

**Унифицированное
руководство по организации
комплексной профилактики
ВИЧ-инфекции,
вирусных гепатитов В и С
среди уязвимых групп
населения
в гражданском секторе**



Руководство разработано по заказу Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Открытым Институтом Здоровья в рамках «Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» в 2007 году

Унифицированное руководство
по организации комплексной
профилактики ВИЧ-инфекции,
вирусных гепатитов В и С
среди уязвимых групп населения
в гражданском секторе

Москва
2007

В работе над данным документом принимали участие:

Кузнецова Ю. Е. — руководитель программ «Межсекторальное взаимодействие в области ВИЧ/СПИДа» и «Профилактика ВИЧ/СПИДа среди КСР», РОО «СПИД инфосвязь»

Борзунова Е. М. — директор, Региональный Некоммерческий Благотворительный Фонд «Томск-АнтиСПИД»

Бобрик А. В. — заместитель директора, Открытый Институт Здоровья

Доллен В. А. — программный менеджер, Открытый Институт Здоровья

Шилобреева И. В. — старший координатор, Открытый Институт Здоровья

Рецензенты:

Кириллова Л. Д. — главный врач, ГУЗ «Липецкий областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

Мусатов В. Б. — заместитель главного врача по лечебной работе, городская инфекционная больница №30 им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург

Карпец А. В. — врач психиатр-нарколог, доцент, Оренбургская Государственная медицинская академия

Унифицированное руководство по организации комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп населения в гражданском секторе. — Москва, 2007. — 160 с.

Оглавление

Предисловие.....	5
Список сокращений.....	7
ГЛАВА 1. Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков	8
Введение.....	8
Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков.....	11
ГЛАВА 2. Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату (КСР)	15
Введение.....	15
Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату (КСР).....	19
ГЛАВА 3. Программа профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди мигрантов	22
Введение.....	22
Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов.....	25
ГЛАВА 4. Программа профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди беспризорных/безнадзорных детей.....	27
Введение.....	27
Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди беспризорных/безнадзорных детей.....	30
ГЛАВА 5. Организация работы программ.....	33
Раздел 1. Унифицированные подходы к организации профилактических программ для уязвимых групп.....	33
Раздел 2. Кадровое обеспечение программы профилактики на примере подразделения программы снижения вреда	35
Раздел 3. Материальное обеспечение подразделений профилактических программ	38
Раздел 4. Информационное обеспечение программ	39

Раздел 5. Обучение персонала	42
Раздел 6. Управление программами	47
Раздел 7. Внутренний мониторинг и оценка работы	50
Раздел 8. Мониторинг и оценка программ	52
ГЛАВА 6. Формы организации и направления деятельности программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп	56
Раздел 1. Изучение нужд и потребностей, экспресс-оценка ситуации	56
Раздел 2. Аутрич-работа среди уязвимых групп населения.....	61
Раздел 3. Стационарный консультативный пункт.....	79
Раздел 4. Мобильный консультативный пункт	90
Раздел 5. Медицинская помощь в программах профилактики среди уязвимых групп	95
Раздел 6. Вовлечение равных консультантов в деятельность программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп	115
Раздел 7. Социальное сопровождение клиентов профилактических программ	120
ГЛАВА 7. Модели изменения поведения представителей уязвимых групп	123
ГЛАВА 8. Адвокация программ	133
Введение.....	133
Раздел 1. Организация адвокативных действий	134
Раздел 2. Принципы деятельности по защите общественных интересов.....	137
Приложения	143
Список литературы	153
Ресурсы интернет.....	159

Предисловие

В результате стремительного распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации с середины 1990-х годов сегодня в нашей стране официально зарегистрировано свыше 370 000 людей, живущих с ВИЧ. Согласно классификации Всемирной Организации Здравоохранения эпидемия ВИЧ/СПИДа в России находится в концентрированной стадии, когда основное число случаев заражения происходит среди наиболее уязвимых социальных групп. К уязвимым группам населения относятся те, которые из-за высокой распространенности рискованного поведения, маргинальности, отверженности, ограниченного доступа к системе здравоохранения и ряда иных социальных характеристик могут быть наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции. Наиболее типичными представителями таких уязвимых групп являются потребители инъекционных наркотиков (ПИН), лица, оказывающие сексуальные услуги за плату (КСР), трудовые мигранты, лица, находящиеся в местах лишения свободы, беспризорные/безнадзорные дети.

Учитывая концентрированную эпидемию ВИЧ/СПИДа в России, сегодня необходимо сосредоточение основных профилактических усилий именно среди уязвимых групп населения, что снижает риск передачи ВИЧ-инфекции как в пределах этих социальных групп, так и ограничивает дальнейшее распространение эпидемии в широкие слои населения. Однако эффективные программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения требуют особых подходов, которые нередко отличаются от традиционных моделей профилактики инфекционных заболеваний. Как правило, основными элементами их являются информирование и обучение снижению риска инфицирования, повышение мотивации представителей уязвимых групп к сохранению своего здоровья и здоровья своих близких, привлечение их к медицинским и социальным службам. Такая стратегия, соблюдающая необходимый баланс действенных традиционных методов и инновационных научно-обоснованных подходов, гарантирует успех и высокую эффективность в области контроля ВИЧ-инфекции, а также обеспечивает неотъемлемое право человека на охрану здоровья и медицинскую помощь согласно Конституции Российской Федерации и в соответствии с законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

В данном руководстве обобщен уникальный многолетний опыт реализации инновационных проектов, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции среди групп, наиболее уязвимых риску инфицирования ВИЧ, в том числе дается обзор нормативной документации, регулирующей деятельность

профилактических программ в реальных российских условиях. При разработке методических рекомендаций был широко использован опыт десятков регионов РФ, и по своей сути этот документ представляет собой систематизированную компиляцию лучших профилактических практик. Учитывая тот факт, что в последнее время в России реализуется целый ряд крупных проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом, авторы выражают надежду, что данный документ будет востребован в нашей стране.

Список сокращений

АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГ	Вирусные гепатиты
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
КСР	Коммерческий(ая) секс-работник(ца)
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МЗ	Министерство здравоохранения
МПОШ	Мобильный пункт обмена шприцев
МЮ	Министерство Юстиции
ОИЗ	Открытый Институт Здоровья
ООН	Организация Объединенных Наций
ПАВ	Психоактивные вещества
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПОШ	Пункт обмена шприцев
РФ	Российская Федерация
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СПОШ	Стационарный пункт обмена шприцев
ЦГ	Целевая группа
ЭОС	Экспресс-оценка ситуации

ГЛАВА 1. Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков

Введение

В настоящее время инъекционный путь употребления наркотиков по-прежнему является ведущим в распространении ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов. Основная часть передачи ВИЧ половым путем также косвенно связана с употреблением наркотических веществ, так как отмечается, главным образом, среди половых партнеров наркопотребителей — их жен, мужей или партнеров по гражданским бракам. Подавляющее число случаев вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку также происходит среди женщин наркопотребителей или женщин половых партнеров наркопотребителей. Всё это подчеркивает ключевую роль, которую по-прежнему играют потребители внутривенных наркотиков в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов В и С в России, и указывает на необходимость полноценных, комплексных профилактических программ, направленных на ограничение распространения данных инфекций из целевой группы ПИН в основное население.

Эффективная борьба с ВИЧ-инфекцией требует подходов и стратегий, отличающихся от традиционных моделей профилактики инфекционных заболеваний, поскольку вакцины против ВИЧ-инфекции до сих пор не существует, а новые случаи инфицирования в основном происходят в результате деятельности, скрытой от посторонних глаз и не поддающейся простым запретам.

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения и Совета Европы, адекватная профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков должна включать в себя последовательные и согласованные усилия по следующим направлениям:

1. Информирование и обучение наркопотребителей по снижению риска инфицирования.
2. Предоставление стерильного инъекционного оборудования, что в свою очередь подразумевает доступ к бесплатным шприцам, дезинфектантам и утилизацию использованного инструментария.
3. Обеспечение свободного доступа ПИН к медицинским и социальным службам.
4. Аутрич-работа для доступа к целевой группе потребителей наркотиков.

Этот комплекс мероприятий, нередко определяемый термином «снижение вреда от употребления наркотиков» или «программа снижения вреда», базируется на прагматичном подходе, который признает, что несмотря на многолетние попытки, не удалось разработать эффективное вмешательство, которое может искоренить наркопотребление. Поэтому уже сейчас необходимо уменьшение вредных последствий употребления наркотиков, не ставя в виде предварительного условия отказ потребителей от приема психоактивных веществ.

Внедрение программ снижения вреда абсолютно во всех странах воспринималось далеко не однозначно из-за опасений, что доступность шприцев будет воспринята как потворство противозаконному поведению и повлечет за собой рост количества наркоманов. Поэтому из-за противоречивых мнений эти программы были тщательно и детально изучены во многих странах. Несколько десятков хорошо организованных исследований подтвердили, что:

1. Программы снижения вреда не способствуют распространению наркомании в целом и инъекционного употребления наркотиков в частности, так как направлены исключительно на лиц, уже употребляющих инъекционные наркотики.
2. Среди клиентов программ снижается распространенность наиболее рискованных сексуальных и инъекционных практик.
3. Программы снижения вреда зарекомендовали себя как высокоэффективный способ профилактики ВИЧ-инфекции.
4. Проекты увеличивают безопасную утилизацию использованных, потенциально зараженных шприцев, что значительно сокращает количество случайных уколов брошенными иглами среди населения.
5. Данные проекты не препятствуют проведению других программ борьбы с наркопотреблением, так как снижение вреда — это одна из трех составляющих работы по контролю за наркотиками; другие два компонента — это прерывание поставок наркотиков и сокращение спроса на психоактивные вещества.
6. Программы снижения вреда окупают затрачиваемые на них средства, так как один случай ВИЧ может быть предотвращен за малую часть цены медицинского ухода за инфицированным.

Учитывая наличие в России двойной эпидемии ВИЧ и наркотизации, а также руководствуясь рекомендациями ВОЗ, Совета Европы, программы ООН по борьбе со СПИДом (ЮНЭЙДЗ) и агентства ООН по контролю за наркотиками (UNDCP), в 1998 году в России началась реализация комплексной программы под названием «Профилактика ВИЧ-инфекции

среди потребителей внутривенных наркотиков». В 2001 году эта деятельность была поддержана Министерством Великобритании по международному развитию. С 2003 года данная работа продолжается Открытым Институтом Здоровья (ОИЗ). В течение всех этих лет деятельность по снижению вреда тесно координировалась с федеральными структурами, в первую очередь с отделом профилактики ВИЧ/СПИДа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. К настоящему времени в разных регионах России ОИЗ поддерживает более 25 проектов по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков, которые предоставляют достаточно универсальный базовый комплекс профилактических услуг. Около половины из этих проектов снижения вреда реализуются государственными организациями (СПИД-центры, наркологические диспансеры), другая половина — негосударственным некоммерческим сектором.

Безусловно, одну из ведущих ролей в распространении эпидемии ВИЧ и вирусных гепатитов В и С играют и поведенческие особенности потребителей инъекционных наркотиков, обусловленные их социально-психологическими особенностями, повышенной уязвимостью по сравнению с другими представителями общества. Наркомания продолжает оставаться недугом, болезнью, а человек, потребляющий инъекционные наркотики, — соответственно, больным. В силу этапности развития своей болезни ПИН постепенно начинает испытывать все более сильные страдания от своей наркотической зависимости (что вначале не воспринималось как зависимость), изменяется состояние организма и жизненно важных функций, что вызывает потерю трудоспособности, дисморфию личности.

