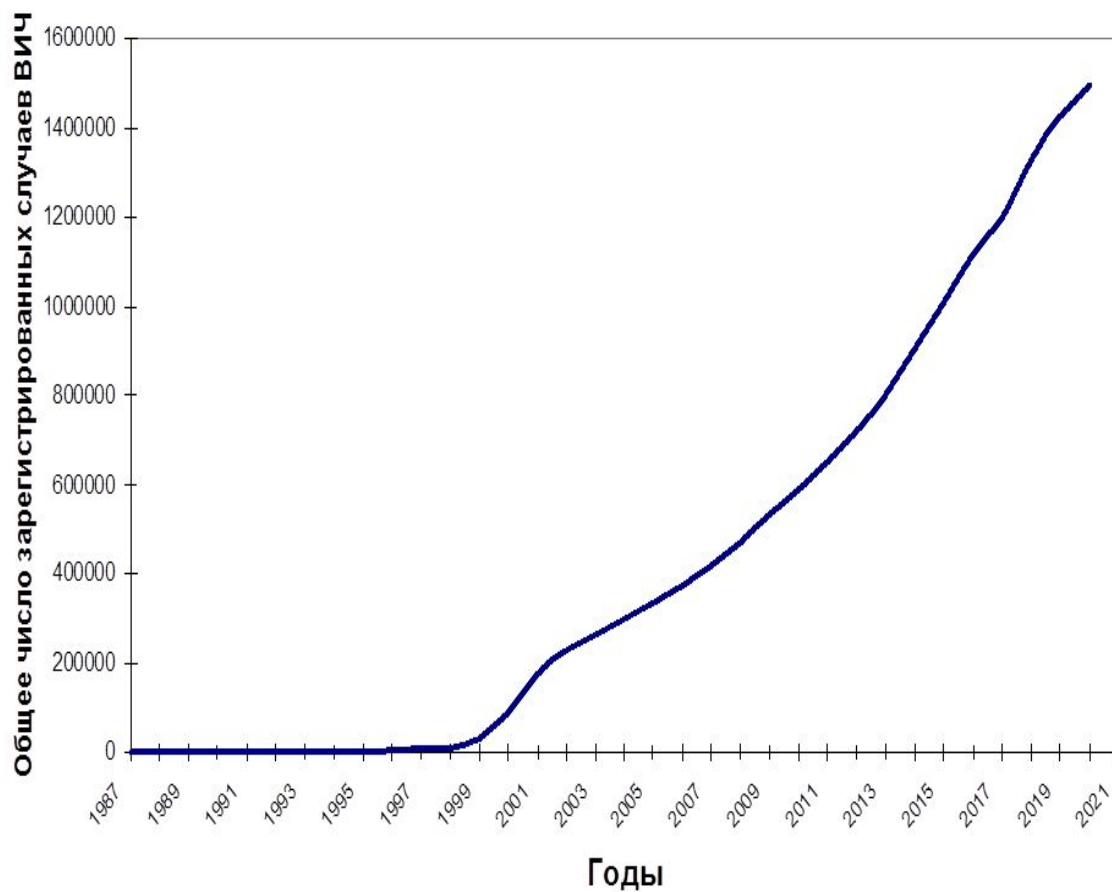
ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МЕТОДОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ

ВЫВОДЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ

Описание ситуации



- По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора на 31.12.2021 общее число выявленных случаев ВИЧ - 1 562 570 чел.; 424 974 чел. умерло; проживают в РФ - 1 137 596 чел.; 61 098 новых случаев (85,8 тыс. в 2017 г.), преимущественно из граждан работоспособного возраста;
- Состоят на ДУ 803 796 чел. (68,6%), получают АРТ 660 821 чел. (82,2% от ДУ); Глобальные цели не достигнуты (95x95x95);
- 2 региона проекта КАСКАД являются наиболее пораженными ВИЧ (СПб- 991,9, Челябинск-1420,1 на 100 тыс. населения; по РФ - 782,0); Москва- 441,2
- Доля обследованных представителей КГН упала с 5% до 3,5%, хотя на них приходится 62 процента новых случаев заражения ВИЧ (во всем мире);
- В РФ в 2020 принята Стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции до 2030 г., в 2021 г. - План её

Цель исследования

выделение и анализ барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции на всех этапах медицинской помощи для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск).

Методология

дискурс-анализ, качественное исследование, количественное исследование (mix-method research).

Задачи качественного исследования:

- ▶ Выявление ключевых барьеров на всех этапах оказания медицинской и социальной помощи
- ▶ Выявление специфики межведомственного взаимодействия
- ▶ Выявление эффектов от изменения нормативно-правовой базы

Задачи количественного исследования:

- ▶ Описание основных социо-демографических и специфических характеристик представителей КГН, принявших участие в исследовании на основании сформированных в результате опроса баз данных по КГН
- ▶ Структурирование основных барьеров (по группам и регионам, этапам оказания помощи)
- ▶ Проверка гипотез исследования, выводы, рекомендации

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ



ОНЛАЙН ОПРОС

Онлайн опрос представителей КГН (92 ссылки-Форумы)



ИНТЕРВЬЮ С ЭКСПЕРТАМИ

по согласованному с Заказчиком гайду



КАБИНЕТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

анализ нормативной базы в отношении профилактики и лечения ВИЧ-инфекции; Описание результатов российских и зарубежных исследований в отношении барьеров доступа к тестированию и лечению

ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА

- Целевые группы проекта КАСКАД:
Люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН)
Секс-работицы/и (СР)
Трансгендерные люди (ТГЛ)
Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ)

СЛУЧАЙНАЯ ВЫБОРКА

- 1657 респондентов, допущено к обработке 1646 анкет

ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА

- Представители КГН
- Сотрудники ВИЧ-сервисных НКО
- Сотрудники медицинских учреждений (Центр СПИД, КВД, ПНД, НД);
- Только в Челябинске - ГУФСИН

ВЫБОРКА

- Всего 45 интервью (по 15 интервью в каждом регионе проекта КАСКАД)

НАПРАВЛЕНИЯ АНАЛИЗА:

- Нормативная база;
- Специфика барьеров КГН:

Структура выборки (онлайн опрос)



КГН не являются автономными и гомогенными, от 15% до 40% указали на свою принадлежность к нескольким КГН (МСЛ, мигранты, люди без регистрации), также имеющим трудности к тестированию и лечению ВИЧ. 467 респондентов с положительным ВИЧ-статусом отметили, что не относят себя ни к одной из предложенных групп 17 ВИЧ-положительных респондентов отнесли себя к числу МЛС; 5 ВИЧ-положительных респондентов отнесли себя к группе мигрантов; 18 ВИЧ-положительных респондентов отнесли себя к группе людей без регистрации по месту жительства; эти респонденты были отобраны для составления базы ЛЖВ

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВЕННОГО И КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЙ



Двойная стигматизация

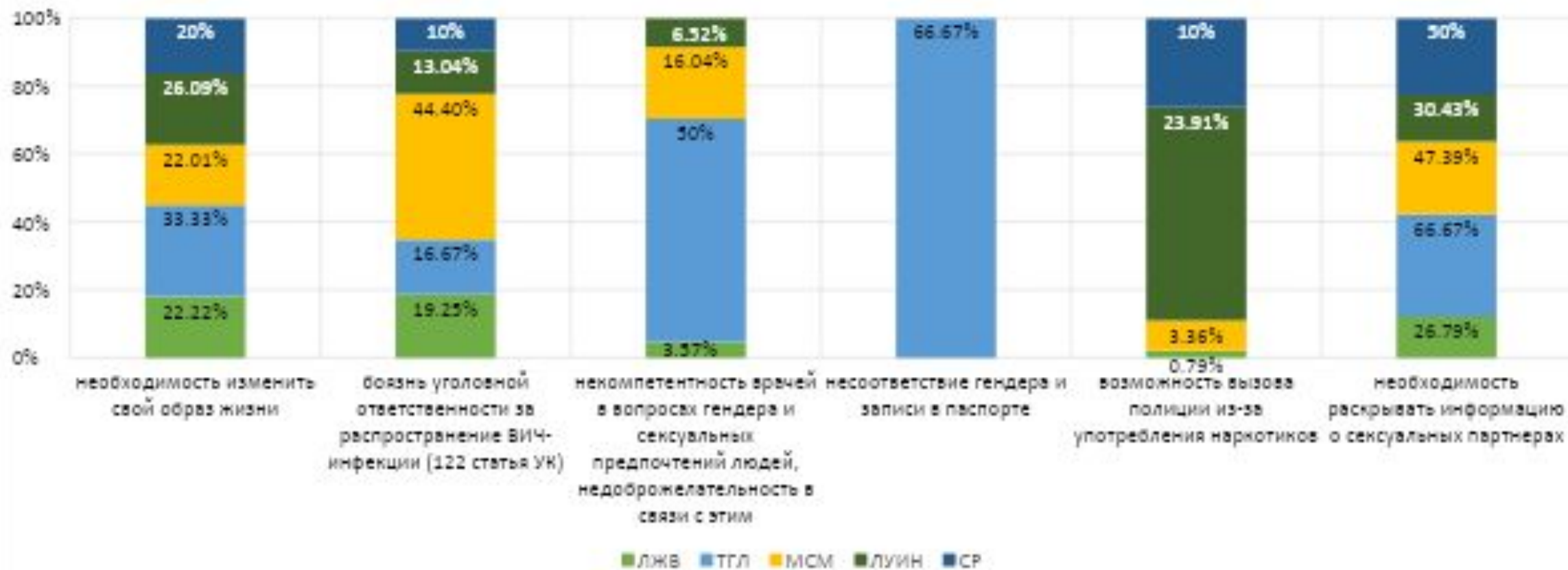
В России распространена так называемая «двойная стигматизация»: стигматизация на основании ВИЧ-инфекции и стигматизация за принадлежность к определенной категории, оцениваемой окружающими и/или значительной частью общества как девиантной.

«Я уже давно не колюсь, уже вот я в принципе социализировался, мне некомфортно в обычную поликлинику ходить. У меня диагнозы смотрят и со мной начинают разговаривать как попало, мне это вообще неприятно. И потом не хочется туда возвращаться» (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

«Нас там не любят. Мы для них нечисть» (Челябинск, инт. 6, представитель ТГЛ).

Двойная стигматизация

«Скажите пожалуйста, что больше всего Вас беспокоит/напрягает/раздражает в связи с ВИЧ-инфекцией?»
N=1407



Низкая ценность здоровья

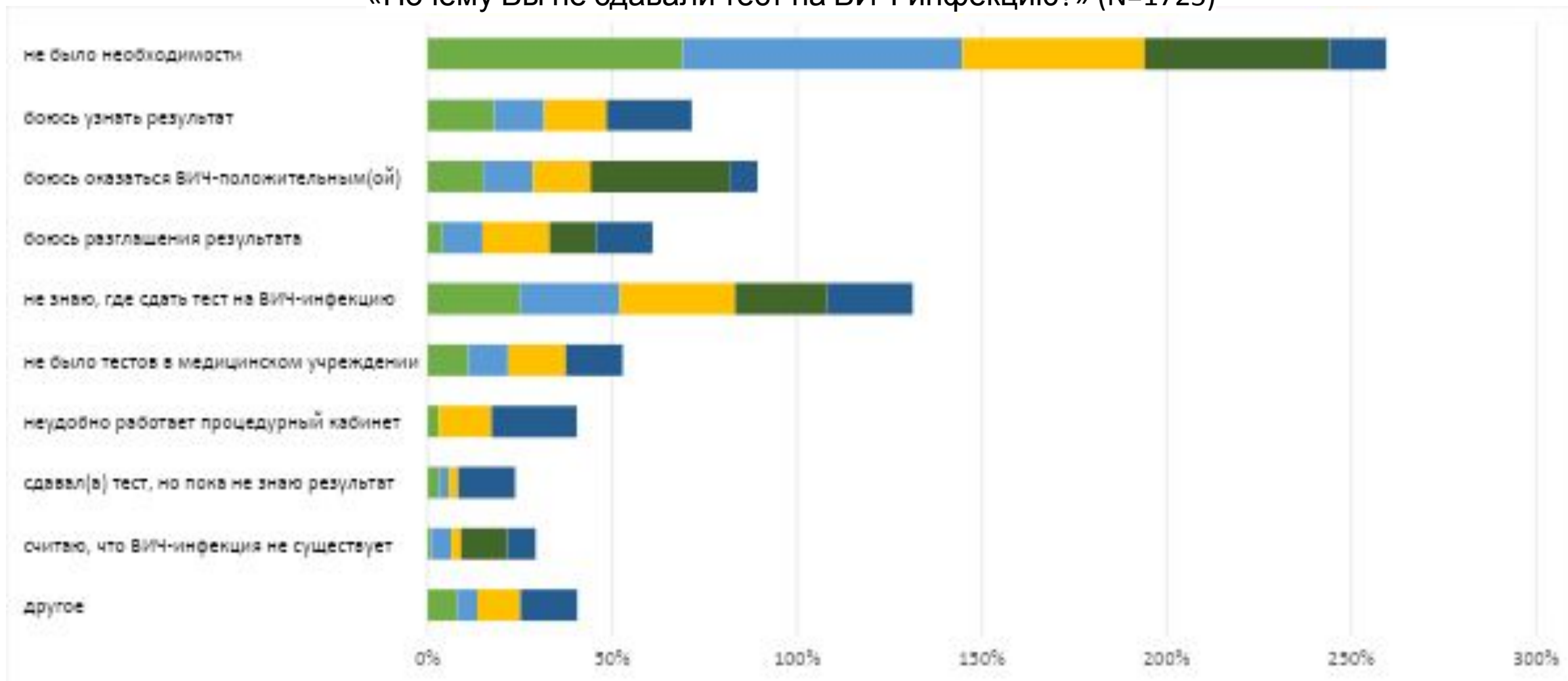
По оценкам экспертов, для граждан в целом самосохранительное поведение как культурная норма не является значимой, иными словами, ценность собственного здоровья не является приоритетом.

«Не понимают серьезности заболевания, когда становится лучше, то начинают бросать и жить как обычно» (Челябинск, инт. No 2, представитель СР).

«Зачем мне еще голову этим [посещением ЦС и лечением] забивать. Для меня уже все в жизни кончено и лучше уже не будет» (Москва, инт. No 10, сотрудник НКО).

Низкая ценность здоровья

«Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?» (N=1725)



Низкое доверие врачам

По-прежнему существует проблема страха и низкого доверия со стороны части ЛЖВ, особенно ЛУИН и ТГЛ, по отношению к врачам. Между тем, высокий уровень доверия к врачам способствует приверженности лечению. Существует механизм, разрешающий эту проблему, — институт доверенных врачей, но он слабо развит и не распространен.

«Может, он даже был когда-то, а с ним врачи поговорили как-то не так, и он боится. Он не признается, что он боится, он говорит “да на фиг не надо, со мной там, на меня наорали, наругались и вообще я никому не нужен там и все, я не пойду”» (Санкт-Петербург, инт. № 6, сотрудник НКО).

