



РУКОВОДСТВО ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПРОГРАММ ИГЛ И ШПРИЦЕВ



Всемирная организация
здравоохранения



ЮНЭЙДС

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНЭПЛА

ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Guide to starting and managing needle and syringe programmes.

1. Needle-exchange programs. 2. Needle sharing - adverse effects. 3. HIV infections - prevention and control.
4. Substance abuse, Intravenous - complications. I. World Health Organization. Dept of HIV/AIDS.

ISBN 978 92 4 459627 2

(NLM classification: WC 503.6)

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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 четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

РУКОВОДСТВО ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ПРОГРАММ ИГЛ И ШПРИЦЕВ

Всемирная организация здравоохранения
Департамент по ВИЧ/СПИДу

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящее руководство подготовлено организацией «AIDS Projects Management Group» («APMG», «ЭЙДС Проектс Менеджмент Групп»). Автор – Дейв Бэрроуз (Dave Burrows). В написании раздела 1 принимал участие д-р Ник Уолш (Dr. Nick Walsh). Редакторы – консультант Джеймс Бутройд (James Boothroyd) и Аннетт Верстер (Annette Verster) при участии Джиллиан Альбертолли (Jillian Albertoli). Руководитель редакторской группы – Джос Перриенс (Jos Perriens), Департамент по ВИЧ/СПИДу, ВОЗ. ВОЗ выражает признательность членам специальной референтной группы за их вклад в подготовку этого документа, за предложения и замечания по поводу различных его вариантов:

Джимми Дорабжи (Jimmy Dorabjee), Мельбурн, Австралия;

Араш Алаэй (Arash Alaei) и Камьяр Алаэй (Kamiar Alaei), Керманшах, Иран;

Рут Берджин (Ruth Birgin), Лиллиан Рок (Lillian Rock), Австралия;

Дэйв Пёрчес (Dave Purchase), Такома, США.

ВОЗ выражает признательность Австралийскому агентству по международному развитию («Australian Agency for International Development») и Министерству здравоохранения Нидерландов за их значительный вклад в создание этого руководства. Окончательный вариант рецензировали: Кристиан Кролл (Christian Kroll), Моника Бег (Monica Beg) и Пол Уильямс (Paul Williams), Отдел по ВИЧ УНП ООН.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ОТВЕТЫ НА ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ	5
А. Зачем создано это руководство?	5
В. Какие принципы служат ориентирами ПИШ?	6
С. Каковы составляющие эффективных ПИШ?	7
D. Как начинать?	9
E. Как осуществлять ПИШ?	9
II. НАЧАЛО РАБОТЫ	10
А. Целеполагание в соответствии с критериями «SMART»	10
В. Необходимый инструментарий	12
С. Заказ, хранение и выдача изделий.....	14
D. Варианты организации работы	17
E. Требования к сотрудникам и добровольцам. Обучение	22
F. Стандартные методы мониторинга	26
G. Продвижение программ. Первые шаги.....	27
H. Принципы и методика	29
III. РАЗРАБОТКА РАЗНООБРАЗНЫХ УСЛУГ	32
А. Дополнительные услуги.....	32
В. Просвещение	32
С. Оказание первой помощи, обработка ран и вакцинация.....	39
D. Лечение наркозависимости	40
E. Тестирование и консультирование на ВИЧ.	43
F. Лечение инфекций, передающихся половым путем.....	44
G. Лечение, уход и поддержка при ВИЧ	45
H. Социальная и правовая поддержка	47
I. Дополнительные услуги для секс-работников	47
IV. КАК РАСШИРИТЬ РАБОТУ ПРОГРАММ	49
А. Работа с сотрудниками ПИШ.....	49
В. Управление отношений с внешними организациями	51
С. Контроль качества работы программ	53
D. Определение охвата программы.....	54
E. Контроль и оценка для адвокации и планирования	56
F. Контрольный перечень факторов, которые способствуют расширению деятельности программ снижение вреда	56
V. ПРОГРАММЫ ИГЛ И ШПРИЦЕВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ	58

VI. ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – САЙТЫ, ПУБЛИКАЦИИ, ОРГАНИЗАЦИИ.....	64
А. Сайт и издания ВОЗ	64
В. Другие сайты и публикации	64
С. Информация об организациях.....	66
VII. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ А. ПРИМЕР ПЛАНА ПРОГРАММЫ.....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ В. УПРАВЛЕНИЕ СКЛАДСКИМИ ЗАПАСАМИ (БЛАНКИ).....	68
ПРИЛОЖЕНИЕ С. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БЕЗОПАСНОМУ ОБРАЩЕНИЮ С ИНСТРУМЕНТАРИЕМ И ПО ЕГО УТИЛИЗАЦИИ	70
ПРИЛОЖЕНИЕ D. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ (ПРИМЕРЫ)	71
ПРИЛОЖЕНИЕ Е. ФОРМА ОТЧЕТА О ПРОДЕЛАННОЙ РАБОТЕ	72
ПРИЛОЖЕНИЕ F. ЧТО ДЕЛАТЬ В СЛУЧАЕ УКОЛА ИГЛОЙ.....	73
ПРИЛОЖЕНИЕ G. СТАДИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ. ПОМОЩЬ, КОТОРУЮ НЕОБХОДИМО ОКАЗЫВАТЬ НА КАЖДОЙ СТАДИИ	74
ПРИЛОЖЕНИЕ Н. МЕТОДЫ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ	76
ПРИЛОЖЕНИЕ I. СЛОГАНЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ О МЕНЕЕ БЕЗОПАСНЫХ ИНЪЕКЦИЯХ	77
ПРИЛОЖЕНИЕ J. ИНСТРУКЦИЯ ПО ДЕЗИНФИЦИРОВАНИЮ ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ	78
ПРИЛОЖЕНИЕ К. СЛОГАНЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДОЗИРОВОК.....	79
VIII. ПРИМЕЧАНИЯ И ССЫЛКИ НА ИСТОЧНИКИ.....	80

I. ОТВЕТЫ НА ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

A. Зачем создано это руководство?

Огромной проблемой в масштабах всего мира, усугубляющей и без того непростую ситуацию с ВИЧ, является передача ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков, а также секс-работниц/-ов, молодежи и других уязвимых групп. Данные проведенных за 20 лет исследований свидетельствуют, что с помощью программ игл и шприцев (здесь и далее – ПИШ) можно предотвращать, контролировать и значительно сокращать распространение среди потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ и других инфекционных заболеваний, передающихся через кровь. Сейчас такие программы работают более чем в 60 странах всех регионов мира. Однако по имеющимся оценкам через ПИШ стерильные иглы и шприцы получают менее 2% потребителей инъекционных наркотиков [1]. О необходимости программ игл и шприцев, об их роли в деле комплексного преодоления распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков говорится в ряде последних публикаций (с представлением доказательств эффективности ПИШ).

- Effectiveness of Sterile Needle and Syringe in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Женева, ВОЗ, 2005 (Сведения о действиях по предотвращению распространения ВИЧ и СПИДа; документ, содержащий информацию об инъекционном употреблении наркотических средств; изложение стратегических установок по проблеме, на английском языке).
- Водак А. (Wodak A), Куни А. (Cooney A.) «Эффективность программ стерильных игл и шприцев» («Effectiveness of sterile needle and syringe programmes»), а также другие статьи в специ-

альном выпуске журнала «International Journal of Drug Policy», 2005, ст. 31–44 (на английском языке).

- Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Женева, ВОЗ, 2005 (на английском языке).
- Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users. Женева, ВОЗ, 2004 (на английском языке).
- Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: an Assessment of the Evidence. Институт медицины Национальной академии наук США, 2006. Вашингтон, «The National Academic Press» (на английском языке).

Настоящее руководство создано для оказания помощи в расширении ответных мер по борьбе с ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в масштабах всего мира. Для этого будет необходимо запустить еще множество ПИШ в дополнение к уже работающим, чему и посвящены разделы I и II настоящего руководства. Также необходимо расширить уже существующие программы и увеличить охват ими целевой аудитории. В разделах III и IV описывается как это сделать. Увеличить количество ПИШ возможно и за счет запуска значительного количества дополнительных программ в местах лишения свободы. Особая необходимость в ПИШ в местах лишения свободы является темой раздела V. В заключительной части руководства (перед приложениями и ссылками на источники) опубликован перечень полезных сайтов, публикаций и данных об организациях, занимающихся вопросами профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

В. Какие принципы служат ориентирами ПИШ?

Принципы и подходы, позволяющие снизить уровень ВИЧ-инфицирования среди потребителей инъекционных наркотиков, изложены в конвенциях ООН о наркотических средствах, в Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, а также в документах ООН о правах человека и охране здоровья. В них особо подчеркивается следующее.

- В том, что касается профилактики заражения ВИЧ, чрезвычайно важен аспект защиты прав человека, поскольку, когда права на охрану здоровья, социально-экономические и культурные права не соблюдаются, люди в большей степени подвержены риску заражения. Карательный подход к решению этой проблемы, в основе которого преимущественно лежат меры уголовного преследования, приводит лишь к тому, что нуждающиеся в профилактике и лечении люди избегают подобной помощи.
- Программы игл и шприцев являются основным элементом комплекса мер по снижению уровня ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Этот комплекс включает меры, направленные на достижение трех целей: 1) предоставление лицам, употребляющим наркотики, информации и средств защиты себя и партнеров, а также членов семей от заражения ВИЧ (включая социально-просветительную работу, раздачу презервативов и стерильного инъекционного инструментария, а также доступа к добровольному тестированию и консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции; 2) содействие в предоставлении доступа к лечению наркозависимости, в частности, опиоидной заместительной терапии; 3) поощрение случаев добровольного выбора других видов медицинского ухода, включая первичную помощь, а также доступ к уходу при ВИЧ-инфекции и антиретровирусной терапии (здесь и далее – АРТ) [2].
- Профилактику ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков следует начинать как можно раньше, поскольку вирус иммунодефицита человека может быстрыми темпами распространяться как в этой среде, так и вне ее.
- Следует проводить регулярную оценку характера и масштабов употребления наркотиков, а также тенденций и общей картины заражения ВИЧ.
- Для эффективного действия профилактических мер необходимо, чтобы они охватывали как можно больше представителей групп риска.
- Программы профилактики ВИЧ и сокращения спроса на наркотики должны стать составной частью программ по поддержанию общественного благополучия, пропаганде здорового образа жизни и профилактических образовательных программ.
- Чтобы меры по преодолению проблемы ВИЧ-инфекции в среде потребителей инъекционных наркотиков были эффективными, необходимо участие самих потребителей инъекционных наркотиков в развитии и внедрении соответствующих программ профилактики ВИЧ и лечения наркозависимости на всех их стадиях.
- Данные программы должны предусматривать предоставление консультаций (при необходимости) и добровольное тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции, а также других инфекционных заболеваний – в целях изменения моделей поведения потребителей

инъекционных наркотиков, которые подвергают риску и самих себя, и других людей.

- Программы профилактики ВИЧ также должны уделять внимание сексуальному поведению, ведущему к риску инфицирования у людей, употребляющих наркотики путем инъекций или подверженных риску заражения.
- Для доступа к группе потребителей инъекционных наркотиков, включая заключенных, молодежь, женщин и секс-работников/-ц, часто необходимо проводить аутрич работу, мероприятия по принципу «равный-равному» и другие специальные мероприятия вне обычной среды, где предоставляются услуги, и в нерабочее время.
- Крайне важно наличие гибких и легкодоступных услуг опиоидной заместительной терапии и других услуг по лечению наркотической зависимости для удовлетворения нужд потребителей инъекционных наркотиков.
- Лечение и поддержка, при участии сообщества, должны быть предоставлены ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков и членам их семей.

С. Каковы составляющие эффективных ПИШ?

Существуют различные программы игл и шприцев. Различаются они как с точки зрения места проведения (в среде потребителей инъекционных наркотиков или в непосредственной близости от их сообществ), времени, стратегии распространения, так и с точки зрения целевой аудитории и вида наркотиков, которые ее члены употребляют. К тому же, в то время как некоторые программы включают аутрич работу в группах риска и разные варианты распро-

странения игл и шприцев (например, выдача их при помощи автоматов по раздаче инструментария), другие программы не предусматривают подобных действий и возможностей; различаются также социальные, политические и экономические ситуации, в условиях которых происходит реализация ПИШ, различна и степень доступности лечения и социальных услуг для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных (или подверженных риску заражения). Несмотря на такое многообразие, эффективные ПИШ, как правило, кроме четкого видения основных целей, имеют следующие общие черты [3]:

Широкий охват. В условиях интенсивного противодействия мерам, позволяющим уменьшить вред от употребления наркотиков, все же может сохраняться необходимость в пилотных ПИШ, поскольку есть неопровержимые доказательства их эффективности, и органы здравоохранения должны, по возможности, создавать полнофункциональные программы. ПИШ, как на стадии их планирования, так и на стадии реализации должны иметь четкой целью сокращение передачи ВИЧ-инфекции от одного потребителя инъекционных наркотиков к другому на конкретной территории. В противном случае будет существовать опасность превращения программы в комплекс мероприятий «для вида», без особого влияния на эпидемию ВИЧ – или вообще безо всякого воздействия.

Тщательная оценка. В некоторых случаях (в некоторых местах) можно организовать сразу раздачу игл и шприцев. Во всех других случаях лучше всего предварительно провести тщательную оценку ситуации – это повысит уровень результативности и жизнеспособности программы. Следует оценить характер проблем, связанных с наркотиками, а также факторов, оказывающих на них влияние на местном уровне. При этом нужно также обратить внимание на негативные последствия наркопотреб-

ления для здоровья, установить, какие ресурсы можно использовать для противодействия, и какие социально, экономически и политически оправданные шаги можно в этом направлении предпринять. Целью такой оценки должно быть создание базы для запуска ПИШ. Осуществить это можно при помощи методов экспресс-оценки и реагирования (здесь и далее – ЭОР), разработанных ВОЗ и ЮНЭЙДС [4].

Привлечение сообщества. Эффективные ПИШ предусматривают участие в них наркопотребителей, начиная с самых ранних стадий. Они принимают решения, связанные с оценкой ситуации, участвуют в планировании, принятии решений касательно мест осуществления программ, видов распространяемого инструментария, предоставляемых услуг и т.д. Желательно также, чтобы ПИШ проводились под руководством консультативного органа, в котором были бы широко представлены как лица, осуществляющие программы, так и те, для которых эти программы предназначены (см. вставку в разделе II А – «Разработка ПИШ при участии наркопотребителей. Опыт Австралии»).

Оперативный старт. Эти программы запускаются быстро, для того, чтобы потребители инъекционных наркотиков могли извлечь из них пользу до того, как ВИЧ распространился широко в их среде.

Комплексность, гибкость, доступность. Сами по себе ПИШ не могут предотвратить заражение ВИЧ и другими заболеваниями, поэтому необходим широкий спектр хорошо скоординированных и гибких мер, нацеленных на то, чтобы улучшить состояние здоровья и общее благополучие потребителей инъекционных наркотиков. Программы часто работают сразу в нескольких местах и в разное время, с их помощью легко можно получить стерильный инъекционный инструментарий и другие услуги.

Широкий перечень предоставляемых изделий.

Наряду со стерильными иглами и шприцами, эффективными ПИШ предусматривается предоставление ряда другого инструментария, соответствующего конкретным потребностям в той или иной местности – мужских и женских презервативов, лубрикантов, фильтров, дезинфицирующих тампонов, стерилизованной воды для инъекций, принадлежностей для приготовления наркотиков (ложки или варки), игло-непроницаемых контейнеров для безопасной утилизации использованных инъекционного инструментария, жгутов, окислителей, витаминов, лекарств (как отпускаемых по рецепту, так и без), продуктов, одежды и просветительных материалов (подробнее – см. раздел II).

Двойная направленность. Программы нацелены не только на потребителей инъекционных наркотиков, но и на их сексуальных партнеров.

Мониторинг. Необходима постоянная оценка результатов программ для понимания изменяющихся потребностей клиентов.

Аутрич. Эффективные ПИШ предполагают проведение аутрич работы с сообществом в местах проживания наркопотребителей или там, где они приобретают и принимают наркотики.

Уважительное отношение. Программами предусматривается уважительное отношение к потребителям инъекционных наркотиков и их семьям. Всем им гарантируется достойное обращение с учетом их культурных, расовых, этнических и половых различий.

Просвещение. Используются все имеющиеся возможности, чтобы донести до потребителей инъекционных наркотиков информацию о риске, которому они себя подвергают, а также о предоставляемых в рамках ПИШ возможностях его сокращения.

Продвижение ПИШ. ПИШ, демонстрирующие хорошие результаты своей работы прилагают много усилий с целью убедить политических деятелей, правоохранительных органов, органов здравоохранения, СМИ и т.д. в том, что необходимо создать условия, которые позволяли бы претворять в жизнь подобные программы.

Жизнеспособность. Программы, которые получают необходимой поддержкой, привлекают средства, возвращают новые кадры и предоставляют адресную помощь, способны существовать долго.

Д. Как начинать?

Прекрасная ПИШ с хорошо подготовленным персоналом, в распоряжении которой есть изобилие инъекционного инструментария, но которой при этом не пользуется широкая аудитория потребителей инъекционных наркотиков, не окажет влияния на ситуацию с массовым заражением ВИЧ. В розничной торговле указывают на три существенных составляющих успеха их бизнеса: местоположение, местоположение и еще раз местоположение. Хотя ПИШ и не розничная торговля, данные исследований свидетельствуют, что неудобное место проведения мероприятий программы уменьшает ее эффективность, в то время как удобное позволяет охватить широкую аудиторию [5].

Тщательные усилия должны быть приложены в выборе места проведения ПИШ: стационарной площадки, штаб-квартиры или офисного помещения, где проводятся встречи аутрич работников, «дроп-ин» центра (специальные центры, куда может прийти любой желающий, независимо от того, проводятся ли там программы ПИШ), где аутрич работники находят потребителей наркотиков, и мест остановок мобильных ПИШ. Хорошее месторасположение – то, которое находится ближе к местам

жительства потребителей инъекционных наркотиков (или непосредственно в таких местах), или такое, куда они могут легко добраться из дома общественным транспортом. Желательно также, чтобы мероприятия ПИШ проводились вблизи других мест, где можно приобрести иглы и шприцы (например, неподалеку от аптек), но не очень близко к отделениям милиции и другим местам, рядом с которыми потребители инъекционных наркотиков вряд ли захотят появляться [6].

Е. Как осуществлять ПИШ?

Существует три основных способа проведения программ игл и шприцев [7].

- Стационарные площадки. Потребители инъекционных наркотиков могут прийти туда, чтобы получить и избавиться от инъекционного инструментария, а также использовать другие доступные услуги.
- Мобильные ПИШ. Работа ведется с фургона или автобуса (обычно существует определенный маршрут и утверждено время нескольких остановок).
- Аутрич. Сотрудники программы ходят по улицам или от квартиры к квартире и распространяют чистые иглы и шприцы, собирая при этом использованные инъекционные принадлежности для их безопасной утилизации.

Многие из наиболее эффективных ПИШ предусматривают ряд возможностей предоставления инструментария, включая автоматы по продаже шприцев и привлечение к работе аптек. Подробнее о способах проведения ПИШ см. раздел II Д.

II. НАЧАЛО РАБОТЫ

Как правило, все начинается с разработки плана программы, которым определяются временные рамки мероприятий, количественный состав сотрудников и описание их функций, наименования и количество необходимых предметов поставок. Также составной частью плана являются основные принципы программы, правила и вводное руководство по осуществлению контроля и отчетности.

А. Целеполагание в соответствии с критериями «SMART»

В общих чертах рабочий план программы содержит перечень основных задач и данные о сроках их выполнения (первоначальный план обычно составляется на полгода-год). К примеру, план на первые три месяца в условиях реализации ПИИШ на стационарных площадках с участием группы социальных работников (после проведения ЭОР) может выглядеть так, как это представлено в Приложении А.

План программы может быть и более сложным, содержать наглядные учетно-плановые графики и сводные таблицы, созданные при помощи программного обеспечения, но при этом важно, чтобы список задач был хронологически систематизирован. Например, невозможно обучать персонал, прежде чем нанимать его, социальную работу нельзя проводить до того, как будут разработаны ее принципы и правила техники безопасности, а иглы и шприцы нельзя заказать до определения нужного количества каждого их вида.

В плане также должны быть четко сформулированы цели и задачи с тем, чтобы люди, которые будут воплощать и оценивать программу, могли определить, достигнуты ли они. Очень часто бывает так, что

создавая новую ПИИШ указываются туманные или недостижимые цели. Сейчас для ПИИШ рекомендуется сочетание специфических для того или иного города или района целей и целей в соответствии с критериями «SMART»¹, отражающих специфику конкретной программы. Хорошим показателем считается, если ПИИШ охватывает 60% потребителей инъекционных наркотиков на определенной территории (и они пользуются услугами программы, как минимум, раз в месяц в течение последнего года отчетности) [8].

Критерии SMART-целей (отражающих степень выполнения вышеупомянутой задачи) должны быть:

- **Конкретными**, с четким определением, чего именно требуется достичь.
- **Измеримыми** без привлечения для этого огромных ресурсов.
- **Достижимыми (при этом перспективными)** при имеющихся человеческих, финансовых и других ресурсах.
- **Значимыми**, т.е. полезными для общего процесса достижения цели.
- **Соотносимыми с конкретным сроком**. Должны быть определены временные рамки их достижения (в противном случае не выполняется условие измеримости).

Вот пример SMART-цели для осуществления ПИИШ на территории, где насчитывается 10 000 потребителей инъекционных наркотиков. «К концу первого года работы ПИИШ достичь регулярного – минимум раз в

¹ SMART – это сокращение (первые буквы) от следующих терминов английского языка, которые являются критериями хорошо сформулированной цели: Specific; Measurable; Achievable; Realistic; Time-bound. Кроме того, в переводе «smart» означает «умный».

месяц – 20-процентного охвата потребителей инъекционных наркотиков в регионе (примерно 2000 чел.) в разрезе предоставления им такого-то инструментария и таких-то услуг».

Как количественные, так и качественные SMART-цели можно разработать и для последующих лет. Вот пример качественной цели. «Получать не более трех жалоб в месяц на отношение сотрудников к клиентам программы». Эта цель предполагает наличие четкой и должным образом проанонсированной процедуры подачи жалоб, а также того, что подача жалоб (при их наличии у клиентов) поощряется. Не может быть ситуации, когда жалоб нет. Какой бы

хорошей ни была программа, всегда найдутся люди, которые чем-то недовольны. Следует отметить, что предметом этой цели должно являться именно отношение и действия сотрудников программы, поскольку жалобы на отсутствие тех или иных услуг или определенного типа инъекционного инструментария могут быть вызваны ограниченностью финансирования, что неподконтрольно сотрудникам программы.

В одном из следующих подразделов («Стандартные методы контроля») говорится о способах контроля для достижения SMART-целей.

Разработка ПИШ с участием наркопотребителей. Опыт Австралии

Эффективные программы обмена игл и шприцев вовлекают клиентов в работу над различными аспектами их планирования и разработки. Но привлечь к этому лиц, употребляющих наркотики, бывает трудно. Из-за особенностей образа жизни им часто бывает сложно выдержать трехчасовую встречу без движения. Часто случается, что кого-то из не создающих особых проблем потребителей инъекционных наркотиков приглашают на заседания консультативной группы. Следовательно, формально наркопотребители принимают участие в ее работе, но реально в полной мере они не участвуют. Действительно содержательное участие подразумевает регулярные встречи местных потребителей инъекционных наркотиков (за пищей и т.д.) для обсуждения вопросов, которые два или более члена группы могут вынести на рассмотрение консультативным органом. Затем представители наркопотребителей сообщают о каждом заседании комитета остальным наркопотребителям и собирают информацию для представления на следующем заседании. Такой процесс требует значительных затрат времени, но на практике гарантирует высокое качество работы программы [9]. Уровень ВИЧ-инфицированности среди потребителей инъекционных наркотиков Австралии остается низким с начала 1980-х гг., и по имеющимся данным, сами наркопотребители внесли огромный вклад в дело контроля над распространением ВИЧ. В состав всех общегосударственных и местных комитетов, национальных неправительственных организаций, занимающихся проблемами ВИЧ и заболеваемостью гепатитом, входят и активно участвуют в их работе представители организаций наркопотребителей. В каждом австралийском штате и на каждой территории действует, по крайней мере, одна организация наркопотребителей, финансируемая преимущественно из правительственных источников с тем, чтобы гарантировать возможность высказывания точки зрения потребителей инъекционных наркотиков по любым предлагаемым стратегическим или практическим изменениям, особенно если они касаются программ игл и шприцев. Более подробную информацию о последних концепциях вовлечения клиентов в разработку программ, нацеленных на сокращение вреда от наркопотребления, можно почерпнуть в статье Джона Зиббелла (Jon Zibbell), опубликованной в научном издании «International Journal on Drug Policy» [10, также см. 11].

В. Необходимый инструментарий

В рамках ПИШ потребителям инъекционных наркотиков раздаются, по меньшей мере, иглы и шприцы, но чтобы работа ПИШ была действительно эффективной, как упоминалось выше, обычно предполагается намного больше: от раздачи презервативов до наличия контейнеров для безопасной утилизации использованного инъекционного инструментария, жгутов, лекарственных препаратов, продуктов, одежды и просветительных материалов [12]. Перед тем, как сделать выбор в пользу тех или иных изделий, менеджеры программы должны учесть следующее:

Иглы и шприцы. Распространять следует иглы и шприцы тех типов, которые местные потребители инъекционных наркотиков используют чаще всего. По возможности, следует со временем начать поощрять использование неразборных одноразовых шприцев, таких, как 1-миллилитровый одноразовый инсулиновый шприц, поскольку его цельная конструкция оставляет вирусу иммунодефицита человека меньше шансов выжить в высохшей крови, чем конструкция разборного шприца. В рамках большинства ПИШ раздаются разные иглы и шприцы, соответствующие привычкам разных групп потребителей инъекционных наркотиков.

В ходе осуществления программ игл и шприцев не рекомендуется раздавать самоблокирующиеся шприцы. Было сделано заключение, что степень их применимости зависит от того, насколько они заменяют собой или дополняют имеющийся инъекционный инструментарий, а также от того, используют ли их наркопотребители. В ходе экспериментов выяснилось, что потребители инъекционных наркотиков США, некоторых регионов Европы и Австралии самоблокирующиеся шприцы не используют [13].

Презервативы. Одним из наивысших уровней риска в отношении ВИЧ-инфицирования обладают незащищенные анальные и вагинальные половые акты, сопровождающиеся разрывами слизистой оболочки или образованием на половых органах язв (которые обычно вызываются инфекциями, передающимися половым путем). Сократить вероятность передачи ВИЧ в течение такого полового акта могут презервативы из латекса, эффективность которых очень высока. Поэтому в ходе ПИШ рекомендуется распространять мужские презервативы; также, по возможности, и где это приемлемо со стороны клиентов, можно раздавать и женские презервативы (эластичные полиуретановые тубусы, которые вводятся во влагалище).