Подобные изменения приводят к выраженным социопатическим состояниям — развиваются различные фобии перед гражданскими и социальными институтами общества, утрачивается привычный круг общения, вплоть до полной его замены на ПИН. При этом у потребителя инъекционных наркотиков на первое место в шкале жизненно важных нужд выходит получение желаемой дозы инъекционного наркотика, как следствие — потеря денег, документов, склонность к совершению противоправных действий. Усугубляет ситуацию крайне негативное отношение в обществе к потребителям инъекционных наркотиков. Больной пытается всячески скрывать факт своей зависимости, что затрудняет оказание ему своевременной помощи.

Потребители инъекционных наркотиков часто попадают в сферу внимания правоохранительных органов в связи с потреблением ПАВ, совершением противоправных действий. Типична ситуация, когда потребление инъекционных наркотиков является причиной заключения в места лишения свободы, где ситуация значительно усугубляется.

Следует иметь в виду при организации работы проектов и программ по профилактике ВИЧ и гепатитов В и С, что потребители инъекционных наркотиков — крайне замкнутая социальная группа и труднодоступная для традиционной системы здравоохранения, практически недоступная для государственных организаций. Метод аутрич-работы позволяет не только установить контакт с потребителями инъекционных наркотиков, но и дает возможность изменить модель поведения ПИН на наиболее безопасную в плане распространения эпидемии.

В связи с этим важным шагом по предотвращению распространения эпидемии ВИЧ, вирусных гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков является деятельность программ снижения вреда от употребления наркотиков, где ПИН получают возможность обмена инструментария, получения информационных и других профилактических услуг. Кроме этого, программы снижения вреда обеспечивают доступность медицинских, социальных и психологических сервисов для потребителей инъекционных наркотиков.

Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков

1. Определение. Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (далее Программа) — это комплекс мероприятий, предпринимаемых государственными и негосударственными организациями на определенной территории, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции и распространению вирусных гепатитов В и С, включающих программы снижения вреда для индивидуума и общества, связанного с инъекционным употреблением наркотиков. Программа снижения вреда — (далее ПСВ) — это скоординированная работа государственных и негосударственных организаций на определенной территории, использующих низкопороговые технологии привлечения скрытых групп ПИН для уменьшения вредных последствий инъекционного употребления наркотиков.

2. Основная цель Программы — сдерживание темпов распространения ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов в среде ПИН и перехода эпидемии ВИЧ-инфекции из популяции ПИН в широкие слои населения.

3. Задачи Программы:

- создание комплексного межсекторального взаимодействия государственных и негосударственных организаций по внедрению и реализации Программы;

- организация и проведение среди ПИН целенаправленной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью при употреблении инъекционных наркотиков без медицинского назначения;
- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;
- установление и поддержание контакта с ПИН, в том числе и со скрытыми популяциями;
- установление и поддержание контактов с окружением ПИН (родители, родственники, половые и наркотические партнеры);
- повышение охвата профилактической работой новых популяций ПИН;
- привлечение скрытых групп ПИН путем аутрич-работы, созданием волонтерских сетей из числа ПИН, обучением равных консультантов из числа ПИН;
- привлечение и формирование приверженности ПИН к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально значимых болезней, и к службам, оказывающим социальную помощь и реабилитацию;
- организация облегченного доступа к медицинской помощи для ПИН, включающей как тестирование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С, ИППП и другие заболевания, так и диспансеризацию/лечение этих заболеваний;
- обеспечение ПИН доступа к стерильному инъекционному инструментарию и другим профилактическим средствам для снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией, ИППП, другими гемоконтактными заболеваниями;
- профилактика среди ПИН вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), туберкулеза, септических заболеваний, передозировок и др. путем воздействий, направленных на развитие навыков безопасного поведения ПИН в отношении сохранения личного и общественного здоровья;
- профилактика полового и вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-инфицированных женщин ПИН фертильного возраста; профилактика социального сиротства; профилактическая работа с семьями;
- создание условий в общественной среде, способствующих предотвращению негативных последствий для здоровья, связанных с инъекционным употреблением наркотиков;
- проведение обмена шприцев/игл с последующей утилизацией использованных инъекционных инструментов, распространение презервативов и других материалов защиты, а также профилактической литературы;

- установление и поддержание тесных партнерских отношений со смежными и медицинскими, и социальными службами;
- изучение поведенческих рисков ПИН, влияния на них различных факторов с целью планирования и модификации профилактических воздействий.

4. Целевые группы Программы:

- ПИН, состоящие и не состоящие на учете в наркологических службах;
- ПИН, оказывающие сексуальные услуги за плату (коммерческие секс-работники);
- ВИЧ-инфицированные ПИН и люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ);
- половые партнеры ПИН и ЛЖВ.

5. Группы опосредованного воздействия Программы:

- медицинские работники (врачи-инфекционисты, наркологи и т. д.);
- сотрудники правоохранительных органов;
- сотрудники органов социального обеспечения;
- журналисты;
- широкие слои населения;
- представители законодательной и исполнительной власти;
- члены семей ПИН/КСР/ЛЖВ.

6. Структурные компоненты Программы:

- программа снижения вреда (СВ) от употребления наркотиков;
- программа медико-социальной специализированной помощи ПИН;
- информационное, техническое и адвокативное обеспечение Программы;
- обучение сотрудников Программы и групп опосредованного воздействия;
- органы управления Программой.

Программа основывается на рекомендациях ВОЗ по проведению профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН («Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков», 1997 г.), включающих:

- информационную работу и образование широких слоев населения;
- обеспечение доступности социальных и медицинских служб для ПИН;

- активную информационную и образовательную работу по вопросам ВИЧ/СПИДа и вопросам здоровья среди ПИН;
- обеспечение ПИН стерильными инструментами для инъекций и дезинфицирующими средствами.



Рис. 1. Пример структуры Программы в городе с численностью населения 500 тыс. чел.

Исключением является предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию, т.к. в настоящее время проведение заместительной терапии в РФ невозможно, согласно действующему законодательству.

ГЛАВА 2. Профилактика ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату (КСР)

Введение

Не существует единого термина, с помощью которого можно было бы адекватно описать все виды отношений, происходящих во всем мире в сфере секс-бизнеса. Наиболее подходящий термин для описания секс-бизнеса можно найти только с учетом местных условий. По мере развития отношения общества к данному явлению это определение может меняться. В первую очередь необходимо отразить, что сами работники секс-бизнеса думают о своей роли в этой деятельности. Однако следует отметить, что большинство секс-работников себя таковыми не считают и рассматривают этот вид деятельности как временный.

Секс-бизнес можно классифицировать как «формальный» — или организованный, и «неформальный» — неорганизованный. Как правило, организованный секс-бизнес предполагает, что секс-услуги предоставляются в специальных заведениях, руководители которых (или сутенеры) имеют четко определенные административные обязанности или выступают посредниками между работниками секс-бизнеса и клиентами.

Наиболее компромиссным определением секс-бизнеса представляется «взрослые и молодые женщины, мужчины и транссексуалы, которые получают деньги или товары в обмен на сексуальные услуги на постоянной или непостоянной основе и могут осознанно считать или не считать эту деятельность источником дохода».

Кроме того, термин «секс-работник» более популярен, чем «проститутка». Люди, вовлеченные в этот вид деятельности, считают такой термин менее позорным, а также думают, что упоминание слова «работник» в этом контексте лучше отражает их деятельность¹.

Терминологически секс-работники обычно определяются как лица с высоким уровнем половой активности, предоставляющие сексуальные услуги за деньги или предметы, являющиеся денежным эквивалентом, например, наркотики. Сравнительно высокий показатель частоты смены половых партнеров дает основание предположить, что секс-работники более уязвимы

¹ Профилактика ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, среди работников секс-бизнеса в Восточной Европе и Центральной Азии, коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика», 2006.

в отношении инфицирования ВИЧ и другими ИППП, а в случае заражения они с большей вероятностью могут передавать заболевания, чем лица, имеющие меньшее число половых партнеров. На протяжении многих столетий секс-работники рассматривались как источник венерических заболеваний, что часто приводило к их дискриминации, однако не решало проблему распространения заболеваний в должной мере. Современный подход к изучению распространения ИППП основывается на том, что небольшое число людей, имеющих многочисленных половых партнеров, могут быть отнесены к так называемой ядерной группе, которая играет несоизмеримую роль в процессе передачи инфекции.

Степень перемешивания лиц в группах с высокими показателями смены половых партнеров, таких как секс-работники, с группами, характеризующимися относительно низкими показателями смены половых партнеров, оказывает важное воздействие на профиль распространения инфекции.

По мнению отечественных специалистов, реализация эпидемиологического распространения ИППП в России происходит по следующей схеме. В эпидемиологическом центре очага находятся представители ядерных групп — потребители инъекционных наркотиков, люди, оказывающие сексуальные услуги за плату, мужчины, практикующие секс с мужчинами. Именно здесь происходит хранение инфекции и воспроизводство больных. Следующий уровень — пользователи (клиенты, сексуальные партнеры), которые могут включать широкий круг людей. И, наконец, третий уровень представлен их женами, мужьями, близкими, детьми и случайными знакомыми.

К настоящему времени также хорошо изучены общие детерминанты распространения ВИЧ-инфекции и других ИППП. Эти детерминанты могут быть разделены на следующие категории:

1. Физиологическое микроокружение (биологические особенности) — наличие ИППП, pH влагалища; гормональные особенности; иммунологические особенности, в том числе наличие ВИЧ-инфекции.

2. Поведенческое/персональное окружение — сексуальное поведение:

- возраст сексуального дебюта, число сексуальных партнеров, выбор половых партнеров, виды сексуальной практики;
- употребление психоактивных средств;
- поведение, направленное на сохранение здоровья.

3. Социокультурное макроокружение:

- социоповеденческие, социодемографические особенности: общественные сексуальные нормы, поведенческие нормы и доверие к общественному

здоровью, стереотипы относительно ИППП, возрастная структура населения, половой дисбаланс, урбанизация, миграционные процессы;

- политические факторы: особенности работы инфраструктуры общественного здравоохранения, политические конфликты, политика ограничений;

- эпидемиологические особенности: диагностика и лечение ИППП, профилактические технологии, распространенность ИППП;

- социоэкономические особенности, в том числе уровень материальных доходов, половое неравенство, коммерческий секс.

По мнению исследователей, одним из ведущих эпидемиологических факторов, определяющих значительный рост инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в России является активизация путей передачи инфекции. Этот механизм начал реализовываться в полной мере с появлением массивных контингентов лиц, занимающихся секс-бизнесом, или проституцией.

По данным скринингового исследования, проведенного РОО «СПИД инфосвязь» в 10 регионах России в рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006 году, средний возраст секс-работников составляет 23,3 года, для большинства из них характерен ранний возраст полового дебюта — 16 лет, вовлечение в занятие проституцией — в возрасте 18-19 лет. Около 19% опрошенных являются потребителями инъекционных наркотиков. Из потенциальных рисков заражения ВИЧ/ИППП следует отметить:

- Отказ в использовании презерватива с некоммерческим сексуальным партнером в 53% случаев, притом что около 60% КСР не имеют постоянного сексуального партнера.

- В случае отсутствия презерватива на момент сексуального контакта 85,6% секс-работников практикуют опасный с точки зрения заражения секс.