«Люди боятся идти к врачу, вызывать скорую, идти к государственным врачам, потому что где врачи, там и менты где-то рядом <...> Я думаю, этот страх небезоснователен» (Санкт-Петербург, инт. № 5, представитель

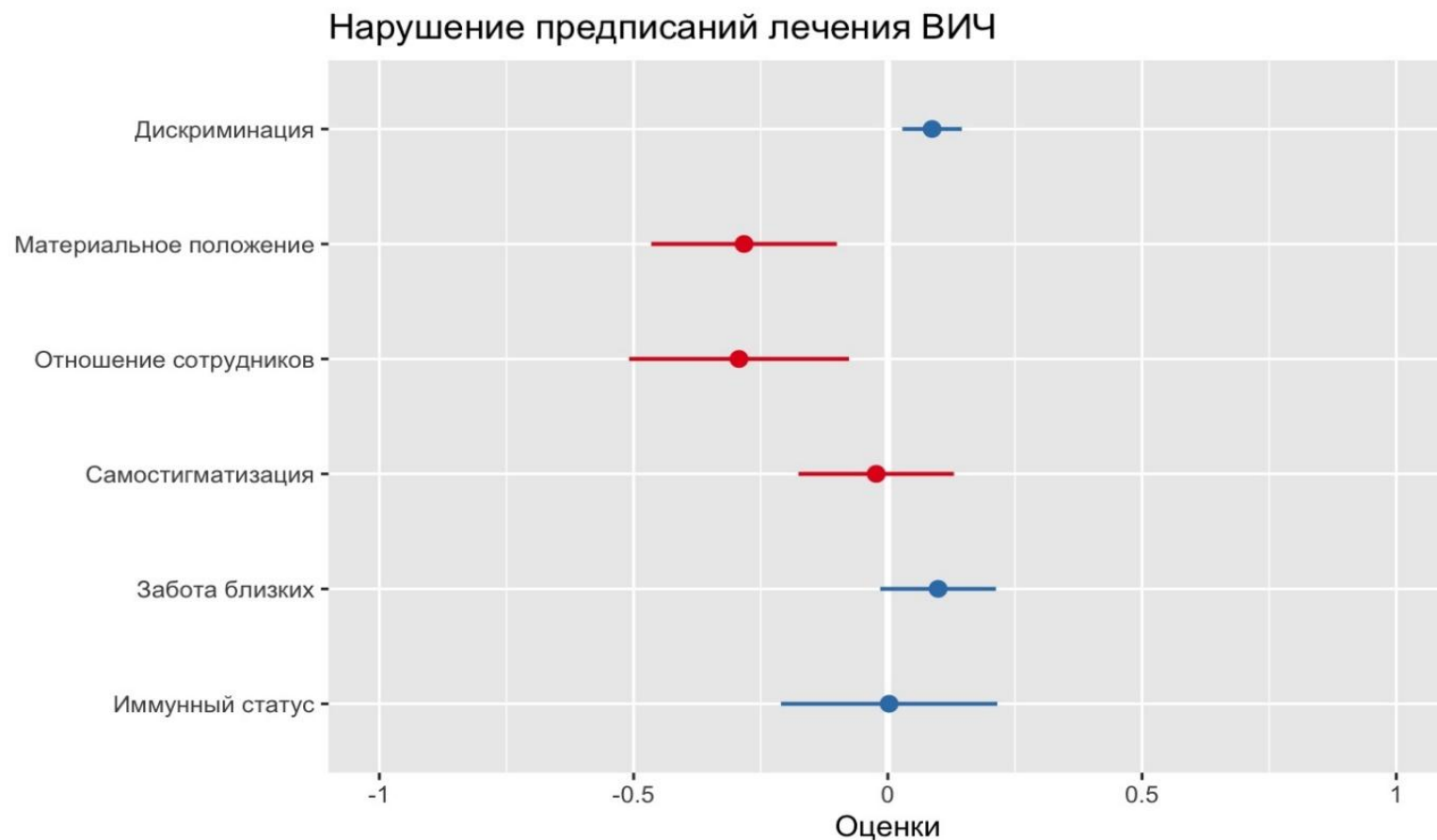
Низкое доверие врачам



Низкое доверие врачам

При наличии позитивного отношения сотрудников медицинских учреждений в ответах респондентов в большинстве наблюдений отсутствует нарушение предписаний лечения ВИЧ ($p < 0.05$)

Регрессионные коэффициенты факторов, влияющих на нарушение предписаний лечения ВИЧ



Восприятие АРВ-терапии

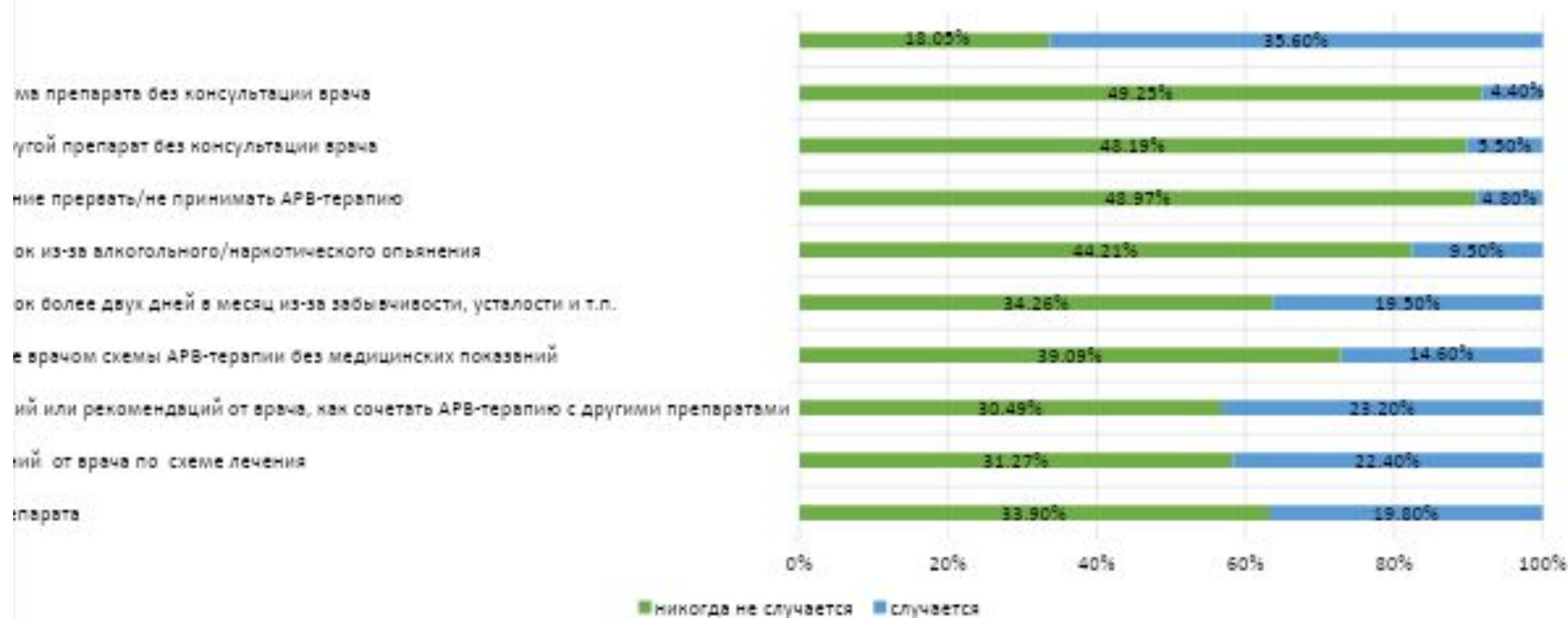
До настоящего времени особенности применения АРВ-терапии для определенных групп ЛЖВ остаются не прояснёнными для них, что ведет к восприятию ими АРТ как вторичной, неприоритетной.

«Зачем мне принимать терапию, смысла нет. Лучше раньше откинуться» (Москва, инт. No 4, сотрудник НКО).

«Такой на себя вешать хомут — все время пить надо, не выпил — умер, да, а вот тот вот умер, начал пить и умер, я поэтому не хочу так» (Санкт-Петербург, инт. No 6, сотрудник

Восприятие АРВ-терапии

Проблемы при АРВ-терапии
N=1407



Профили КГН

Профили (портрет представителей КГН)

Секс-работники/цы (СР)

- Средний возраст -32,7 года;
- Гендер:
69,3 % женщины, 11,3 % — мужчины, 14,7 % - трансгендерные женщины, 2,2 % - трансгендерные мужчины 2,2 % «другое».
- Семейное положение:
47% не в браке и без детей, 22% - не в браке с детьми, 18% – в браке без детей, 14 % – в браке с детьми.
- Занятость:
33% работает неполный день, 30 % работает полный день, 20 % не работает и не учится, 10,2 % – работает и учится, 7 % учатся.

Самые молодые – ТГЛ; неустойчивый семейный статус-ТГЛ, МСМ; не работают и не учатся чаще ЛУИН и СР; наиболее заняты работой – МСМ, наибольшая доля занятых учебой – ТГЛ.