Фильтры. Часто потребители инъекционных наркотиков набирают раствор в шприц через фильтр, в качестве которого они используют сигаретные фильтры, хлопковую ткань, вату, тампоны либо скрученную бумагу. Такой фильтр нужен для того, чтобы в шприц (и, следовательно, в вену) вместе с раствором не попали нерастворенные частички наркотического препарата или другие инородные частицы. Повторное использование таких фильтров (особенно в условиях бедности) - очень распространенное явление. Оставшуюся в них жидкость выжимают и используют для следующих инъекций. Есть вероятность, что такая практика способствует распространению ВИЧ и других возбудителей инфекционных заболеваний. Поскольку фильтры могут воспрепятствовать попаданию в шприц лишь крупных частиц, но не защитят от проникновения таких микроскопических организмов, как бактерии, рекомендуется распространять фильтры с порами шириной 0,22 мкм. Если это невозможно (например, из-за дороговизны таких фильтров), то в рамках ПИШ нужно распространять хотя бы хлопковые фильтры.

Стерилизованная вода. Многие потребители инъекционных наркотиков для приготовления растворов наркотических средств используют общие емкости для воды, неочищенную воду (например, дождевую или из ливневой канализации). При использовании контейнера разными людьми маленькие частички их крови могут смешаться с водой, что увеличивает риск передачи ВИЧ или других возбудителей. В нестерилизованной или уже кем-то использованной воде также могут содержаться бактерии, что приводит к возникновению других заболеваний, например, кожных абсцессов или инфекционного эндокардита. Поэтому, если есть такая возможность, во время проведения мероприятий ПИШ нужно раздавать ампулы со стерилизованной водой (однократного использования). С одной стороны, они содержат достаточно воды для приготовления раствора наркотических препаратов, пригодного для инъекций, с другой – после открытия ампулу уже невозможно закрыть, а это предотвращает риск загрязнения и повторного использования воды.

Дезинфицирующие салфетки. Для очистки кожи перед инъекцией и для удаления следов крови после нее наркопотребители используют тампоны, смоченные спиртом. Раздача таких салфеток в рамках ПИШ может способствовать профилактике абсцессов и от других бактериальных инфекций у потребителей инъекционных наркотиков.

Ложки. Наркотические препараты в виде порошка или таблеток для приготовления инъекционного раствора нужно смешать с водой. В качестве емкости используется кастрюля (или другая подобная посуда). Чтобы приготовить раствор нужной консистенции, часто требуется нагреть его в емкости. В качестве таких емкостей могут использоваться ложки или (реже) бутылочные колпачки. Поэтому рекомендуется (по возможности) раздавать в ходе ПИШ стальные ложки.

Контейнеры для безопасной утилизации использованных инъекционных принадлежностей (иглонепроницаемые). ПИШ должны обеспечивать безопасный сбор использованных игл и шприцев и контроль над ними до окончательной утилизации. Для этого необходимо обеспечить сотрудников программы специальными иглонепроницаемыми контейнерами для транспортировки и хранения использованного инъекционного инструментария. Также желательно раздавать такие контейнеры наркопотребителям для того, чтобы они могли выбрасывать туда использованные шприцы и безопасно перевозить их в места сбора ПИШ.

Окислители. При инъекции нерастворимых наркотиков, таких, как иранский героин или крэк, наркопотребители иногда сначала добавляют к ним окислитель, чтобы получилась соль. Относительно безопасные окислители (например, чистая аскорбиновая, лимонная или уксусная кислота) есть под рукой не всегда, поэтому используются более доступные, например, лимонный сок или уксус. Эти кислые среды могут способствовать росту колоний некоторых видов бактерий и грибов и привести к заражению эндокардитом (воспалительное заболевание внутренней оболочки сердца) и грибковым эндофтальмитом (внутриглазная инфекция, приводящая к слепоте). Если потребители инъекционных наркотиков применяют окислители, в рамках ПИШ рекомендуется предоставлять им одноразовые упаковки лимонной или аскорбиновой кислоты.

Жгуты. Большинство потребителей инъекционных наркотиков при инъекциях применяют жгуты. Это может быть веревка, кожаный или тканевый ремень либо бандаж. Но эти предметы недостаточно эластичны – их нелегко потом быстро снять – поэтому они вызывают повреждения кожных покровов и вен, протекание крови и жидкостей в окружающие ткани. К тому же, если эти предметы

забрызгались кровью, то очистке они поддаются с трудом. Если это возможно, рекомендуется в рамках ПИШ распространять тонкие, гибкие и плотные жгуты.

Хлорная известь и другие дезинфицирующие средства. Неоднозначно использование для дезинфекции игл и шприцев хлорной извести и других веществ. В лабораторных условиях подтверждена эффективность использования хлорной извести для очистки игл и шприцев, загрязненных кровью с вирусом иммунодефицита. Оказалось, что даже однократное промывание водой сокращает уровень содержания вируса в загрязненном шприце на 70%, а наилучшие результаты (более 95%) были получены после обработки неразбавленным раствором хлорной извести или при помощи метода «2 x 2 x 2» [14], который заключается в следующем: дважды пропустить через шприц чистую воду, затем дважды – концентрированный раствор хлорной извести, и снова дважды промыть чистой водой. Но ни один из этих методов не гарантирует уничтожения или удаления всех возбудителей инфекций. По данным исследований, метод «2 x 2 x 2» вне стен лабораторий используется нечасто. Если у наркопотребителей нет инструментов, чтобы сделать инъекцию, они используют чужие иглы и шприцы – и в таком случае у них практически нет возможностей тщательно следовать вышеизложенной процедуре. Есть предположение, что причиной очень высокого уровня заболеваемости гепатитом С среди потребителей инъекционных наркотиков многих стран, где заболеваемость ВИЧ в этой среде остается низкой, может быть расчет на то, что сработают методы дезинфекции, вместо использования для каждой инъекции стерильного шприца и иглы. В 2005 г. (а затем еще раз в 2007 г.) ВОЗ рекомендовала предоставлять в рамках ПИШ хлорную известь исключительно как вспомогательное средство и распространять всю информацию о проведении

дезинфекции, начиная с данных о ее ограниченной эффективности и заканчивая инструкциями о том, как правильно продезинфицировать инъекционные принадлежности [15].

Другие услуги. В разделе III описывается ассортимент услуг, которые должны предоставляться в рамках ПИШ или в получении которых из других источников такие программы оказывают содействие. Сюда относятся: просветительная работа, оказание первой помощи при абсцессах и других незначительных недомоганиях, низкопороговое лечение наркозависимости (особенно - опиоидная заместительная терапия), добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию (сопровождаются консультациями до и после теста), диагностика и лечение инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, а также антиретровирусная терапия и лечение связанных с ВИЧ оппортунистических инфекций. ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, по возможности, не следует оставлять без правовой, социальной поддержки и без лечения в «дружных» для такой категории людей условиях и др. (при необходимости).

С. Заказ, хранение и выдача изделий

В силу неопределенности ситуации в первый год может оказаться сложно оценить, сколько понадобится игл и шприцев. Неизвестно, сколько времени потребуется, чтобы определить место проведения мероприятий программы, нанять сотрудников, привести программу в соответствие с нормативными требованиями городских властей и правоохранительных органов, а также сколько времени уйдет на то, чтобы установить контакт с потребителями инъекционных наркотиков и привлечь их к сотрудничеству (а время это может в различных

случаях быть разным). Фактор сезонности тоже влияет на уровень потребности в инъекционном инструментарии. Для определения количества наркопотребителей, которых нужно будет охватить к моменту окончания года работы программы (на регулярной основе, т.е., как минимум, раз в месяц), можно воспользоваться методом экспресс-оценки (ЭОР) – практика показывает, что участников будет примерно 10% от общего количества. Это означает, что в городе с 10 000 потребителей инъекционных наркотиков к концу первого года своего функционирования ПИШ должна охватить минимум 1000 человек, которые регулярно будут пользоваться услугами программы. Чтобы ПИШ давала результаты в условиях нестабильного поведения реципиентов программы и их неодинаковой в разные моменты времени потребности в инъекционном инструментарии, каждый из регулярно участвующих в мероприятиях должен получать, как минимум, три комплекта «шприц плюс игла» в неделю (общая средненедельная потребность – 3000 комплектов). Расчет для проводимой в подобных условиях программы приведен ниже.

1–3 месяца (запуск программы)		
Кол-во в неделю – 0		Всего – 0
4–6 месяца (начальная стадия)		
Кол-во в неделю – 500 (в среднем)	х 13 недель	– 6500
7–9 месяца		
Кол-во в неделю – 1500 (в среднем)	х 13 недель	– 19 500
10–12 месяца		
Кол-во в неделю – 2500 (в среднем)	х 13 недель ²	– 32 500
Всего в первый год (прогноз) –		58 500

Стоит заметить, что такие расчеты применимы не к любой ситуации (хотя в их основе и лежит опыт внедрения ПИШ во многих странах). Например, если в некотором регионе будет насчитываться менее 1000 потребителей инъекционных наркотиков, то в рамках некоторых программ к концу первого года

их проведения можно будет достичь и 40-процентного (или даже выше) охвата наркопотребителей. К тому же, три комплекта «игла плюс шприц» на одного регулярного участника программы в неделю – тоже не самое оптимальное количество. Многими руководствами и правительственными стратегиями в этом отношении предусматривается, что каждому потребителю инъекционных наркотиков должны предоставляться стерильные принадлежности для каждой инъекции. Следует это приветствовать, но даже самые крупномасштабные системы ПИШ в мире пока еще не могут продемонстрировать такой охват. Также не нужно забывать, что эти расчеты сделаны только в отношении первого года работы программы. Со временем значительно увеличится как количество регулярных участников, так и количество распространяемых игл и шприцев в расчете на одного клиента программы.

Дополнительно осложняет положение то, что потребителям инъекционных наркотиков могут требоваться разные виды игл и шприцев, в зависимости от того, какие именно наркотики они вводят, от состояния их вен, регулярной дозы, личных предпочтений и т.д. Во многих случаях в рамках ПИШ предусматривалась раздача таких видов шприцев, которые наркопотребители не станут или не могут использовать для инъекций, и из подобных шприцев были сформированы складские запасы. Это нерационально и это скорее снижает, чем усиливает доверие наркопотребителей к программе и ее сотрудникам. Рекомендуется [16] провести среди наркопотребителей опрос на предмет того, какие типы игл и шприцев они предпочитают использовать, и учесть полученные результаты при проведении расчетов по вышеприведенной модели. Например, если выяснится, что 40% потребителей инъекционных наркотиков используют шприцы объемом 2 мл, 50% – объемом 1 мл, а 10% используют 5-миллилитровые, то для расчета необходимых закупок (исходя из месячной

² Поскольку, согласно этой модели, ПИШ должна предоставлять как минимум 3000 игл и шприцев в неделю именно к концу года (т.е. к окончанию двенадцатого месяца), а в течение 10-го и 11-го месяцев этот показатель еще не будет достигнут, то в последние три месяца указано меньшее (2500) средненедельное количество игл и шприцев.

потребности) следует применять такие же процентные соотношения. В бюджете нужно предусмотреть достаточный резерв средств (от 10% общих ассигнований на закупку игл и шприцев), чтобы корректировать пропорции приобретаемых типов изделий уже во время функционирования ПИШ.

Подобным же образом определяется необходимое количество других изделий для распространения. Обычно расчет такой: на один выданный шприц – один смоченный спиртом тампон, один контейнер стерилизованной воды, одна емкость для нагревания и один фильтр. Просветительные материалы (не считая наклеек на упаковках инъекционного инструментария и т.п.) в первые месяца работы программы обычно распространяются в пропорции 1:1 со шпри-

цами, позднее соотношение значительно понижается (примерно до 1:20), поскольку большая часть клиентов материалы уже получила. Исходя из этого, нужно систематически разрабатывать новые просветительные материалы. Сколько потребуется презервативов, в значительной степени зависит от специфики культурной среды и типа наркотиков, которые в ней употребляются. По приближенным к реальности оценкам, презервативов понадобится примерно вдвое меньше, чем игл и шприцев (если только значительной частью клиентов программы не являются секс-работницы – в таком случае презервативов может понадобиться больше, чем шприцев). С каждым презервативом следует выдавать небольшую упаковку лубриканта. Если подразумевается оказание первой помощи или других услуг, нужно

Особые методы управления запасами

Успех ПИШ может быть предопределен тем, насколько эффективно формируются заказы, осуществляются поставки, а также насколько правильно хранятся и распространяются инъекционный инструментарий и другие запасы. Поэтому все сотрудники программы должны обладать определенными знаниями в этой области, а системы контроля и учета нужно регулярно пересматривать, особенно если программы расширяются. Ошибки здесь могут иметь катастрофические последствия. Был случай приостановки на несколько месяцев одной из ПИШ в азиатском регионе из-за окончания запасов инъекционного инструментария. Такое случается, если программу покидает ответственный за формирование заказов, – и тогда местные наркопотребители начинают чаще использовать инъекционный инструментарий друг друга, что за короткий период приводит к удвоению уровня заражения ВИЧ в их среде.

Чтобы избежать подобных проблем, нужно разработать систему управления запасами и регулярно проводить инвентаризации с тем, чтобы менеджер программы всегда имел информацию о величине складских запасов игл, шприцев и других изделий. Необходимо всегда иметь определенный резерв изделий на случай задержек в поставках или возникновения других затруднительных ситуаций. В некоторых организациях принято всегда хранить трехмесячный запас необходимых изделий. Минимальный уровень таких резервов следует регулярно пересматривать с целью обеспечения его адекватности (особенно если программа расширяется). В Приложении В представлен бланк, используемый большинством ПИШ для регистрации складских запасов и формирования заказов.

Транспортировку и утилизацию использованного инъекционного инструментария в рамках всех ПИШ также необходимо производить в соответствии с установленными правилами, т.к. эти принадлежности могут представлять серьезную опасность для сотрудников программы. ПИШ несет ответственность за каждый шаг процесса – от приемки использованного инъекционного инструментария у наркопотребителей до окончательной утилизации (см. Приложение С).

рассчитать нужное количество перевязочных материалов, лекарственных препаратов и др.

D. Варианты организации работы

На стационарных площадках

Из всех возможных вариантов осуществления программ игл и шприцев, вариант с использованием стационарных площадок является самым простым. Этот вариант обеспечивает проведение программы в дружественных для наркопотребителей и в безопасных для сотрудников условиях и с надлежащим режимом хранения инструментария, предназначенного к распространению. На стационарных площадках также легче предоставлять дополнительные услуги (медицинские, консультационные) или организовывать тестирование на наличие ВИЧ или вируса гепатита. В идеале для каждого вида услуг необходимо отдельное помещение. Площадками часто служат переоборудованные офисы или магазины, поэтому организованы они по принципу «приемная плюс кабинеты (за ней)». В приемной могут пребывать ненадолго заглянувшие клиенты, а также ее можно использовать, чтобы раздавать новый и собирать использованный инъекционный инструментарий. В других помещениях можно расположить склад, предоставлять консультации, оказывать медицинскую помощь, проводить групповые или индивидуальные просветительные мероприятия, встречи сотрудников программы и т.д.

Работа ПИШ в условиях стационарных площадок организовывается обычно там, где есть, например, данные о свободной покупке-продаже наркотиков на улицах, в парках и т.п. Если известно, что в том или ином районе ежедневно появляются около 10% от общегородского количества потребителей инъекционных наркотиков, которое составляет 2000 чело-

век, – и эти люди контактируют еще с 30–40% городских наркопотребителей, – то можно организовать ПИШ на подходящей стационарной площадке непосредственно в этой части города или поблизости. Лучше всего, чтобы работа велась ежедневно в то время, когда на этой территории собирается наибольшее количество наркопотребителей. В пользу того, чтобы работа программы была организована на стационарной площадке, также может свидетельствовать наличие подходящего места или готовых к работе сотрудников, но менеджерам сначала следует убедиться в том, что помещение подходит и удобно для проведения ПИШ.

Следует заранее определить, каких размеров помещение необходимо и где оно должно находиться. При оценке, нужно учесть предполагаемое количество посетителей, места проживания потребителей инъекционных наркотиков (а также где они приобретают и принимают наркотики), наличие общественного и личного транспорта, плотность населения, виды услуг, которые предполагается оказывать, и количество задействованных в программе сотрудников.

ПИШ, осуществляемые на стационарных площадках, должны проводиться в помещениях, двери которых запираются на ключ, где можно составлять отчеты и размещать компьютеры, хранить данные, наличные деньги и необходимое оборудование. Также нужна запирающаяся комната для хранения складских запасов. Хотя во многих случаях консультирование и оказание медицинских услуг осуществляется непосредственно в офисном помещении, часто это неудобно, и поэтому там, где это возможно, для медуслуг и консультаций нужно отвести отдельные помещения. Такие помещения предоставят возможность также и для конфиденциальных консультаций.

Удобное месторасположение – пожалуй, самое важное для проведения ПИИШ в условиях стационарной площадки. За годы осуществления ПИИШ они проводились в разнообразных и порой в довольно нестандартных местах.

Одна программа работала на третьем этаже большой больницы. Опознавательных знаков не было, поэтому охрана и медсестры направляли наркопотребителей в нужное помещение. Такие препятствия оказывают очень большое влияние на эффективность функционирования ПИИШ, поскольку наркопотребители не только переставали приходиться сами, но и отговаривали других пользоваться услугами программы. Потребители инъекционных наркотиков часто недоверчивы, поэтому для них важна возможность свободно и быстро входить в помещение ПИИШ и выходить из него с сохранением анонимности. В связи с этим нужно, чтобы в помещениях, где работает ПИИШ, было (по возможности) два входа-выхода, чтобы клиенты могли входить в одну дверь, а выходить в другую.

Мобильные ПИИШ

Обычно для осуществления таких программ используют автофургоны или автобусы. Если это фургон, то впереди находится его водитель, а минимум один сотрудник программы раздает и собирает инъекционный инструментарий через дверь или окно в задней части транспортного средства. Большие автобусы (типа междугородних) по организации процесса больше напоминают стационарные площадки – в передней части производится обмен игл и шприцев, а в задней – оборудованы отсеки для консультаций, оказания медицинских услуг и др. Организация работы мобильных ПИИШ зачастую обходится дороже, чем стационарных, ведь нужно приобрести транспортное средство, обслуживать его и содержать дополнительно офис и помещение для хранения запасов. Кроме того, необходима надежная крытая авто-

стоянка или гараж, нужно горючее, страховка и, конечно же, нужен водитель.

При этом мобильные ПИИШ во многих случаях более удобны для местных жителей и не встречают такого противодействия, как стационарные. Если, согласно предварительным оценкам, есть несколько отдаленных друг от друга территорий, где часто собираются наркопотребители, то разработчики программы порой сталкиваются с необходимостью выбирать между запуском двух или более стационарных площадок (как это делается в крупных городах) и организацией мобильных. Бывает, что организуют и те, и другие. Программы на стационарных площадках работают недалеко от мест, где наблюдается большая плотность наркопотребителей и (или) наличествует хорошо организованное движение общественного транспорта, а мобильные ПИИШ курсируют по районам, где наркопотребителей меньше.

Перед запуском программы в условиях мобильных площадок важно определить размер необходимого транспортного средства и разработать график курсирования. В задней части транспортного средства должны комфортно размещаться (сидя) один или два сотрудника программы. Оттуда они будут раздавать и принимать инъекционный инструментарий, поэтому важность выполнения этого требования в условиях холодного климата удваивается. Транспорт выбирается в соответствии с бюджетом ПИИШ в зависимости от спектра услуг, которые предполагается оказывать, величины охвата, наличия стоянки или гаража. График курсирования должен быть реалистичным, учитывать интенсивность движения на дорогах и возможные задержки, а также предпочтительное для наркопотребителей время пользования услугами программы. Должна приниматься во внимание и необходимость текущего техобслуживания транспортного средства, поскольку из-за любой поломки клиенты останутся

без инъекционного инструментария, что подорвет их доверие к программе. Водители должны иметь опыт работы с потребителями инъекционных наркотиков и так же иметь хорошую подготовку, ведь даже незначительное происшествие, вследствие которого понадобится ремонт транспортного средства, может привести к срыву мероприятий программы. Необходимо, чтобы запасы принадлежностей в автофургоне пополнялись из надежных

хранилищ, к которым удобно подъехать. Также место работы мобильной площадки должно находиться неподалеку от офисов программы (на случай необходимости административной поддержки). Кроме того, нужно провести интенсивную кампанию по оповещению о графике работы мобильной ПИШ, чтобы потребители инъекционных наркотиков знали, когда и где ее можно найти.

Почему Македония выбрала мобильные ПИШ

Местные географические условия и нестабильная работа системы общественного транспорта македонской столицы Скопье стали причиной того, что многим местным потребителям инъекционных наркотиков было сложно участвовать в стационарной программе игл и шприцев. Мешало и то, что полиция преследовала наркопотребителей по дороге к месту работы программы и на обратном пути. Проблему пытались решить при помощи «самостоятельной работы» – организовали специальную группу аутрич работников, в состав которой входили и наркопотребители, но ее членов тоже постоянно преследовала полиция, и приносить наркопотребителям чистый инструментарий, а потом возвращаться в место основного базирования с использованным им оказалось сложно. К тому же, из-за распространившейся в среде наркопотребителей усиленной боязни полиции члены аутрич группы подвергались риску нападения, потому что потенциальные клиенты не испытывали доверия ни к кому вообще. Все это послужило причиной запуска в городе Скопье мобильной программы, с помощью которой многие проблемы удалось решить.

Аутрич программа

В упрощенном варианте такой способ организации программы предполагает, что ее сотрудник будет посещать жилые помещения потребителей инъекционных наркотиков. В сумке сотрудник приносит новый инъекционный инструментарий, иглонепроницаемые контейнеры для безопасной утилизации использованных игл и шприцев и некоторое количество буклетов. Из трех основных способов организации работы ПИШ этот – самый простой в плане запуска, но поддерживать такую работу может быть трудно. К методу «аутрич работы» можно, однако, прибегнуть в случае, если при первоначальной оценке выясняется, что большинство потребителей инъекционных наркотиков делают инъекции в жилых помещениях или если из-за действий органов охраны порядка наркопотребители боятся собираться группами, либо наркопотребители сильно

рассредоточены территориально. Такой способ организации может быть лучшим вариантом при недостаточном объеме финансирования ПИШ. В основном он применяется при реализации программ в таких городах, как индийская Колката (Калькутта), где в разных частях города обитает множество небольших групп наркопотребителей, и при этом на улице купить или продать наркотики нельзя. Усилия отдельных сотрудников часто дополняют работу стационарных или мобильных программ игл и шприцев, когда очевидно, что существует значительная часть потребителей инъекционных наркотиков, которая не участвует в мероприятиях программы. В таких случаях сотрудники контактируют с данными лицами вне площадок программы и убеждают их воспользоваться всем комплексом услуг ПИШ.

Такая организация ПИИШ не является затратной, запустить ее можно быстро и силами всего одного сотрудника. Но результативность одной лишь «аутрич» работы будет ограничена, поскольку она не предусматривает таких возможностей ведения просветительной работы и оказания других услуг, как остальные формы реализации ПИИШ (для этого нужно много времени и требуется соблюдать конфиденциальность). Также необходимы дополнительные меры предосторожности для обеспечения безопасности выполняющих свою работу сотрудников программы, ведь они могут столкнуться с враждебным отношением к себе как со стороны клиентов, так и со стороны представителей правоохранительных органов.

Автоматы для раздачи шприцев

Такие автоматы используются в рамках осуществления ПИИШ в Нидерландах, Германии, Италии, Австралии и в других странах. Обычно они принимают монеты, жетоны или использованные шприцы (если автомат предназначен для обмена инъекционного инструментария), а взамен выдают так называемый «пакет снижения вреда». В Австралии в такой пакет входят несколько игл и шприцев, смоченные спиртом салфетки, вата, стерилизованная вода и ложка. Часто в составе таких наборов есть и просветительные материалы – иногда в виде наклейки на упаковке. Раздаточные автоматы крепятся на стену на такой высоте, на которой детям трудно достать до отверстия для монетки. Автоматы никак не идентифицируются, есть лишь инструкция по пользованию и логотип программы – окружность с красной и белой стрелами внутри (никакого текста, но при этом гарантирована мгновенная узнаваемость среди потребителей инъекционных наркотиков). Содержимое защищено от глаз, для того, чтобы не привлекать внимание лиц, которые не употребляют наркотики. Такие автоматы часто устанавливаются на внешних стенах зданий, где распо-

лагаются стационарные ПИИШ, но иногда их размещают и в тех местах, где иглы и шприцы взять больше негде. Воспользоваться автоматами можно каждый день и в любое время суток. В ряде исследований описан опыт их применения в Австралии, где их используют с 1990 года [17].

Раздаточные автоматы следует размещать там, где, по имеющимся данным, наркопотребители делают себе инъекции и где они могут подойти к автомату, не опасаясь милиции или преследования иного рода. При этом не исключена возможность поломки (как и в случае любого торгового автомата), которая может привести к умышленной порче и разрушению автомата наркопотребителями. Необходимо определить, кто будет отвечать за пополнение запасов и выемку из автомата, а также за техобслуживание и ремонт. Возможности таких автоматов в предоставлении услуг ПИИШ ограничены, поскольку они могут только выдавать инъекционный инструментарий и служить местом их сбора, поэтому наиболее полезными эти автоматы будут в качестве дополнения к другим вариантам организации ПИИШ.

Сочетание различных вариантов работы

Поскольку основной целью любой ПИИШ является максимизация доступа потребителей инъекционных наркотиков определенного региона к стерильным иглам и шприцам, со временем может потребоваться применять несколько вариантов оказания услуг. Например, в Пскове (Россия) ПИИШ в условиях стационара была запущена в августе 1998 года, и через месяц первая сотрудница программы приступила к «аутрич» работе по методу «равный-равному». Эта женщина была потребительницей инъекционных наркотиков, к тому же замужем за активным потребителем инъекционных наркотиков цыганской национальности, который в то время находился в заключении. Эта сотрудница программы распространяла чистые иглы и шприцы, а также сумела

привлечь новых аутрич работников и волонтеров (преимущественно других цыган). К 2003 году в проекте Псковского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом были задействованы 22 сотрудника, включая директора, координатора, менеджера, четырех аутрич работников и водителя. Из них трое были потребители инъекционных наркотиков в прошлом, один являлся им на то время, 8 человек работали бесплатно, как волонтеры. Сейчас обмен инъекционного инструментария в городе Пскове проводится силами стационарной и мобильной ПИШ (работающей в самом Пскове и в соседнем городке), а также отдельных сотрудников программы, которые проводят аутрич работу на улицах, на железнодорожном вокзале и в местах жительства наркопотребителей. Большое количество игл и шприцев распространяется и обменивается силами «вторичного обмена» (т.е. между самими наркопотребителями), который осуществляется примерно в 50 квартирах. Программа также оказывает социальную поддержку своим аутрич работникам. Это и помощь в поиске работы, и предоставление возможности работать неполный день. Аутрич работа осуществляется с 9 до 19 часов с понедельника по пятницу и сотрудники в конце каждого дня собираются для отчета.

