

针对男男性行为人群者干预-检测- 随访-关怀的艾滋病防治综合服务 模式及其实践



中盖艾滋病防治合作项目

出版日期：2013年9月



目录

缩略语	4
摘要	5
1 背景	6
1.1 艾滋病流行形势	6
1.2 政策环境	9
1.3 服务相互孤立	9
2 中盖艾滋病防治合作项目	11
2.1 项目设计	11
2.2 项目服务模式	13
3 项目服务模式在项目点的应用	14
3.1 疾病预防控制中心 + 社区组织	14
3.2 医院 + 社区组织	19
3.3 疾病预防控制中心 + 医院 + 社区组织	23
3.4 小结	25
4 项目成果	26
4.1 服务利用率得到提高	26
4.2 政府支持增加	26
4.3 社区组织的服务质量改善	27
5 挑战	28
5.1 需要政策支持促进综合医院的更广泛参与	28
5.2 需要政策支持推动社区组织的注册	28
5.3 加强以同伴为基础的社区组织能力建设	29
参考文献	30



缩略语

HIV/AIDS	艾滋病病毒感染者/艾滋病病人
AIDS	获得性免疫缺陷综合征
ART	抗逆转录病毒治疗
BMGF	比尔及梅琳达·盖茨基金会
CASAPC	中国性病艾滋病防治协会
CBO	社区组织
CD ₄	一种免疫细胞（指示艾滋病病毒感染/艾滋病分期的T细胞计数）
CDC	疾病预防控制中心
CPMA	中华预防医学会
FSW	女性性工作者
GONGO	官办非政府组织
HIV	人类免疫缺陷病毒
IDU	注射吸毒者
MOH	卫生部
MSM	男男性行为者
MTCT	母婴传播
NGO	非政府组织
OI	机会性感染
PITC	医务人员主动提供检测和咨询
PLHA	艾滋病病毒感染者/艾滋病病人
SCAWCO	国务院防治艾滋病工作委员会办公室
SOP	标准操作程序
STD	性传播疾病
TB	结核病
NCAIDS	中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心
UNAIDS	联合国艾滋病规划署
VCT	自愿咨询检测
VL	病毒载量
WHO	世界卫生组织



摘要

中盖艾滋病防治合作项目在中国部分城市通过促进当地公共卫生机构（即疾病预防控制中心）、医疗机构和社区组织之间的协作，扩展了在HIV感染高危人群（主要为男男性行为人群）中的检测、治疗和预防工作。为了实现艾滋病防治服务的预期目标，项目强调了疾病预防控制中心、医疗机构和社区组织之间协同合作的“三位一体”运作体系。

项目预算总额为五千万美元，项目周期为五年（2007–2013年）。参与项目的十五个项目点在执行项目过程中形成了实施中国男男性行为人群（MSM）艾滋病防治“三位一体”服务模式下的五类协作方式，包括两类致力于推动疾病预防控制中心（以下简称疾控中心）与社区组织之间的协作，还有两类为推动医院与社区组织之间的协作，最后一类为强化和推动疾控中心、医院和社区组织之间的三方协作。这些不同的协作方式展示出政府部门、医疗机构和社区组织之间的新型合作伙伴关系对于改善中国艾滋病防治服务的重要性，并将最终改善中国艾滋病公共卫生工作的效率和效果。

本报告使用中盖艾滋病防治合作项目各项目点的案例，描述在为MSM人群提供艾滋病防治服务过程中形成的五类协作方式。报告最后还列举了项目成果和挑战。希望能有助于推广中盖艾滋病项目的模式和经验，能为推动中国防艾事业提供借鉴。



简介



中国-盖茨基金会艾滋病防治合作项目是比尔及梅琳达·盖茨基金会与中国政府（卫生部-已更名为“国家卫生和计划生育委员会”、国务院防治艾滋病工作委员会）和非政府组织（中华预防医学会、中国性病艾滋病防治协会）在中国合作开展的首个大型公共卫生项目。项目于2007年11月开始实施，总预算为5000万美元，周期为六年。

项目致力于探索有效的艾滋病综合预防模式。项目地区覆盖中国海南省及14个大城市（北京、长沙、重庆、广州、哈尔滨、杭州、昆明、南京、青岛、上海、沈阳、天津、武汉、西安）。目标人群包括HIV高危人群（即男男性行为者（MSM）、女性性工作者（FSW）和注射吸毒者（IDU））以及艾滋病病毒感染者和艾滋病病人。

为了实现总目标，项目大力促进疾控中心、医院和社区组织的三方协作。

本报告旨在用不同项目点的案例，描述在为MSM人群提供艾滋病防治服务过程中形成的几类协作方式。这些案例来自于2011年和2012年对利益相关方（疾控中心、医院和社会组织）开展的深入调研。本报告分为五个部分：（1）中国的艾滋病流行状况、政策环境和主要艾滋病防治服务模式存在的问题；（2）中盖艾滋病防治合作项目的原则、策略和服务模式；（3）中盖艾滋病防治合作项目服务模式在项目城市的开展情况；（4）项目成果；（5）挑战。

1.1 艾滋病流行状况

尽管中国的总体HIV流行率处于较低水平，但新发感染数呈现增长态势（图1），其中大多数HIV感染者不知道自己的感染状况。在2010年中国估计的HIV感染者数中，只有28%的HIV感染者知道自身感染状况，只有14%的HIV感染者正在接受抗病