- Примерно 42% КСР имеют заболевания мочеполовой системы, лидирующие позиции по которым занимают заболевания воспалительного и эрозивного характера, что значительно увеличивает риск передачи ВИЧ/ИППП в случае незащищенного контакта.

- Секс-работники имеют большое количество клиентов — в среднем 3—5 клиентов в день. Сравнительно высокий показатель частоты смены половых партнеров дает основание предположить, что секс-работницы более уязвимы в отношении инфицирования, а в случае заражения они с большей вероятностью могут передавать заболевание, чем лица, имеющие меньшее число половых партнеров.

По данным экспресс-оценки, проведенной Открытым Институтом Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС (Глобальное объединение усилий против СПИДа), заболеваемость ВИЧ-инфекцией в среде секс-работников, употребляющих внутривенные наркотики, составляет 11,5%, что более чем в 2 раза выше, чем в среде ПИН (5,3%) и в 19 раз выше, чем среди КСР, не являющихся ПИН (0,6%). Таким образом, группа КСР-ПИН является наиболее уязвимой в отношении ВИЧ-инфекции, и на этой группе необходима максимальная концентрация услуг профилактических программ.

По результатам данных исследований можно сделать следующие выводы и дать некоторые замечания рекомендательного характера, существенные для работы проектов и программ по профилактике ВИЧ/ИПП среди КСР:

- Высокий уровень использования презервативов секс-работниками при коммерческих половых контактах является необходимым условием сдерживания распространения ВИЧ-инфекции половым путем в общей популяции. Необходимо продолжать работу по пропаганде использования презервативов среди секс-работников, в т. ч. при некоммерческих сексуальных контактах, а также предусмотреть возможность для распространения профилактической информации через секс-работников их клиентам.

- Необходимо проводить медицинский и поведенческий скрининг секс-работников, совершенствовать процедуры проведения скрининга, позволяющие проводить сплошное обследование на ИППП, включая ВИЧ, КСР, обратившихся в медицинские учреждения.

- С целью совершенствования качества консультирования и повышения охвата тестированием на ВИЧ клиентов проекта необходимо обучение специалистов медицинских учреждений, на базе которых создаются кабинеты доверенных врачей, до- и послетестовому консультированию с учетом социально-психологических особенностей представителей данной целевой группы.

- Также необходимо для достижения вышеуказанной цели оптимизировать процесс проведения тестирования, а именно обеспечить анонимность в момент сдачи крови в процедурном кабинете медицинского учреждения. Соблюдение данного принципа необходимо на всех этапах обращения клиентов программы — обращение на консультацию к доверенному специалисту, заполнение медицинской карты, направление и сопровождение в процедурный кабинет, сообщение диагноза, последующее лечение, контроль излеченности. Таким образом, повышается возможность сплошного охвата всех секс-работников, обратившихся в кабинеты доверенных врачей.

- Обеспечение доступа к лечению, как одного из необходимых компонентов программ по снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, является наиболее

сложной задачей для организаций, реализующих комплексные программы профилактики среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

- В целях повышения эффективности комплексных программ по профилактике и лечению инфекций, передаваемых половым путем, у лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, необходима разработка с учетом специфики данной целевой группы оптимальных подходов к диагностике, лечению и экстренной профилактике ИППП.

Профилактика является основной формой ответа общества на распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа, а люди, предоставляющие сексуальные услуги за плату, — целевая группа для программ профилактики ВИЧ/ИППП. Профилактика ВИЧ/ИППП среди работников коммерческого секс-бизнеса требует применения трехуровневого подхода:

- профилактика вовлечения в секс-бизнес (особое внимание должно уделяться мигрантам и беспризорным/безнадзорным детям);
- защита людей, вовлеченных в секс-бизнес;
- помощь тем, кто решил выйти из секс-бизнеса.

Однако, если первый и третий уровень представляют собой скорее социальные задачи, то оказание профилактической помощи людям, вовлеченным в коммерческий секс, — непосредственно проекты и программы профилактики ВИЧ/ИППП.

Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату (КСР)

1. Определение. Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди КСР (далее Программа) — это комплекс мероприятий, направленных на профилактику, лечение и оказание социально-психологической помощи, а также программы снижения вреда (ПСВ), направленные на снижение негативных последствий для индивидуума и общества, связанных с предоставлением сексуальных услуг за плату.

2. Основная цель Программы — предотвращение распространения ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, а также лиц, составляющих близкое окружение КСР, и их клиентов.

3. Задачи Программы:

- создание комплексного межсекторального взаимодействия государственных и негосударственных организаций по внедрению и реализации Программы;

- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;
- организация и проведение среди уязвимых групп целенаправленной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП, с привлечением равных консультантов;
- привлечение и формирование приверженности КСР к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально значимых болезней, и к службам, оказывающих социальную помощь, ресоциализацию и реабилитацию;
- организация облегченного доступа к медицинской помощи для КСР, включающей как тестирование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, ИППП и другие заболевания, так и диспансеризацию/лечение этих заболеваний;
- обеспечение КСР доступа к качественным презервативам и другим профилактическим средствам для снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией, ИППП;
- профилактика полового и вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от КСР с положительным ВИЧ-статусом;
- изучение поведенческих рисков КСР, влияния на них различных факторов, с целью планирования и модификации профилактических воздействий;
- установление и поддержание тесных партнерских отношений со смежными и медицинскими, и социальными службами;
- создание условий в общественной среде, способствующих предотвращению распространения ВИЧ/ИППП за счет использования безопасных сексуальных практик.

4. Целевые группы Программы:

- люди (женщины, мужчины, транссексуалы), оказывающие сексуальные услуги за плату;
- люди, живущие с ВИЧ, оказывающие сексуальные услуги за плату;
- потребители инъекционных наркотиков, оказывающие сексуальные услуги за плату.

5. Группы опосредованного воздействия Программы:

- медицинские работники (врачи-инфекционисты, дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, наркологи и др.);
- сотрудники правоохранительных органов;
- сотрудники органов социального обеспечения;

- журналисты;
- широкие слои населения;
- представители законодательной и исполнительной власти;
- члены семей КСР/ЛЖВ;
- юристы;
- психологи, социальные работники.

6. Структурные компоненты Программы:

- информационно-методическое, техническое и адвокативное обеспечение Программы;
- сеть доверенных специалистов медицинского и социально-психологического профиля;
- обучение сотрудников Программы и групп опосредованного воздействия;
- органы управления Программой.



ГЛАВА 3. Программа профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди мигрантов

Введение

В настоящее время, в условиях стремительного развития экономики, расширения сферы производства товаров и услуг, Россия является страной, привлекательной для притока рабочей силы из стран СНГ и дальнего зарубежья, как легально, так и нелегально. Областные центры с развитой инфраструктурой сферы торговли, услуг, строительства, со сравнительно высоким уровнем заработной платы также являются местом сосредоточения и пунктом перераспределения большого количества мигрантов. По различным данным, ежегодно приток мигрантов в Россию составляет около 300 000 человек, а количество находящихся на территории России — от 700 000 человек (по официальной статистике) до 8–12 млн человек — по неофициальной статистике.

Все лица, въезжающие на территорию Российской Федерации сроком более чем на 3 месяца, должны получить сертификат «Об отсутствии ВИЧ-инфекции», отсутствие которого не позволит придать легитимный статус пребыванию мигранта в России.

Разрешение на временное проживание, вид на жительство в РФ иностранному гражданину не выдаются, а ранее выданные разрешение или вид на жительство аннулируются, если данный иностранный гражданин «не имеет сертификата об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»². При подаче заявления на получение разрешения на временное проживание или вида на жительство, иностранный гражданин должен предоставить ряд документов, в том числе сертификат об отсутствии у него (членов его семьи) ВИЧ-инфекции³. Кроме этого, российская виза на въезд в РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в РФ на срок свыше трех месяцев выдается только при предоставлении сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции⁴. Данные нормы на сегодняшний день носят императивный (не допускающий отступлений) характер.

² Ст. 7 и 9 Федерального закона (ФЗ) «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

³ Постановление Правительства РФ №789 от 1 ноября 2002 года «Об утверждении положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание».

⁴ Ст. 10 ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Основанием отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание или вида на жительство иностранным гражданам и лицам без гражданства является наличие у данных лиц ВИЧ-инфекции⁵.

Если при оформлении документов будет установлен факт ВИЧ, то будет немедленно инициирована процедура депортации мигранта и запрет посещать Россию в течение 5 лет, о чем будет сделана соответствующая отметка в документах. Трудовые мигранты, знающие о своем положительном ВИЧ-статусе, часто скрывают его, чтобы максимально продлить срок своего пребывания в РФ. Для большей части мигрантов основной причиной пребывания в РФ является возможность получения заработка, что во многом определяет их поведение в отношении других сфер жизни — в заботе о собственном здоровье, условиях жизни и труда. Забота о своем здоровье не является приоритетом.

Проблема миграции в таком масштабе является для страны новой. Новой является и ее взаимосвязь с проблемой эпидемии ВИЧ-инфекции. Это делает мигрантов целевой группой для программ по профилактике ВИЧ, чего не зафиксировано в предыдущее десятилетие.

Мигранты уязвимы в плане охраны здоровья и профилактики ВИЧ/ИППП в силу ряда причин:

- незнание или плохое владение русским языком;
- низкий уровень образования (характерен для людей, нанимаемых на строительство объектов, нелегальных мигрантов и лиц, занимающихся попрошайничеством);
- низкий уровень знаний о путях передачи и профилактики ВИЧ-инфекции.

Так, результаты ЭОС среди мигрантов, проведенной ОИЗ в 2007 году в пяти городах РФ, в ходе которой были опрошены 500 мигрантов, свидетельствуют о том, что 41% опрошенных полагают, что ВИЧ может передаваться через укус комара, 34% считают, что ВИЧ передается через использование общей посуды, и такая же доля полагает, что ВИЧ передается через кашель и чихание.

- незнание законов и определяемых ими прав иностранных граждан на территории РФ;
- вовлечение женщин-мигранток в сексуальную эксплуатацию;

⁵ Ст. 7 и 9 Федерального закона от 25 июля 2002 года №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ», а также в Постановлении Правительства РФ №188 от 2 апреля 2003 года.

- отсутствие и/или невозможность получения информации о профилактике социально значимых заболеваний, доступном медицинском, психологическом и социальном сервисе для граждан, находящихся на территории РФ.

Особенностью бизнеса секс-услуг в Москве и нескольких других крупных городах является вытеснение женщин-резидентов женщинами-мигрантами с рынка потребления секс-услуг. Но второй особенностью является изолированность, усиленная такими факторами как:

- незнание языка;
- отсутствие документов;
- наличие жесткого контроля со стороны криминального этнического сообщества.

Следует отметить, что данная тенденция характерна преимущественно для Москвы.

В остальных регионах коммерческие секс-работники представлены в основном резидентами или приезжими из районов области или сопредельных регионов. Основная группа мигрантов представлена людьми, работающими на стройках и предприятиях.

К положительным моментам следует отнести то, что мигранты-рабочие стремятся придать своему нахождению в стране законный статус, однако их возможности существенно ограничены языковым барьером и социокультурной изолированностью.

Деятельность Программы профилактики ВИЧ среди мигрантов должна быть ориентирована прежде всего на установление доверительных отношений с целевой группой, преодоление недоверия и страха со стороны представителей ЦГ. Так как значимым препятствием для реализации программы является языковой барьер, то необходимо как можно активнее и эффективнее привлекать равных консультантов из представителей ЦГ.