Аптечные программы

Преимуществом ПИШ, проводимых на территории аптек, является то, что во многих регионах аптечная сеть уже развернута, аптек, как правило, больше и расположены они ближе к местам проживания потребителей инъекционных наркотиков, чем большинство стационарных ПИШ. Зачастую аптеки работают по более удобному графику. Но у проводимых в аптеках программ имеется ряд недостатков. Прежде всего, многие фармацевты не склонны предоставлять услуги (или даже продавать инъекционный инструментарий) наркопотребителям, хотя такое нежелание можно преодолеть, инфор-

мируя сотрудников аптек об их роли в предотвращении эпидемии ВИЧ и в осуществлении контроля над ее распространением. Важен и тот факт, что обычно аптеки представляют собой предприятия частного бизнеса и их владельцы хотят иметь финансовый стимул для предоставления услуг потребителям инъекционных наркотиков. Причем еще более существенный стимул необходим для того, чтобы убедить их организовать в аптеке утилизацию инъекционного инструментария. Еще одним недостатком является то, что в рамках аптечных ПИШ редко есть возможность проводить просветительную работу и организовывать оказание дополнительных услуг.

Аптечные программы работают по-разному. В ходе некоторых из них просто осуществляется продажа игл и шприцев покупателям (в том числе, и употребляющим наркотики), другие в обмен на талон предоставляют упаковку игл и шприцев или набор для инъекций. Набор представляет собой емкость с несколькими иглами и шприцами, а также с другими инъекционными принадлежностями. В Австралии использовали емкости, которые одно-временно служили контейнерами для утилизации использованных игл и шприцев (их можно было потом принести на сборный пункт). В аптеках можно продавать или раздавать такие наборы, а можно совмещать это с утилизацией. Талоны обычно распространяют аутрич работники или посредством других организации, участвующих в программе (за талон в аптеках, участвующих в программе, выдадут инструментарий для инъекций).

Аптечные ПИШ, в рамках которых распространяются наборы для инъекций, проводятся редко, что особенно касается стран с низким уровнем доходов. В ряде развитых стран аптечные программы реализуются в дополнение к крупномасштабным программам обмена инъекционного инструмента-

рия. Обмен по талонной системе при проведении клинических исследований на территории развивающихся стран. ПИШ на площадях аптек – тоже нечастое явление, но такой метод был испытан в течение недавних

Аптеки распространяют чистые иглы и шприцы на «героиновом пути»

В 2002 году в городе окружного уровня Наньнин Гуанси-Чжуанского автономного района Китая и в провинции Лангшон (Вьетнам) был запущен международный проект профилактики ВИЧ инфекции [18]. Эти населенные пункты находятся по обе стороны китайско-вьетнамской границы – в районе, где пролегает основной маршрут транспортировки героина из Мьянмы, Лаоса и Таиланда в Гонконг. Проведенные в том же году исследования выявили, что 46 процентов потребителей инъекционных наркотиков Лангшона и 17 процентов инъекционных наркотиков Наньнина являются ВИЧ-позитивными. В ходе реализации проекта социальные работники распространяли талоны, которые можно было обменять в аптеках [19]. Продавать иглы и шприцы в аптеках не запрещено законом ни в Китае, ни во Вьетнаме, но потребителям инъекционных наркотиков очень непросто склонить сотрудников аптек продать им инъекционные принадлежности. Группы, работающие над проектом в обеих странах, пытались привлечь в программу аптеки приграничного региона с дружелюбно настроенным персоналом, а также в местах, удобных для наркопотребителей, часто посещающих популярные места осуществления инъекций. С китайской стороны в проекте участвовали четыре аптеки и две клиники, с вьетнамской – 22 организации. Каждый китайский аптекарь, принимавший участие в программе, ежемесячно получал определенное вознаграждение и бесплатный запас игл и шприцев. Во Вьетнаме фиксированное вознаграждение не выплачивалось, но аптекам-участницам каждый месяц возмещали затраты, которые они понесли, обменивая талоны на инструментарий. По данным отчетов, при достаточной работе по продвижению программы, направленной на политических и общественных лидеров, а также на сотрудников полиции и аптек, талонная система привлекает к участию в программе значительное количество потребителей инъекционных наркотиков, и больших проблем не возникает.

Е. Требования к сотрудникам и добровольцам. Обучение

Сотрудников для работы в ПИШ нужно подбирать в зависимости от ситуации на местах, от возможности нанимать представителей разных групп населения. Это нужно делать, понимая, какое сочетание навыков и умений сотрудников даст наилучшие результаты. Нужно продумать, какой нужен штат и должны ли это быть сотрудники, получающие за свою работу

вознаграждение, или нужно привлечь волонтеров. Возможно, понадобятся обе категории сотрудников. Также необходимо решить, должны ли среди занятых в программе быть люди, не употребляющие наркотики, употребляющие их в настоящее время, употреблявшие ранее, или нужны представители всех этих групп. Расходы на персонал часто являются основной статьей затрат, поэтому важно минимизировать количество сотрудников и сделать так, чтобы большая их часть занималась предоставлением услуг реципиентам программы. Есть свои преимущества в том, чтобы в программе работали сотрудники, чей труд оплачивается. При переходе от волонтерства к оплачиваемой работе многие ПИШ

часто начинали показывать лучшие результаты. Во время реализации большинства ПИШ обнаружилось, что эффективная работа силами одних лишь волонтеров невозможна. Люди, не имеющие никакой другой поддержки, в том числе, употребляющие наркотики сейчас или употреблявшие их в прошлом, не склонны либо не могут продолжать работу без хотя бы какой-то оплаты. Но в некоторых странах и организациях человек, активно употребляющий наркотики, не может быть штатным сотрудником, работающим полный рабочий день. Руководство программы должно до принятия решения о комбинированном составе сотрудников (оплачиваемых и работающих на добровольной основе) взвесить эти и другие факторы. Общие описания должностных функций сотрудников представлены в Приложении D.

Критерии отбора должны быть разработаны с учетом качеств, необходимых для сотрудников ПИШ. В этом процессе помощь может оказать консультативная группа, которая может также стать немаловажной частью управленческой структуры. На основе опыта большей части ПИШ можно сделать вывод, что наиважнейшим качеством сотрудника подобной программы является его авторитет у целевых групп потребителей инъекционных наркотиков. Главными качествами являются позитивное и непредвзятое отношение к употребляющим наркотики, знания и опыт в том, что касается наркопотребления, снижения вреда и ВИЧ-инфекции, способность контролировать собственное употребление наркотиков, зрелость и эмоциональная стабильность, хорошие навыки общения, опыт консультирования и офисной работы.

Лучше всего, если в ПИШ работают мужчины и женщины разных возрастных и этнических групп. Это поможет потребителям инъекционных наркотиков чувствовать себя комфортно при общении,

по крайней мере, с кем-то из сотрудников. Ответственные за осуществление программы должны также определить, в какой мере знания потенциального сотрудника ПИШ и тот факт, что он возвращается в среде лиц, употребляющих наркотики, будут способствовать реализации этой программы.

Потенциальных сотрудников ПИШ можно найти в местах сбора потребителей инъекционных наркотиков, в наркологических больницах и диспансерах, в реабилитационных центрах и в других службах, которые уже посещаются потребителями инъекционных наркотиков, а также в старших классах школ и в университетах. Также не следует исключать поиски в барах и в клубах, нужно размещать объявления в общественных местах и в средствах массовой информации. «Сарафанное радио» может быть эффективным методом найма, поскольку один подходящий кандидат может искать других кандидатов среди своих друзей и знакомых.

Лица, активно употребляющие наркотики, могут приносить пользу в качестве сотрудников программы, но потребность в удовлетворении своей зависимости и отсутствие осведомленности о трудовых нормах (например, о необходимости соблюдать режим работы, надежность и т.д.) могут препятствовать их намерению работать в ПИШ. К тому же, потребители инъекционных наркотиков могут быть слишком тесно связаны с представителями своего круга, чтобы обсуждать такие проблемные ситуации, как опасные инъекционные практики или вопросы сексуального поведения. С такими проблемами иногда справляются через тренинги и оказание соответствующей поддержки (включающей тщательное наблюдение за определенными клиентами программы со стороны ее сотрудников) или путем приглашения на работу прошедших лиц, состояние здоровья которых стабилизировано метадонном или другим видом заместительной терапии.

Бывшие наркопотребители могут лучше справиться с работой в типичной рабочей среде. Они также могут послужить примером для подражания реципиентов ПИИШ. Тот, кто сам употреблял наркотики, может, опираясь на собственный опыт, помочь изменить стиль жизни тем, кто в настоящий момент является потребителем инъекционных наркотиков, а также может дать совет и рекомендовать лечение, помочь убедить лечебные учреждения принять участие в программах игл и шприцев.

Но могут возникнуть и трудности. Знания бывших нарко-потребителей о способах употребления наркотиков могут устареть и эти люди могут быть не настолько вхожи в соответствующий круг активных наркопотребителей. Не следует забывать и об их личной безопасности, ведь вследствие постоянных контактов с наркотическими средствами и наркопотребителями (в сочетании со стрессами на работе) существует риск рецидива. Бывшие наркопотребители особенно нуждаются в персональном профессиональном наблюдении, а также в наличии структуры управления, которой предусматривается план действий в нестандартных ситуациях для конструктивного реагирования на такого рода опасности. Более того, не стоит думать, что бывшие наркопотребители будут сочувственно или без осуждения относиться к употребляющим наркотики. Перестройка мировоззрения, которую тем, кто раньше употреблял наркотики, пришлось пережить для освобождения от своей зависимости, может привести к тому, что они будут суровы с наркопотребителями. Разрешение подобной проблемы при помощи тренингов и наблюдения может оказаться невозможным.

Не употребляющие наркотики сотрудники могут быть эффективны в ПИИШ, но им, возможно, придется вместе с клиентами программы преодолеть взаимное недоверие и предвзятость. При наличии у таких

сотрудников опыта социальной работы, познаний и навыков в сфере психологии или социологии, они могут привнести свои ценные знания и навыки в этот процесс и помочь работе команды, реализующей программу.

Многие программы осуществляются силами смешанных команд, состоящих из активных наркопотребителей, из тех, кто употреблял наркотики раньше, и из никогда не употреблявших. Такой состав сотрудников очень выигрышен, поскольку гарантируется обмен идеями, рост взаимного уважения и уравнивание существующих между этими группами людей различий. Однако между людьми со столь разным жизненным опытом могут начаться конфликты. Их интересы и приоритеты могут различаться, могут возникнуть проблемы, связанные с положением бывших и действующий наркопотребителей, а также со статусом волонтеров и оплачиваемых сотрудников. Тщательное и разумное распределение задач между наркопотребителями, которые будут проводить аутрич и просветительную работу на улицах, и лицами, не принимающими наркотики, чьей задачей будет поддерживать контакт с органами охраны правопорядка и городскими чиновниками, а также руководить командой, обеспечивать отчетность и т.п., может содействовать максимизации преимуществ такой командной организации и уменьшить вероятность конфликтов внутри нее.

Очень важно, чтобы для новых сотрудников проводились обстоятельные тренинги с привлечением к их разработке сотрудников ПИИШ и членов консультативной группы (см. Приложение А). Длительность и содержание такого обучения будут зависеть от общих целей и задач аутрич программы, а также от того, чего ожидают сотрудники ПИИШ от своих новых коллег. Прохождение тренинга должно быть обязательным, чтобы все сотрудники были хорошо подго-

товлены к реализации мероприятий программы. Обучение может проводиться в ходе одной 5–10-дневной сессии или его можно разбить на более короткие промежутки и проводить в течение нескольких недель. В ходе краткосрочных тренингов можно быстро развить нужные навыки и обеспечить старт программы силами обученной команды, а более длительные способствуют формированию сплоченности группы и развитию у сотрудников привычки учиться чему-то постоянно.

Новые сотрудники уже могут иметь опыт работы в ПИШ, опыт работы с потребителями инъекционных наркотиков и с другими маргинальными группами населения (или обладать другим ценным опытом). Но даже учитывая это, проведение тренингов важно, поскольку это помогает обеспечивать совместимость сотрудников и согласованность между ними. Обучение сотрудников для программ профилактики ВИЧ-инфекции должно соответствовать целям именно этих программ, должно учитывать то, с каким контингентом придется работать, риск передачи ВИЧ и других переносимых с кровью патогенов, включать обучение правилам безопасного секса и менее рискованных инъекций, а также включать

вопросы, касающиеся выполнения служебных обязанностей, установления межличностных границ и оказания первой помощи [20]. ВОЗ был разработан всеобъемлющий комплекс обучения для специалистов по подготовке и внедрению аутрич проектов направленных на работу с потребителями инъекционных наркотиков [21]. Эти материалы – хорошая основа для разработки последующих обучающих пособий с учетом местной специфики.

Менеджеры ПИШ, разработанных для особых групп потребителей инъекционных наркотиков (таких, как молодежь, женщины, секс-работницы, заключенные) должны при найме и обучении сотрудников придерживаться вышеописанной методики. При этом могут вноситься незначительные коррективы, отражающие особенности их целевой аудитории (например, для работы с молодежью нужны более молодые сотрудники). Для проведения аптечных ПИШ обычно не нужен всеобъемлющий тренинг для сотрудников, но в некоторых странах, где такие ПИШ осуществлялись, сотрудники аптек перед тем, как оказывать услуги в рамках программы, полдня проходили соответствующее обучение.

Обучение непосредственно в среде и оценка новых сотрудников

Важной частью первоначального обучения сотрудников является практическая работа вместе с опытными социальными работниками, когда новый сотрудник наблюдает все рабочие процессы в действии, но активно в них пока не участвует. Если такая программа еще не запущена, подобный опыт можно получить в рамках программы, проводимой неподалеку. В некоторых случаях, нанимая и оценивая новых сотрудников, в то же время проводят вводный тренинг, в ходе которого описывается сама ПИШ и подчеркивается роль сотрудников в ее осуществлении. При использовании такой модели сотрудников оценивают в ходе всего тренинга и этот процесс продолжается в течение первого времени работы нового сотрудника в программе. Когда возникают спорные вопросы, касающиеся соответствия нового сотрудника требованиям ПИШ, в их разрешении может участвовать руководство программы. После того, как кандидат докажет, что он (или она) способен выполнять поставленные задачи, можно подписывать договор или трудовое соглашение.

Г. Стандартные методы мониторинга

Контролировать ход программы необходимо для того, чтобы проследить, как ПИШ достигает своих целей, а также чтобы обеспечить как можно более широкий охват потребителей инъекционных наркотиков программами игл и шприцев и всеми другими подобными мероприятиями на территории города или района. Поэтому основные методы мониторинга должны быть одинаковыми для всех программ во всех странах – при помощи такой схемы можно будет сравнивать работу программ и формировать статистическую базу.

Чтобы контролировать работу персонала программы, каждому сотруднику ПИШ рекомендуется завести специальные бланки и личный журнал (или контрольную книгу). В бланке отчета о выполненной работе фиксируются имя и фамилия сотрудника, дата, время и место (или обстоятельства) контакта с потребителями инъекционных наркотиков, идентификационный код конкретного клиента программы³, перечень выданных изделий (иглы и шприцы, просветительные материалы, презервативы и т.д.) и оказанных услуг или предоставленных направлений (например, к врачу).

Сотрудники ПИШ должны составлять отчеты о выполненной работе после каждого контакта с наркопотребителем. Во время коротких контактов в ходе «самостоятельной» аутрич работы не всегда можно собрать конкретную идентификационную информацию и другие данные. В таких случаях их нужно получить при следующих контактах – после установления между сотрудником и клиентами

определенного уровня доверия. Данные отчетов (предпочтительно ежедневно) заносятся в компьютерную базу данных или (если компьютеров нет) хранятся в папках в надежном месте. В Приложении Е представлен пример такой отчетной ведомости.

Также сотрудникам настоятельно предлагается ежедневно делать записи в своих личных журналах (или контрольных книгах). Там следует фиксировать особые моменты, например, возникшие проблемы; свои впечатления и ощущения; вопросы, на которые сложно дать ответ; а также описывать ситуации, в которых сотрудники чувствуют дискомфорт и незащищенность; записывать, что говорят о ПИШ клиенты; что они и другие люди, мнение которых нам важно, говорят о своем внешнем окружении. В этих журналах или книгах можно записывать и данные о видах наркотиков, которые участники программы себе вводят, используют ли они чужие иглы и шприцы и как они обычно избавляются от инъекционных принадлежностей.

Эти личные журналы нужно брать с собой на еженедельные встречи с коллегами с тем, чтобы отчитываясь о проделанной за неделю работе, можно было использовать содержащуюся там информацию, в частности, чтобы обсуждать различные проблемные моменты, необходимость в тренингах и другие требующие решения вопросы. Чтобы преодолеть опасения клиентов и безразличие сотрудников программы, нужно регулярно доносить до них информацию о важности записи данных и о необходимости обратной связи. Например, на встречах сотрудников ПИШ и потребителей инъекционных наркотиков, а также членов консультативной группы, можно представлять ежемесячные или ежеквартальные отчеты; а в ходе специальных заседаний представителей всех организаций, работающих в сфере профилактики наркомании и ВИЧ - инфекции в регионе, можно сообщать об измене-

³ Нужно разработать такую систему идентификационных кодов реципиентов, чтобы отслеживать историю их участия в программе без указания имени. Вариантом кодировки, разработанным сотрудниками одной из центрально-азиатских программ, предполагается использование таких символов: две первые буквы девичьей фамилии матери, две первые буквы имени отца, пол (1 – мужской, 2 – женский), две последние цифры года рождения.

ниях в употреблении наркотиков и поведенческих моделях потребителей наркотиков за одно- или двухлетний период. Это поможет как производить оценку, отслеживать целевую аудиторию, способы употребления наркотиков и поведенческие риски,

так и повысить интерес к ПИИШ со стороны коллег. Также это будет способствовать укреплению связей между ПИИШ и организациями, куда перенаправляются клиенты ПИИШ за дополнительными услугами.

Закон на улице

Всегда присутствует некий «зазор» между положениями закона и действиями сотрудников правоохранительных органов. В некоторых источниках это называется расхождением между писанным законом и законом на улице. Вместо беспокойства по поводу соблюдения правоохранительными органами норм писанных законов руководителям ПИИШ следует изучить практику их работы на улице (за достаточно длительный период) и работать с ними по стандартным рабочим процедурам с применением методов оценки результатов деятельности, т.е. использовать для изменения стиля работы правоохранительных органов с ПИИШ управленческие методы. Сотрудничество милиции с организациями сферы здравоохранения может благоприятно сказаться на нововведениях в процессы проведения тренингов, оказания услуг в рамках ПИИШ и пропагандирования здорового образа жизни [22] среди потребителей инъекционных наркотиков.

Подобным образом сотрудничали ПИИШ и полиция Амстердама. Тогда в рамках ПИИШ использованные иглы и шприцы обменивали на чистый инструментарий, которым до этого никто не пользовался, поэтому для наркопотребителей использованные инъекционные принадлежности представляли определенную ценность. И если сотрудники полиции арестовывали наркопотребителей и изымали у них шприцы, то после освобождения взамен те получали талоны, которые потом обменивали на новые шприцы в ПИИШ.

По возможности менеджеры ПИИШ должны сообщать сотрудникам местных правоохранительных органов о способах передачи ВИЧ и методах профилактики инфицирования. Также нужно информировать о роли ПИИШ в предотвращении широкого распространения ВИЧ, в оказании лицам, употребляющим наркотики, медицинской помощи (в частности, в организации лечения наркозависимости), о методах работы ПИИШ и о том, как сотрудники ОВД своими действиями могут помочь или помешать деятельности программ. Если потребуются, можно провести обучение сотрудников полиции (как новых, так и более опытных) силами специализированных организаций. Тренинги могут способствовать тому, что сотрудники полиции будут с меньшим осуждением относиться к потребителям инъекционных наркотиков и случаи вмешательства в работу ПИИШ сократятся. Результативность такого обучения может быть усилена, если на уровне ведомств будет принята стратегия содействия и не препятствования программам, нацеленным на снижение вреда от наркотиков (есть случаи принятия подобной стратегии).

Г. Продвижение программ. Первые шаги

Определенные плоды приносит весь спектр адвокативных усилий, но есть ряд мероприятий, имеющих особое значение. Это – установление рабочих взаимоотношений с правоохранительными органами и местными властями, которым сложно бывает понять, что целью ПИШ является забота об общественном здравоохранении и социальном благополучии, а не пропаганда употребления наркотиков. Поэтому руководителям программ нужно информировать местные власти об опыте работы программ ПИШ во всем мире и подчеркивать при этом благоприятное воздействие данных программ⁴.

Самый эффективный способ установить рабочие взаимоотношения с правоохранительными органами – это определить старшего по должности сотрудника, который обладает влиянием и благожелательно настроен по отношению к деятельности ПИШ (или которого можно убедить так относиться) и который мог бы гарантировать беспрепятственную работу ПИШ. Если это невозможно, нужно найти благожелательно настроенного госслужащего, в ведении которого находится работа правоохранительных органов и который может предписать им сотрудничать с ПИШ. В любом случае, будет лучше получить из правоохранительных органов письмо, подтверждающее, что правоохранительные органы будут оказывать программам поддержку (или, в крайнем случае, что не будут вмешиваться в их работу). Необходимо разрешать проблемы, связанные с ситуациями, возникающими при пересечении мероприя-

тий ПИШ и действий сотрудников правоохранительных органов. Трения почти всегда возникают потому, что достигнутые в отношении ПИШ договоренности не доносятся до сотрудников патрульно-постовой службы (или игнорируются ими), вследствие чего последние преследуют сотрудников программы и ее клиентов. Для решения возникающих проблем обычно организовываются регулярные встречи представителей руководства правоохранительных органов, органов здравоохранения (и, по возможности, городских властей) или составляется соглашение о незамедлительном созыве такой встречи в случае возникновения необходимости. Если это возможно, все достигнутые договоренности фиксируются в письменном виде. Такие встречи можно представлять в качестве двустороннего процесса, который может принести пользу как сотрудникам правоохранительных органов (поскольку в ходе таких мероприятий можно обсудить любые вопросы, возникающие у них в связи с проведением ПИШ), так и сотрудникам программ, которые, со своей стороны, могут предложить к обсуждению свои проблемы, возникающие в связи с поведением сотрудников правоохранительных органов.

Особо тщательно следует подходить к вопросу сохранения равновесия во взаимоотношениях сотрудников программ с сотрудниками правоохранительных органов с одной стороны и с наркопотребителями – с другой, поскольку информация о тайных соглашениях или сотрудничестве ПИШ с правоохранительными органами (даже если, по мнению сотрудников ПИШ, это делается во благо) может подорвать доверие к ним клиентов программ. Подобные контакты должны всегда осуществляться определенным уполномоченным лицом (обычно это руководитель проекта), который, исходя из местных условий, будет определять оптимальный уровень взаимоотношений с правоохранительными органами.

⁴ В 2007 г. программы игл и шприцев проводились в следующих странах: Афганистан, Албания, Аргентина, Армения, Австралия, Азербайджан, Бангладеш, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Бразилия, Болгария, Камбоджа, Канада, Чили, Китай, Хорватия, Чехия, Эстония, Франция, Грузия, Германия, Греция, Венгрия, Индия, Индонезия, Иран, Ирландия, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Люксембург, Македония, Малайзия, Мексика, Молдова, Мьянма, Непал, Нидерланды, Новая Зеландия, Пакистан, Филиппины, Польша, Румыния, Россия, Сальвадор, Сербия и Черногория, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Таджикистан, Таиланд, Туркменистан, Украина, Великобритания, США, Узбекистан и Вьетнам.

В процессе широкомасштабного изучения программ игл и шприцев, проводившихся в государствах с низким и средним уровнем доходов населения, выяснилось, что эти программы неоднозначно воспринимались во всех изученных странах. Но в каждом случае после глубокого размышления над ситуацией проводилась тщательная работа по преодолению настороженности общества и обеспокоенности правительства в отношении программы. В ряде случаев несколько штатных сотрудников по крайней мере часть своего рабочего времени посвящали адвокативной работе. А, например, в городах Дакка и Раджшани (Бангладеш) в штате сотрудников ПИШ были специально выделенные работники, в обязанности которых входило продвижение ПИШ, направленное, в частности, на обеспечение поддержки программ со стороны общественности и политических кругов. Чтобы получить подобную поддержку на разных уровнях, включая общественность в непосредственной близости к ПИШ, требовались адвокативные усилия, официальные и неофициальные встречи, а также кампании по информированию общественности. Было необходимо участие руководителей программ в различного рода комиссиях по вопросам наркотиков и СПИДа, и, кроме того, (в большинстве случаев) требовалось осмотрительно выстраивать взаимоотношения с некоторыми представителями СМИ. Регулярно оценивая работу программы и распространяя результаты такой оценки, также удавалось получить политическую и общественную поддержку. Были случаи, когда в результате обретения политической поддержки были приняты стратегии и законы, призывающие создавать специальные программы профилактики ВИЧ, и выделения на реализацию таких программ средств из государственного бюджета [23].

Далее эти вопросы рассматриваются в п. «Управление отношений с внешними организациями» (раздел IV).

Н. Принципы и методика

В процессе развертывания программы игл и шприцев часто не придаются значения разработке принципов и правил ее функционирования. Принципы – это общие направления деятельности, режимы и методы работы. Методика – это подробное описание того, как должна выполняться каждая задача. Принципы и методика существуют во всех программах, хотя бывает, что они не зафиксированы в письменном виде. Но потратить время на разработку и письменную фиксацию четких принципов имеет смысл. Если в этой работе участвуют сотрудники и члены консультативной группы, возрастает осведомленность каждого из них о проблематичных аспектах деятельности ПИШ и каждый учится уважать ее принципы и правила. Содержание окончательного документа затем доводится до всех сотрудников и используется в ходе тренингов, а также в целях формирования репутации ПИШ в глазах других органов и организаций, таких, как правоохранительные организации, местные предприятия и т.д. С изменением обстоятельств может понадобиться внести в разработанные принципы коррективы (или создать новые).

Среди наиболее важных принципов ПИШ – принципы, регулирующие обмен игл и шприцев. И они бывают разными. Самые строгие предусматривают исключительно обмен «один к одному» (один новый шприц в обмен на один сданный), более мягкие позволяют проводить обмен «один на один плюс еще» (при этом даже наркопотребитель, не имеющий шприца для обмена, получает один или два новых). Но участников программы все же призывают за каждый новый шприц сдавать использованный. Другие принципы работы ПИШ устанавливают правила «ограниченного количества распространяемых изделий» – устанавливается максимальное количество шприцев, которое участники программы

могут получить в день (например, шесть или десять), независимо от того, сколько шприцев они сдали. Больше всего раздается шприцев в рамках принципа «неограниченного распространения», под которым подразумевается, что участникам выдают столько шприцев, сколько те хотят, и неважно, сколько у них с собой использованных.

Каждый из этих принципов имеет свои преимущества и недостатки, но международная практика показывает, что из всех программ только функционирующие по принципу «неограниченного распространения» или стремящиеся к этому достигают большого охвата целевой аудитории.