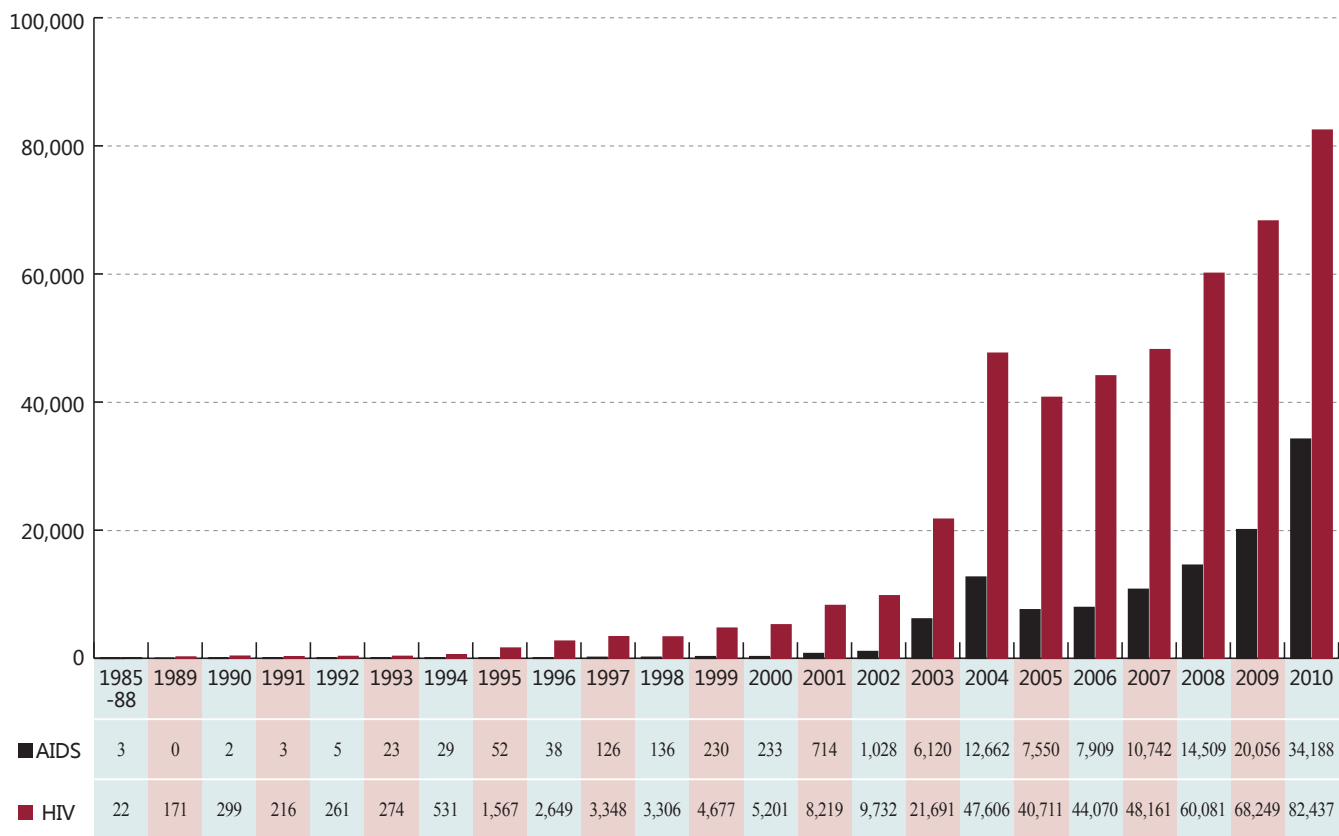


图1 中国新诊断的HIV感染者和艾滋病例数（1985—2010年）

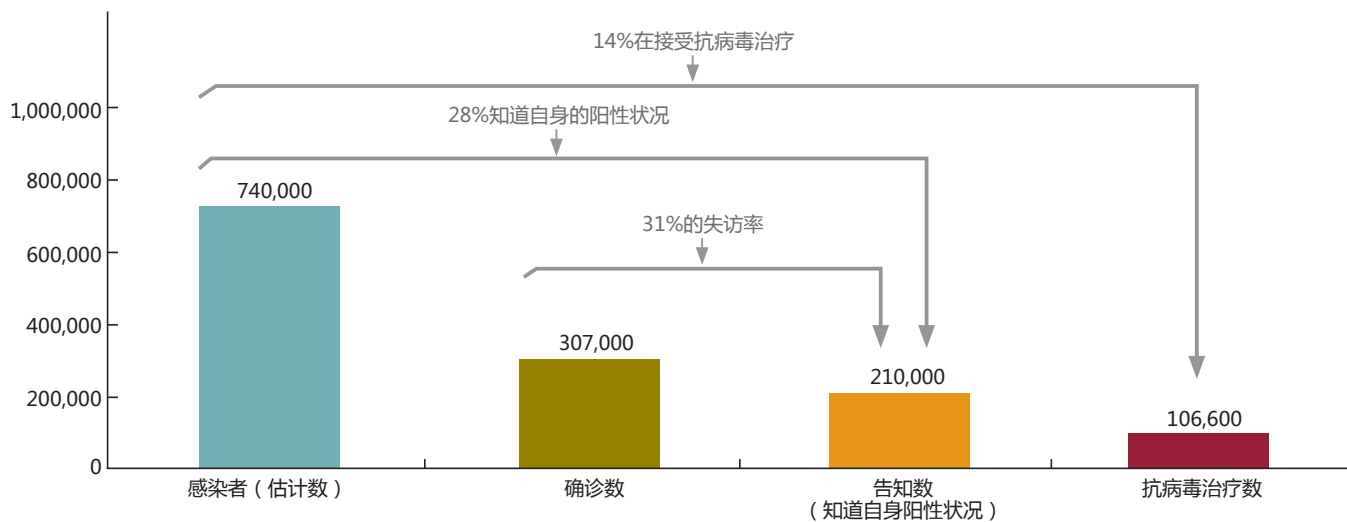


图2 中国HIV估计感染例数、确诊数、告知数和治疗数（2010年）



毒治疗（图2）。这些统计数字意味着需要迫切地扩大和改善HIV检测和治疗服务的可及性，从而更好地遏制中国艾滋病流行态势。

2006年，经性传播成为中国新发感染的主要传播途径，MSM人群中新发感染人数快速增长（图3）。持续的哨点监测数据显示，MSM人群HIV现患率自2009年以来一直占中国高危人群中的首位（图4）。

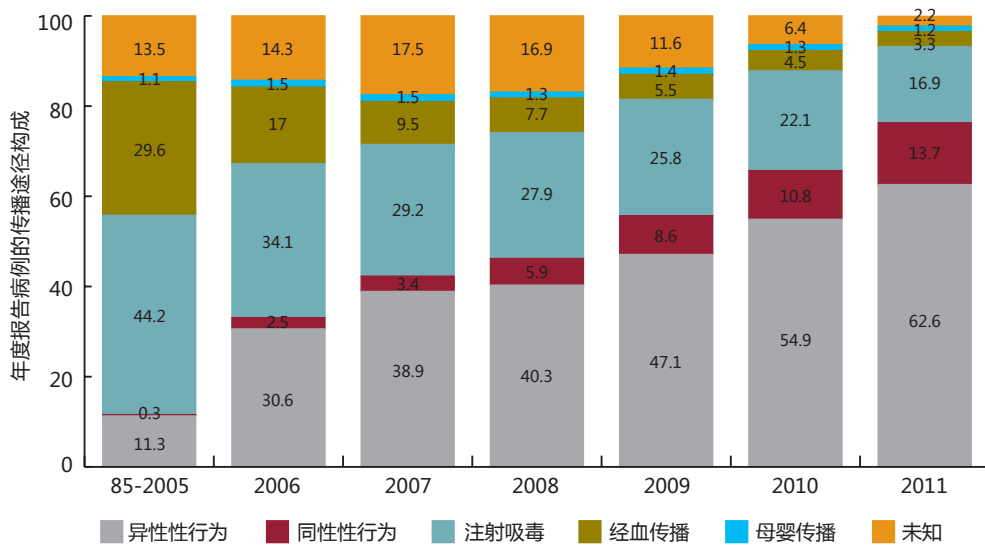


图3 中国新发病例感染途径 (1985—2011年)

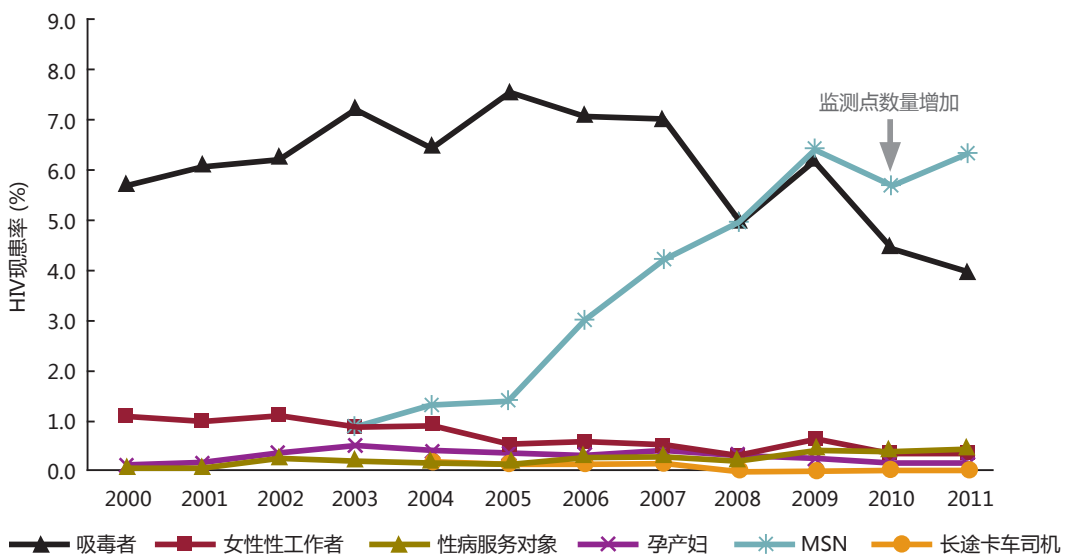


图4 中国高危人群HIV现患率 (2000—2011年)