Работа равных консультантов в программах по профилактике ВИЧ/ИППП среди мигрантов имеет особо важное значение, так как эти люди говорят на том же языке, что и целевая группа, являются представителями той же национальности, знают культурные и бытовые особенности группы, что в значительной мере повышает доверие к ним и распространяемой через них информации.

В этой связи необходимы комплексные программы профилактики ВИЧ/ИППП, доступные (низкопороговые) медицинские и социальные сервисы, предоставляющие услуги по диагностике и лечению, социальные учреждения, оказывающие помощь в восстановлении прав, распространяемых

на иностранных граждан на территории России. А также широкомасштабная работа по привлечению и мотивированию мигрантов на обращение в эти учреждения.

Следует отметить, что деятельность программы по профилактике ВИЧ среди мигрантов может претерпеть существенные изменения, если будет изменено Российское законодательство в сторону гуманизации отношения к ВИЧ-позитивным иностранным гражданам, особенно гражданам СНГ; а также при изменении закона будут учтены права семьи и ребенка.

В настоящий момент при поддержке Открытого Института Здоровья в нескольких регионах России реализуется пилотная Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов. Деятельность этих проектов даст неоценимый опыт и практическую базу для создания проектов подобного рода в других областях и регионах. Основной целевой группой проектов являются трудовые мигранты, как наиболее доступная и многочисленная группа в условиях реализации новой стратегии профилактики среди новой целевой группы.

Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов

Цель Программы:

Противодействие распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов В и С среди трудовых мигрантов на территории Российской Федерации через предоставление достоверной информации по ВИЧ/СПИДу и о доступных медицинских и социально-психологических услугах.

Задачи Программы:

- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;
- повышение уровня знаний мигрантов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С, ИППП;
- развитие социальных навыков, необходимых в условиях пребывания на территории России;
- оказание психологической поддержки;
- привлечение целевой группы к получению услуг Программы;
- привлечение целевой группы и формирование приверженности к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально значимых болезней, и к службам, оказывающим социальную помощь;

- профилактика полового и вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от женщин мигрантов с положительным ВИЧ-статусом;
- обучение и сопровождение деятельности равных консультантов;
- изучение поведенческих рисков целевой группы, влияния на них различных факторов, с целью планирования и модификации профилактических воздействий;
- установление и поддержание тесных партнерских отношений со смежными и медицинскими, и социальными службами.

Целевые группы Программы:

Мигранты из стран СНГ и других зарубежных стран, работающие в различных сферах в городах РФ.

Опосредованные целевые группы и их роль в реализации Программы:

1. Территориальное Управление Роспотребнадзора — консультативная и методическая помощь, предоставление сотрудников для проведения тематических лекций в организованных группах мигрантов на предприятиях, предоставление статистической информации сотрудникам Программы.
2. Региональный центр по профилактике и борьбе со СПИДом и ИЗ — диагностика, консультативная и методическая помощь.
3. Кожно-венерологические диспансеры — диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем.
4. Правозащитные организации — консультативная помощь.
5. Ассоциация национально-культурных организаций — консультативная помощь, помощь при разработке информационных материалов, участие добровольцев в деятельности по проекту.
6. Центр социально-правовой защиты иностранных граждан — консультативная помощь, помощь при разработке информационных материалов, участие добровольцев в деятельности по проекту.
7. Миграционная служба субъектов РФ — предоставление статистических данных о численности легальных мигрантов, география и специализация трудовой активности, распространение информационно-профилактических материалов для вновь прибывших мигрантов.
8. Религиозные организации — помощь в обеспечении доступа к целевой группе, платформа для размещения адаптированных информационных материалов, справочной информации, использование существующих услуг религиозных общин, например, помощь в оформлении документов, в получении медицинского сервиса.

9. Владельцы и руководители фирм и организаций, использующих труд мигрантов, — приглашение к сотрудничеству в реализации Программы, привлечение в качестве сотрудников/консультантов Программы, помощь в обеспечении доступа к целевой группе.

10. Владельцы точек «национального» общественного питания — приглашение к сотрудничеству в реализации Программы, привлечение в качестве сотрудников/консультантов Программы, помощь в обеспечении доступа к целевой группе.

Функционирование программы:

График и тематика проводимых профилактических семинаров/лекций/акций и консультаций специалистов зависят от потребностей клиентов Программы, возможностей работодателя в случае проведения организованных профилактических мероприятий на базе трудовой деятельности мигрантов, а также графика и тематической направленности культурных национальных мероприятий.

По мере развития работы Программы категория привлеченных организаций и лиц меняется от опосредованной целевой группы — до участников, консультантов, союзников по адвокативной деятельности.

ГЛАВА 4. Программа профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С среди беспризорных/безнадзорных детей

Введение

С началом перестройки в прошлом веке Россия вступила в эпоху социальных катаклизмов, бурного политического и экономического изменения жизни общества. Ряд локальных вооруженных конфликтов, распад Советского Союза вызвали серьезные изменения в демографической ситуации. Резко усилилось социальное неравенство, возросла смертность среди населения. Все эти процессы неизбежно привели к тому, что уровень социальной напряженности в обществе значительно возрос, что, в свою очередь, привело к обострению ситуации с положением детей, как самой уязвимой части этого общества.

За последние два десятилетия Россия столкнулась с проблемой беспризорности/безнадзорности детей, которая в Советском Союзе считалась решенной. По разным оценкам, на улицах городов находится от 300 000

до 1,5 млн беспризорных/безнадзорных детей, так называемых уличных детей. Столь существенная разница в оценке численности этой уязвимой части населения связана с тем, что подсчет затруднен из-за закрытости групп, отсутствия документов, нежелания правоохранительных органов признавать эту проблему, невнимания со стороны органов местной власти, наличия в обществе стереотипов и предрассудков по отношению к беспризорникам.

Определения представителей группы:

Безнадзорный — несовершеннолетний, контроль за поведением которого отсутствует вследствие неисполнения или ненадлежащего исполнения обязанностей по его воспитанию, обучению и (или) содержанию со стороны родителей или иных законных представителей либо должностных лиц⁶.

Беспризорный — безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания⁷.

Причины беспризорности и безнадзорности:

- смерть одного или обоих родителей;
- зависимость родителей ребенка от алкоголя и наркотиков;
- психологическое и физическое насилие по отношению к ребенку в семье;
- нахождение одного или обоих родителей в местах лишения свободы;
- невозможность обеспечения ребенка из-за низкого материального достатка;
- отсутствие возможности получить регистрацию для ребенка-мигранта;
- неприемлемые условия содержания и воспитания детей и подростков в специализированных школах-интернатах и приютах.

Также частая причина безнадзорности — это высокая занятость родителей с целью получения материального достатка, как резидентная, так и миграционная (родители уезжают в другой город, регион на «заработки», оставляя ребенка родственникам или знакомым).

Особую уязвимость этой социальной группе придает детский возраст, незнание ребенком своих прав. Ситуация такова, что общество не готово защищать права ребенка. Даже при наличии информации о своих правах, ребенок не может их отстаивать законным путем, особенно если это ребенок из младшей возрастной группы.

⁶ Ст. 1 Федерального закона от 24 июня 1999 года №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

⁷ Ст. 1 Федерального закона от 24 июня 1999 года №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

Беспризорные/беснадзорные дети активно используются криминальным сообществом для вовлечения в преступную деятельность. В различных регионах до 25% преступлений и правонарушений совершают несовершеннолетние. Кроме этого, происходит активное вовлечение детей в потребление психоактивных веществ. Типичной является ситуация с токсикоманией, ранним началом потребления алкоголя и его суррогатов, а также наркотиков. Зависимость формируется у ребенка значительно быстрее, в силу особенностей организма. Зависимости от психоактивных веществ у пациентов детского возраста значительно труднее поддаются коррекции и реабилитации.

Существует определенная зависимость от времени пребывания ребенка на улице и потребления ПАВ, а также вовлечение в коммерческую секс-работу. Ребенок или подросток, находящийся в условиях улицы более одного месяца, в большинстве случаев вовлекается в потребление алкоголя, ингаляционное употребление ПАВ (клей), а затем и потребление наркотиков. Ребенок (подросток), находящийся в условиях улицы более шести месяцев, как правило, имеет эпизоды оказания сексуальных услуг за плату (деньги, наркотики, еда, алкоголь, одежда и т. д.). Кроме этого, недостаток поддержки, понимания любви и заботы, то есть то, что обычно объединено под понятие «близость», подменяется на понятие «секс», что служит основой для промискуитетного поведения. Таким образом, создаются условия для вовлечения детей и подростков в коммерческую секс-работу.

Вовлечение беспризорных/безнадзорных малолетних в коммерческую секс-работу происходит активно, с использованием психологического и физического насилия. С точки зрения криминального сообщества дети представляют собой наиболее удобную группу людей для эксплуатации, так как не могут противостоять психологическому и физическому насилию. Как указывается в преамбуле Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R(91)11 государствам-членам относительно эксплуатации секса в целях наживы, порнографии, проституции, торговли детьми и несовершеннолетними (09.09.1991), сексуальный опыт может быть вреден для психосоциального развития ребенка и несовершеннолетнего.

Ребенок в силу своего возраста имеет малый уровень знаний о своем здоровье, способах защиты. Если обычный средний возраст полового дебюта составляет 15,6 лет, то у беспризорных детей это 12,5–13 лет. К моменту полового дебюта ребенок практически не имеет знаний о профилактике и контрацепции, не обладает информацией о ВИЧ/ИППП, путях передачи, способах защиты от инфицирования. Организм ребенка наиболее уязвим для инфицирования из-за транзитного возрастного иммунодефицита, незрелости органов и систем. Как сказано в Декларации ООН по правам ребенка: «Дети мира уязвимы, ранимы и беззащитны».

Таким образом, ребенок незащищен вследствие своей психологической и физической незрелости. Ему трудно принимать самостоятельные решения, так как он зависим от окружения, испытывает страх перед медицинскими работниками, органами внутренних дел, социального обеспечения.

Исходя из вышеизложенного, очевидно что программа по профилактике ВИЧ/ИППП среди беспризорных/безнадзорных детей имеет ряд существенных отличий от таких программ в других уязвимых группах.

Наиболее оптимальным подходом с точки зрения организации профилактической программы для уличных детей является ее интеграция в общее реабилитационное пространство, которое представляет собой территориальную систему учреждений, служб, ведомственных и общественных структур, принимающих участие в профилактике социальной дезадаптации несовершеннолетних и их реабилитации.

Это позволит организациям, работающим в области ВИЧ/СПИДа:

во-первых, согласовать с компетентными органами формы и методы работы с уличными детьми, информационную базу Программы;

во-вторых, определить допустимые границы профилактических вмешательств Программы с учетом действующего законодательства;

в-третьих, осуществлять взаимодействие с кругом специалистов и организаций, составляющих реабилитационное пространство, по решению проблем уличных детей, выходящих за рамки деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции.

Программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди беспризорных/безнадзорных детей

Цель программы: Содействие в получении комплексной медицинской, психологической и социальной помощи беспризорным/безнадзорным детям и подросткам, минимизация негативных последствий, связанных с их жизнью на улице, повышение уровня знаний о ВИЧ.

По сути — это программа для ориентации ребенка к добровольному обращению в специализированные социальные учреждения в рамках действия программы для оказания ему социально-психологической помощи и защиты его интересов. Если же ребенок ВИЧ-инфицирован, то только ресоциализация дает ему возможность получать квалифицированную медицинскую и социальную помощь.