Строгие правила обмена «один к одному» часто применяются в начале работы ПИШ в тех странах, где наблюдается большая степень недоверия и подозрительности к тому, что у потребителей инъекционных наркотиков появляется более широкий доступ к иглам и шприцам. Также считается, что применение этого принципа помогает предотвратить случайные колотые травмы от игл, выброшенных в общественных местах. Этот принцип может быть приемлем и при запуске экспериментальных программ, так как сотрудникам правительства и

правоохранительных органов легче будет оценивать результативность ПИШ и подобных программ в тех странах, где они до того не проводились. Однако есть данные, что такая форма обмена влечет за собой существенные проблемы. Во-первых, наркопотребители вынуждены найти использованную иглу до того, как им выдадут новую, а это затрудняет процесс обмена, поскольку в условиях давления со стороны правоохранительных и др. органов наркопотребители стараются избавляться от инъекционного инструментария, как можно скорее. К тому же, инъекции зачастую делаются поздно ночью и при различных обстоятельствах. Если наркопотребителю выдали только один шприц (который он выбросил сразу после использования), а позже ему представилась возможность сделать еще одну инъекцию, то другого выбора, кроме как повторно использовать чей-то шприц, не будет. Такое случается очень часто, поскольку на черном рынке продаются наркотики самой разной чистоты, и наркопотребитель, введя одну дозу, которую он посчитал достаточной для предотвращения абстинентного синдрома, часто понимает, что в купленном наркотике есть примеси других веществ. Следовательно он ввел меньшую дозу, чем ему нужно. Таким образом, чтобы не было «ломки», необходима вторая доза.

Правила обмена инъекционного инструментария способствовали вспышке ВИЧ-инфицирования в Канаде

Проведенные в Канаде исследования показали, что строгие правила обмена «один к одному» не работают на территориях, где большинство потребителей инъекционных наркотиков употребляют симулянты. Лица, которые вводят кокаин или амфетамины путем инъекций, часто проделывают это 10 и более раз за ночь. Поэтому такие наркопотребители намного больше рискуют заразиться ВИЧ или заразить других и им нужно гораздо больше игл и шприцев, чем принимающим опиоиды. Среди нескольких причин вспышки в конце 1990-х гг. ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей Ванкувера (города, где работает значительная по своим масштабам ПИШ) называют и применявшиеся правила обмена шприцев в соотношении 1:1 [24].

Несмотря на преимущества программ, предполагающих распространение игл и шприцев в неограниченных количествах, они могут создать и

проблемы. Были случаи, когда неограниченная раздача бесплатного инъекционного инструментария привела к тому, что употребляющие или распро-

страняющие наркотики лица продавали шприцы непосредственно наркопотребителям или аптекам. Борьба с этим можно, разъясняя клиентам, что такие действия ставят под угрозу функционирование ПИШ и здоровье зависящих от таких программ людей. В Дакке (Бангладеш) сотрудники ПИШ проводили с сотрудниками аптек учебные занятия, во время которых рассказывали им о роли программ и просили не покупать у наркопотребителей иглы и шприцы. Также выяснилось, что с достижением высокого уровня охвата ПИШ своей аудиторией и с широкой доступностью бесплатных игл и шприцев в большом количестве точек снижается вероятность того, что торговцы наркотиками или сами наркопотребители будут заниматься продажей инъекционного инструментария. В рамках ряда ПИШ разрабатываются принципы максимального охвата потребителей инъекционных наркотиков всеми услугами программ. Такие принципы «доступности всегда и для всех» подразумевают, например, что когда бы потребителю инъекционных наркотиков ни понадобилась помощь ПИШ, он (или она) всегда хотя бы в каком-то объеме, но получит ее. Девиз Чикагского реабилитационного центра (The Chicago Recovery Alliance, США) – «любые положительные перемены хороши», что означает – сотрудники ПИШ должны поощрять любые движения их подопечных в направлении более здоровой и лучшей жизни. Такие принципы функционирования могут способствовать тому, чтобы в рамках ПИШ начался поиск новых мероприятий, услуг и инструментария. Эти принципы также дадут возможность более точно определить первоочередные задачи программ.

Для эффективного управления программами также следует разработать ряд норм, принципов и правил в отношении сотрудников. Среди них должны быть перечисленные ниже.

- Правила найма сотрудников, включающие вопросы размещения объявлений о свободных вакансиях, проведения собеседований, процедуры окончательного выбора и обучения новых сотрудников.
- Информационная политика, определяющая порядок распространения информации в пределах программы, осуществления контроля, ведения личных журналов и протоколов собраний.
- Принципы и правила контроля работы сотрудников, в которых определяется частота и тематика встреч с ними.
- Дисциплинарные процедуры.

Также необходимо принять правила, направленные на защиту сотрудников и самой ПИШ. Обычно в них указывается, что сотрудники, находясь при исполнении своих обязанностей, обязаны носить удостоверения личности сотрудников программы и свои визитные карточки, всегда работать в парах как на улицах, так и в помещениях и не принимать наркотики в помещениях ПИШ. Они также не должны пребывать под действием наркотиков в рабочее время. Этими правилами также предписывается, что сотрудники не должны принимать участие в торговле наркотиками, их личные отношения не должны препятствовать работе. При преследовании или аресте (либо если клиенты программы проявляют по отношению к ним агрессию или жестокость) сотрудники должны следовать принятым стандартным процедурам. Должен также существовать четкий регламент действий на случай травмирования сотрудника вследствие укола иглой (см. пример в Приложении F).

III. РАЗРАБОТКА РАЗНООБРАЗНЫХ УСЛУГ

А. Дополнительные услуги

Основные услуги ПИШ или организаций, сотрудничающих с ней должны включать: просветительскую деятельность, оказание первой помощи при абсцессах и других нетяжелых состояниях, низкого порога доступ к лечению наркозависимости (в частности, опиоидная заместительная терапия и амбулаторное лечение наркозависимости), добровольное тестирование на ВИЧ (с консультацией до и после него), диагностика и лечение инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, а также (для ВИЧ-позитивных участников программ) антиретровирусная терапия и лечение связанных с ВИЧ оппортунистических инфекций. По возможности, ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков оказывается необходимая правовая и социальная поддержка, предоставляется лечение в невраждебных для такой категории людей условиях и другие услуги.

Иногда эти услуги оказывают штатные сотрудники ПИШ или наркопотребитель может быть перенаправлен в другую организацию. Для этого вовлеченным в процесс организациям нужно иметь информацию обо всех услугах (включая медицинские, юридические и социально-бытовые), которые могут понадобиться потребителю инъекционных наркотиков в той или иной местности. Такую базу данных создают, исходя из потребностей местных потребителей инъекционных наркотиков (в некотором роде ставя себя на их место) и имеющихся на данной территории ресурсов. Сотрудники ПИШ должны в ходе личных контактов с наркопотребителями подтвердить их потребности. Это можно сделать, фиксируя необходимые виды услуг в своих личных журналах или регистрационных книгах либо проводя среди наркопотребителей небольшие опросы на предмет имеющихся проблем и потребностей. Помочь в проведении такой работы могут и

члены консультативной группы. Если окажется, что есть потребность в услуге, которую не может предоставить ни одно местное агентство, менеджерам ПИШ, возможно, потребуется провести соответствующую агитационную работу или начать оказывать подобные услуги в рамках своей ПИШ.

С каждой организацией, куда перенаправляется наркопотребитель, нужно провести работу по разъяснению роли ПИШ. Также следует выяснить, с предоставлением каких услуг связана деятельность той или иной организации, кто её клиенты, откуда они узнают об организации и т.п.. Затем аутрич работников ПИШ нужно обучить пользоваться информационной базой организаций. Также необходимо принять решение о том, насколько много поддержки будут предоставлять работники ПИШ в процессе перенаправлений.

В. Просвещение

Просветительская работа и предоставление всевозможной информации – крайне важная часть работы тех ПИШ, целью которых является профилактика распространения ВИЧ и гепатита. Сотрудники программ не должны забывать, что любое общение с потребителем инъекционных наркотиков, сколь бы коротким оно ни было, можно использовать для установления контактов и распространения важной информации.

Аутрич работа и начальное обучение

Аутрич работа и обучение по методу «равный-равному» являются основой эффективной стратегии работы с потребителями инъекционных наркотиков. Предоставлять услуги по профилактике инфекций, передающихся половым путем, обучать здоровому образу жизни, раздавать презервативы и чистые иглы удобнее всего в тех местах, где бывают потребители инъекционных наркотиков, т.е. на

улицах, в парках, у них дома и в других местах. Такая работа обычно направлена на те части города, где проживают наркопотребители и осуществляется в процессе приобретения ими наркотических средств. И поскольку наркопотребители не любят, когда их отвлекают в процессе покупки и потребления наркотиков, работать приходится в условиях непродолжительных контактов. Также, быть увиденным вместе с наркопотребителями для аутрич работников может представлять опасность, особенно там, где имеется враждебное отношение общества к наркопотребителям и где преследования со стороны правоохранительных органов могут быть обычным делом. Пользу в такой ситуации могут принести информационно-просветительные материалы (здесь и далее – ИПМ). В целом ряде документов ВОЗ в деталях описано, как осуществляется аутрич работа (см. раздел IV «Полезная информация: сайты, публикации, организации», пп. А, В).

Опыт показывает, что наркопотребители получают и так же передают другим много информации о том, как можно снизить риск при употреблении наркотиков, как не нанести вреда венам, как не допустить заражения ВИЧ. Но все это касается, как правило, тех, кто принимает наркотики уже несколько месяцев, а то и лет. Более молодые и менее опытные наркопотребители редко получают такую информацию. Вместе с тем, лица, употребляющие стимуляторы, тоже могут получать меньше информации, чем опиоидные наркопотребители, поскольку сначала в поле зрения большей части ПИИШ попадают самые заметные, а именно, наркопотребители старшего возраста с героиновой зависимостью [25]. Лицам, которые потребляют наркотики недавно, а также принимающим стимуляторы или не желающим особо афишировать свою зависимость (например, женщинам), редко могут помочь печатные и аудиовизуальные материалы. К таким

группам людей лучше всего получить доступ, используя метод «равный-равному».

Изменение норм поведения

При адаптации для использования в каком бы то ни было городе или регионе основных информационных материалов просветительских программ и проведения кампаний, касающихся охраны здоровья и профилактики ВИЧ, инфекции нужно учесть следующие моменты [26]:

- **Практикуемые в данной местности способы употребления наркотиков и все, что с ними связано.** Нужно разработать специальные информационные сообщения, призывающие к менее рискованному поведению и соответствующие данным, полученным в ходе проведенной сотрудниками ПИИШ оценки возрастного, полового и культурного состава местных потребителей инъекционных наркотиков, преобладающих в их среде путей инфицирования и др.
- **Язык общения.** Язык информационных материалов должен быть понятен целевой аудитории.
- **Визуальные объекты.** Следует взвешенно подходить к выбору изображений, т.к. если наркопотребители не приемлют визуальные образы, которые были использованы в материалах, они могут проигнорировать содержащуюся в них информацию и у них появится негативное отношение и к таким информационным материалам, и к самой ПИИШ.
- **Содержащиеся в информационных материалах сообщения.** Нужно выяснить, что интересно потребителям инъекционных наркотиков, и подумать над тем, как включить сообщения о необходимости профилактики ВИЧ-инфицирования в буклеты, рекламные плакаты и т.п. на

интересующие наркопотребителей темы. Сотрудники ПИШ также должны понимать, что нельзя добиться перемен к лучшему в поведении и сексуальном здоровье определенной группы людей, просто раздавая материалы с перечислением того, что нужно и чего не нужно делать. Потребители инъекционных наркотиков нуждаются в достаточной информации о том, как функционирует их организм, какое воздействие оказывают на него наркотические средства, о переносе вирусных инфекций, о рискованности принятых в их среде способов употребления наркотиков и стиля их поведения вообще, а также в информации о том, как подвергать себя меньшему риску в настоящий момент и в дальнейшем.

Сотрудники программы должны знать и то, как именно происходят перемены в поведении клиентов. Считается, что для предотвращения эпидемии ВИЧ или для достижения контроля над распространением инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков необходимы перемены в их поведении, как минимум, на двух уровнях – на личном и на групповом. Перемены на личном уровне достигаются при помощи просвещения, предоставления различных материалов и оказания услуг, способствующих переходу к менее рискованной модели поведения. А изменения поведенческих норм на групповом (общественном) уровне могут оказать большое влияние на поведение отдельных людей и гарантировать им поддержку со стороны окружения.

Считается, что перемены в поведении отдельных людей обычно происходят в несколько этапов: предварительные размышления, предположение возможности перемен, готовность к ним, реальные действия, сохранение нового состояния или возврат к прошлым моделям поведения. В Приложении G пред-

ставлены некоторые данные о поведенческих изменениях, а также о том, какую помощь могут сотрудники ПИШ оказать клиентам программы на каждой стадии процесса.

Для описания процесса принятия группой людей или социальной сетью некоей новой идеи, модели поведения или новой продукции часто применяют теорию диффузии из исследований процесса распространения нововведений. Четырьмя основными составляющими этой теории являются: нововведение (идея, способ действий или объект, которые воспринимаются каким-либо человеком или группой лиц в качестве новых); информационные каналы (средства обмена информацией); общественная система; время, необходимое на принятие и признание нововведения.

Информационные каналы могут быть централизованными и децентрализованными. В случае использования централизованных каналов информация о нововведении распространяется в направлении от эксперта к потенциальным последователям идеи или потребителям (продукции), которые не столь сведущи в вопросе (пример: профессор, обучающий хирургической технике группу врачей-практикантов). При использовании децентрализованных каналов информация широко распространяется среди членов определенной группы и при этом в основе лежит предпосылка, что члены группы сами в состоянии управлять процессом (с некоторой помощью профессионалов в этой области).

Методы обучения

Сотрудники ПИШ могут за короткое время достичь больших успехов, если будут подходить к использованию различных информационных каналов творчески [27]. Например, подходящей темой для разговора с потребителями инъекционных наркотиков могут стать просветительские материалы на инте-

ресующие их темы, они же могут послужить средством начального просвещения в ситуациях, когда наркопотребителям необходимо быстро покинуть место контакта. Свои плоды может принести метод обсуждения одной из основных тем в разговоре с каждым участником программы. Тема определяется для некоего периода времени, например, в течение недели. В течение «недели «ложки»», например, говорится о рисках, связанных с использованием инъекционного инструментария. В ходе работы ПИШ также выяснилось, что стоит придумывать и использовать короткие изречения или слоганы, такие, например, как «не рискуй», «используй чистые шприцы» или «позаботься о себе». Подробнее об этом – в Приложении I. Подобные напоминания увеличивают вероятность того, что потребитель наркотиков задумается о своем здоровье и о более безопасных способах введения наркотиков, а также свидетельствуют о том, что сотрудники ПИШ готовы, когда у наркопотребителя найдется на это

время, обсуждать такие темы и давать ответы на связанные с ними вопросы. Один из сотрудников программы так высказался по этому поводу: «Нужно всегда искать возможность поговорить о здоровье и о том, что с ним связано. Возможно, вы увидите перебинтованную рану или кровоподтек и спросите, что случилось, или же покажете участнику программы новый буклет в разработке и попросите высказать свое мнение о нем». Однако важно отметить, что просветительская работа «один на один» – не единственно возможный способ организации подобного рода социальной деятельности. Способы эти различаются в зависимости от той роли, которую играет в процессе сотрудник ПИШ. Например, наркопотребитель, привлеченный к деятельности в качестве аутрич работника, может работать главным образом со своими друзьями и просто предоставлять им чистые инъекционные принадлежности и основную информацию о том, как менее рискованно делать инъекции.

Распространение информации в среде потребителей инъекционных наркотиков

Методы распространения информации о ВИЧ среди членов отдельных групп населения (таких, как потребители инъекционных наркотиков) отличаются от методов распространения подобных материалов в обществе в целом. Члены отдельных групп, как правило, держатся вместе и сообща противостоят критике и гонениям, их цели и воззрения схожи в большей степени, чем это бывает среди остального населения, поскольку их связывают и межличностные отношения. Члены подобных групп в состоянии повлиять на принятие или неприятие каких-либо перемен – достаточно им распространить, ослабить или проигнорировать те или иные послылы. Таким образом, отбор сотрудников (чьей задачей станет корректировка поведения определенной целевой группы непосредственно изнутри группы) является более важной задачей, чем функционирование подобных лиц во внешнем обществе. Члены целевой группы должны воспринимать людей, от которых они получают информацию, в качестве надежного и заслуживающего доверия источника. Опыт показывает, что такие новшества, как менее рискованные способы изготовления или введения наркотиков, распространяются эффективнее, если в разработке соответствующих просветительских материалов участвовали сами наркопотребители.

Просветительская работа «один на один» проводится и в таких учреждениях, как наркологические больницы и диспансеры, места лишения свободы и другие закрытые учреждения. Там она является

частью более широкого спектра просветительской и консультационной деятельности. Сотрудникам таких учреждений, возможно, потребуются найти равновесие между необходимостью просветитель-

ской работы, благодаря которой наркопотребители могут сберечь (насколько это возможно) свое здоровье, и необходимостью придерживаться основных принципов работы учреждения. А сотрудникам мест лишения свободы и отделений детохов, возможно, придется признать, что необходимо распространять информацию о методах снижения вреда от наркотиков и разрешить более открытое обсуждение всего, что связано с наркотиками и их употреблением.

Персонализированная просветительская деятельность осуществляется в ходе консультаций перед прохождением проверки на ВИЧ или гепатит, а также после нее. В таких ситуациях человек понимает, что проблема ВИЧ или гепатита может коснуться и его, и распространение в этих условиях информации о необходимости обезопасить себя дает результаты.

Существует ряд вариантов осуществления групповой просветительской работы. Значительная их часть предполагает задействование социальных сетей, созданных самими наркопотребителями. Это положительно сказывается на тех, кто пытается изменить и поддерживать менее рискованное поведение. Традиционный метод групповых просветительских занятий, когда кто-то из пользующихся авторитетом (например, врач или сотрудник наркологической больницы или диспансера) задает направление обсуждению и контролирует его, может оказаться неэффективным – если только такой лидер не имеет четкого представления о потребностях конкретной группы людей.

Групповое просвещение практикуется и в тех общественных учреждениях, где тема ВИЧ часто обсуждается в группах (в наркологической больнице или диспансере, в местах заключения и других закрытых учреждениях). Общей проблемой таких заведений является то, что их правилами может не

быть позволено прямо и открыто говорить о способах передачи ВИЧ и о мерах по снижению риска заражения.

В наркологических больницах или диспансерах участников программ обычно убеждают, что после окончания курса те избавятся от своей зависимости, поэтому их сотрудники порой считают, что в период лечения не следует говорить с участниками о профилактических мерах в отношении ВИЧ. Но высокий уровень рецидивов после прохождения лечения свидетельствует в пользу того, что выздоравливающим (на тот случай, если они вдруг вернуться к употреблению наркотиков) необходима исчерпывающая информация о более безопасных способах делать инъекции, а также о риске передозировки.

Групповые занятия могут быть полезны и другим членам сообщества. ПИШ часто проводят лекции и семинары для сотрудников правоохранительных органов, наркологических больниц и диспансеров, для медперсонала больших клиник, для представителей молодежных центров и комитетов, для будущих социальных работников и студентов других дисциплин, а также для членов семей наркопотребителей.

Другой хороший метод – использование узконаправленной (адресной), т.е. разработанной специально для той или иной группы людей информации, а также просветительских и пропагандистских материалов, которые эти люди должны увидеть, прочитать и которые должны оказать на них определенное воздействие. ПИШ используют адресные кампании и программы для увеличения уровня осведомленности о деятельности программы и о проблеме ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков, чтобы предоставлять им информацию на понятном им языке и в приемлемой форме,

а также чтобы привлечь внимание каждого представителя определенного контингента наркопотребителей к необходимости предупреждения ВИЧ-инфицирования. Подробнее об адресных ИПМ см. Приложение Н.

Обучение, направленное на сокращение риска заражения ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков

Общепринятым методом привлечения внимания наркопотребителей к проблеме профилактики ВИЧ является включение такой информации в материалы о безопасных способах инъекций [28] (подробнее об этом – в Приложении J). Потребители инъекционных наркотиков всегда должны осознавать степень риска заражения от других людей, риска передачи инфекции другим от них, а также риска передозировки. Поэтому следует, по возможности, убеждать их использовать каждую иглу и каждый шприц только один раз, делать инъекции только чистыми руками и на чистой поверхности, а также очищать место укола и мыть руки до и после каждой инъекции.

Потребители инъекционных наркотиков должны знать, что если они собираются использовать инъекционный инструмент повторно, то лучше пусть это будет их собственный. Важно рекомендовать тем, кто оставляет шприцы для повторного использования, помечать их и хранить в надежном месте, откуда их не сможет взять кто-то другой. Если есть вероятность того, что кто-то воспользовался шприцем без ведома владельца, то это веская причина для дезинфекции такого шприца перед повторным использованием. Если предполагается использование чужой использованной иглы или шприца, нужно убедиться в том, что они чистые.

Обучение, целью которого является соблюдение более безопасных форм сексуального поведения

Основная мысль о передаче инфекций половым путем как в среде потребителей инъекционных наркотиков, так и вне ее состоит в следующем: «В случае проникающего вагинального или анального полового контакта всегда используйте презерватив» [29]. Эту мысль нужно доносить до целевой аудитории.

Работу по популяризации презервативов нужно начинать с проверки того, обладают ли потребители инъекционных наркотиков правильными сведениями об инфекционных и других заболеваниях, передающихся при незащищенном половом контакте (в т.ч., о ВИЧ), знают ли они, как правильно пользоваться презервативами. Информация о правильном использовании включает сведения о том, как правильно хранить презервативы, как проверять срок их годности, доставать, надевать, снимать и избавляться от них. Частью программы популяризации использования презервативов должны быть занятия, на которых следует демонстрировать, как нужно обращаться с этим изделием, и предоставлять возможность практиковаться. Нужно давать советы на предмет того, как избежать, например, соскальзывания презерватива и что делать, если он порвался. Также необходимо информировать участников о том, как правильно применять лубриканты. Материалы с изображением правил использования презервативов должны быть легкодоступны и их следует раздавать вместе с самими изделиями.

Рекомендуется применять подход, при котором использование презерватива является наиболее предпочтительным методом обезопасить свои сексуальные контакты, но при этом следует признать, что человек не всегда, не со всяким партнером и не в

любой ситуации может использовать презерватив (или говорить о возможности его использования). Поэтому мероприятия по популяризации презервативов и выработке навыков обсуждения их использования должны сопровождаться информированием о других вариантах безопасного секса (и занятиями по выработке соответствующих навыков). Сюда относится использование женских презервативов и диафрагм, а также менее рискованные проникающие (например, с использованием пальцев) и непроникающие сексуальные контакты (массаж, поцелуи, сексуальные фантазии, мастурбация). Нужно доходчиво разъяснить все риски, связанные с каждым видом сексуальных контактов и представить эти риски в определенной иерархии.

Информирование об опасности передозировки

Наиболее частой причиной смерти потребителей инъекционных наркотиков является передозировка [30]. Для снижения уровня смертности нужно проводить для потребителей инъекционных наркотиков просветительские мероприятия и практические занятия на тему профилактики, распознавания и мер реагирования на передозировку. В Приложении К представлены примеры коротких информационных блоков, нацеленных на то, чтобы предотвратить такое состояние. За помощью в случае передозировки потребитель наркотиков может и не обратиться, потому что может не знать о ее признаках и симптомах, а также о времени, которое проходит с момента инъекции до появления этих симптомов. Более того, наркопотребители часто не обладают достоверными сведениями о приемах, применение которых порой помогает в случае передозировки, – а последствия такого неведения могут быть трагическими.

Просвещение в области методов предотвращения передозировки часто включает информирование аудитории о том, как распознавать ее признаки

(глубокие хрипы, слабое или неравномерное сердцебиение, потеря сознания), и формирование соответствующих навыков. Также рассказывается о риске наступления повышенной чувствительности к различным раздражителям. В просветительские программы по предотвращению риска передозировки, разрабатываемые для потребителей инъекционных наркотиков, членов их семей и других лиц, которые могут присутствовать при наступлении у наркопотребителя передозировки, входят и занятия по оказанию первой помощи. Клиентам программы следует уметь переводить тело пострадавшего в то положение, в котором его можно спасти, делать искусственное дыхание и сердечно-легочную реанимацию (здесь и далее – СЛР) и другие реанимационные приемы. Обучение должны проводить квалифицированные сотрудники.

В первую очередь, просветительские мероприятия в области предотвращения передозировки должны в рамках ПИШ проводиться для тех потребителей инъекционных наркотиков, которые находятся в группе повышенного риска ее возникновения. Сюда относятся лица, колющие наркотики давно, употребляющие их в больших дозах, лица, у которых наблюдается высокая степень наркотического опьянения и повышенная чувствительность к внешним раздражителям, а также бездомные; люди, пребывающие в депрессии; употребляющие различные виды наркотиков и те, у кого передозировки уже случались.

Сократить смертность от употребления опиоидов можно при помощи раздачи участникам ПИШ препарата «Налоксон» (известен также как «Narcan»®). «Налоксон» может помочь при остановке дыхания, которая случается при передозировке опиоидами. Но есть определенные опасения в отношении широкого применения этого препарата лицами без профессиональной медицинской подготовки, поскольку нет достаточных данных о его эффектив-

ности, побочных и других неблагоприятных эффектах в таких случаях. Но по неофициальным оценкам, основанным на практике раздачи «Налоксона» реципиентам ПИИШ в городах США, можно высказать предположение, что потребителей инъекционных наркотиков и членов их семей можно обучить применять это лекарство, а также что значительного количества смертельных исходов из-за передозировки удалось избежать благодаря быстрому введению «Налоксона». Нужно отметить, что лицо, которое применяет «Налоксон» должно быть уверено, что передозировка вызвана опиоидами, а не какими-либо другими веществами.

Другие просветительные мероприятия

В ходе некоторых программ оказывалось, что потребителей инъекционных наркотиков интересует информация о гепатите С и о функциях печени, в результате чего вышли публикации на эту тему и были проведены кампании, в течение которых распространялась информация о работе печени, воздействии на нее вируса гепатита, методах снижения вероятности развития цирроза, предоставлялись рекомендации больным гепатитом С и т.д. В рамках других ПИИШ были запущены образовательные программы для клиентов ПИИШ, а также введены другие формы обучения, например, обучение правилам работы в офисе (для молодых неработающих наркопотребителей, никогда прежде не занимавшихся офисной работой). Также проводились мероприятия по повышению квалификации и усовершенствованию технических навыков с целью помочь наркопотребителям в получении работы, мероприятия по приобретению навыков адвокативной деятельности и совместной работы по представлению властям информации о потребностях наркопотребителей. Информация о профилактике ВИЧ-инфицирования должна быть частью и этих мероприятий, и всех других курсов (что, в том числе, касается и описанных выше).