1.2 政策环境

2005年，中国卫生部意识到MSM人群中迅速增长的艾滋病疫情的潜在风险，并开始重点针对MSM人群开展HIV监测和预防活动。2012年，中国第二份《中国遏制与防治艾滋病行动计划（2011—2015年）》明确地将MSM人群列为艾滋病防治目标人群。不过，截至本报告撰写之时，中国仍然没有综合的国家政策和策略全面指导如何在MSM人群中开展艾滋病防治工作。

1.3 服务相互孤立

总的来说，中国的艾滋病防治工作以前局限于疾病诊断和治疗，而且艾滋病防治服务的提供分属于不同的机构和组织。当地疾控中心负责在医院/门诊以外开展HIV初筛、确证、流行病学调查、CD₄和病毒载量检测（确定什么时候应该启动抗病毒治疗）、发放抗病毒治疗药物。综合医院负责在内部科室和附属诊所开展大规模的HIV初筛以及机会性感染治疗。定点医院（通常是传染病医院）主要负责提供抗病毒治疗、处理副作用及性病诊治。社区组织主要负责干预、抗病毒治疗依从性支持、社会心理支持、大众宣传等。尽管所有艾滋病防治服务关键步骤都已具备，但总体而言，以上提供的服务仍相对孤立，不同服务提供方（疾控中心、定点医院、综合医院、社区组织）之间缺乏协调。这带来的后果是：虽然根据国家“四免一关怀”政策已经提供免费的初筛检测及抗病毒治疗的服务，但这两项服务的利用率仍然很低。

此外，由于局限于疾病的诊断和治疗，导致造成艾滋病疫情的社会心理因素被忽视，例如医院内针对HIV感染者和MSM人群普遍的歧视。在现有体系中，在社区组织或同性恋活动场所HIV初筛结果阳性的MSM必须到当地疾控中心接受确认检测。由于大多数MSM不信任政府提供的服务，同时害怕受到歧视，因此很大程度上，在同性恋场所接受HIV初筛检测结果阳性的MSM有时会给疾控中心工作人员提供虚假的联系信息，或者根本不去当地疾控中心接受随访。除了动员MSM接受HIV检测外，MSM社区组织没有参与到检测前和检测后咨询，以及随访和转介等活动。由于疾控中心与社区组织之间的缺乏协调，错失了发现更多感染者的机会：如果社区组织参与检测后咨询，可以确保更多初筛阳性的MSM到当地疾控中心接受确认检测。

另一个错失的机会源于当地疾控中心与医院之间缺乏可靠的、系统化的转介体系。如果要在医院得到HIV的诊断，服务对象需要先后三次接触医疗人员（到医院就诊两次，电话随访或门诊随访一次）。如果在医院初筛检测结果为阳性，医院要再



次联系服务对象，要求其返回医院再次采集血样，然后将第二份血样送到当地疾控中心的实验室采用蛋白印迹法进行确证实验。由于确证实验都需要在市级/地区级疾控中心实验室完成，且需要分批量处理血样，因而一般至少需要等10到15天才能将结果返回给医院。医院将HIV诊断和确认检测结果告知服务对象后，服务对象必须到当地疾控中心接受CD₄检测，以便确定是否应该启动抗病毒治疗。中心实验室一般会分期分批完成CD₄实验，通常也需要10到15天才能返回结果。一旦有了CD₄检测结果，必须再次联系服务对象，以便告知CD₄检测结果，并评估服务对象是否符合抗病毒治疗的入选标准。一旦疾控中心认定服务对象应该开始抗病毒治疗，服务对象必须到另一家医院（定点专科医院）接受抗病毒治疗前的健康检查和抗病毒治疗。当出现机会性感染时（这种感染很常见），服务对象有时不得不再去另一家服务提供方（综合医院）接受治疗。这种服务相互孤立的现行体系导致较大比例的服务对象在艾滋病防治服务链的多个环节逐渐脱失，例如：没有从综合医院获得当地疾控中心的检测确认结果、没有在当地疾控制中心接受CD₄检测、没有到定点专科医院接受艾滋病关怀（定点医院通常位于城市以外，交通状况非常差）、由于害怕综合医院的歧视而无法获得针对机会性感染的评估和治疗。正是因为艾滋病的综合服务来自于众多不同的服务提供方和机构，且缺乏专门的管理人员帮助感染者/病人完成这套复杂的、分散的艾滋病服务，因此防治效果通常不理想。中盖艾滋病防治合作项目在项目设计过程中已考虑到要解决这种由于协调产生的问题。

2

中盖艾滋病防治合作项目

2.1 项目设计

2007年，中盖艾滋病防治合作项目为了在选定的项目城市减少HIV传播，开始实施两项干预策略：

- **策略1：**针对高危人群的预防，即阳性发现。核心内容是（1）与社区组织合作扩大高危人群（FSW，IDU，MSM）干预和检测，及早并更多的发现感染者；（2）扩大医疗机构HIV检测，加强结果告知与咨询，减少筛查阳性者流失。^①
- **策略2：**针对感染者的预防，即病例管理。核心内容是加强感染者管理，提供强化预防干预措施，降低其危险行为，促进感染者及时接受抗病毒治疗，降低艾滋病的进一步传播风险；同时能使HIV感染者或病人及时接受社区关怀与支持等服务，改善生活质量。

中盖艾滋病防治合作项目的理论基础为：早发现可以促进早治疗，进而减少艾滋病病毒在高危人群中的传播。项目在设计艾滋病防治服务的提供时强调了“三位一体”的运作模式，该模式促进了三大主要合作方之间的协同合作，即政府部门（当地疾病预防控制中心）、医院及社区组织，以便更好地实现项目总目标。

^① 2010年，中盖艾滋病项目在中期评估的基础上，将高危人群HIV检测动员由原来的三类人群（FSW、IDU、MSM）调整为只针对MSM。



服务	疾病预防控制中心		医院 (定点医院和综合医院)		社区组织	
	2012	项目三位一体模式	2012	项目三位一体模式	2012	项目三位一体模式
病例发现						
行为改变	○	○			○	○
初筛检测	○	○	○	○		
确认检测	○	○	○			
检测后咨询和结果告知	○	○	○	○	○	○
病例管理						
流行病学调查	○	○	○	○		
医学随访 (CD ₄ /病毒载量)	○	○	○	○		
常规医疗检查			○	○		
机会性感染预防和治疗	○			○	○	○
抗病毒治疗			○	○		
抗病毒治疗依从性	○		○	○	○	○
抗病毒治疗耐药性	○	○				
抗病毒治疗药品管理	○	○		○		
关怀和支持						
社会心理支持	○	○			○	○
阳性干预	○	○			○	○
营养	○			○	○	○
生殖健康	○			○	○	○

图5 中盖艾滋病防治合作项目的项目模式 — 利益相关方的角色与项目“三位一体”模式



2.2 项目服务模式

中盖艾滋病防治合作项目支持协调疾控中心、医院和社区组织各方的HIV服务工作，以便最大限度地扩大项目影响，改进艾滋病防治服务链中对服务对象的随访状况。项目通过激励手段，鼓励综合医院给门诊和住院病人提供常规HIV检测和“医务人员主动提供检测和咨询”。同时，项目支持社区组织在高危人群中推广HIV检测，以及给接受抗病毒治疗的感染者/病人提供关怀和支持。通过激励手段鼓励医院和社区组织与当地疾控中心合作，确保HIV筛查阳性者被转介到当地疾控中心接受确认检测和CD₄检测，以及在适当的时候启动抗病毒治疗。项目还帮助加强疾控中心、社区组织和医院之间的转介，从而更好地预防和治疗机会性感染。这种“三位一体”模式的关键之处在于促进疾控中心、医院和社区组织密切协作，减少开展HIV检测以及抗病毒治疗所面临的障碍（图5）。

由于项目点有大量的社区组织参与了项目活动，中盖艾滋病防治合作项目委托大型非政府组织帮助管理与社区组织签订的服务合约。大型非政府组织对当地社区组织进行管理并提供经费支持，而省/市级疾病预防控制中心为社区组织提供有关艾滋病防治服务的技术支持和培训（包括艾滋病知识、HIV快速检测、阳性检测病例随访、服务对象隐私和保密性）。