Задачи:

- создание комплексного межсекторального взаимодействия государственных и негосударственных организаций по внедрению и реализации Программы;
- формирование доверия у целевой группы по отношению к Программе;
- привлечение скрытых групп беспризорников путем аутрич-работы, информирование о ВИЧ/ВГ/ИППП в пределах, не нарушающих законодательные нормы;
- формирование доверительного отношения детей к органам социальной и медицинской помощи, общественным организациям;
- сопровождение ребенка в органы социальной, психологической и медицинской помощи, учреждения реабилитации и ресоциализации;
- сопровождение ребенка для оказания медицинской помощи;
- повышение уровня информированности по профилактике ВИЧ/ВГ/ИППП/наркотизации сотрудников организаций, работающих с детьми (медицинские и социальные учреждения).

Опосредованные целевые группы и их роль в реализации Программы:

- комиссия по делам несовершеннолетних — согласование деятельности Программы, координация работы Программы в общей структуре реабилитационного пространства;
- приюты и приемники-распределители для беспризорных/безнадзорных детей — оказание срочной социальной и правовой помощи;
- кризисные центры для женщин и девочек, подвергшихся насилию, — неотложная помощь в критических ситуациях для девочек, подвергшихся насилию, включая квалифицированную психологическую помощь;
- педиатрические службы — обследование и лечение детей с общесоматической патологией (особенно с неотложными состояниями), доступ к плановой и экстренной вакцинации, консультации специалистов;
- детские психиатрические отделения — оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи детям;
- подразделение по делам несовершеннолетних органов внутренних дел — консультативная помощь, оказание помощи детям, подвергшимся противоправным действиям, доступ к детям, задержанным за различные правонарушения, органы МВД служат источником информации о местах локализации групп беспризорных детей и других статистических данных;

- центр СПИД — услуги по обследованию, оказанию медицинской помощи ВИЧ-позитивным детям, а также получение АРВТ;
- инфекционная больница — обследование, диагностика и лечение инфекционной патологии;
- наркология — наркологическая, токсикологическая, реабилитационная и профилактическая помощь;
- КВД — обследование, диагностика и лечение заразных кожных болезней и инфекций, передаваемых половым путем; привлечение специалистов для информационной работы (лекции и беседы).

Отличительной особенностью деятельности программы является ее направленность на социальное сопровождение с последующей реабилитацией ребенка. В программах по профилактике ВИЧ среди беспризорных детей не рекомендуется производить распространение презервативов, а также распространение информации о безопасных сексуальных практиках.

Наиболее эффективный вид деятельности в Программе — аутрич, т. к. уличные дети с недоверием относятся к службам соцзащиты и приютам. Аутрич среди беспризорных/безнадзорных детей должны осуществлять люди, имеющие высшее педагогическое образование и специальную подготовку для работы в этой группе.

При подготовке деятельности программы необходим тщательный отбор не только персонала, но и грамотное составление информационных материалов, используемых для общения с детьми. Все материалы информационного характера должны быть подвергнуты тщательной экспертизе для выяснения их соответствия законодательным актам, действующим на территории РФ. Информационные и обучающие материалы для сотрудников программ также должны соответствовать этому требованию.

Законодательная база РФ для деятельности программ профилактики среди детей:

- пункт 1 статьи 4 Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998г. №124-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 20.07.2000 №103-ФЗ, от 22.08.2004 №122-ФЗ, от 21.12.2004 №170-ФЗ), устанавливающего в качестве целей государственной политики в интересах детей содействие физическому, интеллектуальному, **психическому, духовному и нравственному развитию детей;**
- пункт 1 статьи 14 «Защита ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию» указанного Федерального закона, устанавливающего, что органы государственной власти Российской Федерации принимают меры **по защите**

ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью, нравственному и духовному развитию, в том числе от распространения печатной продукции, аудио- и видеопроductии, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, антиобщественное поведение.

Проведение проверки соответствия деятельности программы по профилактике среди детей правовой базе РФ может быть инициировано на любом этапе деятельности по запросу компетентных органов, а также родителей и законных представителей детей — участников программы.

ГЛАВА 5. Организация работы программ

Раздел 1. Унифицированные подходы к организации профилактических программ для уязвимых групп

1. Формы организации работы:

- аутрич-работа в местах дислокации целевых групп;
- стационарные консультативные пункты (стационарные пункты обмена шприцев — СПОШ в рамках Программы снижения вреда);
- мобильные консультативные пункты (Мобильные пункты обмена шприцев — МПОШ в рамках Программы снижения вреда);
- первичная медицинская и социальная помощь клиентам Программы.

2. Меры вмешательства или направления деятельности программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп:

2.1. Обеспечение доступа представителям целевой группы к информации по ВИЧ/ВГ/ИППП и средствам защиты:

- изучение нужд и потребностей представителей целевой группы;
- информирование и консультирование по вопросам ВИЧ/ВГ/ИППП;
- распространение презервативов, смазок, дезинфицирующих средств, обмен инъекционного оборудования и утилизация использованного;
- распространение адаптированных печатных материалов;
- внедрение и поддержка программ «равный обучает равного», группы самопомощи.

2.2. Обеспечение доступа к медицинским услугам:

- построение схемы и обеспечение взаимодействия «аутрич — медицинский сервис»;
- предоставление первичной медицинской помощи;
- предоставление специализированной медицинской помощи и формирование приверженности к диспансеризации/лечению;
- обучение медицинских специалистов особенностям работы с уязвимыми группами.

2.3. Оказание социально-психологической помощи и поддержки:

- построение и внедрение системы социального сопровождения клиентов программ в учреждения социальной, медицинской, паллиативной и юридической помощи;
- развитие психосоциального сервиса на базе действующих Программ в организации — предоставление психологического консультирования и юридической помощи, а также ресоциализации и реабилитации.

3. Структурные компоненты Программы:

- органы управления Программой;
- информационное, техническое и адвокативное обеспечение Программы. Мониторинг и оценка;
- программа по профилактике ВИЧ-инфекции среди ЦГ (ПИН, КСР, мигрантов, беспризорных/безнадзорных детей);
- программа медико-социальной специализированной помощи;
- обучение сотрудников Программы и групп опосредованного воздействия.

4. Общие требования к исполнителям Программ:

- наличие условий: помещение, транспорт, персонал и др.;
- соблюдение санитарных правил и норм;
- обеспечение анонимности клиентов, конфиденциальности предоставляемой клиентами информации;
- обучение и подготовка персонала;
- организация управления персоналом;
- взаимодействие с имеющимися медико-социальными службами;
- предоставление отчетности органам управления программой;

- соблюдение действующего законодательства;
- согласование профилактической деятельности с правоохранительными органами и администрацией территории;
- наличие государственной регистрации;
- соответствие деятельности в области профилактики ВИЧ-инфекции уставу организации.

5. Принципы взаимодействия подразделений Программ:

- за каждым из подразделений Программы закрепляется определенная территория, где осуществляется его работа;
- координацию работы подразделений и взаимодействие с другими структурами Программы осуществляют органы управления Программой;
- использование единых форм отчетности и мониторинга для Программы, ориентированной на определенную группу.

Раздел 2. Кадровое обеспечение программы профилактики на примере подразделения программы снижения вреда

1. Персонал подразделения включает следующие должности:

- координатор подразделения (специалист с высшим образованием, имеющий подготовку в области организации ПСВ) (приложение № 2);
- менеджер-аутрич (среднее, среднее специальное или высшее образование, имеющий опыт работы в ПСВ);
- аутрич-работник (социальный работник, требований к образованию нет);
- равный консультант (представитель целевой группы, требований к образованию нет);
- оператор стационарного пункта обмена шприцев (СПОШ) — социальный работник или работник со средним медицинским образованием;
- медицинская сестра;
- специалисты (врачи различных специальностей, психолог, юрист, специалист по социальной работе);
- санитарка (дезинфектор).

При наличии мобильного пункта обмена шприцев (МПОШ) его персонал включает:

- оператора МПОШ (социальный работник или работник со средним медицинским образованием);
- аутрич-работника;
- водителя.

2. Численность персонала определяется численностью населения, обслуживаемого подразделением, количеством СПОШ, наличием МПОШ, потоком клиентов на СПОШ и МПОШ.

2.1. Персонал СПОШ при 36–40-часовой работе в неделю⁸ включает как минимум одного постоянного сотрудника на полную ставку. Желательно, чтобы на СПОШ работал медицинский персонал. Медсестра, осуществляющая забор крови, проводит и обмен шприцев. При посещаемости СПОШ более чем 70 клиентами в неделю дополнительно привлекается аутрич-работник либо другой персонал.

2.2. Персонал МПОШ при 36–40-часовой работе в неделю включает как минимум трех сотрудников на полную ставку: оператор МПОШ, аутрич-работник, водитель (приложение № 8).

2.3. Численность аутрич-работников определяется численностью населения, обслуживаемого подразделением: одна ставка аутрич-работника на население 50 – 65 тыс. При этом надо учитывать оценочное число ПИН в городе. Например, Новотроицк: население 113,5 тыс. человек, оценочное число ПИН – 1625 человек. В. Луки – 113,3 тыс. население, оценочное число ПИН – 247 человек.

2.4. Если число аутрич-работников превышает 2, то вводится должность менеджера-аутрич. Менеджер-аутрич, работающий на полную ставку, руководит работой 5 аутрич-работников (кроме аутрич-работников СПОШ и МПОШ).

2.5. Координатор подразделения работает на полную ставку, если в подразделении имеется не менее 4 пунктов обмена шприцев (СПОШ или

⁸ Продолжительность рабочего времени для работников в различных организациях устанавливается в соответствии со ст. 92 Трудового Кодекса РФ, ст. 22 ФЗ от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», ФЗ от 18.06.-1 № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.74 № 298/П-22, Постановлением Правительства РФ от 03.04.96 № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей».

МПОШ), 5 аутрич-работников, 5 специалистов, оказывающих медико-социальную помощь ПИН.

2.6. В качестве равного консультанта может быть использован аутрич-работник — представитель целевой группы, или вводится отдельная должность — равный консультант.

Таблица 1

Примерная структура ПСВ в зависимости от численности населения, проживающего на территории

Население (тыс. чел.)	Число подразделений ПСВ	Состав одного подразделения СВ		
		Число СПОШ в 1 подразделении ПСВ	Число аутрич-работников в 1 подразделении ПСВ	Число МПОШ
От 50 до 100	1	1-2	1-2	–
От 100 до 200	1	2-3	2-3	–
200 и более	1 на 200 тыс. нас.	1-2 на 200 тыс. нас.	2-3 на 200 тыс. нас.	1 на 500 тыс. нас. ⁹

Таблица 2

Штатное расписание подразделения ПСВ

Должность сотрудника	Число ставок	
	Минимум	Максимум
Координатор	0,25	1
Менеджер-аутрич	0	1
Аутрич-работник	1	5
Равный консультант	0	1
Оператор СПОШ	0,5	4
Оператор МПОШ	1	2
Санитарка-дезинфектор	0,25	1
Медсестра	0	2
Инфекционист	0	0,5
Нарколог	0	0,5
Акушер-гинеколог	0	0,5

⁹ Если протяженность территории, где планируется открыть МПОШ, превышает 20 км и имеется обоснование в необходимости МПОШ по результатам БОС, то он может быть организован на территории с населением 300 тыс.