Потребители инъекционных наркотиков (ЛУИН)

- Средний возраст – 35 лет
- Гендер:
55 % – женщины, 42 % - мужчины, 3% ТГЛ;
- Семейное положение:
33% не состоят в браке и не имеют детей, 31% в браке, но нет детей; 19 % имеют детей и состоят в браке, 17,2 % - имеют детей, но не находятся в браке.
- Занятость:
44% работают полный день, 30% не работают и не учатся, 17 % работают неполный день, 6% работают и учатся, 2 % - только учатся.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ)

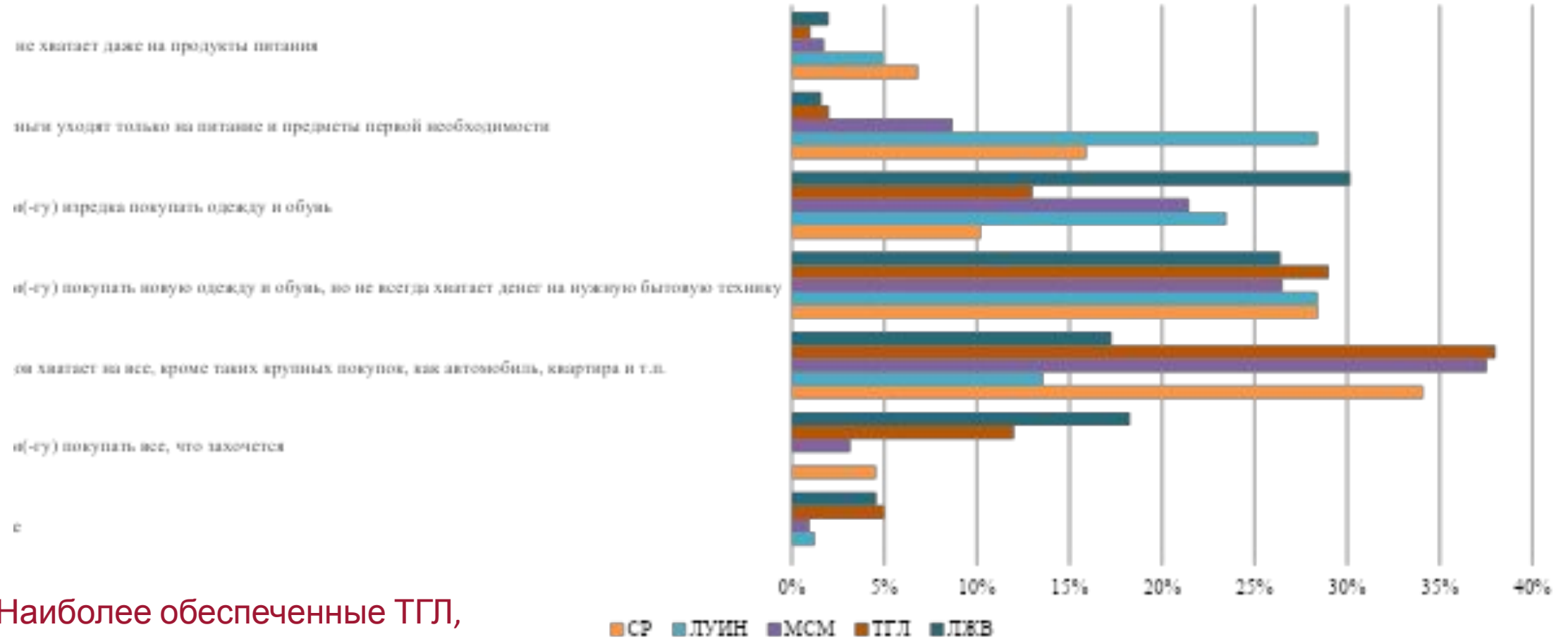
- Средний возраст– 30,7 лет.
- Гендер:
93,2 % мужчины, 3,4% трансгендерные мужчины, 1,7% трансгендерные женщины.
- Семейное положение:
54% не в браке и не имеют детей , 40 % в браке, но без детей , 4% в браке и имеют детей, 2%- не в браке с детьми.
- Занятость:
54% работают полный день, 14,3% работают и учатся, 12,6 % – только учатся, 9,4 % – работают неполный день, 8,6% не работают и не учатся.

Трансгендерные люди

- Средний возраст – 26,7 лет.
- Гендер:
34 % – трансгендерные женщины, 37 % – трансгендерные мужчины, 22 % другой гендер (в основном «не бинарные персоны»), 4% – мужчины, 3% женщины.
- Семейное положение:
53% не находится в браке и не имеет детей, 35% состоит в браке, но не имеет детей, 8 % в браке и с детьми, 4 % не находятся в браке, но имеют детей.
- Занятость:
38% работа в полный день, 22 % учатся, 18 % – работают неполный день, 12 % – не работают и не учатся, 8% - работают и учатся.

Материальный статус

«Материальное положение КГН»
N=1407

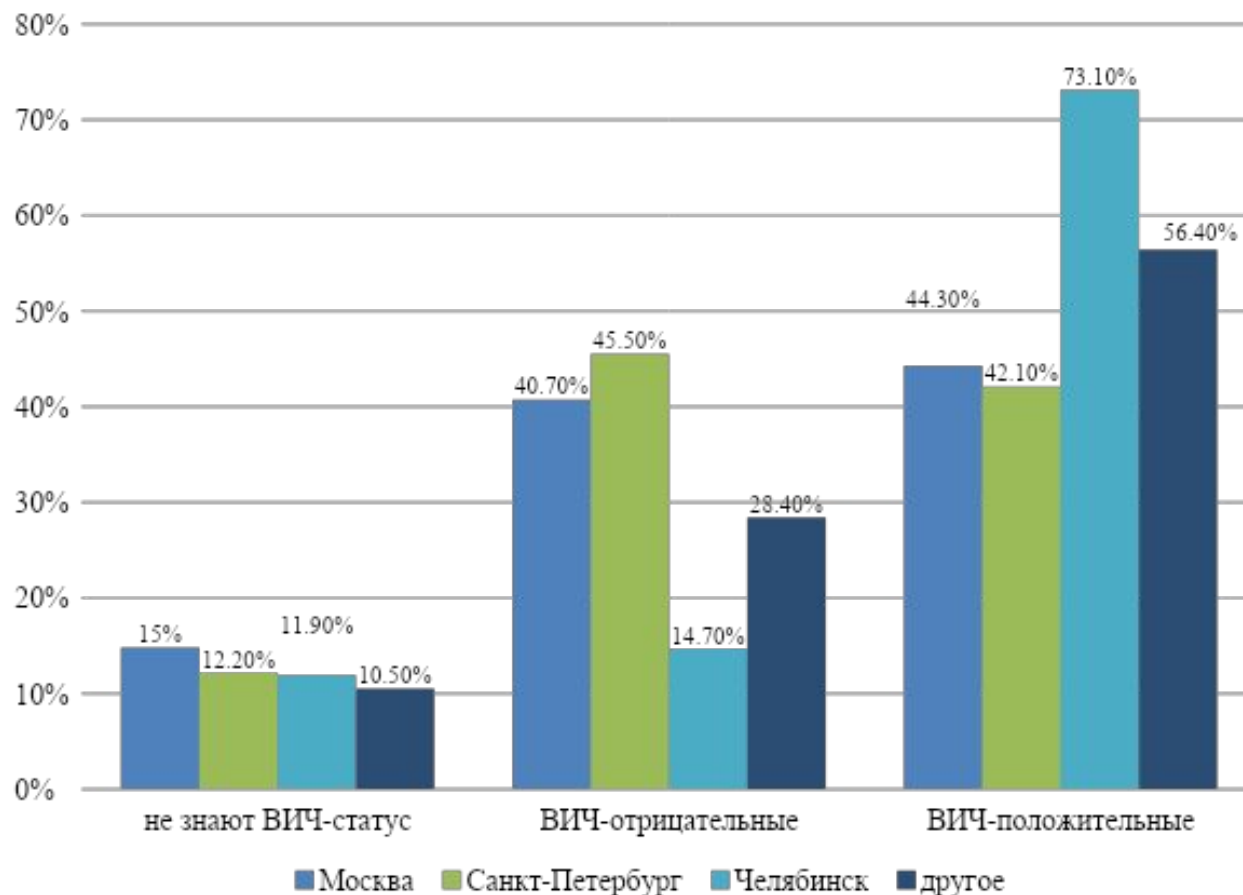


Наиболее обеспеченные ТГЛ,
наименее - ЛУИН

По ключевым группам:



Дифференциация респондентов из городов проекта с учетом их ВИЧ-статуса N=1646



Наибольшая доля ВИЧ-положительных респондентов:

- Челябинск (73,1%);
- среди ЛУИН (56,7%; IBBS 2017, СПб-48,3%)
- Среди МСМ (42,2%; IBBS 2017, СПб-22,8%)

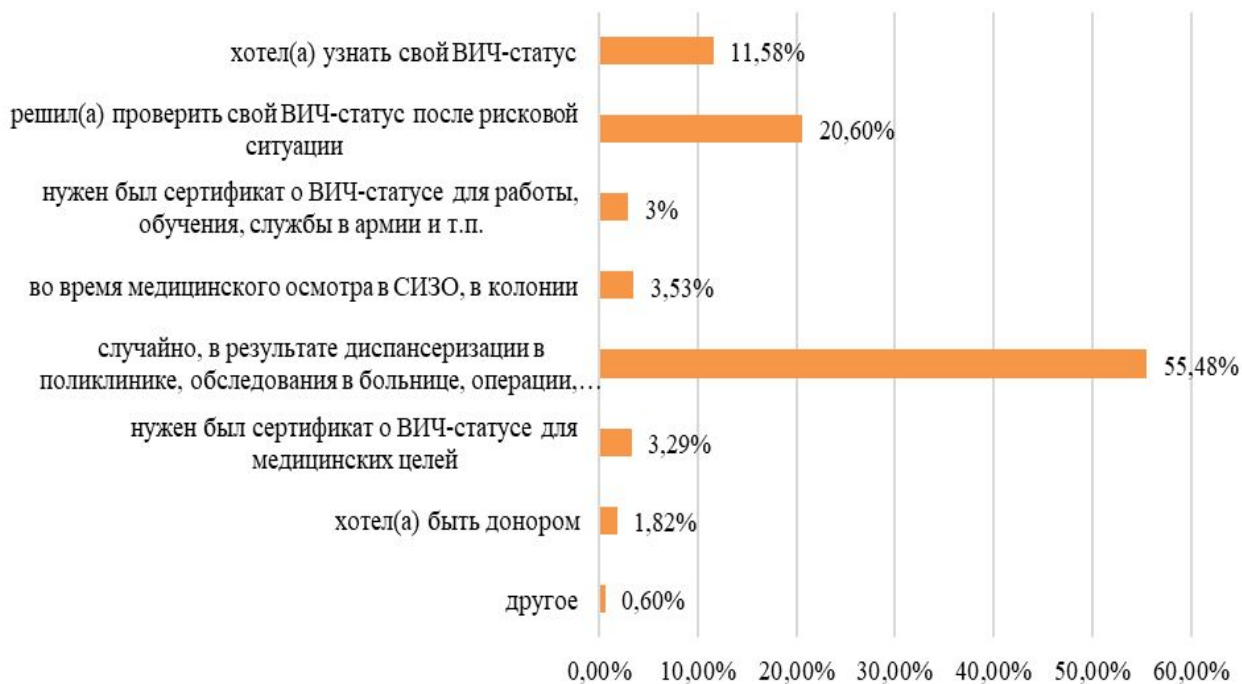
Наибольшая доля не знающих ВИЧ-статус: ТГЛ

ВИЧ-положительные в среднем на 10 лет старше ВИЧ- (средний возраст 37лет)

Время постановки диагноза: 9% - менее 1 года; 43% - до 5 лет; 23% - 6-10 лет; 11% - 11-20 лет назад;

Как обнаружили, что у Вас ВИЧ-инфекция?

Рис. 7. «Как Вы обнаружили, что у Вас ВИЧ-инфекция?»
N=820 (ВИЧ-положительные респонденты)



	Случайно	Проверка после рискованной ситуации	Хотел узнать свой статус	Сертификат для медицинских целей
СР	40	20	10	10
ЛУИН	46	11	13	4
МСМ	43	24	25	2
ТГЛ	0	17	67	0
В ЦЕЛОМ (с учетом ЛЖВ и мигрантов)	55,48%	20,6%	11,58%	3,53%

Проходили тестирование в НКО: 43% ТГЛ, ЛУИН-17%, МСМ– 15%, СР-27%. Доверие к НКО высокое.

Самостоятельно чаще проходят тестирование **МСМ и ТГЛ**

Увеличение охвата тестирования общего населения (до 30%) без профилактики («обследуй и лечи») является «тупиковым» (Ак. 22 В. Покровский)

Специфика КГН: ЛУИН – содержательные

- 1) сильная стигматизация, в т.ч. со стороны персонала центра СПИД;
- 2) приоритет зависимости над контролем ВИЧ (низкая ценность здоровья);
- 3) существование ограничений, связанных с образом жизни: трудность увязывания диспансеризации и работы;
- 4) отсутствие жестких границ между ЛУИН, с одной стороны, и ЛУН, потребителями ПАВ, с другой, вследствие чего сосредоточение исключительно на ЛУИН является проблематичным;
- 5) задержания полицией;
- 6) тяжелое материальное положение;
- 7) потеря основных документов (паспорт, полис), необходимых для постановки на учет в ЦС;
- 8) недисциплинированность и забывчивость при приеме АРТ.

Специфика КГН: ЛУИН – статистические аспекты

- 1) доля ответов, связанная с ВИЧ-диссидентством, выше, чем в других группах;
- 2) чаще всего проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию в государственных учреждениях;
- 3) специфический выбор барьеров тестирования: не выбирают варианты ответа «сдавал(а) тест, но пока не знаю результат», «неудобно работает процедурный кабинет», «не было тестов в медицинском учреждении» и «боюсь узнать результат», при этом доля ответов ВИЧ-диссидентстве и страхе оказаться ВИЧ-инфицированными выше, чем у других групп;
- 4) оценивают свое материальное состояние в 2 балла из 6 возможных, а проблема покупки АРВ-препаратов за личные деньги чаще беспокоит именно ЛУИН, по сравнению с другими КГН;
- 5) меньше волнуются по вопросам, связанным с гендером и сексуальной ориентацией, но показывают большую тревогу из-за возможности вызова полиции по причине приема наркотиков.

Специфика КГН: СР – содержательные аспекты

- 1) гетерогенность СР («салонные», «уличные» и др.), определяющая различное отношение к ВИЧ;
- 2) наличие страха потерять работу из-за ВИЧ+ статуса;
- 3) неупорядоченный образ жизни (мобильность, прием алкоголя и наркотических средств), препятствующий регулярному диспансерному наблюдению и приему АРВ-терапии.

Специфика КГН: СР – статистические аспекты

- 1) свойственно проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию в негосударственном секторе;
- 2) чаще, чем в других КГН, отмечают такие институциональные барьеры, как неудобная работа ЦС, отсутствие тестов в медучреждении;
- 3) СР реже остальных КГН «не видят необходимости сдавать тест на ВИЧ»;
- 4) оценивают свой материальный статус достаточно высоко – на 5 баллов из 6, а также не отмечают в других вопросах финансовых барьеров к доступу тестирования и лечения ВИЧ;
- 5) чаще приходится сталкиваться с институциональными барьерами посещения ДУ и АРВТ (большие очереди, недостаточное число инструкций по схеме лечения, побочные

Специфика КГН: МСМ – содержательные аспекты

- 1) это одна из самых организованных и осознающих риски групп;
- 2) основным пространством риска является потребление ПАВ и химсекс;
- 3) институт доверенных врачей наиболее часто используется именно этой группой.