3

项目服务模式范例

由于认识到15个项目点在疫情、工作能力和领导层意愿等方面存在差异，中盖艾滋病防治合作项目鼓励各项目点制定符合当地实际情况的“三位一体”服务协作模式，从而最大限度地实现项目的成果和总目标。经过几年的实施和不断调整，项目点出现了五类艾滋病防治服务协作方式。其中两种致力于加强疾控中心和社区组织之间的协作（社区动员检测、社区综合服务），另外两种为推动医院和社区组织之间的协作（社区组织在医院内提供关怀和支持服务，鼓励感染者/病人参与医院和社区组织的工作），最后一种方式最接近项目最初设定的“三位一体”模式，即疾控中心、医院和社区组织之间全面开展协作（全面整合的、以医院为基础的综合服务）。本节下文会分别描述基于“三位一体”服务模式开展的几种创新方式，并列举相关案例进行阐述。

3.1 疾病预防控制中心 + 社区组织

3.1.1 社区动员和HIV检测

为了解决疾控中心在为MSM人群提供HIV初筛和确认检测方面存在的困难，项目点摸索出了疾控中心与社区组织协作的三种方式：（1）场所动员检测；（2）在线动员检测；（3）疾控中心动员检测。这三种方式都各有创新。

（1）场所动员检测

在中盖艾滋病防治合作项目实施之前，MSM小组已经在酒吧、桑拿室和公园等场所开展MSM的外展工作。外展一般包括发放艾滋病知识宣传材料、安全套和润滑剂，没有或很少宣传推广HIV检测。项目启动后，项目为MSM小组提供培训和激



励机制，促进这些组织与场所业主一起在场所内积极动员推广HIV检测服务，并将MSM转介到当地疾控中心接受检测。当地疾控中心通常会与场所业主签订协议，设定时限在场所内或附近设置流动自愿咨询检测门诊，确保疾控中心能够随访到初筛阳性的MSM。重庆MSM小组“蓝宇”成功地培训了一批MSM志愿者，这些志愿者与场所服务对象建立良好的关系，并动员服务对象到当地疾控中心在附近建立的流动自愿咨询检测门诊接受检测。同样，北京的“同彩”小组动员同性恋活动场所业主让场所工作人员在服务对象中推广HIV检测。事实证明，提高场所检测动员的一个非常有用的策略是：找出和招募多性伴的MSM，这些MSM会帮助向其性伴宣传和推荐HIV检测服务。

（2）在线动员检测

由于互联网既能保护隐私又非常便利，而MSM人群受到社会的广泛排斥和歧视，因此互联网长期以来都是MSM人群用于彼此联络的最常见交流方式。在中盖艾滋病防治合作项目中，社区组织通过互联网网站、社交媒体站点和QQ聊天室等接触MSM人群，并将该人群的在线信息提供给当地疾控中心，帮助推动HIV检测。在项目实施过程中，社区组织与疾控中心之间发展出三种以互联网为基础的联系：（a）社区组织网站上宣传当地疾控中心自愿咨询检测信息；（b）疾控中心自愿咨询检测门诊与社区组织合作推广性伴匿名结果告知；（c）社区组织通过建立服务对象数据库以及与疾控中心联合办公，帮助推广疾控中心的HIV检测服务。

（a）社区组织网站上宣传疾控中心自愿咨询检测信息

青岛“四海兄弟”从2001年起就开始运作自己的网站。在参与中盖艾滋病防治合作项目之前，“四海兄弟”的网站只是一个单纯的社交网站，主要用于帮助MSM人群相互联络。自从参与中盖艾滋病防治合作项目以后，“四海兄弟”对其网站进行了大刀阔斧的改版，目前的网站工作人员都是经过培训的志愿者，负责提供在线咨询，鼓励MSM人群到当地疾控中心自愿咨询检测门诊接受检测。“四海兄弟”的网站现在主要有下面的功能：

- 在线预约HIV检测，由社区组织的工作人员随后联系和确认检测时间，并提供当地疾控中心的具体地址。
- 提供激励措施（例如会员升级）以鼓励和动员注册用户接受HIV检测。
- 组织与临床医生以及MSM的在线互动论坛，讨论HIV检测、治疗和预防相关问题。



(b) 疾控中心自愿咨询检测门诊与社区组织合作推广性伴匿名结果告知

广州的一家社区组织“小奇”建立了一个在线手机平台“易告知”，供检测结果为阳性的MSM匿名告知其性伴存在感染风险。该平台旨在解决HIV阳性MSM不愿意将自身的感染状况透露给性伴的问题。除了获悉性伴已感染HIV的事实外，信息接受方还可获得有关艾滋病知识以及何处接受检测等信息。该平台最大的优势在于：当地疾控中心与“小奇”联合办公，增强了MSM人群对公立HIV检测服务机构的信任。为了最大限度地保证相关信息的保密性和防止被滥用的可能，该平台还有过滤恶意消息程序和反骚扰程序的功能。

(c) 社区组织通过建立服务对象数据库以及与当地疾控中心联合办公，帮助推广疾控中心的HIV检测服务。

上海市“静安区青少年艾滋病预防服务中心”将其服务对象信息数据库与当地疾控中心的检测服务相关联。首先，信息数据库捕获社区组织给服务对象提供的所有服务信息（热线、QQ、SMS）。然后，系统会定期分析数据库，自动提示社区组织工作人员发送手机消息，提醒服务对象接下来应该接受的重要艾滋病防治服务，包括HIV初筛（针对有危险性行为的服务对象）、CD₄检测（根据抗病毒治疗启动时间安排）、常规健康体检（在抗病毒治疗期间）。其次，“静安区青少年艾滋病预防服务中心”在当地疾控中心办公，为通过手机检测动员短信动员来的MSM人群提供现场检测前和检测后咨询。正是因为有了这个数据库平台以及与疾控中心的密切协作，该社区组织在接受检测的MSM人群中的阳性发现率从2010年的3.5%上升到了2011年的5.1%。

(3) 疾病预防控制中心动员检测

为了更好地接触高危人群和感染者/病人，有些地方疾控中心培养社区组织帮助动员MSM人群接受检测，疾控中心不仅给社区组织提供经费和技术支持，而且还在疾控中心自愿咨询检测门诊旁边给社区组织提供办公场所。这样在门诊开展初筛检测和确认检测采集血样时，社区组织同伴咨询员可以提供及时的检测前和检测后咨询，同时疾控中心也能及时地提供随访服务。

北京的社区组织“阳光”小组就是一个典型的例子，体现了社区组织紧邻疾控中心自愿咨询检测门诊的优势。“阳光”小组的同伴咨询员都是很有威望的MSM成员或感染者，并且都接受过疾控中心提供的艾滋病知识、保密性和咨询培训。所有同伴咨询员都佩戴疾控中心颁发的工作徽章，以证明他们的专业资格。当地疾控中心的这种支持极大地增强了社区组织在MSM人群中的技术威望。

“阳光”小组采用了一种非常成功的检测动员策略，鼓励已经接受检测的服务



对象动员其性伴来接受检测。“阳光”坚信最好的动员方法就是从服务对象本身出发，关键是首先要向服务对象展示社区组织的服务是高质量的（具有专业性并能够保证保密性），而且能够满足服务对象的实际需求，例如解决服务对象对疾控中心的顾虑，以及解决对其在HIV检测结果阳性时是否能获得及时的咨询等支持性服务的顾虑。当小组在目标群体中建立了信任后，开始鼓励服务对象说服自己的性伴接受检测，尤其是拥有多性伴的服务对象。这项策略不仅能增加接受检测的人数，而且还能非常有效地发现HIV阳性病例（病例发现率为13%，而中盖艾滋病防治合作项目的总体平均阳性发现率为6%）。