Должность сотрудника	Число ставок	
	Минимум	Максимум
Дерматовенеролог	0	0,5
Хирург	0	0,25
Стоматолог	0	0,5
Специалист по социальной работе	0	1
Психолог	0	1
Фтизиатр	0	0,5
Юрист	0	0,5
ВСЕГО	3,5	23,75

Раздел 3. Материальное обеспечение подразделений профилактических программ

1. За организацию материального обеспечения подразделения Программы по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения отвечает руководитель организации, на базе которого оно работает.

2. В соответствии с существующим законодательством руководитель отвечает за:

- составление сметы расходов;
- поиск источников финансирования;
- организацию закупок;
- бухгалтерский и складской учет и отчетность.

3. Материальное обеспечение работы организуется в зависимости от размера и особенности распределения функциональных обязанностей в конкретной организации.

4. При закупке шприцев, презервативов и других материалов учитывается их качество и востребованность данного вида материала клиентами. Качество используемых ПИН материалов зависит от типа употребляемых на данной территории наркотиков, способа их употребления, принятых на данной территории особенностей применения тех или других медицинских изделий.

При планировании закупок в начале работы потребности клиентов Программы в материалах основываются на предварительно проведенной оценке ситуации на данной территории. В дальнейшем, когда начата работа, оцени-

вается востребованность клиентами разных видов шприцев, игл, презервативов в целях рационального планирования дальнейших закупок.

5. Закупка необходимого количества шприцев проводится из расчета 100 шприцев на одного клиента подразделения ПСВ в год. Закупка необходимого количества презервативов зависит от количества клиентов и профилактических контактов с ними, планируемых организацией-исполнителем Программы. Например, если программа планирует охватить 1000 клиентов год с периодичностью не менее трех раз, раздачей презервативов каждому клиенту во время профилактического контакта не менее 5 презервативов, то общее количество презервативов составит не менее 15 000 штук.

Раздел 4. Информационное обеспечение программ

1. **Определение.** Информационное обеспечение Программы – это постоянный процесс предоставления необходимой информации целевым группам и исполнителям Программы.

2. **Цель информационного обеспечения** – создание единого информационного поля среди целевых групп и исполнителей Программы, способствующего эффективному выполнению ее цели.

3. Задачи информационного обеспечения:

- предоставление необходимой информации
 - целевым группам Программы,
 - сотрудникам Программы,
 - сотрудникам программы медико-социальной специализированной помощи клиентам Программы,
 - органам управления Программы,
 - группам опосредованного воздействия Программы;
- обеспечение обмена информацией между организациями – участниками Программы;
- обеспечение обратной связи между целевыми группами и организациями – участниками Программы.

4. Методы информационного обеспечения:

- создание и распространение печатных изданий для различных целевых групп Программы;
- создание тематических веб-сайтов;

- создание аудио- и видеоматериалов;
- обеспечение организаций — участников Программы базой данных адресов и координат связи;
- широкое использование Интернета для осуществления связи между организациями — участниками Программы;
- поиск и концентрация информации для распространения между организациями — участниками Программы в едином информационном центре (ответственная организация);
- широкое использование существующих средств массовых коммуникаций.

5. Адаптированные материалы служат источником информации и напоминанием клиентам Программы о ВИЧ, вирусных гепатитах В и С, ИППП, путях передачи, способах профилактики и контрацепции, безопасном поведении. Информационные материалы должны быть корректными по отношению к целевой группе, информация в них должна быть понятной, доступной для усвоения.

Желательно, чтобы в информационных материалах содержались контактные данные медицинских и социальных служб, доступных для клиентов программ.

Информационные материалы не должны содержать религиозную, политическую и рекламную информацию, а также призывы и лозунги экстремистского характера.

Основой информационного обеспечения клиентов Программы по вопросам ВИЧ-инфекции и других заболеваний является многократно повторяемая устная информация, которая поступает к целевым группам Программы от сотрудников и доверенных специалистов Программы. Устная информация дополняется выдачей клиентам Программы печатных информационных материалов по теме обсуждаемого вопроса. Информация, содержащаяся в информационных материалах, не должна противоречить информации, распространяемой аутич-специалистами, равными консультантами.

6. Для эффективного информационного обеспечения клиентов профилактических Программ требуется:

- обучение сотрудников и доверенных медицинских специалистов Программы особенностям эффективных методов донесения информации до целевых групп;
- реализация профессионального подхода к разработке печатных материалов (прохождение всех этапов подготовки материалов: изучение пот-

ребностей целевых групп по тематике планируемых материалов, подготовка и выпуск оригинал-макетов, апробация материалов в целевых группах, внесение изменений в информационные материалы, выпуск пробного тиража);

- практические рекомендации материалов должны учитывать территориальные особенности целевых групп (например, виды потребляемых наркотиков, поведенческие риски представителей уязвимых групп, структура организации секс-бизнеса и т. д.);
- обеспечение доступности и приемлемости информационных материалов (понятный язык, приемлемое оформление, востребованность и позитивное отношение к информации со стороны целевых групп);
- учет особенностей различных целевых групп (культурные, когнитивные);
- учет временных и финансовых затрат на издание информационных материалов;
- соответствие информационных материалов существующему законодательству.

7. Тематика информационных материалов для уязвимых групп:

- профилактика ВИЧ, гепатитов, ИППП;
- профилактика передозировок;
- профилактика гнойных осложнений и заболеваний вен;
- контрацепция и планирование семьи;
- информация о законодательстве в области наркотиков и ВИЧ-инфекции;
- профилактика туберкулеза;
- профилактика насилия;
- информация о доступных медицинских и социальных службах;
- информация для ЛЖВ.

8. В целях соблюдения действующего законодательства сотрудники Программы при предоставлении информации, предназначенной для представителей уязвимых групп, обязаны удостовериться, что лицо, которому предоставляется эта информация, является представителем данной группы.

Раздел 5. Обучение персонала

1. Определение. Обучение персонала Программы — это последовательный процесс передачи необходимых теоретических знаний и практического опыта персоналу для эффективного выполнения цели Программы.

2. Цель обучения — повышение эффективности выполнения цели Программы.

3. Задачи обучения:

- повысить уровень знаний и практических навыков персонала в области профилактики ВИЧ-инфекции/ИППП/парентеральных гепатитов и вреда, наносимого здоровью инъекционным употреблением наркотиков;
- улучшить качество информационной работы среди клиентов Программы;
- улучшить качество предоставляемых Программой услуг и помощи для уязвимых групп;
- улучшить процесс взаимодействия между организациями — участниками Программы;
- повысить качество сбора информации о работе Программы для ее оценки.

4. Теоретическое обучение персонала Программы должно проводиться в рамках унифицированных программ профессионального обучения специалистов (по социальной работе, врачей, медицинских психологов), работников среднего медицинского звена и социальных работников, а также курсов последиplomного образования.

В настоящее время разработана программа Унифицированного курса последиplomного образования врачей-специалистов, работников среднего медицинского звена, аутрич-работников и социальных работников — «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков» (Валентик Ю.М., Савченко Л.М., Москва, 2003 г.).

На уровне органов управления Программы проводится обучение специалистов (по социальной работе, доверенных врачей, психологов), координаторов региональных подразделений Программ и социальных работников по унифицированным обучающим модулям.

В настоящее время разработаны и внедрены обучающие модули для подготовки региональных специалистов, реализующих Программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения:

- «**Принципы профилактической аутрич-работы**» — трехдневный базовый семинар-тренинг для аутрич-работников, менеджеров-аутрич, направленный на повышение уровня информированности и развития навыков профилактической работы с уязвимыми группами.

- «**Комплексный подход в системе профилактической работы среди уязвимых групп**» — вводный семинар-тренинг для медицинских специалистов, направленный на вовлечение их в работу профилактических Программ в качестве доверенных врачей (I ступень обучающего модуля для медицинских специалистов).

- «**Особенности диагностики, лечения и профилактики ИППП среди КСР**» — семинар-тренинг для доверенных врачей, работающих в проектах по профилактике среди КСР (II ступень обучающего модуля для медицинских специалистов). Данный модуль может быть адаптирован и применен для работы с другими уязвимыми группами.

- «**Роль лидера в программах равного образования**» — двухступенчатый обучающий модуль для добровольцев из сообщества секс-работников:

I ступень — мотивационный тренинг по вовлечению представителей группы КСР к участию в программах по профилактике ВИЧ/СПИДа и формированию приверженности программам через развитие лидерской позиции;

II ступень — тренинг для тренеров, работающих в программах равного образования.

Данный модуль может быть адаптирован и применен для работы с другими уязвимыми группами.

- «**Развитие деятельности региональных проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения**» — семинар-тренинг с использованием методов группового консультирования, направленный на развитие у координаторов региональных подразделений Программы навыков текущего управления, перспективного стратегического и тактического планирования деятельности, мониторинга и оценки. В рамках данного семинара возможно освещение, практическая проработка блоков по адвокации Программы, поиску источников финансирования, формированию позитивного имиджа и PR организации в целом и Программы профилактики в частности.

- «**Профилактика синдрома эмоционального выгорания**» — тренинг для сотрудников региональных подразделений Программы, направленный на снижение воздействия негативных факторов, возникающих в условиях работы с трудной категорией клиентов.

- «Снижение вреда: история, философия, цели, задачи» — семинар-тренинг, направленный на повышение уровня знаний сотрудников региональных подразделений ПСВ.

- «Работа пунктов обмена шприцев и организация вторичного обмена» — семинар-тренинг для координаторов региональных подразделений ПСВ.

- «До- и послетестовое консультирование» — 3–4-дневный семинар-тренинг для медицинских специалистов, направленный на развитие навыков по консультированию клиентов Программ при тестировании на ВИЧ.

- «Специфика работы с беспризорными/безнадзорными детьми» — пятидневный тренинг для координаторов и социальных работников Программ.

- «Развитие немедицинского сервиса для людей, живущих с ВИЧ, из уязвимых групп» — тренинг для сотрудников Программ и добровольцев из уязвимых групп, направленный на повышение уровня знаний и формирования навыков работы с ЛЖВ, создания и развития групп поддержки (с участием специалистов) и групп само- и взаимопомощи.

5. Практическое обучение персонала Программы проводится в учебных центрах по снижению вреда, сервисных центрах для КСР, проектах по профилактике среди мигрантов и уличных детей, либо на местах — в Програмах, работающих в регионах РФ.

В настоящее время созданы и работают:

- Учебные центры по снижению вреда работают в г.г. Санкт-Петербург, Балаково (при поддержке Открытого Института Здоровья);

- Практические центры по работе с уличными детьми в г.г. Санкт-Петербург и Томск (при поддержке Открытого Института Здоровья);

- Методический центр по работе с КСР в Москве и сервисные центры для КСР в г.г. Санкт-Петербург и Казань (при поддержке РОО «СПИД инфосвязь»);

- Учебно-консультационный центр (УКЦ) в Москве, предлагающий широкий спектр тренинговых программ, в том числе и по направлению профилактики ВИЧ и вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп (при поддержке Открытого Института Здоровья).

6. Постоянное практическое обучение персонала Программы проводится координатором (менеджером-аутрич) регионального подразделения Программы во время совместной практической работы, супервизии работы персонала, на собраниях, во время ежедневных обсуждений с сотрудниками рабочих вопросов.

7. Обучение персонала Программы на региональном уровне можно организовать самостоятельно силами сотрудников (менеджер-аутрич, координатор) и консультантов (доверенные врачи, психологи, юристы, социологи) Программы, прошедших вводное теоретическое обучение в учебно-методических центрах.