Специфика КГН: MSM – статистические аспекты

- 1) в равной степени используют услуги государственных и негосударственных организаций;
- 2) чаще называют недостаток информации о доступных местах для тестирования на ВИЧ в качестве барьера тестирования;
- 3) чаще других КГН говорят об отсутствии тестов на ВИЧ в медучреждениях и страхе разглашения диагноза;
- 4) наиболее распространенный барьер для постановки на ДУ – страх разглашения информации о здоровье;
- 5) чаще сталкиваются с личными барьерами в процессе получения каскада услуг, а не с институциональными;
- 6) оценивают свое материальное положение в среднем на 5 баллов из 6;
- 7) больше всего волнует страх уголовной ответственности за распространение ВИЧ-инфекции, в том числе, в сравнение с другими КГН;
- 8) группа MSM реже не соблюдает предписания лечения по сравнению с группами ЛЖВ и ЛУИН.

Специфика КГН: ТГЛ – содержательные аспекты

- 1) это самая недоступная и уязвимая группа, в наибольшей степени испытывающая страхи и самостигматизацию;
- 2) значительный риск отказа от лечения, несмотря на высокую ценность здоровья (в случае субъективной оценки АРВ-терапии как вредной по отношению к гормональной вероятен отказ от первой).

Специфика КГН: ТГЛ – статистические аспекты

- 2) наибольшая доля участников опроса группы ТГЛ отмечает отсутствие необходимости проходить тест на ВИЧ-инфекцию, в том числе, по сравнению с другими КГН;
- 3) оценивают свое материальное положение в среднем на 5 баллов из 6;
- 4) чаще респондентов из других групп отмечала ситуацию напряжения, связанную с некомпетентностью врачей в вопросах гендера и сексуальных предпочтений людей, а также несоответствие гендера и записи в паспорте;
- 5) отличаются причины эмоционального напряжения в связи с ВИЧ-инфекцией: их не волнуют проблемы, распространенные среди других групп (такие как негативное влияние АРВ на внешность, покупка АРВ-препаратов за личные деньги, страх вызова полиции из-за наркотиков), при этом остальные ситуации отмечаются ими чаще остальных (такие как необходимость менять свой образ жизни, некомпетентность врачей в вопросах гендера, несоответствие гендера записи в документах)

Специфика КГН: ЛЖВ – содержательные аспекты

- 1) высокая степень гетерогенности;
- 2) низкий уровень информированности;
- 3) низкое доверие к врачам;
- 4) трудности увязывания приверженности к лечению с работой и семейными обязательствами;
- 5) подверженность воздействию ВИЧ-диссидентов, высокая вероятность отказа от АРВ-терапии

Специфика КГН: ЛЖВ – статистические аспекты

- 1) как правило проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию в государственных учреждениях;
- 2) отмечают низкий материальный статус: 3 из 6 баллов;
- 3) чаще, чем в других группах, встречается такой барьер к регулярному приему АРВ, как представление о том, то препараты негативно влияют препаратов на внешность.

ОСНОВНЫЕ БАРЬЕРЫ

Классификация барьеров

Индивидуальные

- ❑ самостигматизация/самообвинения;
- ❑ страх снижения социального статуса, страх потери работы, негативного отношения со стороны близких;
- ❑ страх относительно своего будущего;
- ❑ отсутствие поддержки близких;
- ❑ отсутствие определения собственного здоровья как ценности;
- ❑ низкая информированность и компетентность в вопросах ВИЧ;
- ❑ низкое доверие к врачам и результативности АРВ-терапии;
- ❑ семейные и рабочие обязательства, препятствующие приверженности к лечению;
- ❑ потребление ПАВ, особенности образа жизни КГН.

Структурные

- ❑ отсутствие гражданства, документов для постановки на учёт в ЦС (паспорт, полис, регистрация и пр.);
- ❑ бедность (существенная ограниченность жизненных шансов);
- ❑ дефицит бюджетных средств (федеральный и региональный бюджеты) на закупку необходимого количества АРВ-препаратов с учетом роста выявления новых случаев и временно проживающих граждан;
- ❑ дискриминация, в том числе в медучреждениях;
- ❑ репрессивное административное и уголовное законодательство (в отношении действий СР, ЛУИН, ЛУН);
- ❑ законодательство об иностранных агентах, существенно затрудняющее деятельность ВИЧ-сервисных НКО и ставящее их на грань закрытия;
- ❑ недоверие государственным структурам в целом, которое

Социокультурные

- ❑ распространенная стигматизация ЛЖВ, ЛУИН, СР, ТГЛ, МСМ;
- ❑ мифологизация ВИЧ в публичном и медийном дискурсе; недостаток знаний о ВИЧ-инфекции
- ❑ распространённость агрессивного ВИЧ-диссидентства;
- ❑ узость/недостаточность сексуального образования

Институциональные

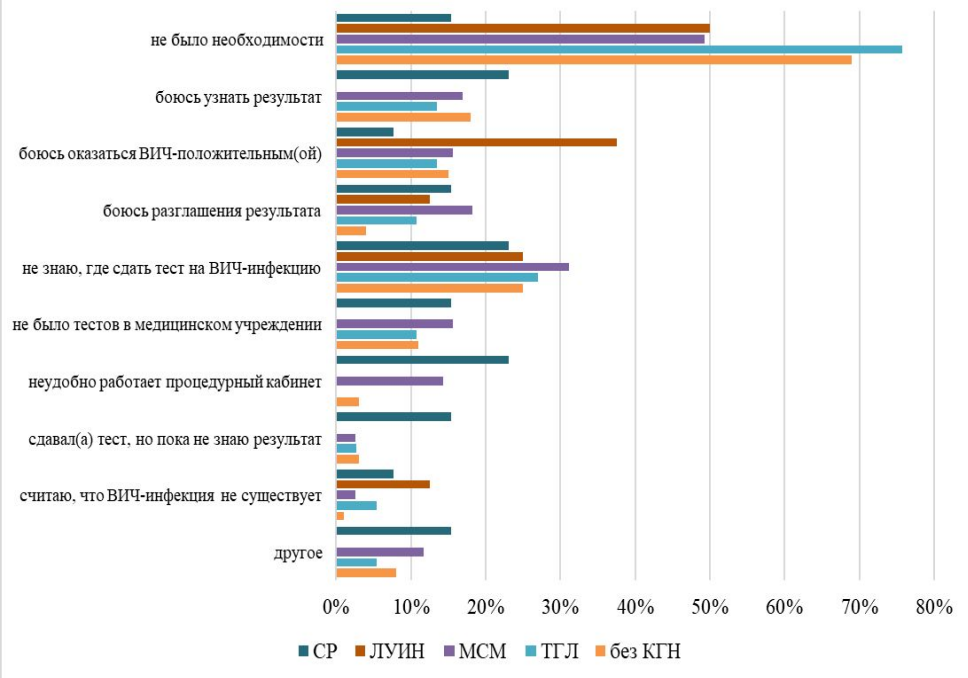
- Включающие возможности медицинских учреждений:**
- ❑ бюрократические барьеры (сложные для КГН бюрократические процедуры сбора и оформления документов при постановке на ДУ);
- ❑ алгоритм тестирования при постановке диагноза в ЦС предполагает период ожидания результата, который некоторые представители КГН используют реверсивно, пропадая из поля зрения ЦС;
- ❑ перегруженность врачей медучреждений, включая ЦС, нехватка узких специалистов, **социальных работников;**
- ❑ нехватка легкодоступного доверительного и понятного консультирования в ЦС;
- ❑ изменения схем лечения;
- ❑ перебои с АРВ-препаратами;
- ❑ ограниченность ресурсов для закупки качественных препаратов, в том числе из регионального бюджета.