总之，疾控中心与社区组织密切协作开展检测动员的潜在益处是非常明显的。疾控中心有着可靠的专业技术知识，社区组织了解如何最有效地将疾控中心的服务推介到目标群体，这两者的结合可以更好地动员难以接触的群体（例如MSM）接受检测。疾控中心与社区组织之间上述三种不同协作方式表明，实践中有很多种方式可以用来开展这类协作以提高检测服务在MSM人群中的利用率。不论是哪种动员渠道（MSM活动场所、互联网、疾控中心自愿咨询检测门诊），成功协作的关键在于疾控中心的支持使得社区组织能够找到最有效和最高效的方式来接触目标群体，并提供能满足目标群体实际需求的服务。项目经验还表明，疾控中心与社区组织之间开展定期的建设性对话有助于推动协作的设计和 implementation。但是，这类协作仅仅局限于检测动员，并不能解决HIV阳性MSM人群的临床服务需求。下一节描述疾控中心与社区组织的另一种协作方式，即整合检测、治疗和预防服务。

3.1.2 综合社区服务

除了检测动员以外，许多当地疾控中心和参与中盖艾滋病防治合作项目的社区组织已经认识到将抗病毒治疗支持与检测相衔接的重要性。此举不仅可以让MSM人群通过检测了解自身的HIV感染状况，而且可以让HIV检测结果为阳性的MSM尽早开始抗病毒治疗，从而最大限度地降低HIV在MSM人群中的传播。为了更好地将检测与治疗服务衔接起来，有些疾控中心选择将自己的工作人员派遣到社区组织，从而将疾控中心的专业技术知识与社区组织的人群工作整合起来，创建以人群为基础的一站式服务模式。天津的社区组织“深蓝”小组就是此类协作的一个典型范例。

在参与中盖艾滋病防治合作项目之前，“深蓝”小组已经为MSM开展了多年的HIV预防外展活动。自从2008年参与中盖艾滋病防治合作项目以来，“深蓝”小组开展了一系列检测和检测教育活动来加强针对MSM人群提供的HIV预防服务。“深蓝”还制定了一个病例管理方法，以便跟进外展期间接触的MSM人群，提高其在当



地疾控中心自愿咨询检测门诊接受HIV检测的可能性。2010年，“深蓝”决定将服务范围扩展到艾滋病治疗支持，因此开始争取当地疾控中心的管理和技术支持。“深蓝”希望能够提供以社区为基础的综合服务，包括检测（采集血样）、咨询、结果告知、CD₄检测、抗病毒治疗药物发放和抗病毒治疗依从性等。所有这些服务都在“深蓝”的办公场所提供，目标是为MSM创建一个一站式艾滋病防治服务点，包括检测、确认、抗病毒治疗药物发放，转介到医院进行抗病毒治疗药物副作用处理和性病治疗，抗病毒治疗依从性支持和阳性预防等。“深蓝”希望在一个地点提供可持续的HIV检测和医疗服务，从而最大限度地减少服务对象脱离艾滋病防治服务链的机会。

当地疾控中心和“深蓝”在共同详细规划并确定此类一站式服务的技术支持需求后，双方协定由当地疾控中心的公共卫生医生和护士到“深蓝”办公场所现场采集血样用于检测（HIV初筛和确认检测、梅毒检测、CD₄检测），以及开展流行病学调查。疾控中心的工作人员还给“深蓝”同伴咨询员提供培训和能力建设，由“深蓝”同伴咨询员向服务对象告知确认检测结果，以及提供高质量和及时的检测前和检测后咨询。在确认某个服务对象为HIV阳性后，疾控中心的现场工作人员会通知负责该服务对象的社区组织同伴咨询员。而后同伴咨询员会联系服务对象，给其提供社会心理支持，消除服务对象害怕被人发现自己是MSM和HIV感染者/病人的担忧。疾控中心工作人员与社区组织同伴咨询员在同一个办公场所并肩工作，促进了双方之间的定期交流，使得服务对象病例管理工作更加有效，确保了更有效的随访和减

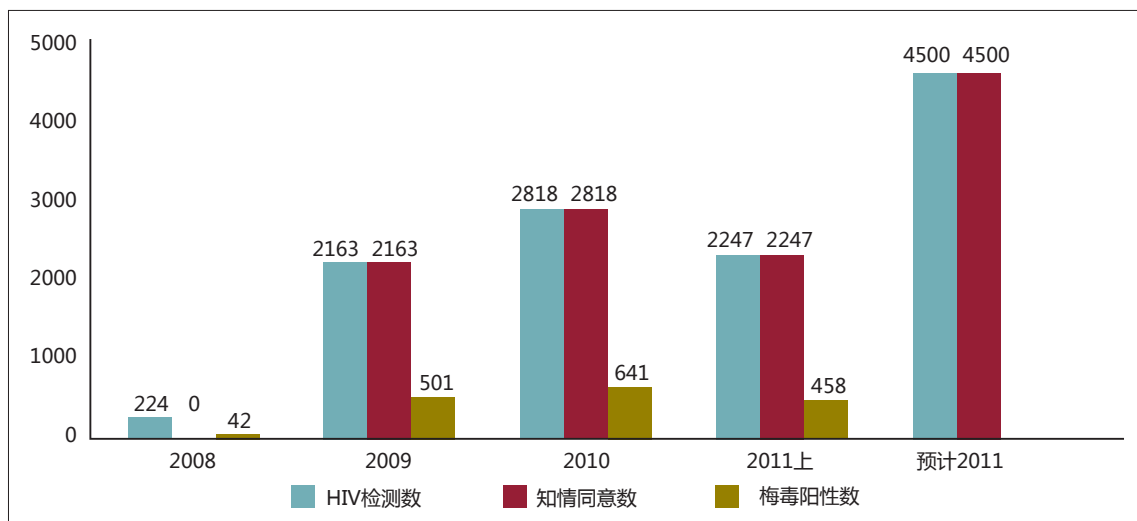


图6 社区组织“深蓝”小组的产出（2008—2011年）

图中显示了HIV检测、知情同意、梅毒检测数据 - 不足以体现关键产出



少服务对象寻求治疗服务的障碍。例如，疾控中心工作人员和“深蓝”的咨询员共同找寻对MSM和感染者/病人友好的临床医生和医院，然后将服务对象转介给这些临床医生和医院进行机会性感染/性病治疗。此外，社区组织同伴咨询员还为新发现阳性的MSM提供持续的社会心理支持和行为改变咨询。

“深蓝”小组与当地疾控中心密切协作形成的一站式服务模式产生了一些非常令人满意的成果：接受检测的MSM人数从2008年的56人增加到了2011年的4501人，HIV确诊阳性的MSM人数也从2008年的5人增加到了2011年的121人。更为重要的是，疾控中心随访的HIV确诊阳性人数从2008年的5人增加到了2011年的121人。这些鼓舞人心的成果离不开当地疾控中心与“深蓝”之间的有效协作，以及双方的“一站式”服务模式，该模式不仅解决了服务对象的需求，而且减少了服务对象寻求艾滋病防治服务的障碍（见图6）。

虽然当地疾控中心与社区组织之间的协作给MSM人群和感染者/病人的艾滋病防治服务产生了积极的影响，但双方的这种协作存在一个关键的局限性 - 缺乏医院的正式参与，以致无法提供有效的临床HIV管理。疾控中心和社区组织在评估和管理HIV感染临床表现方面都不具备必需的临床专业知识，包括抗病毒治疗药物副作用和机会性感染的诊治及处理。下一节描述如何将医院整合到这种协作中，从而增强政府的艾滋病防治工作。

3.2 医院 + 社区组织

3.2.1 社区组织在医院内提供关怀和支持服务

综合医院的常规检测（例如常规术前检测）仍然是中国发现HIV病例的一个重要来源。HIV初筛结果为阳性的血样将被送到当地疾控中心接受确认检测。一旦确认HIV感染，当地疾控中心会通知医院，而医院会通知服务对象。但是，由于从初筛到确认结果之间的时间延迟（当地疾控中心的确认结果需要1~4个星期才能返给医院），以及医院缺乏随访和告知的动力，相当多数量的新发现HIV阳性者未能从医院获悉他们的HIV感染状况。因此，综合医院的HIV检测工作在结果告知以及与关怀和治疗衔接方面有很大的改进空间，而这两部分工作在艾滋病防治工作中有着重要的作用。