С. Оказание первой помощи, обработка ран и вакцинация

Бездомные и принадлежащие к различным маргинальным группам потребители инъекционных наркотиков, как правило, имеют множество проблем со здоровьем и им требуется первичная медицинская помощь со стороны тех, кто способен ее оказать [31]. Многим потребителям инъекционных наркотиков из числа участников ПИИШ такой помощи недостает, поэтому ПИИШ рекомендуется включить ее в перечень своих услуг (имеется в виду разработка «универсального пакета») или помогать своим клиентам получить ее в другом месте. Многие ПИИШ в состоянии проводить некоторые профилактические мероприятия на своих площадях совместно с сотрудниками учреждений общественного здравоохранения или с другими местными поставщиками медицинских услуг. В таких случаях речь идет преимущественно об оказании первой помощи и вакцинации против гепатита В (здесь и далее – ВГВ), гриппа и других заболеваний.

Во многих странах с низким и средним уровнем доходов населения потребители инъекционных наркотиков не желают или не могут получить медицинскую помощь при образовании ран абсцессного типа. Такие состояния опасны, быстро прогрессируют, вызывая боли и иногда перерастая в гангрену, становясь причиной ампутаций или смерти. Все сотрудники ПИИШ должны уметь обращаться с ранами, либо же такие услуги должны оказывать специально определенные сотрудники программы (например, в специальных центрах, которые открыты для всех).

Вакцинацию против ВГВ должны проводить опытные сотрудники или можно пригласить медиков для

ее проведения в специальных медпунктах на территории ПИШ либо в других местах. Необходимо вести строгий учет прививок и осуществлять административный надзор, поскольку в связи с тем, что за несколько месяцев человеку нужно сделать ряд прививок, необходимо знать, кого вакцинировать и когда. Более того, необходимо разъяснять пациентам важность соблюдения интервалов, через которые делаются прививки. Также ПИШ следует нанять квалифицированный персонал или сотрудничать с профессионалами для проведения иммунизации участников программы против гриппа и пневмококковой пневмонии. Медицинское обследование или неотложная помощь могут понадобиться и в случаях, когда возникают патологические реакции на вакцины. Для профилактики или для ослабления течения гриппа обычно бывает достаточно одной прививки в год, в идеале – до или в начале периода массового заболевания гриппом. Пневмококковая вакцина защищает дольше, поэтому повторная иммунизация необходима примерно каждые пять лет. Необходимо при этом тщательно вести учет вакцинированных и фиксировать любые нежелательные результаты введения вакцины.

В дополнение к оказанию профилактических услуг на своей территории ПИШ следует установить тесные рабочие отношения с учреждениями, оказывающими первичную медицинскую помощь, с тем, чтобы направлять туда пациентов для последующего получения профессиональной медпомощи. ПИШ могут способствовать облегчению доступа к таким услугам для своих клиентов, проводя просветительскую работу с поставщиками медицинских услуг по вопросам, касающимся потребителей инъекционных наркотиков, о том, как с ними работать, а также об эффективности мер по снижению рисков и вреда от наркопотребления. Сотрудники ПИШ могут сопровождать участников программы при их первом посещении такого учреждения или

при обращении за экстренной помощью. Тем самым, с одной стороны, они могут дать людям возможность получить необходимую помощь, а с другой – установить взаимоотношения с медучреждением.

Д. Лечение наркозависимости

Лечение наркозависимости – еще один эффективный метод профилактики распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Лечить нужно одновременно с проведением ПИШ в том или ином городе или районе. Большая часть методов лечения была разработана для специфических групп наркопотребителей, а затем адаптирована для других, иногда – для принимающих другие виды наркотиков, в других условиях и в других странах.

Предоставление консультаций как группам, так и отдельным наркозависимым является важной составляющей лечения этого типа зависимости. Эффективность консультирования предопределяется четырьмя ключевыми моментами (независимо от того, какие используются методы лечения). Консультационной деятельностью должна предусматриваться совместная с клиентом программа разработки стратегий преодоления трудностей до того, как они возникнут. При наличии целесообразности таких мер консультирование нужно проводить с применением научно обоснованных методов (см. ниже). Во главу угла необходимо ставить личные возможности человека, наличие внешних ресурсов, успехи или проблемы и трудности, а также нужно как можно скорее помочь этому человеку наладить контакт с поставщиками других, наиболее необходимых услуг (медицинских, бытовых, связанных с воспитанием детей, обучением для получения работы и др.).

В ходе осуществления программ лечения наркозависимости нужно взглянуть на жизнь пациента более широко, с применением перечисленных ниже методов когнитивно-поведенческой терапии.

- **Целеполагание.** Задает направление терапии и дает возможность пациентам оценить, насколько они продвинулись вперед.
- **Мотивационные интервью.** Помогают пациентам рассмотреть положительные и отрицательные аспекты их зависимости от наркотиков и преодолеть неопределенность своего отношения к изменению образа жизни.
- **Устранение проблем** с помощью речевых и письменных средств, а также тренировки навыков.
- **Профилактика рецидивов и координация своего поведения.** Предполагает приобретение навыков и уверенности в своих действиях в ситуациях повышенного риска, а также при плохом настроении, с тяжелыми мыслями, в неподходящих местах, с нежелательными людьми и при неблагоприятных событиях.

Курс лечения в специализированных реабилитационных центрах и лечение после пребывания в стационаре должны включать индивидуальную и групповую терапию; обучение управлению стрессовыми ситуациями; тренинги по приобретению профессиональных навыков, навыков общения; тренинги, помогающие развить уверенность в себе; меры по профилактике рецидивов, а также стратегии, направленные на уменьшение вреда от наркопотребления.

Для удовлетворения особых потребностей отдельных наркозависимых следует, по возможности,

разрабатывать специальные методы лечения наркозависимости, соответствующие той цели, которой планируется достичь в том или ином случае. Возможно применение мер лечебно-профилактического воздействия, перечисленных ниже.

- **Краткосрочный курс** (одно–пять занятий). Эта мера подходит для пребывающих в клиниках общего профиля – для тех, кто вряд ли станет посещать специальные мероприятия. Медработники должны, как минимум, предоставить информацию о том, как снизить потребление наркотиков до более безопасного уровня, и организовать беседы на тему других приемов сокращения вреда от наркотиков.
- **Опиоидная заместительная терапия** (медикаментозное лечение) (здесь и далее – ОЗТ). Доказано, что для лечения опиоидной зависимости самым эффективным методом является ОЗТ с применением метадона или бупренорфина, причем особенно эффективно этот метод помогает снижать риск передачи ВИЧ. В 2005 году ВОЗ включила метадон и бупренорфин в перечень основных лекарственных средств [32]. Практика показывает, что ОЗТ наиболее эффективна при осуществлении ее в течение длительного периода с соблюдением соответствующей дозировки, а также в комплексе с другими мерами воздействия (например, консультированием). С началом применения антиретровирусной терапии ОЗТ стала дополняющим ее способом лечения ВИЧ-позитивных. К настоящему времени нет достаточных данных в пользу назначения фармакотерапии пациентам с зависимостью от других веществ, таких, как стимуляторы группы амфетаминов.
- **Детоксикация.** Ее можно проводить как дома, так и амбулаторно или в условиях стационара (в

реабилитационных центрах или в больницах), с применением лекарственных средств или без в зависимости от тяжести состояния и пожеланий пациента. Хотя детоксикация все еще является частью большинства применяемых во всем мире курсов лечения по сравнению с ОЗТ ее эффективность невелика, а уровень рецидивов у прошедших такое лечение пациентов очень высок. Когда это целесообразно, детоксикацию следует сочетать с другими текущими способами лечения. Внимание и участие членов семьи нередко повышает эффективность этого метода.

- **Амбулаторное консультирование.** Принимая во внимание изложенный выше общий подход к лечению, консультации в амбулаторных условиях – один из наименее дорогостоящих методов лечения, который можно применять в отношении большой группы наркопотребителей, продолжающих жить своей обычной жизнью и работать.
- **Программы лечения в реабилитационных центрах.** Такое лечение может помочь людям с длительной зависимостью, уже испытавшим на себе разрушительное воздействие наркотиков, а также тем, в чьем окружении продолжают при-

нимать наркотики (и поощряют их употребление другими). В программу реабилитации должны входить различные виды помощи наркопотребителям, такие, как содействие в получении медицинской помощи, профессиональное и производственное обучение, образование, кулинарные уроки, обучение планированию бюджета, выработка навыков воспитания детей, а также других нужных в жизни умений. Частью процесса должна стать и помощь в налаживании контактов с людьми, которые не употребляют наркотики, а также содействие участию наркопотребителей в интересных им видах деятельности, оказание психиатрической и правовой помощи, проведение восстановительных программ.

- **Группы.** Если пациенты не имеют адекватной поддержки общества, степень их зависимости высока или же они хотят со временем полностью отказаться от употребления наркотиков, они могут принять участие во встречах групп сообществ «Анонимные алкоголики» или «Анонимные наркоманы» (либо других подобных). Наркозависимых следует настраивать на посещение, как минимум, трех таких собраний.

Женщины нуждаются в специфическом лечении наркозависимости

В процессе лечения от наркозависимости женщины могут испытывать больший стыд и чувствовать себя более беспомощными, чем мужчины, потому что сила общественного порицания женщин, страдающих наркотической или алкогольной зависимостью, часто превосходит степень порицания мужчин, имеющих те же проблемы. Среди лечатых женщин-наркопотребителей особенно широко распространены депрессивные, тревожные состояния, соматические расстройства и расстройства личности, в том числе низкая самооценка, высокий уровень суицидальных попыток, сопутствующие пищеварительные расстройства. Такие женщины более подвержены рискам полового насилия, нападений и проявлений жестокости дома. При этом беременные и матери, употребляющие наркотики путем инъекций, имеют свои потребности, которые нужно учесть при разработке специальных методов лечения представителей этого контингента наркопотребителей. Следует также рассмотреть возможность предоставления пациенткам услуг, касающихся вопросов планирования семьи. Менеджерам программ не стоит забывать, что реабилитация в стационарных учреждениях не подходит для женщин – потребителей инъекционных наркотиков. Работающие женщины (в том числе и секс-работницы) часто являются основными кормильцами своих детей и источником доходов для своих партнеров.

Е. Тестирование и консультирование на ВИЧ

В рамках многих ПИШ предоставляются услуги по тестированию и консультированию потребителей инъекционных наркотиков на наличие ВИЧ. Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным, без какого-либо принуждения. Проверка на наличие ВИЧ может способствовать осознанию риска, принятию мер по его снижению, а также пониманию необходимости обезопасить свои половые контакты и практиковать менее рискованные способы введения наркотиков. Если же окажется, что наркопотребитель ВИЧ-позитивен, ему окажут помощь в получении соответствующих медицинских услуг, поспособствуют в его участии в группах поддержки, в доступе к лечебным программам и в том, чтобы такой наркопотребитель принял нормы более здоровой жизни. В рамках не столь масштабных программ тестирование на ВИЧ используют для сбора исходных данных о сфере распространения и частоте случаев инфицирования (чтобы выделить факторы риска передачи инфекции внутри целевой группы). В документах ВОЗ можно найти информацию о методах проверки или о применяемых тест-системах [33,34]. Независимо от сделанного выбора, до и после тестирования нужно проводить консультации. Их цель – не только помочь людям принять обоснованное решение относительно того, хотят ли они пройти такую проверку, но и предоставить им возможность получить врачебное направление, поддержку, а ВИЧ-позитивным пациентам – расшифровку результатов тестирования.

Существует множество доводов в пользу тестирования ВИЧ в том, что касается профилактики ВИЧ-инфекции и ухода при ВИЧ, однако вопрос необходимости стимулирования наркопотребителей к прохождению такой проверки нужно тщательно

обдумать, приняв во внимание условия тестирования и вероятного последующего лечения. Например, если где-либо наркопотребителей не принимают на лечение ВИЧ или не лечат тех из них, кто не собирается прекратить или не прекратил употреблять наркотики, позитивный результат проверки на ВИЧ может стать той причиной, по которой серопозитивных наркопотребителей будут лечить от наркозависимости принудительно. Последствием может быть и огласка их статуса (в том числе и в СМИ) или оповещение семьи и друзей. Также они могут подвергнуться дискриминации в учреждениях здравоохранения и др., они могут потерять работу. Поэтому сотрудники, проводящие тестирование, должны быть в курсе этих реалий и убедиться, что в процессе предварительных консультаций люди имеют возможность сделать осознанный выбор. Нужно говорить о способах передачи ВИЧ, о рисках, о процедуре тестирования, о том, что могут повлечь за собой те или иные его результаты, а также о безопасном (или более безопасном) сексе и о существующих вариантах оказания помощи.

Есть несколько вариантов проведения тестирования и консультирования на ВИЧ. Это могут быть как самостоятельные мероприятия по прохождению анонимного тестирования и получения консультаций, так и мероприятия в комплексе услуг по снижению вреда от наркотиков. Консультации и тестирование можно организовать и в рамках ПИШ на стационарных или мобильных площадках.

Если результат проверки на ВИЧ окажется положительным, консультанту необходимо будет не только провести обсуждение, как уменьшить существующую опасность, но и обратить внимание на неотложные эмоциональные и медицинские потребности человека, выяснить, нужно ли сообщать кому-либо результаты тестирования (и если да, то кому и каким образом), помочь в составлении планов на

будущее, в своевременном получении надлежащей медицинской помощи, в профилактике и лечении оппортунистических инфекций и (если это возможно) помочь в получении возможности пройти антиретровирусное лечение. Объявлять о положительных результатах проверки на ВИЧ нужно конфиденциально, помогая при необходимости более спокойно пережить такую новость. Все это вдвойне важно при проведении ВИЧ-тестирования заключенных.

Г. Лечение инфекций, передающихся половым путем

Лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП) – помимо ВИЧ – является важнейшей составляющей любых мероприятий направленных на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции или ухода при ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, но особо для тех наркопотребителей, которые являются и секс-работниками. Рекомендованы три варианта стратегий лечения ИППП у лиц, употребляющих наркотики, которые являются секс-работниками, их клиентов и у представителей других групп повышенного риска. Это диагностика и лечение заболеваний у тех лиц, у которых выявлены их клинические симптомы, этиологические факторы или синдромы; проведение регулярных обследований лиц из групп риска, независимо от наличия у них симптомов, с применением клинических и, по возможности, лабораторных исследований; осуществление пробного лечения (однократно или периодически) представителей всех групп риска, независимо от наличия или отсутствия у них симптомов. Существует несколько руководств по работе с ИППП [35].

Самое широкое применение получила клиническая стратегия в отношении ИППП, заключающаяся в

выявлении и лечении симптоматичных пациентов (из групп повышенного риска), демонстрирующих клинические, этиологические симптомы или синдромы заболевания. Однако такой подход ограничен тем, что приходится полагаться на проявление у инфицированных симптомов, в то время как большая часть женщин и многие мужчины, будучи инфицированными, не обнаруживают симптомов ИППП. Более того, многие не в состоянии распознать эти симптомы, или они их не настораживают, поэтому люди не обращаются за помощью. В связи с этим важно обеспечить, чтобы мероприятия проводимые в рамках аутрич работы и обучения «равный-равному» ПИШ включали также вопросы, позволяющие наркопотребителям узнать, и куда обращаться в случае необходимости соответствующего лечения.

Применение клинических подходов к лечению ИППП ограничено в силу недостоверности используемых данных, а точная этиологическая диагностика часто невозможна из-за высокой стоимости лабораторных тестов. С помощью синдромного подхода к лечению ИППП можно решить некоторые проблемы, связанные с лечением симптоматических пациентов, например, провести безотлагательное лечение или сократить количество пациентов, отказавшихся от дальнейшего лечения (например, не заставляя ждать результатов тестирования). Но применять синдромный подход можно только в тех случаях, когда у пациента проявляются определенные симптомы, он их распознает и обращается за помощью.

Регулярные обследования на основе клинических исследований наряду с высококачественной диагностикой в сочетании с популяризацией презервативов могут быть экономически эффективны в группах повышенного риска (таких, как секс-работницы), поскольку среди представителей этих групп часто

наблюдается высокий уровень заражения излечимыми ИППП. Но во многих странах с низким и средним уровнем доходов такие услуги часто недоступны, а для ряда инфекций нет скрининг-тестов.

Еще одна стратегия, которую можно применять для быстрого снижения высокого уровня распространения ИППП – это пробное лечение всех обращающихся в медицинские учреждения или имеющих в границах определенной территории наркопотребителей и секс-работников. Метод не требует

осуществления предварительного скрининга, клинической или этиологической диагностики. Применимы различные схемы лечения [36], и их можно проводить как однократно, так и периодически (например, через каждые один–шесть месяцев). После сокращения частоты случаев ИППП необходимость в пробном лечении тоже снижается и его можно заменить методами, позволяющими поддерживать низкий уровень распространения заболеваний, например, лечением с применением синдромного подхода и первичной профилактики.

Как контролировать распространение и как лечить инфекции, передающиеся половым путем

После обращения секс-работника/-цы или наркопотребителя в какое-либо лечебное учреждение нужно с целью контроля распространения ИППП и их лечения предпринять перечисленные ниже шаги (какая бы из трех вышеописанных стратегий ни применялась). Сотрудники должны оценить риски, учитывая, например, частоту незащищенных половых контактов и случаев повреждения презерватива. Затем следует провести анализы крови и мочи (а при наличии лабораторных условий для этого – также взять цервикальный, уретральный и анальный мазки) или, если лаборатории в распоряжении нет, поставить диагноз, следуя правилам синдромного подхода. Сотрудники должны предоставить инфицированным соответствующие противомикробные вещества, подробно информировать о правильности лечения, о природе инфекции и о методах профилактики заражения. Также они должны предоставить пациентам презервативы, предварительно продемонстрировав, как правильно ими пользоваться, акцентируя внимание на важности постоянного использования. Сотрудники также должны учить навыкам обсуждения с партнером необходимости использования презервативов. И последнее – во всех возможных случаях нужно организовать обследование постоянного партнера и последующие обследования, а также регулярные медосмотры.

Г. Лечение, уход и поддержка при ВИЧ

Раньше работа ПИШ большей частью была связана с профилактикой ВИЧ-инфекции, но когда увеличилась степень распространенности ВИЧ среди клиентов программ на большей части территорий их проведения, значительно возросла необходимость в программах ухода и поддержки при ВИЧ-инфекции, а также (когда это осуществимо) в программах антиретровирусного лечения. Программы ухода и

поддержки инфицированным могут включать помощь доктора и медсестры (также на дому); лечение и профилактику оппортунистических инфекций, включая туберкулез; лечение заболеваний, связанных с ВИЧ, а также паллиативный уход, по возможности – сообщества [37].

ВИЧ-позитивным потребителям инъекционных наркотиков может понадобиться широкий диапазон услуг, включающий возможность пройти лечение от наркозависимости (в частности, через опиоидную заместительную терапию), получение инфор-

мации о взаимодействии разных видов наркотиков, употребляемых инъекционно, доступ к антиретровирусным лекарственным препаратам и лечению оппортунистических инфекций (а в некоторых случаях – к заместительным препаратам); одновременное лечение ВИЧ и гепатита С; специализированная психологическая и психиатрическая помощь; социальные и юридические услуги [38, 39].

Для подавления ВИЧ-инфекции и достижения наилучших результатов требуется 95-процентное соблюдение предписанной антиретровирусной терапии. Это жесткое требование порой вызывает (необоснованные) возражения о том, что потребители инъекционных наркотиков – не лучшие кандидаты на прохождение АРТ. Исследования показывают, что количество пациентов, которые не привержены лечению, почти одинаково как среди потребителей инъекционных наркотиков, находящихся на опиоидной заместительной терапии, так и среди пациентов, которые не являются потребителями инъекционных наркотиков, а вирусная резистентность к антиретровирусным препаратам у потребителей инъекционных наркотиков не выше, чем у тех, которые употребляют неинъекционные наркотики.

Стратегии снижения вреда в отношении потребителей инъекционных наркотиков особенно эффективны и поддерживают профилактику, лечение и уход. Свою эффективность доказала адекватная поддержка пациентов медработниками (которые без осуждения относятся к таким пациентам), предоставляемая в рамках аутрич работы в сообществе. Комплексные программы снижения вреда сокращают и уровень новых случаев ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. Есть данные, что последовательное участие в программе поддерживающего лечения метадоном приводит к более высокой вероятности того, что пациент будет

принимать антиретровирусные препараты, а значит – будет привержен к АРТ [39].

ВИЧ-позитивные секс-работницы, употребляющие инъекционные наркотики, могут иметь специфические потребности. Например, консультантам по вопросам ВИЧ нужно будет провести с ними беседу о том, что значит быть ВИЧ-позитивным: не иметь работы, получить отказ в регистрации (или ее отмену), быть уголовно преследуемым за то, что продолжаешь секс-работу. Возможно, в беседах о необходимости заботы о своем здоровье также понадобится подчеркнуть потенциальную угрозу здоровью наркопотребителей, возникающую в силу таких аспектов их деятельности, как стрессы и большая подверженность риску заражения оппортунистическими инфекциями.

Также необходимо направлять наркопотребителей и секс-работниц в группы поддержки и в службы, где к ним отнесутся беспристрастно. Если ВИЧ-позитивный человек, предоставляющий сексуальные услуги, не сможет или не захочет дальше этим заниматься, то ему может понадобиться поддержка и помощь в поиске другой работы и источника дохода. Лица этой категории, а также наркопотребители с ВИЧ также могут столкнуться с более сильным общественным порицанием и более ярко выраженной дискриминацией, чем другие ВИЧ-позитивные лица. Поэтому нужны специальные адвокативные программы для преодоления такой дискриминации. Услуги ВИЧ-позитивным наркопотребителям, которые являются заключенными, обычно могут быть оказаны и в местах лишения свободы, где предоставляются антиретровирусные препараты и другие формы лечения.

Н. Социальная и правовая поддержка

Потребители инъекционных наркотиков часто нуждаются в юридических услугах при разрешении бытовых проблем и вопросов, связанных с социальным обеспечением. Хотя эти факторы не имеют прямого отношения к здоровью, они затрагивают аспекты благосостояния человека, возможность контролировать свою жизнь, и, таким образом, имеют отношение к выбору более здорового ее варианта. Подобные услуги могут включать направление к различным специалистам (например, к специалистам по социальному обеспечению или к юристам) или предоставление разного рода информации (например, организацию семинаров по правовым вопросам), а также практическое обучение (бухучет или деловое управление и др.). Среди прочих следует обратить внимание на вопросы, касающиеся социального обеспечения, перечисленные ниже.

- Юридическая помощь при возникновении проблем, связанных с хранением, употреблением или торговлей наркотиками; с занятием проституцией; с незначительными преступлениями; с проявлениями жестокости, а также связанных с вопросами опеки над детьми, иммиграционными проблемами и имущественными спорами.
- Предоставление жилья или временного убежища, в том числе срочно, в случае крайней необходимости.
- Получение социального пособия, медицинской страховки, иммиграционных документов.
- Уход за детьми.
- Образовательные услуги для клиентов программ или их детей.

- Услуги, направленные на преодоление последствий и предотвращение домашнего насилия и развратных действий в отношении детей.

I. Дополнительные услуги для секс-работников

Введение в диапазон мероприятий ПИШ услуг для секс-работников может подразумевать запуск отдельных или параллельных проектов в той же местности, где осуществляются программы для наркопотребителей. С целью охвата этой категории лиц могут также проводиться расширенные мероприятия, нацеленные на снижение риска: продвижение не безопасного секса, предоставление презервативов, лечение ИППП, а также (по мере целесообразности) можно оказывать ряд других услуг, направленных на улучшение сексуального и репродуктивного здоровья потребителей инъекционных наркотиков, предоставляющих сексуальные услуги за плату. Как правило женщины чаще оказывают сексуальные услуги, чем мужчины, поэтому в качестве первого шага большинству ПИШ следует нанять и обучить женщин, которые будут работать с тем, чтобы привлечь к ПИШ и удержать женскую целевую аудиторию. ПИШ запускают преимущественно мужчины и мужчины же являются первыми ее сотрудниками и клиентами. С привлечением в программу женщин можно будет выявлять степень их вовлеченности в секс-работу и определить в каких услугах они нуждаются. Особо эффективным в плане привлечения в проект женщин (инъекционных наркопотребителей и секс-работниц) может стать приглашение их на работу в программе (в качестве аутрич работников или на другие должности).

ПИШ также должны оказывать помощь наркозависимым-мужчинам в преодолении возможных рисков, связанных с их отношениями с секс-работницами

(в качестве случайных или постоянных сексуальных партнеров), а также рисков в случае, если они сами заняты в этой сфере. Возможно, придется расширить круг тем, затрагиваемых социальными программами и программами просвещения силами лиц одного круга, а также включить соответствующую информацию в просветительские материалы и

другие сообщения, используемые для проведения бесед о передаче ВИЧ и других инфекционных заболеваний половым путем. Кроме того, следует обсуждать более безопасные варианты оказания сексуальных услуг. Может также потребоваться уделить больше внимания тому, какие именно услуги предлагают торгующие собой наркопотребители.

IV. КАК РАСШИРИТЬ РАБОТУ ПРОГРАММ

Отмечено, что эффективность программ игл и шприцев невелика, если масштабы таких программ не позволяют предотвращать или контролировать распространение ВИЧ и других заболеваний среди местных наркопотребителей. Там, где есть существенное противодействие снижению вреда от наркотиков, можно запускать неполнофункциональные экспериментальные ПИШ для демонстрации их работы. В то же время имеется очень много доказательств того, что для достижения существенных положительных результатов необходимы полномасштабные программы. Поэтому нужно, чтобы после запуска ПИШ менеджеры создали как внутренние, так и внешние условия для быстрого ее развертывания в полную силу. Это требует долгосрочных вложений в обучение и умелое управление персоналом, а также необходимости установления отношений с местными властями и широкой общественностью. Также нужно наладить систему контроля качества услуг, определить охват целевой аудитории программы, оценить возможность стабильного планирования ее деятельности вместе с государственными и др. органами.

А. Работа с сотрудниками ПИШ

Адекватное управление ПИШ является, пожалуй, важнейшим фактором в показателях их работы и способности расширить границы своей деятельности. При помощи управленческих методов можно, в частности, определить, насколько хорошо сотрудники программы справляются со своими обязанностями, а также, сколько времени они уделяют работе. Занятость в программе игл и шприцев может создать ее сотрудникам определенные трудности, потому что и волонтеры, и работники, получающие за свою работу вознаграждение, могут столкнуться с непониманием и дурным отношением к себе со стороны

членов общества, их семей, органов внутренних дел, а также лиц, употребляющих наркотики. Вознаграждение сотрудников ПИШ обычно не соответствует заработкам других людей. Часто высокая текучесть кадров в программах игл и шприцев обусловлена именно этими факторами. И поскольку уход любого штатного сотрудника или волонтера вынуждает организацию искать ему замену и обучать нового сотрудника (а также заново строить взаимоотношения с клиентами программы), это может стать большой проблемой для ПИШ.

Но от такой работы можно получать и отдачу – сотрудники организации могут чувствовать большую гордость за то, что они делают, за работу всей команды, за то, что ее члены всегда придут другу на помощь. Как и везде, сотрудники – наиболее ценный актив любой ПИШ, поэтому их следует поощрять, поддерживать и относиться к ним с уважением.