В данном случае процесс обучения направлен на расширение охвата региональных сотрудников Программы, специалистов и добровольцев из среды уязвимых групп, участвующих в реализации Программы на региональном уровне. В качестве методического материала могут быть использованы унифицированные обучающие модули и могут быть разработаны собственные программы для проведения непродолжительных информационных мини-семинаров.

8. Программа обучения на региональном уровне включает следующие разделы:

Региональные специалисты (медицинские специалисты, социальные работники)

- профилактическая аутрич-работа среди уязвимых групп;

- теоретические и организационные аспекты программ профилактики ВИЧ-инфекции;

- способы установления и поддержания контактов с различными группами ПИН;

- ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты В и С (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика);

- организация медицинской и социальной помощи;

- организация социального сопровождения;

- особенности диагностики, лечения и экстренной профилактики ИППП;
- работа доверенных специалистов в Программе по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп;

- туберкулез (этиология, эпидемиология, диагностика, клиника, лечение, профилактика);

- формы зависимости от психоактивных веществ (клиника, закономерности течения различных форм зависимости от ПАВ, лечение, реабилитация, профилактика);

- способы употребления и изготовления наркотиков с учетом специфики местных условий, основные факторы риска, ведущие к последствиям для здоровья, практические рекомендации по способам снижения риска заражения гемоконтактными инфекциями;

- передозировка (этиология, клиника, диагностика, оказание экстренной помощи);
- заболевания вен у потребителей инъекционных наркотиков (этиология, клиника, лечение, профилактика);
- этиология, клиника, лечение, профилактика воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки как последствий использования опасных практик инъекций;
- особенности проведения информационной работы в различных целевых группах ПИН;
- этика и деонтология (правила работы с клиентами, соблюдение этических норм и конфиденциальности при профессиональной работе с уязвимыми группами);
- психосоциальные последствия положительного результата тестирования на ВИЧ;
- контрацепция и планирование семьи;
- лечение и профилактика ВИЧ-инфекции с применением АРВТ;
- правила безопасности при работе с использованным инъекционным инструментарием, порядок действий при аварийных ситуациях;
- законодательство в области наркотиков, ВИЧ-инфекции, охраны здоровья;
- быстрая оценка ситуации и реагирования;
- методы проведения социологических исследований;
- организация и управление вторичным обменом шприцев.

Клиенты Программы¹⁰ — обучение равными консультантами при участии сотрудников Программы.

Темы семинаров для ПИН, КСР, мигрантов:

- ВИЧ, гепатиты В и С, туберкулез, пути передачи;
- ИППП, пути передачи;
- методы профилактики и контрацепции, в том числе экстренные;

¹⁰ Для беспризорных/безнадзорных детей проведение обучения возможно с разрешения законных представителей. Ограничением для предоставления информации является возраст. Наиболее оптимальным возрастом для предоставления информации о заболеваниях и методах профилактики является возраст от 14 лет.

- смазки и антисептики, их применение для повышения безопасности сексуальных практик;
- ВИЧ и беременность;
- ИППП и беременность;
- основные факторы риска при употреблении наркотиков, ведущие к последствиям для здоровья, практические рекомендации по способам снижения риска заражения гемоконтактными инфекциями;
- передозировка (этиология, клиника, диагностика, оказание экстренной помощи);
- заболевания вен у потребителей инъекционных наркотиков (этиология, клиника, лечение, профилактика);
- информация о службах, оказывающих помощь ПИН, и условиях ее оказания.

Примерные темы семинаров для беспризорных/безнадзорных детей:

- строение и функции женского организма и репродуктивное здоровье женщины;
- основы гигиены и здорового образа жизни;
- безопасность и риски (информационные блоки на примере различных сфер жизнедеятельности человека);
- строение и функции мужской половой системы и репродуктивное здоровье мальчиков и юношей;
- болезни, передающиеся половым путем;
- правовые аспекты работы с детьми.

Тематика проводимых семинаров может быть дополнена в зависимости от условий реализации программы и местных особенностей.

Раздел 6. Управление программами

1. Определение. Управление Программой комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, КСР, мигрантов, беспризорных/безнадзорных детей — это структурный компонент Программы, необходимый для обеспечения ее стабильной работы.

2. Цель: Обеспечение развития и стабильной работы Программы.

3. Структура управления Программой:

- органы исполнительной власти (межведомственные комиссии, комитеты по борьбе со СПИДом, наркоманией при органах исполнительной власти);
- координационный совет, в состав которого входят представители руководства организаций и учреждений (служб, ведомств, общественных объединений), которые непосредственно принимают участие в реализации Программы;
- руководитель Программы — ответственное лицо либо организация.

4. Задачи органов исполнительной власти:

- принятие стратегических решений о приоритетных действиях;
- политическая поддержка Программы, привлечение органов законодательной власти;
- принятие решений о выделении финансовых ресурсов;
- привлечение дополнительного финансирования (например, международных доноров).

5. Задачи координационного совета:

- контроль за соответствием работы Программы ее целям и задачам;
- определение конкретных направлений работы Программы и утверждение рабочего плана;
- определение механизма взаимодействия организаций;
- распределение ролей и ответственности организаций;
- привлечение организаций к участию в Программе;
- определение механизмов отчетности, мониторинга и оценки;
- оказание технической и финансовой помощи государственным и общественным организациям, принимающим участие в Программе;
- привлечение ресурсов;
- представление результатов оценки Программы и рекомендаций по ее дальнейшему развитию на различных уровнях.

6. Задачи руководителя Программы:

- развитие тактики работы Программы;
- организация проведения оценки (быстрая оценка ситуации и оценка нужд и потребностей целевых групп);

- организация мониторинга и оценки Программы;
- организация обучения участников Программы;
- организация технической и информационной поддержки;
- организация процесса обмена информацией;
- контроль обеспечения достаточного финансирования;
- обеспечение текущего взаимодействия организаций;
- обеспечение Программы человеческими ресурсами.



Рис. 2. Схема управления Программой
(направления отчетности показаны сплошными линиями, пунктирными линиями обозначено рабочее взаимодействие между руководством Программы и сотрудниками различных организаций, отвечающих за раздел своего направления участия в Программе).

Раздел 7. Внутренний мониторинг и оценка работы

1. Мониторинг — рутинное, ежедневное слежение за текущей деятельностью в рамках Программы/проекта на основании собираемой информации о работе Программы и ее подразделений

2. В начале работы координатор подразделения определяет методы сбора и обработки информации, которая позволит измерять и оценивать работу. Информация включает количественные и качественные показатели.

3. Количественные показатели мониторинга Программ:

- количество новых клиентов Программы;
- количество профилактических контактов с клиентами Программы;
- число клиентов Программы, обслуживаемых в определенный период времени (например, число людей, с которыми работали сотрудники в течение года);
- регулярность обращений клиентов к услугам Программы;
- возраст клиентов;
- социальное положение клиентов;
- пол клиентов;
- место проживания клиентов (город, район города);
- количество инъекционного инструментария, распространенного среди ПИН;
- количество собранного использованного инструментария;
- количество других распространенных материалов защиты (презервативы, спиртовые салфетки, вода и др.);
- количество распространенной профилактической литературы;
- число и вид медицинских услуг, предоставленных клиентам (тестирование, консультации);
- число клиентов, направленных в другие службы, и тех, кто туда реально обратился;
- число волонтеров из числа целевой группы (равных консультантов), осуществляющих профилактическую работу;
- число представителей ЦГ, получавших профилактические услуги от равных консультантов.

4. Сбор количественной информации организуется путем заполнения бумажной (бланки) или компьютерной формы отчета о работе с каждым клиентом Программы.

5. Новому клиенту Программы присваивается индивидуальный код. Наиболее простым, неповторяющимся (и в тоже время воспроизводимым) кодом может служить сочетание первых букв имени матери клиента, имени самого клиента, число и месяц его рождения.

6. Для определения числа клиентов Программы за определенный промежуток времени (например, за год, или за время реализации какого-то крупного проекта), при отсутствии компьютерной базы данных, используется следующий способ: с начала реализации проекта сотрудники фиксируют число новых клиентов, которые никогда не сталкивались с Программой прежде (с сотрудниками программы), а также впервые обратившихся клиентов за все время реализации проекта. Сумма указанных чисел по завершении проекта покажет число клиентов подразделения за весь проект.

7. Хотя в определении регулярности имеются большие расхождения, целесообразно регулярным (или постоянным) клиентом считать клиента, посетившего Программу более 1 раза в течение года.

8. Количественные показатели должны учитывать работу как сотрудников Программы, так и равных консультантов. При этом отчеты о работе сотрудников и добровольцев должны вестись отдельно. Отчет о числе клиентов и контактов с клиентами должен включать только работу сотрудников. Не допускается включение в отчет сотрудников числа клиентов и контактов с ними, если не было личной встречи сотрудника с клиентом Программы (например, при вторичном обмене шприцев).

9. На основе сбора данных о ежедневной работе определяются показатели работы с клиентами за неделю (месяц, год).

10. Качественная оценка проводится путем экспертной оценки извне, оценки работы сотрудников координатором, а также обязательной оценки работы со стороны самих клиентов.

11. Качественная оценка складывается путем анализа структурированных и неструктурированных опросов клиентов и сотрудников. При анкетировании клиентов в анкете должны быть предусмотрены вопросы, позволяющие оценить поведенческие изменения среди клиентов, связанные с риском заражения. К социологическим исследованиям целесообразно привлекать научных работников, специалистов-социологов.

12. Сравнение показателей работы на протяжении определенных периодов времени (ежемесячно, ежегодно), сопоставление количественных показателей работы с качественными служит основой мониторинга и оценки

работы подразделения. При этом показатели работы сопоставляются с показателями эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, другими показателями, дающими представление о распространении инъекционной наркомании, ИППП, других заболеваний на обслуживаемой территории.

13. Результаты мониторинга обсуждаются на собраниях сотрудников Программы, после чего проводится планирование дальнейшей работы. В случае снижения показателей работы проводится анализ причин, обсуждаются пути улучшения работы и принимаются конкретные решения, выполнение которых в дальнейшем должно быть обязательным для каждого сотрудника.

14. Показатели мониторинга подразделения, результаты анализа и предложения по планированию необходимых действий должны доводиться координатором подразделения до руководителя всей Программы.

Раздел 8. Мониторинг и оценка программ

1. Определение. Мониторинг и оценка Программы — это процесс сбора и анализа необходимой информации для определения результативности и эффективности мер, предпринимаемых для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Мониторинг относится к рутинному, постоянному отслеживанию повседневной работы, в то время как оценка — это эпизодическое определение/оценка результатов, которые могут быть достигнуты за счет мероприятий Программы.

2. Основная цель мониторинга и оценки Программы — выяснить достаточность предпринимаемых мер для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и необходимость их модификации. Иными словами, мониторинг и оценка — это инструменты для принятия информированных решений.

3. Задачи мониторинга и оценки Программы:

- изучение полноты мер воздействия Программы и охвата ими различных сегментов уязвимых групп населения;
- сопоставление предпринимаемых мер воздействия Программы с результатами эпидемиологического надзора второго поколения за эпидемией ВИЧ-инфекции;
- предоставление информации органам управления Программой для дальнейшего планирования политики и определения потребности в ресурсах.

4. Для оценки ответных мер на эпидемию ВИЧ-инфекции применяются принципы эпидемиологического надзора второго поколения. В основе эпидемиологического надзора второго поколения лежит совмещение биологического и поведенческого надзора за эпидемией ВИЧ-инфекции при учете ее стадии (начальная, концентрированная, генерализованная). Его применение позволяет изучить причины и факторы, определяющие развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.