在中盖艾滋病防治合作项目中，一些综合医院招募艾滋病防治领域的社区小组



来帮助给感染者/病人提供结果告知、关怀和支持。例如，昆明市第三人民医院在其“医务人员主动提供检测和咨询”服务中，设计了一个项目，鼓励感染者社区组织参与医院的HIV检测和随访、以及抗病毒治疗支持工作。首先，昆明市第三人民医院在医院内为感染者社区组织提供了办公地点，以便社区组织可以给HIV初筛阳性者在现场提供及时的支持。其次，医院指定内部HIV检验室的工作人员直接与感染者社区组织协调联系。当一名患者初筛检测结果为阳性时，在保障隐私的前提下，医院HIV检验人员会将HIV阳性结果通知给感染者社区组织，社区组织后会联系该患者的主治医生，主治医生将阳性初筛结果告知给患者，然后将患者介绍给社区组织同伴咨询员。同伴咨询员会进一步与患者讨论HIV感染的基本知识，告知到当地疾控中心接受确认检测的重要性和及时启动抗病毒治疗的益处等。通过与患者建立支持关系，同伴咨询员还经常回应患者的顾虑，并提供有关长期社区支持资源的讯息。这种建立在HIV感染者同伴关系基础之上的检测前后咨询，是培养患者对同伴咨询员、医院和当地疾控中心的工作产生信任的关键。一旦患者同意接受确认检测，医院会抽取血样并送到当地疾控中心进行确认。

由于等待疾控中心确认结果的时间平均长达1~4周，通常当结果反馈回医院时，患者可能已经出院。在过去，由于缺乏感染者社区组织的支持，新发现感染者可能会因未能及时获知确认检测结果或其他原因而流失。但有了医院与社区组织的协作后，医院会将患者的确认结果通知感染者社区组织，这样之前负责给该患者提供初筛阳性结果咨询的同伴咨询员会联系该患者和完成确认结果告知，并进一步提供抗病毒治疗的信息，以及提供心理支持，处理HIV诊断、家庭和社会问题。社区组织同伴咨询员会确保患者接受适当的HIV服务，包括接受当地疾控中心的CD₄检测、抗病毒治疗、抗病毒治疗依从性、常规医疗检查提醒、社会心理支持和行为改变咨询等服务。

感染者社区组织还给患者及其家属提供实用的支持服务，例如医疗检查提醒，抗病毒治疗药物副作用处理提示，抗病毒治疗依从性座谈会，机会性感染治疗供给方信息咨询，无家庭支持患者的家庭关怀，感染者/病人家庭成员座谈会等。由于医生和护士通常重点关注艾滋病治疗的医学问题，没有时间解决相关社会心理问题，因此感染者社区组织在提供必要咨询和支持服务服务方面发挥着重要的作用。此外，感染者社区组织进驻医院并整合到医院的艾滋病防治服务之后，社区组织同伴咨询员成为了感染者的病例管理员 - 同伴咨询员帮助指导感染者完成医疗系统流程，确保其获得适当的临床服务。

在昆明市第三人民医院将一感染者社区组织整合到其HIV检测项目中后，医院有80%以上的初筛阳性者到昆明市疾控中心接受了后续的确认检测。而且，在CD₄低于350的新确诊HIV阳性病例中，超过80%的病例开始了抗病毒治疗。昆明市第三人民



医院取得的成功经验已经编入其“医务人员主动提供检测和咨询”服务手册中，旨在确保医院的所有医生和护士都了解如何与驻院的感染者社区组织合作，从而更好地提供艾滋病防治服务。其他传染病医院（例如广州市第八人民医院）也开始采用这种方法，积极地邀请感染者社区组织与医院的临床医生协同工作。医院管理层的支持是医院与社区组织的协作取得成功的关键，因为需要管理层的支持来将社区组织整合到医院的艾滋病防治服务中，在医院内给社区组织提供办公场所，定期召开医院与社区组织工作人员之间的工作会议。

3.2.2 鼓励艾滋病病毒感染者/艾滋病病人参与医院和社区组织的工作

在中盖艾滋病防治合作项目中，有些社区组织充分利用感染者/病人的直接反馈来指导艾滋病防治服务的改善。上海“美丽人生”小组就是一个突出的例子。在参与中盖艾滋病防治合作项目之前，“美丽人生”小组就已经开始给感染者/病人提供关怀和支持，形式包括一次性座谈会和不定期的信息交流活动等。2009年该组织参与中盖艾滋病防治合作项目后，为了完善其艾滋病服务工作，开始给感染者/病人群体以及潜在的感染者提供全面的咨询，以便更好地指导重新设计其项目和活动。根据感染者/病人群体的反馈，“美丽人生”开发了一系列综合的艾滋病防治服务，帮助感染者/病人更好地度过HIV感染的各个病程 - 包括HIV诊断、无症状期、从抗病毒治疗启动到持续抗病毒治疗（图7和图8）等。参与咨询过程的感染者/病人提出他们在不同病程面临的具体问题和改善建议，从而帮助“美丽人生”和医院改善其服务质量。

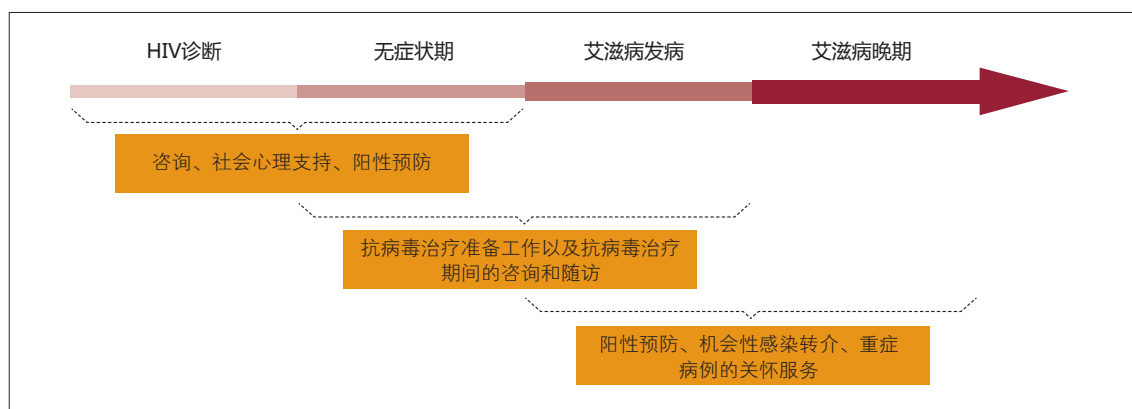


图7 “美丽人生”小组的工作流程



抗病毒治疗前	抗病毒治疗启动		抗病毒治疗期间	
检测和诊断	治疗和随访	其他服务	基础培训	持续支持
<ul style="list-style-type: none"> • 外展、咨询、转介 • 新发现的HIV阳性者的登记 • 艾滋病基本知识沙龙和培训，包括介绍社区可用资源 • 有关接受自身HIV感染状况的咨询 	<ul style="list-style-type: none"> • 随访咨询（与疾病预防控制中心和医院合作） • 抗病毒治疗启动研讨会 • 抗病毒治疗依从性培训 • 访视医院特护病房的病人 • 与医院住院部建立转介机制 • 机会性感染治疗转介 • 艾滋病数据库和病例管理 	<ul style="list-style-type: none"> • 对有特殊需求者（副作用、免疫系统丧失功能、儿童）的家访 • 与医院协调处理急性疾病 • 面向女性的特殊活动（心理和生理健康需求） 	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性疾病自我管理支持 • 阳性预防 • 营养管理座谈会 • 性病治疗培训和转介 	<ul style="list-style-type: none"> • 常规综合医疗检查（眼科、妇科、胃肠系统） • 病人需求专题小组 • 活动支持小组（体育、文化） • 定期病人访视 • 给病人和护理人员提供有关如何使用《关怀和支持手册》的培训