Одним из самых важных факторов управления является общение. Руководителям нужно создать формальные и неформальные механизмы распространения информации в их кругу, а также среди других оплачиваемых сотрудников и волонтеров. Общие собрания следует проводить еженедельно и, по возможности, в удобное для всех время и в том месте, где могут собраться все сотрудники, включая работающих посменно – или проводить их в выходные дни. Собрания должны проводиться согласно четкой повестке дня, с обязательным обсуждением всех важных вопросов; нельзя допускать отклонения хода встречи в сторону не относящихся к делу дискуссий. В разговор следует вовлекать всех сотрудников (по одному), призывая их обсуждать любые проблемы, с которыми они сталкиваются в своей работе, и делиться информацией, которая, по их мнению, должна быть известна остальным. Чтобы не забыть что-то важное, необходимо заглядывать в свои

личные журналы. Обсуждению подлежит все: новые идеи, услуги, предложения в отношении новых организаций – партнеров программы, а также внесение изменений в саму ПИШ.

В ходе каждой встречи коллектива нужно обязательно давать ответы на вопросы, перечисленные ниже.

- Возникали ли в течение этой недели какие-либо проблемы? Если да, то какие варианты их решения могут предложить коллеги?
- Были ли вопросы, на которые трудно или невозможно ответить? (Добавить в перечень вопросов для рассмотрения в ходе тренингов.)
- Что вы узнали нового об образе жизни местных наркопотребителей?
- Как можно усовершенствовать услуги программы?
- Нужно ли изменить какие-либо практические подходы?
- Не произошло ли каких-либо изменений в том окружении и в среде, где осуществляется ПИШ?
- Хочет ли кто-то поделиться своими мыслями, чувствами или содержимым записей в личном журнале?

Такие собрания можно использовать и для проведения тренингов. Кто-то из штатных сотрудников программы или приглашенный гость могут поделиться своим опытом в какой-либо конкретной области (можно подготовить небольшую презентацию, ответить на вопросы).

⁵ В английском тесте использовалось слово «advocacy». Принимая во внимания сложности применения точной терминологии на русском, в данном руководстве мы взаимозаменяемо употребляем термины «адвокация» и «продвижение», поскольку именно данная терминология чаще всего используется среди практиков ПИШ.

Контроль работы сотрудников должен состоять в регулярных личных беседах между старшим по должности (обычно это руководитель программы) и каждым из сотрудников. В ходе таких встреч необходимо оказывать поддержку сотрудникам, оценивать работу каждого из них и определять, какие показатели работы следует улучшить и какое требуется дополнительное обучение. Руководитель также должен обратить внимание на взаимоотношения сотрудника с клиентами программы, на то, что сотрудники сами думают о своей работе, каковы их карьерные планы.

Если сотрудник принимает или принимал наркотики, то можно изучать влияние работы в программе на употребление таким сотрудником наркотиков или на воздержание от них, а также вопросы, касающиеся его питания и общего состояния здоровья. Вследствие специфики работы и неоднородного состава сотрудников, руководителю порой нужно обращать внимание на то, какое влияние оказывает занятость в программе на жизнь каждого сотрудника, его отношения с обществом, учитывать его финансовое состояние и жилищные проблемы.

Тренинги должны проводиться регулярно. Независимо от того, насколько вырастет объем работы, время на обучение выделять необходимо, поскольку именно в ходе тренингов становится ясно, что может потребоваться для дальнейшего улучшения работы программы. Обучение можно провести в вышеупомянутом простом формате – с приглашением выступить на общем собрании, но это может быть и посещение сотрудниками курсов, конференций или других программ, подобных их ПИШ. Среди других вариантов обучения, не требующих больших усилий в плане осуществления, можно назвать стажировку в других организациях и проведение семинаров, в течение которых сотрудники могут по очереди читать и обсуждать различные статьи, книги, вырезки из газет и журналов.

В. Управление отношений с внешними организациями

Также важно организовать поддержку программы со стороны тех людей, которые живут или работают вблизи места расположения ПИШ, и со стороны местных властей и представителей влиятельных кругов (как организаций, так и отдельных лиц), поскольку почти в каждой стране происходят случаи, когда приходится перемещать или сворачивать ПИШ из-за противодействия программам таких сил. Местом запуска многих ПИШ стали существующие учреждения здравоохранения, такие, как наркологические больницы и диспансеры. В этом может быть много преимуществ, связанных с доступностью офисных и складских помещений, административной поддержки и средств связи (телефоны, факс, электронная почта), на которые не потребуется больших затрат. Однако во многих случаях из-за противодействия со стороны других лиц, работающих в том же здании, таким ПИШ приходилось переезжать в другие помещения или функционировать в рамках, затрудняющих работу программ.

Если предполагается запуск ПИШ на базе существующей организации, крайне важно получить поддержку тех, кто будет работать рядом. Такой же подход нужен и при организации работы программ на различных других площадках – если у стационарной ПИШ есть соседи (жильцы дома, владельцы торговых точек, медработники), важно разъяснить им суть работы программы, заручиться их доверием и обеспечить благожелательное отношение к себе. Для улучшения взаимоотношений с окружением полезно установить, что именно беспокоит соседей (например, разбросанные на улицах иглы и шприцы). Если есть возможность устранить источ-

ники подобных проблем силами ПИШ – например, организовав периодические осмотры близлежащих территорий с целью очистки их от выброшенного инъекционного инструментария, – то это может способствовать расположению со стороны ее соседей и поддержке ими программы.

Первые шаги адвокативных работ были описаны в разделе II настоящего руководства, но не стоит забывать, что это непрерывный процесс, и что такая работа – один из ключевых аспектов программ, получивших широкое распространение в странах с низким и средним уровнем доходов. Была проведена серьезная работа по определению видов адвокативной⁵ деятельности, к которым можно прибегнуть, а также их целевой аудитории [40]. Адвокативную кампанию рекомендуется развернуть в самом начале работы ПИШ, профинансировать ее и осуществлять силами штатных сотрудников, считая эту деятельность частью работы программы.

Усилия по продвижению ПИШ обычно начинают прилагать, когда группа озабоченных наличием какой-либо проблемы людей считает ее настолько серьезной, что она стоит привлечения внимания общества. Продвижение включает и разработку вариантов решения такой проблемы, и организацию поддержки деятельности ПИШ в этом направлении. Этот процесс предполагает активные действия (см. схему ниже) и состоит из ряда шагов, которые одновременно (но в разной последовательности на разных общественных уровнях) должны предприниматься в отношении различных аспектов проблемы.

Начало. Формирование адвокативной группы или объединения. На этой или на любой из трех дальнейших стадий процесса нужно будет искать, как правило, необходимые для такой деятельности средства.

Анализ. Группа методично анализирует выявленную проблему, определяет ключевые фигуры, существующие нормы и правила, а также – какие организации задействованы в их воплощении, и как можно найти подход к влиятельным лицам и ответственным за принятие решений.

Стратегия. Основывается на результатах анализа, фокусируется на конкретных целях и задачах и для их достижения определяет четкие направления приложения адвокативных усилий.

Действия и обратная связь. На этом этапе уже сформирован план адвокативных действий, организована поддержка для внесения изменений в правила и практические приемы. Реакция со стороны влиятельных людей или организаций на реализацию кампании может быть самой разной. Своевременные меры в ответ на критику помогают постоянно держать проблему в фокусе внимания.

Оценка. Члены команды должны регулярно оценивать достигнутое и определять, что еще необходимо сделать. Может оказаться сложным оценить конкретное влияние адвокативных усилий, но можно оценивать общий ход этой деятельности.

Процесс адвокации



Узнать больше об адвокативной работе, а также провести предложения об изменениях определенных правил и законодательных норм, имеющих влияние на жизнь наркопотребителей, руководители и сотрудники ПИШ могут также с помощью сети организаций, работающих в области снижения

вреда. Существует несколько видов таких сетей и на сегодняшний день имеется сеть организаций предоставляющих программы игл и шприцев. См. раздел VI «Полезная информация – сайты, публикации, организации».

С. Контроль качества работы программ

Для обеспечения эффективности ПИИШ необходим постоянный мониторинг качества предоставляемых в ее рамках услуг и изделий. Рекомендуется применять пять методов мониторинга среды действий программы; основываясь на результатах, следует принять соответствующие меры.

Первый метод – это общие собрания коллектива, о которых уже говорилось выше. В ходе таких встреч сотрудники ПИИШ устанавливают имеющиеся в отношении предоставляемых услуг или изделий проблемы, а также те перемены в поведении потребителей инъекционных наркотиков, вследствие которых необходимо предоставлять усовершенствованные (или другие) товары и услуги. Руководство должно обращать внимание на эту новую информацию и быстро принимать меры. Если программа нуждается в изменениях, то следует предложить сотрудникам оценить эффективность таких перемен и порекомендовать направления дальнейшего улучшения качества услуг ПИИШ. При этом обеспечивается замкнутая обратная связь, т.е. постоянный контроль над ситуацией позволяет внедрять совершенствования, в частности, усовершенствования дальнейшего контроля.

Второй метод. Консультативная группа (см. Приложение А) может играть ключевую роль в процессе оценки качества работы программы, особенно если соответствующая информация представлена потребителям инъекционных наркотиков, которых регулярно приглашают для оценки услуг ПИИШ. Если группа предлагает внести определенные изменения, то прежде, чем их внедрять и контролировать по вышеописанной схеме обратной связи, такие изменения следует обсудить с сотрудниками ПИИШ на собрании коллектива.

Третий метод. Каждой организации, задействованной в предоставлении описанных в разделе III услуг, рекомендуется принять четкую процедуру анонимной подачи жалоб, а также довести до всех ее содержание. Соответствующие бланки должны находиться в легкодоступных местах (в случае стационарных ПИИШ – например, на стойке приемной), там же, где находится и ящик, в который их можно опустить анонимно. Как правило, жалобы передаются руководителю ПИИШ для тщательного изучения. В отношении сотрудников, нарушивших нормы и правила программы, руководитель при необходимости применяет утвержденные дисциплинарные меры.

Четвертый метод. При наличии ресурсов можно оценить качество работы по следующим (и другим) аспектам.

- Удобство доступа к инъекционному инструментарию.
- Дружелюбие сотрудников.
- Вовлеченность в деятельность ПИИШ потребителей инъекционных наркотиков.
- Реагирование руководства и сотрудников программы на жалобы и перемены в поведении наркопотребителей и в окружении в целом.
- Ассортимент предоставляемых в рамках ПИИШ инъекционного инструментария и услуг.
- Предоставление наркопотребителям направлений в другие организации и учреждения.

Д. Определение охвата программы

Что означает «охват»?

Количественный состав аудитории программы обмена игл и шприцев определить сложно. Уже многие годы принято напрямую увязывать охват программы с процентом инъекций, сделанных распространенными в ее рамках стерильными иглами и шприцами. Но подсчитать это количество очень непросто. Другой способ оценить размеры аудитории программы – определить количество игл и шприцев, в среднем сданных в ПИШ за год одним потребителем инъекционных наркотиков (исходя из предполагаемого общего количества потребителей инъекционных наркотиков в определенном географическом регионе). Такой метод применяется рядом программ в Западной Европе и в Австралии (в данном руководстве – «относительный охват»). Немного отличается тот же показатель в отношении выданных каждому участнику ПИШ игл и шприцев в год (в данном руководстве – «уровень использования услуг»).

Но, говоря об охвате, мы в большинстве случаев имеем в виду охваченных людей, а не инъекции или принадлежности. Общий метод оценки – подсчет количества потребителей инъекционных наркотиков, воспользовавшихся услугами программы за все время ее работы. И поскольку однократное посещение мероприятий ПИШ не влечет за собой существенных перемен в поведении наркопотребителя, этот показатель лишь показывает широту охвата, радиус действия программы (поэтому в данном руководстве он называется «минимум однократным охватом»). В большей степени отношение к количеству охваченных работой ПИШ людей имеет следующее определение охвата – это процент потребителей инъекционных наркотиков, регулярно контактирующих с ПИШ или другими организациями, чья деятельность связана со снижением риска от наркопотребления и с лечением наркозависимости. Также непросто определить, что значит в такой ситуации «регулярно». Мы принимаем за регулярность контактов с ПИШ «минимум один раз в месяц в течение года» (для других методов работы с наркопотребителями разрабатываются другие показатели регулярности).

В настоящем руководстве охват определяется как *«процент потребителей инъекционных наркотиков из оценочного общего числа потребителей инъекционных наркотиков в границах определенной географической территории, которые находятся в регулярном (минимум раз в месяц) контакте с ПИШ».*

Одним из ключевых шагов в направлении расширения деятельности ПИШ является определение того, увеличивается или сокращается из года в год охват ею своей аудитории. Для того чтобы подсчитать охват программы по вышеприведенному определению, необходимо сделать две вещи. Первое – оценить численность населения (это описано в руководстве по проведению ЭОР среди потребителей инъекционных наркотиков, «RAR-IDU Guide»); такую оценку нужно проводить, как минимум, раз в два года. Результаты оценки, которая проводилась перед запуском ПИШ, вполне могут быть неточными,

поскольку часто эти вычисления делаются на основе неадекватных исходных данных. С началом работы ПИШ и по мере ее расширения сотрудники больше узнают о социальных связях в местном обществе и о том, сколько в конкретной местности потребителей инъекционных наркотиков. Эта информация наряду с техникой «снежного кома» (когда каждого употребляющего наркотики просят представить сотрудников ПИШ всему своему окружению из числа приобретающих наркотики и потребляющих их путем инъекций) позволяет произвести существенную корректировку оценочных данных в ту

или другую сторону. Некоторые ПИИШ прельщаются возможностью приуменьшить количество наркопотребителей на своей территории – тогда цифры охвата (во всех его смыслах) будут выглядеть лучше реального положения вещей. Или же, пытаясь получить больше финансирования, чем им нужно на самом деле, ПИИШ завышают это количество.

Для обеспечения предоставления в рамках ПИИШ услуг, уровень и объем которых позволяет предотвратить или поставить под контроль повальное заражение ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков, важна точность оценки количества клиентов программы и необходимы регулярные проверки этого показателя, поскольку неточности ведут к ошибкам в расчетах необходимых ресурсов, результатом чего – несмотря на внедрение полномасштабной ПИИШ – может стать эпидемия ВИЧ.

Также необходимы периодические отчеты об осуществлении процесса контроля в соответствии с изложенными в разделе II методами. Используя отдельный идентификационный код для каждого клиента программы, можно получить точные данные о количестве пользующихся ее услугами потребителей инъекционных наркотиков. При этом не учитывается так называемый «вторичный обмен» инъекционного инструментария при контактах клиентов с другими людьми. Но результативность работы ПИИШ в том, что касается помощи наркопотребителям в их движении к более безопасному стилю жизни, все же зависит от сочетания результатов просветительской работы сотрудников программы и волонтеров, усилий по распространению стерильного инъекционного инструментария и наличия возможности воспользоваться соответствующими социальными и медицинскими услугами. Едва ли представители круга «вторичного обмена» пользуются всеми услугами программы, поэтому при определении охвата ПИИШ целесооб-

разно исходить из количества людей, реально посещающих мероприятия ПИИШ и контактирующих с ее сотрудниками.

Таким образом, разделив предполагаемое количество потребителей инъекционных наркотиков на количество наркопотребителей, пользующихся услугами программы хотя бы раз в месяц (последнее значение можно вычислить, определив, сколько клиентов за прошедший год посещали мероприятия ПИИШ, как минимум, 12 раз), можно получить процент охвата программой потребителей инъекционных наркотиков данной местности. За неимением и теоретических, и проверенных практикой целевых показателей, представляется, что более чем 60-процентная широта охвата местных наркопотребителей на регулярной основе (в соответствии с данным выше определением) будет иметь ощутимое влияние и поможет предотвратить широкое распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков или взять под контроль уже разразившуюся эпидемию. Также следует отметить, что ПИИШ – это лишь часть комплекса мер, направленных на борьбу с ВИЧ, СПИДом и потреблением наркотиков на любой территории. Более широкий охват аудитории необходим там, где присутствуют следующие факторы:

- уровень инфицированности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков уже высок;
- нельзя приобрести иглы и шприцы где-то еще (например, в аптеках);
- недостаточно возможностей для лечения наркозависимости. Особо это относится к отсутствию или ограниченности возможностей пройти опиоидную заместительную терапию;

- малоэффективных профилактических программ, программ направленных на профилактику и лечение ИППП и других проблем со здоровьем потребителей инъекционных наркотиков.

Также при помощи методов контроля можно содействовать расширению масштабов работы ПИШ, если тщательно оценивать качество услуг программы и реагирование на изменения потребностей целевой аудитории. О контроле качества в этом разделе уже говорилось, но на сегодняшний день было принято еще недостаточно попыток выразить эти качественные показатели количественно. Подробнее о целевых показателях в отношении качества услуг и охвата аудитории см. в источниках [41].

Е. Контроль и оценка для адвокации и планирования

Опыт многих стран показывает, что ПИШ обязательно должны искать поддержки влиятельных политиков и общественных лидеров с тем, чтобы власти обратили внимание на проблемы профилактики и контроля распространения ВИЧ среди таких уязвимых групп населения как наркопотребители, секс-работницы, а также представители национальных меньшинств. Также на основании международного опыта можно сделать вывод о том, что после получения гарантий такой поддержки ПИШ должны помогать правительству в тщательном планировании программ местного и общегосударственного уровня, чтобы обеспечить предоставление услуг в нужном объеме.

Когда первоначальные оценочные данные для запланированной ПИШ получены, адвокативная работа проведена и экспериментальный проект

запущен, в большинстве случаев необходимо перейти в новую фазу – достичь более высокого уровня охвата программами профилактики ВИЧ. В основе этого процесса лежит непрерывный сбор данных, сопровождающийся контролем и оценкой результатов программ в дополнение к регулярному анализу (или ЭОР), а также усиленная пропаганда и просветительская работа в обществе, целью чего является создание предпосылок для расширения работы программы. Способствовать достижению большего охвата может комплексное планирование и учет данных обратной связи. По этим данным ежегодно определяется охват ключевых программ (таких, как ПИШ), а также анализируются бреши в предоставляемых целевой аудитории услугах – как пробелы в территориальном охвате, так и недостатки качества или малый объем услуг. На основании этих результатов за год составляется (годовой) план расширения охвата программы во всех направлениях ее деятельности. Такое планирование должно быть результатом совместной деятельности всех, кто участвует в решении проблем ВИЧ и наркотиков, включая государственные и негосударственные учреждения.

Г. Контрольный перечень факторов, которые способствуют расширению деятельности программ снижения вреда

В первом разделе настоящего руководства изложены основные характеристики эффективных ПИШ, среди которых – тщательная первоначальная оценка,

вовлечение общественности, доступные комплексные услуги и широкий охват. Еще больший акцент на многих из них сделан в отчете ЮНЭЙДС о передовых методах расширения охвата программ, нацеленных на снижение вреда от потребления наркотиков [42] (также в этом документе указывается и ряд других факторов, влияющих на увеличение охвата).

- **Создавайте специальные программы для удовлетворения местных потребностей.** Разработчикам программ и тем, кто будет их внедрять, следует изучить эффективные методы снижения вреда и разработать соответствующие услуги для местных потребителей инъекционных наркотиков, а не внедрять модели, разработанные для других городов или стран.
- **Заручитесь поддержкой общества.** Поддержка широкой общественности, правительственных, религиозных кругов и представителей средств массовой информации очень важна. Адвокативная деятельность может помочь ее получить.
- **Предотвращайте блокирование работы программы правоохранными органами.** Поскольку в большинстве стран употребление наркотиков преследуется по закону, правоохранные органы вполне могут ограничить охват, не позволяя их сотрудникам контактировать с наркопотребителями, торговцами наркотиками и владельцами наркопритонов. Но, хотя правоохранные органы могут не поддерживать все аспекты деятельности по снижению вреда от потребления наркотиков, часто можно заручиться гарантиями невмешательства в повседневную работу сотрудников таких программ.
- **Ищите стабильные универсальные источники финансирования.** Многие ПИИШ начинали свою деятельность на деньги иностранных благотворительных организаций. Внешние источники средств должны быть универсальными, такие организации обязаны демонстрировать гибкость подхода не только к определению объемов необходимых для каждой отдельной программы средств, но и к определению периодичности выделения этих средств, а также в отношении составляющих программ и методов работы в каждой конкретной ситуации.
- **Тиражируйте свой опыт.** Удачные программы можно расширить, а затем запустить такие же в других регионах страны. Так можно быстро достичь широкого охвата потребителей инъекционных наркотиков как на региональном, так и на общегосударственном уровне.
- **Помните о важности управления.** Техническая помощь, постоянное обучение менеджеров и сотрудников наряду с эффективным управлением, способностью устранять проблемы и регулярными собраниями коллектива имеют первостепенное значение.
- **Учитесь на собственном опыте.** Методом проб и ошибок вырабатывается особое сочетание элементов программы, состава сотрудников и других характеристик, благодаря которым достигается широкий охват целевой аудитории.
- **Сфокусируйтесь на наиболее уязвимых наркопотребителях.** Специальные программы могут потребоваться для женщин из целевой аудитории (особенно для секс-работниц); для уличной молодежи (в том числе для тех, кто еще не употребляют наркотики путем инъекций); для заключенных; для наркопотребителей с этнической периферии (например, вьетнамцы в Австралии, цыгане в Восточной Европе, выходцы из Северной Африки – во Франции).

V. ПРОГРАММЫ ИГЛ И ШПРИЦЕВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Проведение программ игл и шприцев во многих учреждениях мест лишения свободы (МЛС) все еще остается спорным вопросом [43]. Противники ПИШ приводят следующие принципиальные возражения:

- проведение подобных программ в МЛС ведет к росту жестокости и использованию шприцев в качестве оружия, направленного против других заключенных и сотрудников МЛС;
- проведение подобных программ ведет к большому потреблению наркотиков и (или) к росту количества потребителей инъекционных наркотиков;
- ПИШ подрывает программы и информационные послы, смыслом которых является воздержание от употребления наркотиков.

Недавно ВОЗ заказала проведение обстоятельного анализа данных об эффективности мер в ответ на распространение ВИЧ в учреждениях МЛС. В результате выяснилось, что возражения против проведения таких программ безосновательны [44]. В ряде европейских пенитенциарных учреждений ПИШ проводятся уже почти 15 лет. На сегодняшний день программы успешно осуществляются в 11 странах, в том числе в Германии, Белоруссии, Кыргызстане, Молдове, Иране, Испании и Швейцарии. В работе был сделан вывод о том, что программы игл и шприцев (ПИШ) вполне возможно осуществлять в самых разных пенитенциарных учреждениях: как крупных, так и меньших размеров; как мужских, так и женских; с режимами любой строгости. Находящиеся в заключении потребители инъекционных наркотиков охотно пользуются тем, что в рамках ПИШ раздаются чистые иглы и шприцы, и со време-

нем это приводит к значительному сокращению количества случаев использования чужих шприцев. Эта мера оказалась эффективной и с точки зрения сокращения уровня инфицирования ВИЧ. В то же время, нет никаких доказательств того, что у проводимых в местах лишения свободы ПИШ бывают непредвиденные серьезные негативные последствия. В частности, нет данных, что они ведут к повышенному потреблению наркотиков (в т.ч., путем инъекций) или что инъекционный инструментарий используется в качестве оружия. Анализ работы ПИШ свидетельствует о том, что проведение в МЛС таких программ фактически облегчает процесс направления наркопотребителей на прохождение курса лечения от наркозависимости. В конечном итоге, поскольку большая часть заключенных рано или поздно покидает пенитенциарное учреждение и возвращается в общество, проведение в местах лишения свободы ПИШ пойдет на пользу не только самим заключенным и сотрудникам пенитенциарной системы, но также и обществу в целом. В связи с этим рекомендуется перечисленное ниже.

- В тех странах, где наблюдается очень высокая степень распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, находящихся в заключении (или есть угроза такой эпидемии), руководству пенитенциарной системы следует запустить ПИШ незамедлительно и, как можно скорее, полностью развернуть ее деятельность. Чем выше в МЛС уровень распространения наркопотребления, тем актуальнее становится вопрос запуска там ПИШ.
- Заключенные должны иметь возможность беспрепятственно пользоваться услугами ПИШ, не опасаясь огласки. Также заключенные и сотруд-

ники пенитенциарной системы должны получать информацию и просветительские материалы о ПИШ, их нужно привлекать к разработке и осуществлению таких программ.

- Для получения разрешения на запуск ПИШ в МЛС можно начать с тщательно выверенной экспериментальной программы, но при этом надо постараться в ближайшее же время развернуть полномасштабную ПИШ – особенно там, где есть данные об интенсивном употреблении заключенными инъекционных наркотиков.

Предоставление стерильных игл не означает, что тем самым происходит потворствование употреблению в МЛС запрещенных наркотиков. Их хранение по-прежнему незаконно, но хранение игл и шприцев, распространяемых в рамках официальной тюремной ПИШ, разрешено. Похожая ситуация складывается в большинстве стран и вне стен пенитенциарных учреждений.

В разных странах (и в разных их пенитенциарных учреждениях) приняты разные методы распространения или обмена игл и шприцев. Распространять принадлежности могут медсестры или врачи медицинских подразделений (санчасти или др.) в местах лишения свободы; заключенные, прошедшие обучение для работы в качестве аутрич работников по программе «равный – равному»; сотрудники неправительственных организаций (НПО) или другие специально для этого приходящие медработники; а также могут использоваться раздаточные автоматы, в которых можно обменять использованный шприц на новый. Каждый из этих методов имеет свои характерные черты, делающие его более предпочтительным в той или иной ситуации.

Распространение из рук в руки (осуществляют медработники пенитенциарного учреждения – медсестра и (или) врач). Метод предполагает личные контакты с заключенными и предоставление консультаций. С его помощью можно охватить новых наркопотребителей (о зависимости которых ранее известно не было). Кроме того, этот метод позволяет тюрьмам контролировать доступ к шприцам. Можно ввести и отдельные правила проведения обмена – например, проводить обмен исключительно «один к одному» или позволить обменивать один использованный шприц на большее количество новых. Однако у такого подхода есть и недостатки – меньшая степень анонимности и конфиденциальности, что может сократить количество участвующих (хотя заключенные могут очень хорошо воспринять такие меры при сохранении конфиденциальности). Метод также предусматривает ограниченный доступ к шприцам, ведь их можно получить только когда функционирует медицинский отдел (особенно это касается строгих правил обмена «один к одному»). Этот метод позволяет осуществлять обмен шприцев за другого человека – заключенные могут получить принадлежности от имени тех, кто из-за недоверия к сотрудникам МЛС не желает участвовать в этом лично.

Распространение из рук в руки (осуществляют равные аутрич работники из числа осужденных). Метод очень хорошо воспринимается заключенными, обеспечивает высокую степень анонимности и доверия и легкий доступ к инъекционному инструментарию, поскольку распространяющие его люди живут тут же в тюрьме, и к ним можно обратиться в любое время. Но при этом сотрудники пенитенциарных учреждений не контролируют распространение шприцев напрямую, что может вызвать беспокойство охранников о своей безопасности. Этот метод также не может обеспечить соблюдение правил обмена «один к одному».