Барьеры тестирования



Представители КГН (онлайн опрос, N=1646)

Рис. 11. «Почему Вы не сдавали тест на ВИЧ-инфекцию?»
N=1725



Барьеры по городам: везде – «не было необходимости» на 1 месте 53-62%,

□ Санкт-Петербург 31% не знают, где сдать тест;

□ Москва 13% не было тестов в медучреждении;

□ Челябинск 25% боюсь узнать результат; недоброжелательное отношение врачей («будто ты не человек вовсе», «пофигизм к людям»);

Основными барьеры для ЛУИН:

- 50% не было необходимости
- 37%- боюсь оказаться ВИЧ+
- 25%- не знаю, где сдать тест
- По 12% - боюсь разглашения результата, ВИЧ-инфекция не существует

Основные барьеры СР:

- По 23% - не знаю, где сдать тест, боюсь узнать результат, неудобно работает процедурный кабинет;
- По 15% - не было необходимости, тестов в учреждении, боюсь разглашения результата;

Основные барьеры МСМ:

- 49,3% - не было необходимости;
- 31% - не знаю, где сдать тест;
- 18% - боюсь разглашения результата;
- По 16% - боюсь узнать результат, оказаться ВИЧ+

Основные барьеры ТГЛ:

- 28% - не было необходимости;
- 11% - не знаю, где сдать тест;
- По 5% - боюсь узнать результат, оказаться ВИЧ+



Эксперты (интервью)

Выделены следующие барьеры при тестировании:

- **Низкая информированность** о ВИЧ-инфекции, путях передачи, факторах риска (отсутствие легкого доступа к достоверной информации; наличие мифов и ВИЧ-диссидентства);
- **Незнание мест** для тестирования на ВИЧ (проблемно для ТГЛ - отторжение сервисов для МСМ как нежелание смешивать идентичность); нехватка программ и их финансирования для привлечения к профилактике и тестированию КГН и мигрантов;
- **Стигматизация ЛЖВ и КГН в обществе** (боязнь причисления себя к какой-то уязвимой группе, дискриминации со стороны родных, знакомых, общества; страх одиночества);
- **Мигранты:** отсутствие документов, двойная стигматизация, боязнь депортации;
- **Необходимость долго работать с ЛУИН, СР (НКО),** чтобы они поняли важность тестирования; «Нам лет по 18 было, было ощущение, что люди, которые в нашем кругу, болеть такими болезнями не могут» (ЛУИН); **не отработанные процедуры работы с МСМ и ТГЛ; необходимо социальное сопровождение и РК для всех КГН;**
- **Индивидуальные барьеры:** потребление ПАВ (ЛУИН – несовместимость ПАВ и АРТ); транс-переход и мисгендеринг (ТГЛ – эндокринные препараты, хирургические вмешательства); страх раскрытия гомосексуального статуса, хомосекс (МСМ); страх потерять работу и незнание мест низкопороговых пунктов тестирования (СР);
- **Безответственное отношение к здоровью**

Самостоятельно чаще проходят тестирование МСМ, СР (после ситуаций рискованного поведения или по нормам «борделей»), реже – общее население, мужчины (в том числе клиенты СР), люди с низким уровнем доходов, низким уровнем образования, жители небольших поселений.

Барьеры диспансеризации



Представители КГН
(онлайн опрос)

Как часто Вы сталкиваетесь со следующими проблемами при диспансерном наблюдении в связи с ВИЧ-инфекцией? 1-никогда, 3-редко, 5-часто	СР	ЛУИН	МСМ	ТГЛ
большие очереди в регистратуру и в кабинеты на прием к специалистам	4,5	3,1	3,1	3,8
отсутствует возможность записаться на прием через интернет	3,0	3,1	3,5	3,0
неудобно расположен ЦС	3,0	3,5	2,6	2,6
тесное помещение	3,0	2,4	2,8	3,6
отсутствие сил, апатия, никуда не хочется идти	3,5	2,9	2,1	1,5
трудно выбрать время для посещения в связи с работой	2,8	2,7	2,8	2,6
не получаю понятных и четких объяснений от лечащего врача	2,4	2,3	2,2	3
не подходит график работы центра СПИД	2,0	2,2	2,5	1,8
боюсь, что в ЦС меня будут осуждать за мой образ жизни и/или идентичность	1,5	1,6	2,02	3,8
боюсь, что кто-то узнает о моей сексуальной ориентации	1,3	1,3	2,4	3,4
боюсь встретить в ЦС знакомых, родственников	1	1,4	2,2	2,5
не на кого оставить домашние дела	1,3	1,7	1,08	2,2
отсутствуют нужные документы/регистрация	1,5	1,2	1,7	2,2
разглашение диагноза	1,5	1,3	1,4	2,2
забываю посещать центр СПИД	1,7	1,8	1,2	1,4

распространенному мнению о высокой актуальности для ЛУИН, чаще встречаются у ТГЛ

Барьеры ДУ по городам, везде –большие очереди и неудобно расположен ЦС 32-38%,

Санкт-Петербург 27% трудно выбрать время в связи с работой, 18% отсутствие сил, апатия; 13% нет четких разъяснений от врача;

Москва 67% нет интернет записи; 31% тесное помещение; 27% трудно выбрать время в связи с работой,

Челябинск 19% нет четких разъяснений от врача ; 23% боюсь встретить знакомых и отсутствие разъяснений от врача;



Эксперты
(интервью)

Выделены следующие барьеры диспансеризации:

- **Страх раскрытия ВИЧ-положительного статуса** перед семьей, коллегами, знакомыми;
- **Страх раскрытия особенностей сексуального поведения** при эпидрасследовании;
- **Страх посещения медицинских учреждений** (особенно у ЛУИН: «Люди боятся идти к врачу, вызывать скорую, идти к государственным врачам, потому что где врачи, там и менты где-то рядом <...> Я думаю, этот страх небезоснователен»);
- **Мигранты, ЛУИН:** отсутствие документов, двойная стигматизация;
- **Осуждение со стороны медработников** («ты сам виноват, ЛУИН» ««Нас там не любят. Мы для них нечисть ТГЛ»
- **Индивидуальные барьеры:** потребление ПАВ (ЛУИН – несобранность и нехватка денег для посещения ЦС); ТГЛ – несовместимость АРТ и гормональной терапии; МСМ, СР-страх раскрытия сексуальных контактов и ответственности за распространение ВИЧ ст.122 УК)
- **Низкая ценность собственной жизни** (у части СР, ЛУИН)
- **Институциональные барьеры:** очереди, удаленность ЦС («Они ранятся об очереди» НКО); в Челябинске – нехватка врачей и препаратов;
- **Отсутствие/нехватка комплексного сопровождения врачей-специалистов** (гинекологов, фтизиатров, стоматологов, эндокринологов)

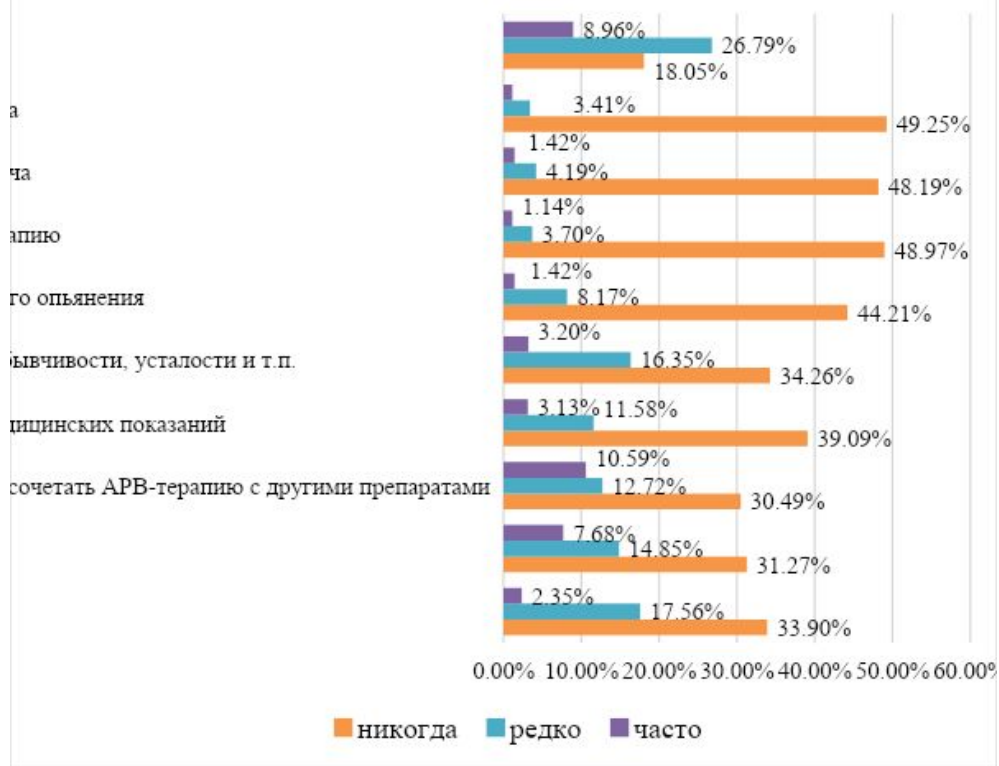
Чаще доходят до ЦС ЛГБТ+, женщины, которые стремятся хорошо выглядеть, ЛУИН-с ними ведется работа НКО. Реже - мигранты, люди 55+, лесбиянки (считают, что нет угроз), уличные СР, партнеры-мужчины.