图8 “美丽人生”小组的服务详情

医院与社区组织之间在从诊断到治疗的不同阶段的密切协作详述如下：

- (a) HIV诊断 - 医院将新诊断的HIV感染者转介到“美丽人生”，建立感染者/病人对医院、疾控中心和社区组织所提供的艾滋病服务的信任。
- (b) 无症状期 - “美丽人生”同伴咨询员提醒感染者/病人到疾控中心接受定期的CD₄检测，以及到医院接受其他检查，确保及时启动抗病毒治疗。“美丽人生”与医院和当地疾控中心协作，举办抗病毒治疗培训班（小组同伴支持），帮助感染者/病人做好治疗前准备，同时建议有无保护性行为的感染者/病人使用安全套，以及鼓励性伴接受HIV检测。
- (c) 抗病毒治疗启动 - 当收到疾控中心和医院发出的感染者/病人需要开始抗病毒治疗的通知后，“美丽人生”同伴咨询员会给感染者/病人提供治疗支持，例如陪同感染者/病人到定点医院接受抗病毒治疗前检查，提供抗病毒治疗依从性咨询，提供有关如何处理副作用的信息，提供对MSM和感染者/病人提供友好服务的临床医生和医院的信息，方便出现机会性感染的感染者/病人更好地寻求治疗。
- (d) 持续抗病毒治疗 - “美丽人生”与对MSM和感染者/病人友好的综合医院和临床医生签订了协议，致力于提供无歧视的机会性感染/性病治疗。“美丽人生”同伴咨询员还根据需要提供持续的社会心理支持，尤其是针对病情严重和没有家庭支持的感染者/病人。



根据感染者/病人的反馈，医院和“美丽人生”还改变了以前服务时间和地点的不固定，开始遵循固定运作时间和服务点的原则。随着“美丽人生”和协作的医院提供更加可靠的常规艾滋病防治服务，更好地解决感染者/病人的实际需求，“美丽人生”的服务利用率翻了三番，管理的病例数从2008年50多例增加到了2011年近150例（由中盖项目的关怀指标“接受CD₄检测人数”作为衡量）。

总之，中盖艾滋病防治合作项目的经验表明，社区组织与综合医院之间的密切协作可以改善HIV病例发现和治疗支持服务，降低治疗退出率。不过，社区组织与医院之间的这种协作模式没有解决疾控中心无法及时提供随访服务的问题，这通常会导致服务对象失访和无法及时接受抗病毒治疗。下一节描述以医院为基础的服务模式，其中原本由疾控中心负责的随访服务被下放给医院和社区组织，最终形成一个从检测、治疗到预防的综合艾滋病防治服务链（项目“三位一体”模式），不仅能满足服务对象的社会和临床需求，而且还能实现政府的公共卫生目标。

3.3 疾病预防控制中心 + 医院 + 社区组织

3.3.1 全面整合医院综合服务

在中盖艾滋病防治合作项目中，有些项目点致力于建立当地疾控中心、医院和社区组织之间的创新协作方式，实现了将包括初筛和确认检测、CD₄检测、治疗、咨询和预防等所有艾滋病防治服务，整合到抗病毒治疗定点医院的“三位一体”理想模式。这种模式使得服务对象无需再去疾控中心接受HIV确认检测和CD₄检测，从而有效减少了失访和抗病毒治疗延误现象。此外，如果定点医院不具备专业知识来评估和治疗机会性感染，服务对象会被及时转介到其他综合医院接受机会性感染治疗。在这种以医院为基础的完全整合后的综合服务模式中，当地疾控中心会将一些病例管理职责（例如结果告知、流行病学调查和CD₄检测）转交给医院，由临床医生和社区组织负责执行。然后，当地疾控中心专门负责确认检测、公共卫生数据管理以及为医院和社区组织提供技术支持。北京佑安医院是在中国落实这种创新型“三位一体”综合协作方式的一个范例。

佑安医院是北京四所抗病毒治疗定点医院之一，早在1990年就收治了第一例艾滋病病人。1998年，佑安医院组建了“爱心家园”——中国最早成立的艾滋病病毒感染者社区组织之一，负责为在佑安医院进行治疗的感染者/病人提供社会心理支持。2007年，鉴于HIV阳性MSM的迅速增多，佑安医院建立了MSM社区组织“恬园”



小组，负责给HIV阳性的MSM提供关怀和支持。2008年参与中盖艾滋病防治合作项目后，佑安医院重点改善服务质量，致力于为MSM提供综合、全面的艾滋病防治服务。在佑安医院，MSM如今可以在同一个地方获得全面的艾滋病防治服务。各利益相关方在中盖艾滋病防治合作项目“三位一体”模式中的新角色和责任包括：

- 丰台区疾病预防控制中心 - 除了开展HIV确认检测以及给医院和社区组织提供关于阳性结果告知、服务对象保密性和医学随访的技术支持以外，丰台区疾病预防控制中心目前还负责与北京市其他区县疾控中心共享病例信息，以便确保艾滋病病人在迁移到北京市其他区县后仍能获得相关服务。此举显著降低了感染者/病人在北京市内流动导致的病例失访。
- 佑安医院的临床医生 - 除了一直负责提供抗病毒治疗以外，临床医生目前还负责为疾病预防控制中心HIV确认检测采集血样、告知HIV阳性确认结果（与社区组织同伴咨询员一起进行），以及开展流行病学调查和CD₄检测。通过让临床医生负责这些服务，不仅改善了感染者/病人的服务质量，而且提高了丰台区疾病预防控制中心的随访率。与以往一样，佑安医院的临床医生与社区组织密切合作，确保在开展临床服务（副作用和机会性感染的预防和治疗）的同时提供社区组织同伴咨询，以便满足服务对象的社会心理需求。
- 社区组织“爱心家园”和“恬园” - 在中盖艾滋病防治合作项目中，它们负责动员MSM接受检测和治疗支持。同伴外展工作者从MSM活动场所和互联网动员MSM到医院接受HIV检测。如果在医院的初筛结果为阳性，同伴咨询员会在现场提供社会心理支持并鼓励服务对象在医院采血，以便送疾控中心做确认检测。如果确认检测结果为阳性，同伴咨询员会与临床医生一起告知服务对象HIV阳性检测结果并提供咨询，解决服务对象的忧虑，例如向家人透露自己的同性恋身份和HIV感染状况。同伴咨询员还会与临床医生一起，给服务对象提供有关HIV/艾滋病和抗病毒治疗的教育，帮助服务对象为抗病毒治疗做准备。他们还会及时提醒服务对象到医院接受CD₄检测和其他常规健康检查。支持服务对象在抗病毒治疗期间提高治疗依从性、处理抗病毒治疗药物副作用、寻求机会性感染评估和治疗等服务。

基于丰台区疾病预防控制中心、佑安医院与社区组织“爱心家园”和“恬园”之间的这种新型合作模式，佑安医院的失访率降至10%以下，并且MSM服务对象可以在一个地方获得全面的、持续性艾滋病防治服务。这种协作方式的关键成功因素是：三个利益相关方都愿意对自己的服务进行回顾，以及制定出克服服务障碍的方法。



3.4 小结

中盖艾滋病防治合作项目针对中国MSM疫情大力促进疾病预防控制中心、医院和社区组织之间的密切协作，形成了“三位一体”服务模式下的五种新协作方式。这五种创新协作方式映照地方的疫情和政治环境，其中两种方式致力于推动疾病预防控制中心和社区组织之间的协作，还有两种方式推动医院和社区组织之间的协作，最后一种方式最接近于中盖艾滋病防治合作项目的理想模式，全面整合了当地疾控中心、医院和社区组织之间的协作。本报告介绍的这五种协作方式体现了现有的各类协作形式。每类协作都改善了服务对象对艾滋病防治服务的体验，从而增强了政府部门、临床医疗机构和社会组织通力协作所带来的公共卫生影响。