ПИШ успешно функционируют во всех типах пенитенциарных учреждений

Критики ПИШ также заявляют, что подобные программы успешно работают только в нестандартных закрытых учреждениях (например, в небольших тюрьмах общего режима), и поэтому их нельзя внедрять во всей системе. Но факты свидетельствуют не в пользу таких утверждений. Действительно, экспериментальные проекты в Швейцарии запускались в небольших тюрьмах – в тюрьме «Обершёнгрюн» («Oberschöngrün») содержалось 75 заключенных, а в тюрьме муниципалитета Хиндельбанк (Hindelbank) – 110; но в последующем ПИШ успешно функционировали в самых разных учреждениях, как гражданских, так и военного образца. Например, в Германии ПИШ запускали и в женской тюрьме «Ганноверсанд» («Hannöversand»), где было всего лишь 50 заключенных, и в мужской тюрьме «Хасенберг» («Am Hasenberg») в Гамбурге, где содержалось 500 человек. В Молдове программы обмена шприцев работают в мужских колониях усиленного и строгого режима с 1000 и более заключенных, успешно функционирует ПИШ в мадридской тюрьме «Сото дель Реаль» («Soto del Real»), где отбывают наказание около 1600 человек. Подобные программы также эффективно работали в тюрьмах с очень разными условиями содержания, например, в западноевропейских с камерами по 1-2 заключенных и в молдавских, где в одной камере содержалось по 70 и более человек. Есть доказательства тому, что пенитенциарные ПИШ могут давать результаты и в странах с низким и средним уровнем доходов, где на проведение программ выделяется относительно мало средств и есть проблемы с инфраструктурой (примерами могут служить Молдова, Кыргызстан и Белоруссия), а также и в странах с высоким уровнем жизни и более обеспеченными ресурсами для таких программ (например, Швейцария, Германия, Испания).

Распространение из рук в руки (осуществляют представители НПО или сотрудники медучреждений). В отличие от предыдущего метода предусматривает личные контакты с заключенными и консультирование. Облегчает контакты с наркопотребителями, о которых до того не было известно, что они таковыми являются. Позволяет руководству пенитенциарных учреждений ввести внутренние правила обмена шприцев («один к одному» или «один на один плюс еще некоторое количество»). Подход также обеспечивает более высокую степень анонимности и конфиденциальности, поскольку не предполагает взаимодействия с сотрудниками пенитенциарного учреждения. Но эти черты могут потерять смысл, если в учреждении действуют правила, в соответствии с которыми представители внешних организаций должны предоставлять администрации учреждения информацию об участниках программы. Другой недостаток – ограниченность доступа к иглам и шприцам (доступны только в установленные периоды времени в течение дня или в течение недели). Сотрудники пенитенциарного

учреждения также могут с недоверием отнестись к тому, что посторонние организации занимаются оказанием подобных услуг на территории учреждения, и этим организациям, возможно, придется столкнуться с большими преградами в плане преодоления тюремной бюрократии, чем это было бы в случае предоставления тех же услуг медработниками – сотрудниками пенитенциарного учреждения. К тому же, текучесть персонала неправительственных организаций может привести к образованию перерывов в оказании услуг и подорвать доверие заключенных и сотрудников пенитенциарного учреждения.

Автоматы по раздаче инструментария. Такие устройства могут быть в значительной степени доступными. Автоматы можно разместить в различных местах пенитенциарного учреждения для использования в то время, когда медицинские услуги не оказываются. Обеспечивается высокая степень анонимности и такие автоматы хорошо воспринимаются заключенными. Но, как правило,

машины обменивают шприцы исключительно «один к одному», автоматы могут быть преднамеренно разрушены или выйти из строя из-за технических неисправностей, что подрывает уверенность заключенных в ПИШ. Более того, в ряде тюрем нет мест, куда заключенные могли бы свободно проследовать, и такие учреждения не подходят для применения там раздаточных автоматов. И, наконец, поскольку такие автоматы конструируют и производят на заказ с учетом конкретных задач, они могут оказаться слишком дорогими для их массового применения в тюрьмах.

Какие бы методы ни были выбраны, необходимо обеспечить надлежащий уровень доступа заключенных к распространяемым в рамках пенитенциарных ПИШ

иглам и шприцам. Это достигается, например, путем размещения на территории одного пенитенциарного учреждения нескольких раздаточных автоматов, как это было сделано при осуществлении экспериментального проекта в швейцарском Хиндельбанке. Если же избран один из методов распространения из рук в руки, как, например, в экспериментальном исследовании в испанском Бильбао, сотрудники стараются найти места, которые были бы в одно и то же время уединенными и легкодоступными для посещения их заключенными. В Молдове выбор сделанный в пользу модели «равный-равному» позволил доступ к программе в любое время суток, поскольку равные аутрич работники жили в тех же отрядах, где они и распространяли иглы.

До какой степени важны доступность принадлежностей, соблюдение конфиденциальности и доверие к программе показывает опыт Молдовы, где лишь малая часть заключенных могла воспользоваться услугами ПИШ, когда та функционировала на территории санчасти пенитенциарного учреждения. Количество распространяемого инъекционного инструментария значительно возросло только когда этим стали заниматься заключенные, прошедшие специальное обучение. Это дает возможность предположить, что во многих пенитенциарных учреждениях распространение шприцев через штатных медсестер или врачей либо даже силами неправительственных организаций или сотрудников внешних медучреждений, которые специально для этого приходили бы в учреждение, будет не лучшим вариантом, потому что многие заключенные не примут такую программу. В подобных случаях значительно более эффективным оказался метод распространения программы «равный-равному» и при этом не наблюдалось никаких непредвиденных негативных последствий.

Как правило, эффективные пенитенциарные ПИШ имеют существенную поддержку со стороны администрации пенитенциарного учреждения и его сотрудников, ратуют за соблюдение конфиденциальности, поддержание доверия, и в своей работе используют данные и выводы экспериментальных проектов. Такие ПИШ обычно являются частью более широкой программы снижения вреда от наркотиков. Если доступ заключенных к услугам программы ограничен, если им не предоставляют нужные виды шприцев или они не доверяют программе, пользы для

сотрудников пенитенциарного учреждения тоже будет меньше, потому что некоторые заключенные будут по-прежнему прятать иглы и шприцы, увеличивая тем самым риск получения сотрудниками травмы от укола иглой.

Наем и обучение людей для работы в пенитенциарных ПИШ представляет собой непростую задачу. В зависимости от выбранного способа распространения инъекционного инструментария, искать исполнителей нужно среди работающих в пенитенциар-

ном учреждении медсестер и врачей, среди самих заключенных, сотрудников неправительственных организаций или медработников общественных учреждений здравоохранения.

Обучающие программы будут тоже разными, в зависимости от способа распространения принадлежностей, и могут проводиться с использованием разнообразных материалов, в которых рассматриваются многие из стоящих перед пенитенциарными ПИИШ задач. В качестве примера – см. материалы, разработанные Институтом Тримбос (Trimbos Institute, Нидерланды) [45].

Для обеспечения поддержки программ со стороны администрации МЛС и службы охраны МЛС руководителям ПИИШ необходимо адвокатировать их на встречах любого уровня (от обращения в Министерство юстиции или в Министерство внутренних дел до встреч с сотрудниками службы охраны) и подкреплять эти усилия проведением просветительных семинаров и совещаний. В случаях многих эффективных пенитенциарных ПИИШ сотрудники пенитенциарного учреждения со временем начали поддерживать

программу. Первоначальное неприятие ПИИШ может быть преодолено лишь тщательной работой заинтересованных лидеров и сочувствующих движению.

Обеспечить абсолютную секретность информации об отдельных заключенных может оказаться невозможным, однако пенитенциарные ПИИШ должны делать все возможное для неразглашения данных о том, кто из заключенных употребляет наркотики и получает стерильные иглы. Для проведения всех программ, которые впоследствии доказали свою успешность, были выбраны те методы распространения инъекционного инструментария, которые вызывали доверие заключенных, в силу чего участие в них целевой аудитории было максимальным. В некоторых учреждениях лучшим вариантом распространения игл без особой огласки стали раздаточные автоматы, расположенные в местах проживания заключенных, в других же (где принят метод распространения из рук в руки) залогом успеха программы стало использование относительно уединенных мест для обмена инъекционного инструментария.

Оценка работы пенитенциарных ПИИШ – залог распространения их опыта в других странах

Удачные экспериментальные запуски ПИИШ способствуют более широкому внедрению их в МЛС. В некоторых странах проводился один экспериментальный запуск, в других же (в Германии, к примеру) параллельно запустили два проекта. Результаты этих первых программ затем использовались для разработки дальнейших планов. В Швейцарии, Германии и Испании для осуществления таких пробных запусков были выбраны относительно небольшие тюремные учреждения открытого или полужакрытого типа с режимом не строже общего. После тестирования ПИИШ и положительной оценки их эффективности в данной среде программы запустили в более крупных закрытых учреждениях усиленного режима. Проведение тщательной научно обоснованной оценки экспериментальных пенитенциарных ПИИШ (и расширенных вариантов программ) необходимо не только потому, что это в интересах государства, но также и потому, что в результате этого появляются данные, на основании которых другие страны тоже могут внедрить в своих пенитенциарных учреждениях подобные программы. Контроль работы программы и оценка результатов – важные составляющие любой ПИИШ. Проведение на базе пенитенциарных учреждений экспериментальных программ может быть важным, поскольку это помогает получить разрешение на проведение ПИИШ в МЛС и преодолеть возражения против этого. Но следует без задержек переходить к полномасштабным ПИИШ – особенно там, где есть данные об интенсивном употреблении заключенными инъекционных наркотиков.

Пенитенциарные ПИШ и другие меры, направленные на снижение вреда от наркотиков, подкрепляют работу друг друга, поэтому их можно проводить одновременно. Среди других мер – распространение информации о ВИЧ и гепатите С, тестирование на наличие этих инфекций и консультации. У заключенных также должна быть возможность пройти опиоидную заместительную терапию или другое лечение от наркозависимости, возможность получить презервативы, хлорную известь и другие дезинфицирующие средства, антисептические салфетки и станки для бритья. В пенитенци-

арных учреждениях многих стран также успешно проводится лечение заключенных от наркозависимости, направленное на полный отказ от наркотиков.

Для заполнения оставшихся пробелов и получения недостающих данных о проведении ПИШ в МЛС необходимо провести ряд дополнительных исследований. Например, дальнейшее изучение ситуации в бедных ресурсами странах за пределами Западной Европы могло бы способствовать скорейшему распространению там опыта ПИШ.

VI. ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – САЙТЫ, ПУБЛИКАЦИИ, ОРГАНИЗАЦИИ

А. Сайт и издания ВОЗ

Многие из перечисленных ниже публикаций размещены на сайте ВОЗ, посвященном проблеме ВИЧ и СПИДа (<http://www.who.int/HIV/idu/en/index.html>). Остальные можно найти поиском по сайту ВОЗ.

Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования. Женева, ВОЗ, 2004 (Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков).

Краткая информация для выработки политики: сокращение масштабов распространения ВИЧ-инфекции путем реализации программ помощи нуждающимся в первичной для них обстановке (аутрич). Женева, ВОЗ, 2004 (Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков).

Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции. Женева, ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, 2007. (Аргументы в пользу действий. Серия аналитических обзоров).

Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования в тюрьмах. Женева, ВОЗ, 2004 (Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков).

Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users. Geneva/Vienna, UNAIDS/ UNODC/WHO, 2004.

Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2005 (Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use technical papers policy briefings).

Evidence for Action: A critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. International Journal of Drug Policy: 16S 2005, including Wodak A and Cooney A, Effectiveness of sterile needle and syringe programmes (S31-S44).

Guidance on Target Setting for Universal access to HIV prevention, treatment and care for IDUs. (<http://www.who.int/HIV/idu/en/index.html>) Geneva, WHO, UNODC, UNAIDS, 2007.

Guidelines for the management of sexually transmitted infections, Geneva, WHO, 2003. Guidelines for the management of sexually transmitted infections in female sex workers. Manila, WHO (Regional Office for the Western Pacific), 2002.

Ottawa Charter on Health Promotion. Geneva, WHO, 1986.

Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva, WHO, 2005.

Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission. Geneva, WHO, 2004 (Evidence for action policy brief).

Rapid Assessment and Respond Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR). Geneva, WHO/UNAIDS, 1998 (также на португальском, испанском и русском языках).

Rapid HIV Tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource constrained settings. Geneva, WHO, 2004.

Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen, WHO (Regional Office for Europe), 2005.

Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2004.

В. Другие сайты и публикации

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Декларация приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_ru.pdf) (на английском, французском, русском и испанском языках).

ANEX Bulletin, Volume 3, Edition 2. Fitzroy North, Australia (www.anex.org.au). (Содержит ряд статей об опыте использования в Австралии автоматов для распространения шприцев.)

Ball A and Crofts N. HIV risk reduction in injecting drug users. In: Lamptey PR and Gayle H, eds. HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings. Arlington, Virginia, Family Health International, 2002 (www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/HIVAIDSPrevention-Care.htm).

Ball A. Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In GV Stimson, DC Des Jarlais and A Ball, eds. Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses, London, UCL Press, 1998.

Ball A. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. Int J of Addiction 2007, 102: 684-699.

- Burrows D and Alexander G. Walking on two legs: a developmental and emergency response to HIV/ AIDS among young drug users in the CEE/CIS/ Baltics and Central Asia Region: A review paper. Geneva, UNICEF, 2000 (www.unicef.org/evaldata-base/index_14412.html).
- Сайт Canadian HIV/AIDS Legal Network, Toronto, 2006 (<http://www.AIDSlaw.ca/EN/publications/index.htm>). (Широкий спектр публикаций на французском и английском языках по проблеме ВИЧ, СПИДа, потребления инъекционных наркотиков, стигмы и дискриминации наркопотребителей; по уголовному праву, а также публикаций о тюрьмах, о секс-работе; о геях и лесбиянках; публикаций, связанных с профессиональными рисками и заболеваниями медработников.).
- Costigan G, Crofts N and Reid G. Manual for reducing drug-related harm in Asia. Melbourne/ Chiang Mai, The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction Network, 1999 (на английском, вьетнамском, тайском языках и на мандаринском наречии китайского) (www.chr.asn.au/resources/libraryservices/docdownload).
- Guide to Safer Injecting (Updated). Liverpool, HIT, 2006 (<http://www.hit.org.uk/publications>). Можно заказать по адресу: HIT, 3 Paramount Business Park, Wilson Road, L36 6AW Liverpool, England (адрес электронной почты: custom-erservice@hit.org.uk).
- High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries: Case Studies. Geneva, UNAIDS, 2006 (UNAIDS Best Practice Collection).
- Jurgens R. Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005 (<http://www.AIDSlaw.ca/EN/index.htm>).
- Pathways to Recovery: Providing outreach services to active and ex-drug users. Sydney/Bangkok, AIDS Projects Management Group/ Population Services International Training Course, 2005 (www.AIDSprojects.com).
- Political Declaration on HIV/AIDS. New York, United Nations General Assembly, June 2006. (См. раздел 22 Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН, принятой 2 июня 2006 г., после принятой в 2001 г. Декларации UNGASS).
- Preventing the transmission of HIV among drug abusers: A position paper of the United Nations System. Annex to the Report of 8th Session of Administrative Committee on Co-ordination Subcommittee on Drug Control. Geneva, UNAIDS, 28-29 September 2000.
- Return on investment in needle and syringe programmes in Australia. Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing. 2002 (www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-metadata-roireport.htm).
- ACC Guidance Note for United Nations System Activities to Counter the World Drug Problem. United Nations Administrative Committee on Co-ordination, 2001.
- UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, UNAIDS (пять документов по проблеме инъекционной наркозависимости, в которых на примере азиатского региона, Китая, Непала и стран южной части Латинской Америки рассматривается вопрос экономической эффективности мер ООН) (<http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx>).
- UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, UNAIDS (шесть исследований по проблеме ВИЧ инъекционной наркозависимости в Китае, Бангладеш, Непале, Белоруссии и странах Латинской Америки) (<http://www.unaids.org/bestpractice/digest/table.html#inj>).
- Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned: Case Studies Booklet: Central and Eastern Europe and the Central Asian States. Geneva and Vienna, UNAIDS/UNODC, 2001 (<http://www.unaids.org/publications/documents/specifc/injecting/JC673-DrugAbuse-E.pdf>).
- World Drug Report 2006. Vienna, UNODC, 2006 (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2006.html>).
- UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs (<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/>).

С. Информация об организациях

«International Harm Reduction Association», всемирная сеть, имеющая связи с региональными организациями, которые занимаются проблемой снижения вреда от наркотиков, а также с Международной конференцией по сокращению вреда, связанного с потреблением наркотиков (International Conference on the Reduction of Drug Related Harm) (<http://www.ihra.net/>).

«Asian Harm Reduction Network» (<http://www.ahrn.net/>).

«Canadian Harm Reduction Network» (<http://www.canadianharmreduction.com/>).

«Eurasian Harm Reduction Network» (на английском и русском языках) (<http://www.harm-reduction.org/ru/>).

«Harm Reduction Coalition» (США) (<http://www.harmreduction.org/>).

«Latin American Harm Reduction Network» (на испанском и португальском языках) (<http://www.relard.net/>).

«Oceania Harm Reduction Coalition» (Австралия, страны Океании и Тихоокеанского региона) (<http://www.chr.asn.au/>).

«Menahra» («Middle East and North Africa Harm Reduction network») (<http://www.menahra.net/>).

«International Network of People who Use Drugs» («INPUD») (<http://www.inpud.org/>).

«Global Network of People Living with HIV/AIDS», ресурсы по теме привлечения носителей ВИЧ к пропагандистской деятельности и участию в программах (<http://www.gnpplus.net/>).

VII. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А. ПРИМЕР ПЛАНА ПРОГРАММЫ

Пример плана проведения стационарной ПИШ на первые три месяца (с командой социальных работников).
План начинает проводиться в жизнь после проведения экспертной оценки ситуации.

Задача	Конечный срок (месяц)	Необходимые ресурсы	Ответственное лицо
Получение всех необходимых полномочий и разрешений	1	Покрытие дорожных расходов; организационные затраты (полномочия на подписание договора аренды и т.д.)	Директор
Определение состава консультативной группы (КГ)	1	Средства на питание, на поощрения, на организацию подходящего места для заседаний	Директор
Аренда помещений	1	Средства на оплату аренды; организационные затраты (полномочия на подписание договора аренды и т.д.); поощрения членам КГ	Директор, члены КГ
Определение необходимых складских запасов и состава сотрудников	1	Нет	Директор
Наем ключевых сотрудников	2	Средства на рекламу; платежи, поощрения членам КГ	Директор, члены КГ
Разработка системы первичного контроля, заказ товара на склад	2	Средства на приобретение товаров; на оплату складских помещений	Директор, члены КГ, ключевые сотрудники
Вводный тренинг для ключевых сотрудников	2	Оплата труда; платежи, поощрения членам КГ	Директор, члены КГ
Проведение первой адвокативной кампании	2	Оплата труда сотрудников; дорожные расходы	Директор, ключевые сотрудники
Определение начальных правил работы программы	3	Оплата труда сотрудников; платежи, поощрения членам КГ	Директор, члены КГ, ключевые сотрудники
Определение направлений социальной работы	3	Оплата труда сотрудников; платежи, поощрения членам КГ	Ключевые сотрудники, члены КГ
Наем всех сотрудников согласно штатному расписанию, а также волонтеров	3	Средства на рекламу; оплата труда сотрудников; платежи, поощрения членам КГ	Ключевые сотрудники, члены КГ

ПРИЛОЖЕНИЕ В. УПРАВЛЕНИЕ СКЛАДСКИМИ ЗАПАСАМИ (БЛАНКИ)

ПИШ «ХОКСБЕРИ» («HAWKESBURY») ЗАКАЗ НА СКЛАД

Дата

Наименование	Количество	В наличии (скорректировать, где это необходимо)	ЗАКАЗ
Шкаф (в задней части приемной)			
Предметы для пополнения стойки приемной			
Шприцы в контейнерах «Fitrack»			
Упаковки по 5 шт.	100	100	
Упаковки по 25 шт.	25	25	
Шприц с иглой, 1 мл, уп. по 100 шт.			
	4	4	
Иглы			
19 г х упаковка/100	3	3	
21 г х упаковка/100	2	2	
23 г х упаковка/100	3	3	
25 г 3/4 х упаковка/100	5	5	
25 г 1 х упаковка/100	1	1	
26 г 1/2 х упаковка/100	3	3	
27 г 1/2 х упаковка/100	3	3	
30 г х упаковка/100	3	3	
Шприцы			
3 мл х упаковка/100	3	3	
5 мл х упаковка/100	3	3	
Вода в контейнере/50	4	4	
Тампоны в упаковке х /100	10	10	
Презервативы в упаковке х /144	1	1	
Иглонепроницаемые контейнеры (объем 1,4 л)	8	8	
Пластиковые пакеты (приблизительно)	100	200	
Бумажные пакеты (маленькие) (примерно)	100	100	
Запасы, содержащиеся в приемной		ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ОФИСЕ	
Шприцы в контейнерах «Fitrack»			
Упаковки по 5 шт.	?	?	
Упаковки по 25 шт.	?	?	
Иглы			
19 г х упаковка/100	3	3	
21 г х упаковка/100	3	3	
23 г х упаковка/100	3	3	
25 г 3/4 х упаковка/100	3	3	
25 г 1 х упаковка/100	3	3	
26 г 1/2 х упаковка/100	3	3	
Шприцы			
3 мл х упаковка/100	1	1	
5 мл х упаковка/100	1	1	
Вода в контейнере/50	1	1	
Тампоны в упаковке х /100	4	4	
Презервативы в упаковке х /144	1	2	
Шарпс контейнеры (объем 1,4 л)	0	0	
Пластиковые пакеты Ч 50 шт.	?	?	
Бумажные пакеты (маленькие)	?	?	

Чтобы сделать заказ отправьте заполненный бланк по факсу в «South Court Primary Care Centre» (ПИШ).

**«DRUG TREATMENT & HEALTH PROTECTION SERVICES»
(ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ)
ПРОГРАММА ОБМЕНА ИГЛ И ШПРИЦЕВ
РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**



БЛАНК ЗАКАЗА

Ответственное лицо		Дата	
Название организации			
Адрес			
Месторасположение		Почтовый индекс	
Время доставки		Телефон	

**ЗАКАЗЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОТПРАВЛЕНЫ ДО 16:00 ПОНЕДЕЛЬНИКА
(ЕСЛИ НА ПОНЕДЕЛЬНИК ВЫПАДАЕТ ВЫХОДНОЙ ДЕНЬ – ТО ДО 16:00 ПЯТНИЦЫ).
ОТПРАВЬТЕ СВОЙ ЗАКАЗ ПО ФАКСУ В «DRUG TREATMENT & HEALTH PROTECTION SERVICES»**

Иглы и шприцы	Кол-во в ящике	Кол-во		
1,0 мл x 27 г x 13 мм	5 уп. по 100 (500)	10		
1,0 мл x 29 г x 13 мм	5 уп. по 100 (500)			
3,0 мл x 25 г x 5/8"	1 уп. по 100 (100)		18 уп. по 100	(1800)
5,0 мл x 23 г x 1,25"	1 уп. по 100 (100)	1	12 уп. по 100	(1200)
Шприцы (отдельно)	Кол-во в кор.	Кол-во	Кол-во в ящике	Кол-во
3,0 мл	1 уп. по 100 (100)	4	18 уп. по 100	(1800)
5,0 мл	1 уп. по 100 (100)		12 уп. по 100	(1200)
10,0 мл	1 уп. по 100 (100)		12 уп. по 100	(1200)
Иглы (отдельно)	Кол-во в кор.	Кол-во	Кол-во в ящике	Кол-во
27 г x 13 мм	1 уп. по 100 (100)	1	30 уп. по 100	(3000)
25 г x 5/8"	1 уп. по 100 (100)		30 уп. по 100	(3000)
25 г x 1"	1 уп. по 100 (100)		30 уп. по 100	(3000)
23 г x 1,25"	1 уп. по 100 (100)	5	30 уп. по 100	(3000)
21 г x 1,25"	1 уп. по 100 (100)		30 уп. по 100	(3000)
19 г x 1,5"	1 уп. по 100 (100)		30 уп. по 100	(3000)
Фасованные иглы	Кол-во в ящике	Кол-во		
Набор игл по 2 шт.	1 уп. по 150 наб.			
Набор игл по 5 шт.	1 уп. по 150 наб.			
Набор игл по 10 шт.	1 уп. по 100 наб.			

Разное	Кол-во в кор.	Кол-во	Разное	Кол-во в ящике	Кол-во
Презервативы	1 уп. по 144	1	Бумажные пакеты (маленькие)	1 уп. по 500	
Тампоны	50x200 (10 000)	1	Бумажные пакеты (большие)	1 уп. по 100	
Лубриканты	1 уп. по 1 000				

Шарпс контейнеры	Кол-во в ящике	Кол-во
Сосуд, 125 мл	1 уп. по 140	
Сосуд, 250 мл	1 уп. по 190	
Сосуд, 950 мл	1 уп. по 45	
Контейнер, 1,4 л	1 уп. по 36	
Контейнер, 1,8 л	1 уп. по 30	2
Емкость, 20 л	По 1 (1)	
Материалы ПИШ	Кол-во в ящике	Кол-во
Вкладыши «Знаете ли вы?»	1 уп. по 100	
визитные карточки ПИШ	1 уп. по 100	

Шприцы с наконечником Люэра (3,0 мл) – 1 уп. по 100

Март 2006 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ С. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО БЕЗОПАСНОМУ ОБРАЩЕНИЮ С ИНСТРУМЕНТАРИЕМ И ПО ЕГО УТИЛИЗАЦИИ

Утилизация игл и шприцев (остроконечные предметы) и использование контейнеров для остроконечных предметов (иглонепроницаемых контейнеров).

- Остроконечные предметы можно выбрасывать в жесткую тару, способную выдерживать вес биомедицинских отходов, не допуская при этом разрывов, трещин или поломок.
- Если участники программы приносят иглы для обмена, нужно, по возможности, предоставлять им иглонепроницаемые контейнеры.
- Если иглонепроницаемых контейнеров нет в наличии, предлагать клиентам программы выбрасывать использованные принадлежности в жесткие, плотно закрывающиеся пластиковые контейнеры (например, емкости для хлорной извести).
- Нужно предлагать клиентам возвращать в ПИШ все заполненные на две трети иглонепроницаемые контейнеры.
- По возможности, нужно забирать иглонепроницаемые контейнеры из дома клиентов или из тех мест, где они делают инъекции и хранят использованный инструментарий.

Рекомендации клиентам ПИШ по обращению с остроконечными предметами.