Барьеры АРТ



Представители КГН (онлайн опрос)

«Как часто вы сталкиваетесь со следующими проблемами при приёме АРТ?»
N=1407



Барьеры по городам, везде – побочные эффекты и недостаточные объяснения врача, как сочетать АРТ и другими препаратами на 1 месте, далее: Санкт-Петербург не выделяется специфическими проблемами; Москва отсутствие нужного препарата; Челябинск усложнение/изменение схемы лечения без медицинских показаний;

Основными барьеры для ЛУИН:

- Часто (20%) недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами
- Часто (19%) не получаю достаточно объяснений от врача по моей схеме лечения
- Часто (17%) побочные эффекты

Основные барьеры СР:

- Часто (37%) недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами

Основные барьеры МСМ:

- Часто (17%) - недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами
- Часто (14%) побочные эффекты

Основные барьеры ТГЛ:

- Часто (60%) - недостаточно инструкций или рекомендаций от врача, как сочетать АРВ-терапию с другими препаратами

Приверженность выше у СР и ТГЛ: сход с лечения и самостоятельное изменение схем лечения встречаются значительно реже, чем у ЛУИН и МСМ



Эксперты (интервью)

Выделены следующие барьеры для приёма АРТ:

- **Неразвитость культуры заботы о себе;**
- **Двойная стигматизация, усиливающая в результате конфликтных отношений с лечащим врачом;** низкая сензитивность медицинского персонала;
- **Миф об опасности и вредности АРТ** (Москва); «Такой на себя вешать хомут — все время пить надо, не выпил — умер, да, а вот тот вот умер, начал пить и умер, я поэтому не хочу так»
- **Ситуации насилия** и неодобрения со стороны партнера; **желание скрыть** приём АРТ от семьи, близких
- **Побочные эффекты,** игнорирование жалоб врачами (Челябинск – чаще: «Пока плохо не станет, врачи не шевелятся»);
- **Несобранность, неготовность менять свою жизнь** в связи с регулярным приемом таблеток, других предписаний врача;
- **ВИЧ-диссидентство**
- **Депрессия и суицидальные наклонности** (особенно у ТГЛ) «Лучше раньше откинуть»

Практики назначения АРТ:

- ✓ Санкт-Петербург: АРТ назначается всем, но при низкой ВН «отговаривают»;
- ✓ Челябинск – АРТ сразу назначается МСМ, СР, отсроченно – ЛУИН, ТГЛ;
- ✓ Москва – всем в течение 3 месяцев.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ



ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

На этапе тестирования решающую роль играют социокультурные и индивидуальные барьеры,

На этапе постановки на ДУ – институциональные и структурные,

На этапе АРТ – социокультурные барьеры

Проверка гипотез исследования методом линейной регрессии показала следующее:

- Чем выше субъективное ощущение дискриминации, тем чаще встречаются нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции
- Чем ниже уровень материального достатка, тем чаще нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции
- Чем выше уровень позитивного отношения сотрудников медицинских учреждений, тем реже нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции
- Нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции НЕ связаны с чувством вины, заботой со стороны близких и иммунным статусом респондентов
- Между постановкой на ДУ НЕ выявлена зависимость между иммунным статусом респондентов и субъективной оценкой уровня угрозы ВИЧ для здоровья
- Уровень нарушения предписаний лечения ВИЧ-инфекции различается у КГН, при этом нарушения реже встречаются у МСМ.
- Уровень субъективных отношений сотрудников медицинских учреждений к пациентам различается у КГН.

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ



ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Развитие помощи КГН, находящимся в трудной жизненной и финансовой ситуации. Необходимо развить систему материальной поддержки тех представителей КГН, которые находятся в тяжелом материальном положении, включая предоставление продуктовых наборов для мотивации посещения ЦС, для постановки на диспансерный учет и оплату проезда до ЦС. Тяжелое материальное положение некоторых представителей КГН (в особенности ЛУИН) повышает риск отказа от постановки на учет в ЦС и приема АРТ. Необходимо рассматривать ЛЖВ с низкими доходами как отдельную уязвимую группу, которая требует дополнительного внимания.

Определить порядок оказания медицинской помощи, в частности АРВ-терапии, для граждан РФ, зарегистрированных по месту жительства на территории одного субъекта Российской Федерации, но временно пребывающих в другом регионе без регистрации, а также источники финансирования и порядок компенсации средств регионального бюджета на АРТ для указанной категории граждан. Предусмотреть **порядок временной регистрации мигрантов** с целью постановки на ДУ и получения АРТ на срок не менее года.

Развитие интегрированной и системной помощи наркопотребителям. Чтобы повысить посещаемость Центра СПИД со стороны ЛУИН, необходимо развитие и усиление межведомственного взаимодействия в сфере оказания помощи наркопотребителям между ЦС, наркологическими и противотуберкулезными диспансерами/больницами и НКО. Необходимо включить в программные расходы НКО, работающих с ЛУИН и СР-ЛУИН, и медицинских учреждений закупку налоксона.

Своевременная АРВ-терапия. Необходимо информирование ЛЖВ, в том числе представителей КГН, медицинских работников о современных схемах лечения, доступных в РФ. Необходима организация адвокационных кампаний по государственной закупке современных АРТ препаратов, их включения в перечень жизненно важных лекарственных средств. Простота приёма и сокращение побочных эффектов позволят закрепить приверженность АРВ-терапии, уменьшить число

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (продолжение)

Интеграция услуг для ЛЖВ/ТГЛ. Для повышения приверженности к лечению ВИЧ-инфекции у ТГЛ важно, чтобы инфекционист и эндокринолог работали «в связке» при назначении АРТ для своевременного решения вопросов, связанных с побочными эффектами, и снятия возникающих страхов о несовместимости АРТ и гормональной терапии

Необходимо продолжить работу по увеличению охвата АРВ-терапией. С учётом ежегодного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции в трёх регионах проекта (по представленным в отчете данным), не менее 6 тысяч человек должны быть дополнительно обеспечены АРВ-терапией.

Работа по снижению стигматизации и дискриминации. Необходимо повышение сензитивности и компетентности медицинского персонала при работе со стигматизируемыми группами населения: использование корректной лексики и терминологии, отсутствие предосудительного отношения к человеку из-за его образа жизни, сексуальной и гендерной идентичности. Работа над дестигматизацией должна вестись не только среди медработников, но и среди общего населения, специалистов НКО, социальных работников. **Усиление роли НКО по работе в труднодоступных группах населения** (предусмотрено в Стратегии до 2030 года)

Информирование населения. Дестигматизация ВИЧ-инфекции и ЛЖВ за счёт информирования населения и отказа от обвинительной риторики со стороны государственных органов власти и СМИ. Это может происходить за счёт повышения видимости ЛЖВ и ВИЧ-положительных людей из разных КГН, их опыта совладания с хроническим заболеванием. Остро необходимо просвещение населения: необходимо предоставлять людям актуальную информацию о том, что такое ВИЧ, как он лечится, формировать понимание того, что при своевременном приеме терапии уровень жизни не меняется, что вовремя пройденное обследование предупреждает последствия. Важно распространение информации о бесплатности медицинской помощи, в т.ч. через социальную рекламу. Проводить информационные кампании для КГН о тех мифах, которые существуют в отношении приема АРТ и ее сочетании с употреблением алкоголя, ПАВ, гормональной терапии. **Необходимо также сексуальное образование и психологическая поддержка семей и близких ЛЖВ. Борьба с ВИЧ-диссидентством.**

Филиалы Центра СПИД, кабинеты инфекционных заболеваний в районных поликлиниках. Необходимо увеличение количества доступных мест, где можно сдавать анализы и получать терапию.