此外，中盖艾滋病防治合作项目推动了中国艾滋病防治服务的转变 - 从以单纯的诊断和治疗为中心转变为以服务对象为中心的更全面的服务模式，解决服务对象在HIV感染方面遇到的临床和社会心理问题。同样重要的是，MSM社区组织不再单纯负责艾滋病知识宣传和检测动员，它们作为主要利益相关方积极地参与整个艾滋病防治服务链。

4

项目成绩



在中盖艾滋病防治合作项目的推动下，疾控中心、医院和社区组织之间的密切协作已经取得了以下显著成绩：

4.1 服务利用率得到提高

当地疾控中心的绩效和公共卫生影响得到了大幅改善。首先，诊断出HIV阳性的MSM人数在四年的时间内增加了六倍，由2008年的646例增加到了2012年的4,536例。在符合抗病毒治疗条件的感染者/病人中，实际接受抗病毒治疗的人数增加了九倍，从2008年的1,284例增加到了2012年的12,850例。未接受抗病毒治疗者接受CD₄检测的人数增加了六倍，从2008年的3,576例增加到了2012年的24,838例，CD₄检测率从2008年的47.4%增加到了2012年的84.4%。未接受抗病毒治疗者的随访率从2008年的42.5%大幅攀升到了2012年的94.3%。

4.2 政府支持有所增加

除了地方卫生局和疾控中心以外，推动疾控中心、医院和社区组织之间密切协作的项目服务模式还获得了地方政府高层领导的关注。长沙市、南京市、沈阳市、天津市、武汉市、西安市、杭州市和重庆市市政府已经发布了官方政策，要求推广中盖艾滋病防治合作项目的“三位一体”协作方式，最终在当地提供全面的综合艾滋病防治服务。



4.3 社区组织的服务质量得到改善

在参与中盖艾滋病防治合作项目之前，绝大多数MSM社区组织都只局限于艾滋病知识宣传和安全套发放。中盖艾滋病防治合作项目将重点放在扩展检测和治疗服务上，而且对参与项目的社区组织采用了相应的绩效管理体系，第一次促使MSM社区组织不得不进行创新和发展，以便找到最佳的方式来加强检测和治疗服务给MSM社区带来的利益。在中盖艾滋病防治合作项目中，通过MSM社区组织提供的新服务包括HIV快速检测、确认检测结果告知、HIV阴性和HIV阳性MSM的预防咨询等。这些新的艾滋病防治服务要求对HIV和治疗服务拥有更多的知识，促使MSM社区组织不断提高同伴咨询员的知识和咨询技能。虽然许多MSM社区组织未能达到中盖艾滋病防治合作项目设定的这些要求，仍有许多MSM社区组织增强了自身能力，满足了项目工作的要求，较以前有了很大发展。他们已经强化了咨询技能，改善了与当地疾病预防控制中心和医院的合作关系，不仅实现了自身的目标，而且帮助实现了疾控中心的目标（包括政府和中盖艾滋病防治合作项目设定的目标）。社区组织在艾滋病防治工作中的参与已经从发放宣传册和安全套，转变为提供HIV检测和治疗支持。这种转变促使社区组织不断增强自身能力、扩展社区基础、提高知识和技能水平，从而能够作为平等的合作伙伴与当地疾病预防控制中心和医院开展协作。

5 挑战



虽然中盖艾滋病防治合作项目证明，可以通过当地疾控中心、医院和社区组织之间的协作来为MSM提供全面的综合艾滋病防治服务，并产生显著的影响，但中国政府在未来的艾滋病防治工作中仍然面临着一些需要考虑的重大挑战，尤其是MSM人群的艾滋病防治工作：

5.1 需要政策支持来促进综合医院的更广泛参与

本报告记录了综合医院可以在艾滋病防治服务链中，发挥病例发现（医务人员主动提供检测和咨询）和机会性感染治疗等方面的重要作用。但是，中国现行卫生体系基本上没有给综合医院参与艾滋病防治服务提供任何经费支持。虽然当前的全国医疗改革（包括医院）从长远来看会解决这个问题，但短期内需要国家和地方层次上提供更强有力的官方支持，从而更大程度地促进综合医院参与艾滋病防治服务。

5.2 需要政策支持来推动社区组织的注册

正如中盖艾滋病防治合作项目证实的那样，拥有坚实社区基础且能力卓越的社区组织不仅能与疾控中心和医院合作提供艾滋病防治服务（检测、治疗和预防），它们在实践中还拥有自身独特的优势，包括更好地理解目标群体的实际需求，有能力作为桥梁将政府服务推介到目标群体等，从而提高政府服务的有效性。但是，当前缺乏社区组织的注册机制，限制了社区组织为政府的艾滋病防治工作做出更大贡献的潜力。虽然政府目前正考虑从社区组织购买服务，但如果不能注册为合法实体，有能力的优秀社区组织将无法获得政府的工作经费支持。随着所有主要国



际资助方（包括中盖艾滋病防治合作项目）逐渐退出中国艾滋病防治工作领域，社区组织的正式注册更显得迫在眉睫。

5.3 加强以同伴为基础的社区组织能力建设

项目经验表明，社区组织的能力建设活动应该只针对那些承诺不论是否有外部经费支持都会满足目标群体实际需求的社区组织。随着中国社区组织的不断发展壮大，中盖艾滋病防治合作项目认识到到最有效和最高效的能力建设方法不再是通常的一次性讲座或现场考察。参与中盖艾滋病防治合作项目的社区组织报告说它们需要持续的同伴分享和一对一支持（可以在线完成，例如使用Skype）来解决实际问题，例如项目、人力资源和财务管理、以社区为基础的参与式策略规划和责任制定等。



参考文献

1. 佑安医院爱心家园“恬园工作组随访关怀和支持服务的介绍”（互联网报道，中文版）
2. 中盖艾滋病防治合作项目国家项目管理办公室（2011）“中盖艾滋病防治合作项目管理手册”（修订版）
3. 中盖艾滋病防治合作项目（2011）“中盖艾滋病防治合作项目 – 最佳实践”
4. 中盖艾滋病防治合作项目（2012）“中国卫生部-盖茨基金会艾滋病防治合作项目的介绍”
5. 丁雪、郝利俊、王毅、王芳（2009）“综合医院医务人员消除艾滋病歧视综合培训效果评价”，中国社会科学杂志，Vol. 26: - 1（中文版）
6. Jin FY, Prestage G, Law MG, Kippax S, Van de Ven P, Rawsthorne P, Kaldor JM, Grulich AE（2002）“Predictors of Recent HIV检测 in Homosexual Men in Australia. HIV Medicine, v3。”
7. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心、中盖艾滋病防治合作项目国家项目管理办公室（2011）“加强社区组织、疾病预防控制中心和医疗机构之间的协作，推动包括干预和动员、检测和咨询、治疗和关怀的综合服务模式”
8. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心、中盖艾滋病防治合作项目国家项目管理办公室（2012）“中国卫生部-盖茨基金会艾滋病防治合作项目2011年总结报告”
9. 国务院防治艾滋病工作委员会、联合国艾滋病规划署（2007）“中国艾滋病防治联合评估报告”
10. 清华大学（2010）“非政府组织参与艾滋病防治能力建设调查报告”
11. Zhang BC, Li XF, Shi TX, Yang LQ, Zhang JD（2002）“中国男男性接触者和双性恋者群体规模和HIV感染率初步估计值”，中国艾滋病性病杂志，卷8:4
12. WHO, UNICEF, UNAIDS（2009）“Toward Universal Access – Scaling up priority HIV/ AIDS Interventions in the Health Sector, Progress Report”