- Держите иглонепроницаемые контейнеры вблизи мест использования.
- Немедленно выбрасывайте использованный инструментарий.
- Никогда не помещайте иглу обратно в защитную капсулу (наконечник).
- Если вы обмениваете иглы для других, просите таких людей помещать свои иглы в наконечники или накалывать на острие кусочек пробки.
- Не сгибайте и не ломайте иглы.

Рекомендации сотрудникам ПИШ по обращению с остроконечными предметами.

- Помните, что у клиентов, приносящих иглы для обмена могут быть с собой также спрятанные иглы.
- Не касайтесь принесенных для обмена игл.
- Клиенты должны выбрасывать свои собственные иглы.
- Если нужно знать, сколько игл принесли на обмен, считать следует, не касаясь их.
- Во время проведения вакцинации или тестирования поставьте иглонепроницаемый контейнер вблизи от места, где проводятся инъекции/укол.
- Немедленно избавляйтесь от игл.

При очистке территории от разбросанных игл.

- Надевайте непрокалываемые перчатки.
- Носите с собой иглонепроницаемую емкость, чтобы сразу выбрасывать туда иглы.

После сбора использованного инъекционного инструментария.

- Храните использованный инструментарий централизованно (например, в помещении стационарной ПИШ).
- Обеспечьте безопасное хранение использованного инструментария до того времени, когда их можно будет утилизировать без риска.
- По возможности используйте для утилизации использованного инъекционного инструментария высокотемпературную установку для сжигания мусора. Такие есть во многих больницах.
- При невозможности использовать высокотемпературную установку для сжигания мусора применяйте самый безопасный из доступных в вашей местности методов утилизации – промышленные печи, небольшие специальные печи для сжигания отходов или, в крайнем случае, производите, например, захоронение.

Информация взята из «Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*» [46].

ПРИЛОЖЕНИЕ D. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ (ПРИМЕРЫ)

В должностные обязанности руководителя, скорее всего, будет входить решение перечисленных ниже задач (а также и тех, которые будут стоять перед остальными сотрудниками).

- Оперативное распределение и управление рабочей нагрузкой сотрудников и волонтеров.
- Найм и обучение штатных сотрудников и волонтеров.
- Контроль всех аспектов качества предоставляемых услуг.
- Управление финансированием проекта.
- Продвижение проекта в направлении достижения поставленных целей.
- Комплектование набора соответствующей литературы.
- Личная поддержка сотрудников, помощь в организации общих собраний членов коллектива и мероприятий по отработке взаимодействия в команде.
- Представление ПИШ на других собраниях.

Сотрудники ПИШ могут иметь следующие обязанности.

- Контакттировать с потребителями инъекционных наркотиков, поставлять им стерильный инъекционный инструментарий и сопутствующие изделия, а также контейнеры для безопасной утилизации, презервативы, просветительные брошюры и т.д.
- Принимать у клиентов программы и собирать в других местах использованный инъекционный инструментарий, а также безопасно его утилизировать.
- Предоставлять клиентам информационно-просветительные материалы о более безопасных методах инъекционного употребления наркотиков, о передаче инфекционных заболеваний половым путем и через инъекционное употребление наркотиков, а также информацию по снижению риска инфицирования.
- По просьбе клиента предоставлять направления в другие медицинские, общественные организации и в органы социального обеспечения.

- Помогать в планировании и реализации рекламно-просветительных и общественных мероприятий.
- Оказывать помощь в сборе и сравнительном анализе статистических данных, готовить и оценивать отчеты, осуществлять переписку и выполнять другие административные задачи.
- Формировать, внедрять и анализировать стратегии максимизации результативности программы.
- Посещать собрания, тренинги и другие мероприятия (согласно указаниям).
- Обучать и контролировать сотрудников вспомогательных ПИШ.
- Поддерживать связь с правоохранительными органами, государственными ведомствами и общественными организациями.
- Помогать делать заказы на склад, следить за уровнем запасов и (или) управлять бюджетом ПИШ.

Составляющие деятельности по найму сотрудников ПИШ.

- Разработка критериев выбора для найма подходящих сотрудников.
- Определение потенциальных кандидатов и информирование их об имеющихся вариантах занятости.
- Распределение функций (нужно проводить беспристрастный отбор и распределение в соответствии с прозрачными критериями).
- Подготовка договоров или трудовых соглашений на основе должностных инструкций с тем, чтобы сотрудники ПИШ знали, для чего их наняли, какое вознаграждение они будут получать и т.д.
- Проведение вводного тренинга по выполнению задач ПИШ.

ПРИЛОЖЕНИЕ F.

ЧТО ДЕЛАТЬ В СЛУЧАЕ УКОЛА ИГЛОЙ

Информация взята из «Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*» [47].

Первая помощь

- Надавите на ранку, чтобы пошла кровь.
- Тщательно промойте ранку водой с мылом.
- Если место укола – слизистая (глаза, нос, рот) или если туда попала кровь, промойте обильной струей воды.
- Наложите стерильную водонепроницаемую повязку.

Медицинская помощь и профилактические мероприятия после укола

Безотлагательно (в течение нескольких часов) обратитесь за медицинской помощью (в отделение неотложной помощи, в клинику, врачебный кабинет), чтобы вашу ранку осмотрели. Можно рекомендовать пройти анонимное тестирование на ВИЧ, гепатит В и С, а также терапию иммуноглобулином или противовирусную терапию гепатита В и ВИЧ (в профилактических целях) и др. Во многих больницах приняты определенные правила обращения с пострадавшими от укола, но в зависимости от местности, они могут различаться. Если вы не обратитесь за помощью или обратитесь поздно, это может привести к тому, что меры профилактики заражения не дадут результатов.

Дальнейшее наблюдение и консультирование

Рекомендуется периодическое тестирование на антитела гепатита С, ВИЧ, уровень энзимов печени. Также рекомендуются консультации в связи со стрессом вследствие ранения и вероятности заражения; консультирование по недопущению дальнейшей передачи инфекции, например, через половые контакты, донорство крови или органов.

Документирование травм и наблюдение

Докладывайте руководителю ПИШ обо всех случаях травм от укола иглой и фиксируйте их в журнале травм от остроконечных предметов (указывайте дату травмы, чем нанесена, описывайте характер и обстоятельства ранения). Эту информацию можно использовать для разработки стратегий предотвращения травм от уколов иглой в дальнейшем.

ПРИЛОЖЕНИЕ G.

СТАДИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ.

ПОМОЩЬ, КОТОРУЮ НЕОБХОДИМО ОКАЗЫВАТЬ НА КАЖДОЙ СТАДИИ

На **предварительной** стадии люди не заинтересованы в изменении своего поведения. Некоторые – в силу того, что не сталкивались с негативными последствиями своей зависимости (или подобных последствий мало), другие же продолжают придерживаться привычного образа жизни даже при очевидности связанных с ним проблем.

Причинами тому могут быть:

- равнодушие к этим проблемам;
- убежденность в том, что выбора нет, и ничего не изменишь;
- люди могут делать вид, что все хорошо, даже если знают, что это не так.

В центре приложения просветительских усилий на этой стадии лежит свободное и искреннее общение с клиентом. Если он/она не желает общаться, сотрудник ПИИШ может сделать хотя бы следующее:

- найти важную информацию (какие наркотики употребляются, как, где, когда и с кем);
- оценить степень риска для этого человека с точки зрения передачи ВИЧ и степень его зависимости;
- поработать с ним в направлении профилактики вреда, связанного с наркопотреблением;
- повысить его осведомленность о тех факторах, которые могут заставить его подумать о возможном изменении;
- убедиться в том, что человек знает о готовности сотрудника ПИИШ помочь ему, если в будущем потребитель наркотиков решит что-то для себя изменить.

Оказав помощь клиенту в решении сопутствующих проблем (например, с жильем), вы сможете построить доверительные отношения с ним и заложить основы возможных изменений.

Люди на стадии **предположения возможности перемен** начинают испытывать двойственные чувства, поскольку они все еще привержены своему прежнему образу жизни, но уже знают о его негативных последствиях. Такие чувства могут предста-

влять собой определенный дискомфорт – люди находятся в разладе с самими собой и им может понадобиться некоторое время, чтобы принять решение изменить свою жизнь.

Среди причин, по которым клиенты могут не чувствовать готовности к переменам, бывают такие:

- неверие в возможность перемен;
- непонимание глубины проблем, связанных с их образом жизни, из-за недостатка опыта и знаний о последствиях; кроме того, люди в неблагоприятных обстоятельствах могут стать менее восприимчивыми к проблемам.

Работая с пребывающими на этой стадии людьми, сотрудники ПИИШ должны:

- говорить с людьми и слушать их, чтобы понимать ситуацию;
- построить доверительные отношения и наладить свободное и искреннее общение с ними;
- убедить таких людей в том, что перемены в жизни – это их собственный выбор (людям, прежде чем принять решение, нужно взвесить все «за» и «против»);
- выяснить имеющиеся у них проблемы, связанные с употреблением наркотиков, и предложить возможные пути их решения;
- предложить поддержку в дальнейшем, поскольку на принятие решения людям может понадобиться время;
- помочь поверить в возможность перемен.

Клиенты на следующей стадии (**готовность к переменам**) приняли соответствующее решение, поскольку порожденные их прежним поведением проблемы перевешивают любые положительные моменты. Но люди еще не начали работать в направлении реализации принятого решения и могут продолжать жить своей прежней жизнью. Иногда клиенты приходят к выводу, что они хотят начать жить по-другому, но или не знают, что для этого нужно делать, или не верят в возможность такого поворота.

Работая с людьми на этой стадии, сотрудник ПИШ должен:

- выяснить, что именно такие люди хотят изменить и почему;
- помочь им определить собственные цели в отношении нового стиля жизни;
- обсудить с ними варианты первых шагов на пути к новой жизни;
- определить конкретные шаги;
- подтолкнуть человека к тому, чтобы он рассказал о своих потребностях, и, если это возможно, предложить помощь;
- рассказать о других людях, успешно изменивших свою жизнь;
- сделать акцент на сильных сторонах человека и определить те навыки, которые ему необходимо развить, чтобы достигнуть цели;
- поговорить с клиентом о том, что он может потерять, если изменит свою жизнь.

На стадии **реальных действий** клиент начал новую жизнь. Сотрудник ПИШ может помочь ему следующим образом:

- подчеркивать, что каждое, даже небольшое, действие приближает поставленную цель;
- побуждать человека поощрять себя за достижение какой-либо цели;
- помогать в постановке новых целей по мере появления новой информации;
- подбадривать человека, но при этом понимать, какие испытания еще предстоят;
- помогать ему определять и реализовывать стратегии предотвращения рецидивов.

После того, как люди начали новую жизнь, они или продолжают вести себя по-новому, или возвращаются к прежним привычкам. Чтобы помочь клиен-

там *придерживаться более безопасного стиля поведения*, сотрудники ПИШ должны:

- содействовать им в реализации стратегий предотвращения рецидивов, таких, как определение ситуаций повышенного риска и управление ими;
- помогать сохранять оптимизм;
- помогать постоянно отслеживать общий прогресс и движение к поставленным целям;
- предупреждать о возможности рецидивов, потому что людям может понадобиться уверенность в том, что они могут поговорить с сотрудником ПИШ о любых трудностях или о возврате к прежней жизни.

В перечень мер по предотвращению рецидивов входит избегание или пресечение трудных ситуаций следующими способами:

- затягивание решения о том, чтобы принять наркотики, если это поможет придерживаться более безопасного стиля поведения;
- разговор с кем-то, кто понимает желание человека вернуться к прежней жизни;
- пересмотр и изменение образа мышления; ведение дневника; поощрения за приверженность менее рискованному образу жизни; также нужно не забывать, что выбор есть всегда; если наступит рецидив, сотрудники ПИШ должны помочь человеку поверить, что перемены все еще возможны;
- следует напоминать, что рецидивы случаются редко;
- следует рассказывать реципиентам о том, как другие люди, пережившие рецидив, все же смогли вернуться к новой жизни и достичь своих целей;
- следует помогать им усваивать уроки рецидивов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Н.

МЕТОДЫ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

Как и в случае рекламных слоганов, частое повторение коротких сообщений помогает зафиксировать в мозгу человека нужную идею. В Чикагском реабилитационном центре (США) сотрудников призывают придумывать краткие тематические изречения, и делиться ими с пациентами. Вот некоторые примеры.

- «Один укол – один стерильный шприц».
- «Все свое – иглы, кастрюльки, фильтры, вода».
- «Чем чище, тем лучше».
- «Новый инструментарий + чистые руки = безопасные уколы».
- «Разные места уколов – никаких следов» (следы уколов не так видны, если делать инъекции в разные участки, а не колоть в одну и ту же точку).
- «Жоли по течению» (крови).
- «Не забудь ослабить жгут».
- «Знать свой презерватив безопаснее, чем знать своего партнера».

Такие изречения представляют собой первый шаг на пути достижения взаимопонимания с клиентами услуг и формирования их доверия к распространяемой сотрудниками ПИИШ информации о более безопасных методах инъекций. Крайне редко серьезную информацию можно давать без подготовки – просветительская работа один на один предполагает наличие доверия.

Кампания под названием «Трайбс» («Tribes», «Племена»), ежегодно проводимая рупором наркозависимых – ассоциацией «New South Wales Users and AIDS Association» (Сидней, Австралия), строит доверительные отношения с представителями различных групп наркопотребителей посредством комплексной системы целевого просвещения. Основной просветительской кампанией является теория о том, что наше общество настолько разобщено, что каждого наркопотребителя можно считать представителем некоей группы «племен» сложного состава. Выбирая в качестве целевой аудитории кампании какое-то «племя», можно достигать до тех наркопотребителей, кто не получает просве-

дительские материалы другими путями. Члены одного «племени» употребляют похожие наркотики, у них одни и те же развлечения, они одинаково одеваются и их прически тоже схожи. Также они, как правило, создают собственный жаргон и живут неподалеку друг от друга. Ассоциация предлагает наркопотребителям или тем, у кого налажены хорошие контакты с ними, подавать заявки на получение грантов, которые используются для предоставления конкретным группам наркопотребителей просветительских материалов по проблеме ВИЧ, а также инъекционного инструментария.

Примеры целевых групп и используемых материалов:

- видеоматериалы, карточки и буклеты для гомосексуальных мужчин центральной части Сиднея, посещающих рэйверские гей-вечеринки;
- мотоцикл, разрисованный изображениями и слоганами на тему безопасного секса, выставленный на шоу, среди посетителей которого, вероятно, были и члены бандитских мотоциклетных группировок;
- подборка изображений с применением традиционных материалов и изобразительных методов, нацеленных на борьбу с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией среди членов конкретной группы представителей коренного населения;
- расписывание стен туалетов в заведениях, где выпивает целевая аудитория мероприятий, особенно в тех, где выступают рок-группы, играющие музыку определенных направлений.

ПРИЛОЖЕНИЕ I.

СЛОГАНЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ О МЕНЕЕ БЕЗОПАСНЫХ ИНЪЕКЦИЯХ

Делая инъекции, наркопотребители часто не в состоянии соблюдать все перечисленные ниже правила, т.к. у них может не быть каких-то принадлежностей, им может не хватать времени или знаний, но клиенты ПИШ должны знать, что правильно – делать именно так, как описано далее.

Правильная техника осуществления инъекции

Подготовьте для инъекции новые инъекционные принадлежности: шприц и иглу, смоченный спиртом тампон, фильтр, ложку и жгут. Все эти принадлежности должны быть строго индивидуальны, их нельзя передавать другим.

Вымойте руки (по возможности, с мылом).

Используйте фильтр.

Протрите тампоном место инъекции.

Чтобы не допустить повреждения вен, делайте инъекции в разные участки. Это способствует уменьшению кровоподтеков и позволяет залечить повреждения (места кровоподтеков могут легко инфицироваться). Уколы в разные места также сокращают рубцевание венозных стенок, которое может затруднить инъекции в дальнейшем и привести к более сильным повреждениям тканей.

Не колите в поврежденные участки, особенно в инфицированные.

Введя шприц в вену, чуть нажмите на поршень, а потом оттяните его обратно, чтобы кровь попала в шприц, затем нажмите на поршень до конца. Это не даст сделать укол в артерию вместо вены – артерии находятся глубоко в теле. Артериальная кровь яркого цвета и пенится, тогда как венозная кровь – темная. В арте-

риях кровь находится под большим давлением и в артерию уколоть сложно.

Если вы подозреваете, что повредили артерию, немедленно выньте иглу; наложите жгут на 5–10 минут; поднимите конечность; если кровь не останавливается, немедленно обратитесь за медицинской помощью.

Делайте инъекцию медленно. Это снижает риск передозировки и смерти, а также щадит вены и помогает убедиться, что наркотик поступает именно в вену.

Всегда колите в направлении кровотока, к сердцу.

После инъекции прижмите и подержите на месте укола тампон на 1–2 минуты. Не используйте смоченный спиртом тампон – он может растворить свернувшуюся кровь.

Главное, что нужно знать

Вы сможете защититься от инфекции, если всегда будете пользоваться только собственными принадлежностями и никогда не будете брать чужие, а именно:

- новые стерильные иглы и шприцы;
- воду;
- ложки или емкости, используемые для нагревания порошкообразных наркотических средств и смешивания их с водой;
- фильтры;
- тампоны или спиртовые салфетки;
- жгут.

Делиться (и пользоваться чужими) нельзя не только иглами и шприцами, это касается и фильтров, воды, емкостей для воды и их крышек, емкостей для нагревания, ложек, жгутов и тампонов.

ПРИЛОЖЕНИЕ J.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ДЕЗИНФИЦИРОВАНИЮ ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Промывка игл и шприцев, метод «2 x 2 x 2»

Лица, употребляющие наркотики, должны знать, что если шприц предполагается использовать повторно, его нужно после первого использования немедленно промыть. Перед повторным использованием нужно будет повторить процедуру.

Лучший метод промывания – метод «2 x 2 x 2»:

- Наберите в шприц холодную воду (лучше стерильную или охлажденную кипяченую), затем выпустите ее. Повторите.
- Медленно наберите в шприц хлорную известь и встряхивайте его 3–5 минут (или, в самом крайнем случае, хотя бы полминуты). Выпустите. Повторите.
- Затем повторите первый шаг – наберите в шприц холодную воду и выпустите. Повторите.

Другие способы

Можно дополнительно снизить вероятность инфицирования, если очистить иглы и шприцы путем как можно более длительного (минимум на несколько минут) замачивания их в неразбавленной хлорной извести или в насыщенном водном растворе моющего средства. Затем следует тщательно промыть принадлежности водой.

Нужно знать и то, что 15–20-минутное кипячение игл и шприцев тоже стерилизует их (но кипячение пластмассовых шприцев может привести к деформации и образованию протечек).

Если нет намерения пройти всю процедуру «2 x 2 x 2» полностью, нужно сделать все возможное, чтобы удалить остатки крови из шприца.

В частности, при многократном промывании игл и шприцев холодной водой (например, 10 раз подряд) непосредственно после их использования (до высыхания крови и наркотического раствора) есть вероятность того, что вымоется большая часть возбудителей инфекции.

За неимением под рукой всего перечисленного и при отсутствии возможности предпринять что-либо из вышеизложенного можно перед повторным использованием промыть шприц и иглу водой или даже водкой, вином или пивом. Это поможет немного сократить риск.

ПРИЛОЖЕНИЕ К. СЛОГАНЫ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДОЗИРОВОК

Информация взята из «Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*» [47].

Опасность	Рекомендации
При сочетании наркотиков схожего действия может возрасти риск передозировки.	Избегайте смешивания наркотиков схожего действия.
При повышенной чувствительности может возрасти риск передозировки.	<p>Если чувствительность повышена (например, после лечения от наркозависимости или после освобождения из МЛС), то</p> <ul style="list-style-type: none"> • уменьшите дозу по сравнению с той, к которой вы привыкли до того; • курите или нюхайте наркотики вместо того, чтобы делать инъекции (этим вы снизите скорость всасывания препарата); • принимайте наркотики в чьем-то присутствии или попросите кого-то контролировать вас.
Употребление наркотиков, сила действия которых вам неизвестна, может увеличить риск передозировки.	<p>Соблюдайте осторожность, если принимаете наркотики, поступившие к вам из нового или неизвестного источника:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сделайте «пробную инъекцию» чтобы проверить силу воздействия средства; • спросите кого-нибудь о том, насколько этот наркотик сильный.
Своевременное принятие мер при передозировке (чем раньше – тем лучше) может снизить риск смертельного исхода.	Нужно уметь распознавать признаки передозировки у себя и у других.
	Нужно знать, что делать, а чего не делать, если у вас или у кого-то наблюдаются признаки передозировки.
	При передозировке (у вас или у кого-либо другого) обращайтесь за помощью.
	Не оставляйте человека с признаками передозировки одного.

VIII. ПРИМЕЧАНИЯ И ССЫЛКИ НА ИСТОЧНИКИ

1. Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003. Washington, DC. USAID/UNAIDS/UNICEF/WHO. The POLICY Project, 2004. На стр. 17 представлены следующие данные: по состоянию на 2003 г. из 9,2 млн. чел. общего количества потребителей инъекционных наркотиков в странах с низким и средним уровнем доходов населения около 150 000 воспользовались услугами ПИИШ. Это соответствует 1,6-процентному показателю «минимум однократного наиболее широкого охвата».
2. Preventing the transmission of HIV among drug abusers: A position paper of the United Nations System. Annex to the Report of 8th Session of Administrative Committee on Co-ordination Subcommittee on Drug Control. Geneva, UNAIDS, 28-29 September 2000. (http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/UN%20position_1.pdf)
3. Этот перечень большей частью взят из: WHO (2005) Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva.
4. Stimson, G. V., Fitch, C. and Rhodes, T, eds. The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (RAR-IDU). Geneva, WHO/UNAIDS (1997). (Также доступно на португальском испанском и русском языках.) (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm)
5. High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting drug users in Transitional and Developing Countries: Case Studies, Geneva, UNAIDS (2006). (UNAIDS Best Practice Collection).
6. Strike C et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2005.
7. Burrows D. Starting and managing needles and syringes programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
8. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva, WHO/UNODC/UNAIDS. Выход ожидается.
9. Подробнее об участии наркопотребителей в работе ПИИШ см.: Jurgens R. Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2005: <http://www.AIDSlaw.ca/home.htm>; и Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2005.
10. Zibbell J. Can the lunatics actually take over the asylum? Reconfiguring subjectivity and neo-liberal governance in contemporary British drug treatment policy. International Journal on Drug Policy 2004, 15 issue 1: 56-65.
11. Jurgens R. Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2005: <http://www.IDSlaw.ca/home.htm>;
12. Изложенные в этом разделе рекомендации взяты из Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005; и Burrows D. Starting and managing needles and syringes programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
13. Kermode M, Harris A and Gospodarevskaya E. Review: Introducing retractable needles into needles and syringes programme: a review of the issues. International Journal on Drug Policy, 2003, 14: 233-239.
14. Abdala N. et al. Use of bleach to disinfect HIV-1 contaminated syringes. American Clinical Laboratory, 20. No.6: 26-28, July 2001.

15. Effectiveness of Sterile Needles and Syringes Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva, WHO (2005). (Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use technical paper and policy briefings). (<http://www.who.int/HIV/idu/en/index/>).
16. A Best Practice Model of Harm Reduction in the community and in prisons in Russian Federation. Final Project Report. Washington, World Bank, 2001 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
17. Несколько статей об австралийском опыте использования автоматов для распространения шприцев: ANEX Bulletin Volume 3, Number 2. (www.anex.org.au).
18. Hammett TM, et al. Community Attitudes toward HIV Prevention for Injection Drug Users: Findings from a Cross-Border Project in Southern China and Northern Vietnam. *Journal of Urban Health*, September 2005, 82(3 Suppl 4):34-42.
19. Hammett TM, et al. Development and implementation of a cross border HIV prevention intervention for injecting drug users in Ning Ming County (Guangxi Province), China and Lang Son Province, Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14: 389-398.
20. Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva, WHO (2005).
21. Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users. Geneva, WHO (2004).
22. Beletsky L, Macalino GE and Burris S. Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks and drug use: a qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16 (2005): 267-274.
23. Burrows D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: Results of a Comparative Study of Harm Reduction Programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation and China. *Cadernos de Saude Publica (Reports in Public Health)*, April 2006, 22(4):871-879.
24. Spittal PM, et al. How otherwise dedicated AIDS prevention workers come to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada. *International Journal on Drug Policy*, 2003, 15: 36-45.
25. Treloar C and Abelson J. Information exchange among injecting drug users: a role for an expanded peer education workforce. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16: 46-53.
26. Большую часть этого раздела составляют адаптированные материалы AIDS Projects Management Group/ Population Services International Training Course, Pathways to Recovery: Providing outreach services to active and ex-drug users. Sydney/ Bangkok, 2005; и Burrows D. Starting and managing needles and syringes programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
27. Материалы этого раздела взяты из Burrows D. Starting and managing needles and syringes programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
28. Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users. Geneva, WHO (2004).
29. Where sex work, drug injecting and HIV overlap: practical issues for reducing vulnerability, risk and harm. Geneva, WHO (выход ожидается).
30. Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
31. Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
32. Essential Medicines. WHO Model List (14th edition, March, 2005). Geneva, WHO (2005).
33. Guidelines for use in HIV testing and counseling services in resource constrained settings. Geneva, WHO (2004).
34. WHO (2007). Guidance on Provider Initiated HIV

Testing and Counselling in Health Facilities. Geneva, WHO (2007).

35. Подробнее см.: Guidelines for the management of sexually transmitted infections, Geneva, WHO, 2003; Guidelines for the management of sexually transmitted infections in female sex workers. Manila, WHO (Regional Office for the Western Pacific), 2002.
36. Richard Steen and Dallabetta G. Sexually Transmitted Infection Control with Sex Workers: Regular Screening and Presumptive Treatment Augment Efforts to Reduce Risk and Vulnerability. Reproductive Health Matters, 2003, 11(22):74–90.
37. A. Ball and N. Crofts. HIV risk reduction in injecting drug users. In: Lamptey PR and Gayle H, eds. HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings. Arlington, Family Health International, 2003.
38. D. Burrows. Treatment, care and support of injecting drug with users living HIV/AIDS. Kiev, M decins Sans Frontières, 2000.
39. WHO (2006). HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users. Clinical Protocol for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Europe 2006. (http://www.euro.who.int/document/SHA/WHO_Chapter_5_web.pdf)
40. Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, UNAIDS, UNODC (2004).
41. Guidance on Target Setting for Universal access to HIV prevention, treatment and care for IDUs. WHO, UNODC, UNAIDS (2007). (<http://www.who.int/HIV/idu/en/index.html>)
42. High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting drug users in Transitional and Developing Countries: Case Studies. Geneva, UNAIDS (2006). (UNAIDS Best Practice Collection).
43. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (2005). А также: Lines R, et al. Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.
44. Evidence for Action Technical Papers. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies. Geneva, WHO/ UNODC; UNAIDS 2007. (<http://www.who.int/HIV/idu/en/index/>)
45. Stöver H and Trautmann F. Risk reduction for drug users in prisons: Encouraging health promotion for drug users within the criminal justice system. Utrecht, Trimbo Institute, 2001.
46. Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
47. Strike C, et al. Needle exchange programs: Best practice recommendations Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.