5. Результаты мониторинга работы Программы подключаются как необходимый дополнительный компонент оценки к системе биологического и поведенческого надзора за эпидемией ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп и их ближайшего окружения.

6. Для проведения мониторинга работы Программы разрабатывается единая система сбора информации, которая группируется по трем основным направлениям:

- информация об обучении (темы проведенных тренингов и семинаров, целевая аудитория, число обученных на тренингах и семинарах и равными консультантами);
- информация о предоставлении стерильного инструментария и презервативов (обмен шприцев, доступность инъекционного инструментария в аптеках, распространение презервативов и их доступность);
- информация о лечении и социальной помощи (лечение наркомании, лечение заболеваний, связанных с ВИЧ/СПИДом, ИППП, другая медико-социальная помощь).

7. Результаты мониторинга работы Программы для каждой целевой группы сопоставляются со следующими данными:

- эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции и контекстные факторы, определяющие ее распространение среди уязвимых групп (например, численность представителей уязвимых сообществ на территории, типы используемых наркотиков, распространенность практики использования нестерильного инъекционного инструментария, небезопасное сексуальное поведение, влияние законодательства и общественного окружения на рискованное поведение, знания о способах индивидуальной профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП);
- последствия рискованного поведения и образа жизни (распространенность и заболеваемость ВИЧ-инфекцией, гепатитами, ИППП, смертность, связанная с употреблением наркотиков).

8. Ключевые показатели оценки Программ на примере программы СВ.

Показатели охвата Программ	общее число клиентов программы СВ
	число новых клиентов программы СВ
	число шприцев, распространенных в ПСВ на одного ПИН в год
	доля клиентов Программы, протестированных на ВИЧ за последний год
	количество распространенных презервативов и дезинфектантов
Контекстные показатели	размер популяции (официально зарегистрированное и оценочное число ПИН в городе, где реализуется программа СВ)
	наиболее распространенные инъекционные наркотики
	доля ПИН (как клиентов, так и неклиентов программы), использующих чужой шприц
	доля ПИН (клиентов и неклиентов программы), использовавших презерватив при последнем половом контакте
	доля клиентов Программы, имеющих правильные знания о путях передачи ВИЧ-инфекции
	доля ВИЧ-инфицированных, заразившихся инъекционным путем
	доля ВИЧ-инфицированных, заразившихся половым путем
Показатели воздействия	заболеваемость и распространенность ВИЧ
	заболеваемость и распространенность ИППП
	заболеваемость и распространенность гепатитов В и С

9. На основе ключевых показателей определяются четкие стандартизованные числовые характеристики, которые позволяют разработать план сбора, обработки и интерпретации данных. Ключевые показатели могут быть дополнены рядом других показателей, включая социодемографические данные.

10. Одним из важных показателей оценки Программы является охват клиентов Программ. Охват – это пропорция клиентов Программы от оценочного числа всей популяции целевой группы на территории, где реализу-

ется Программа (для сравнения Программ целесообразно иметь также абсолютные цифры охвата).

11. Обеспечение охвата клиентов Программы может осуществляться:

- путем распространения профилактических печатных материалов с указанием графика работы специалистов, вовлеченных в работу Программы, предоставляемого сервиса, номеров телефонов;
- путем взаимодействия с руководителями организаций/компаний, косвенно связанных с целевыми группами. Например: предприятия, использующих труд мигрантов, аптека, имеющая в продаже шприцы, презервативы (возможная точка доступа в целевую группу);
- через государственные и общественные организации, работающие с уязвимыми группами населения;
- через существующие телефоны доверия и горячие линии по ВИЧ/СПИДу;
- через дружественно настроенные религиозные организации.

12. Следует разделять прямой, косвенный и эффективный охват.

- **Прямой охват** — это непосредственное воздействие на клиентов Программы со стороны ее сотрудников.
- **Косвенный охват** — это опосредованное воздействие на представителей ЦГ, не контактировавших с сотрудниками, со стороны клиентов Программы (вторичный обмен шприцев, распространение информации и презервативов равными консультантами).
- **Эффективность охвата** определяется регулярностью (многократностью воздействия) предоставления услуг Программы клиентам, что влечет изменение поведения представителей уязвимых сообществ.

В 1999 г. UNAIDS в качестве показателя охвата, необходимого для ограничения распространения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп, рекомендовало 60%, однако при тщательном сегментировании целевой группы Программы профилактики могут быть достаточно эффективными и при гораздо меньшем охвате.

ГЛАВА 6. Формы организации и направления программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп

Раздел 1. Изучение нужд и потребностей, экспресс-оценка ситуации (ЭОС)

Цель: выяснить необходимые приоритеты для достижения определенных результатов деятельности путем поиска типового решения проблемы с последующим приложением его к практике.

Оценка нужд — это процесс сбора информации до начала планирования и проведения проекта. Оценка нужд может помочь сотрудникам проекта лучше узнать структуру целевой группы в их городе/регионе и определить их потребности. Иными словами, оценка нужд позволяет спланировать проект так, чтобы он отвечал потребностям и решал проблемы тех, на кого он направлен.

Уже существующим службам, работающим с уязвимыми группами населения, легче проводить оценку нужд, потому что у них уже имеется информированность о ситуации в их регионе и контакты с людьми из ЦГ, способными оказать помощь в сборе информации. Для организаций, не имеющих опыта и контактов, проводить оценку нужд будет немного сложнее.

Помощь государственных организаций в сборе информации и проведении оценки может быть полезна как для молодых организаций, так и для имеющих опыт работы. Чтобы получить максимум пользы от сотрудничества с другими организациями, следует определить источники информации и привлечь их к работе над исследованиями и планированием проекта.

Задачи оценки нужд и потребностей:

Характеристика целевых групп, их нужд и потребностей

- определение целевых групп (количество людей, составляющих группу, места локализации, время преимущественного нахождения, резидентность, этнос...);
- определение характеристики проблемы (эпидемиологическое значение группы в распространении инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ);
- выявление поведенческих рисков (в какой мере распространено потребление наркотиков, какими способами, потребления алкоголя, которые присущи местной популяции, наличие мифов о здоровье и т. д.);

- выявление различных моделей коммерческой секс-работы (виды оказываемых услуг, количество половых коммерческих и некоммерческих партнеров);
- выявление рискованных практик употребления наркотиков (совместное использование игл/шприцев, дележ наркотика одним шприцем, перелив из шприца в шприц, использование общей посуды и фильтров...);
- определение вредных для здоровья последствий (каков уровень распространенности ВИЧ, гепатитов В и С, ИППП, и т. д.);
- описание мер, которые были приняты или необходимы для минимизации вредных для здоровья последствий;
- выявление потребностей целевых групп (потребности в лечении и реабилитации, консультациях специалистов, насущные жизненные потребности: жилье, питание, образование и другие социальные нужды);
- определение наличия возможности обследования на ВИЧ;
- определение наличия возможности обследования и лечения гепатитов и др. ИППП;
- определение наличия возможности оказания акушерско-гинекологической помощи.

Характеристика социо- и политического окружения работы Программы; других организаций, принимающих участие в решении проблемы

- определение характера и эффективности профилактических и иных мероприятий, направленных на решение проблемы (охват целевой группы, предоставляемые услуги медико-социальными службами, обследование и лечение у специалистов);
- наличие системы мониторинга и оценки;
- оценка наличия средств, которые могут быть мобилизованы для мероприятий, направленных на решение проблемы;
- политические условия, каково их влияние на проблемы уязвимых групп и противодействие ВИЧ-инфекции;
- степень информирования лиц, ответственных за разработку политики, предоставление этим лицам подробной информации об уязвимых группах с предупреждением о возможных новых тенденциях и проблемах;
- выработка стратегий, отвечающих нуждам целевых групп и местным условиям.

Выбор направлений деятельности Программы:

- выявление потребностей целевой группы, на удовлетворение которых будет направлена деятельность Программы;
- провести оценку значимости потребностей — то есть составить «Рейтинг потребностей».

Возможными **источниками информации** при проведении оценки нужд являются:

- организации, имеющие прямые или косвенные контакты с представителями целевых групп;
- региональные и локальные НКО, работающие с целевыми группами;
- кризисные центры для жертв насилия;
- организации и агентства, работающие с бездомными людьми, мигрантами и беженцами;
- центры профилактики и реабилитации алкогольной и наркотической зависимости;
- организации, реализующие проекты среди сексуальных меньшинств;
- женские группы и организации;
- группы самоподдержки и взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ;
- отчеты различных организаций;
- местные СМИ;
- правоохранительные органы.

Кроме этого, для лучшей эффективности желательно, чтобы в исследовании были привлечены представители целевых групп, так как они знают ситуацию «изнутри».

Для проведения оценки нужд и потребностей формируется **местная исследовательская группа** (команда) сотрудников, которые обладают базовыми знаниями в области социологических и эпидемиологических исследований и опытом проведения исследований в области здравоохранения и имеют доступ к закрытым группам. Команда сотрудников объединяет от 3 до 10 человек в зависимости от масштабов проводимой оценки нужд и может состоять из специалистов разных областей — работников социальных служб, медицинских специалистов, представителей неправительственных организаций.

Этапы проведения оценки нужд:

- Сбор и анализ существующей информации: имеющихся в наличии официальных статистических данных, местных административных документов, приказов, постановлений, отчетов о деятельности и исследованиях, докладов, сообщений в СМИ, регистрационных журналов в больницах и т. п.
- Сбор первичных данных от различных категорий населения. Специальные методы сбора первичных данных у представителей целевых групп или «ключевых респондентов» включают в себя:
 - глубинное интервью;
 - структурированное и полуструктурированное анкетирование;
 - наблюдение;
 - фокус-группа (беседа с однородной социальной группой из 6–8 человек по заданной теме);
 - групповая дискуссия (целенаправленный разговор в малой группе, по проблемам, интересующим исследователя).
- Обобщение полученных данных, их сопоставление или перекрестная проверка (триангуляция), оценка надежности и достоверности. На этом этапе подтверждаются или опровергаются различные гипотезы, возникшие при первом впечатлении о ситуации, подвергнутые потом критическому осмыслению с учетом полученных позднее данных (индуктивный анализ).
- Анализ и интерпретация данных, сопоставление количественных данных (цифровые показатели) с качественными (описательные характеристики).
- Написание отчета. Отчет должен быть ориентирован на заинтересованных лиц, т. е. написан простым и доступным языком, иметь наглядное выражение количественной информации в виде таблиц и графиков, а текст отчета не должен повторять ту информацию, которая уже содержится в таблицах.
- Основные разделы отчета могут быть следующими:
 - введение и причины проведения исследования;
 - цели и задачи исследования;
 - методика проведения;
 - основные результаты;
 - обсуждение и рекомендации;
 - библиография;
 - приложения.

Полученные в результате исследования данные после проведенного анализа и изучения служат основой для планирования деятельности проекта.

В работе Программ снижения вреда используется экспресс-оценка ситуации с наркотиками (ЭОС), которая проводится в соответствии с принципами «Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры», UNODCP, Вена, 1999.

ЭОС — это метод сбора количественных и качественных данных для оценки характера и масштабов медицинских и социальных проблем, связанных с употреблением наркотиков, для выработки решений.

Цель ЭОС — понять местные тенденции в употреблении наркотиков, идентифицировать местные структуры и службы, занимающиеся этой проблемой, а затем разработать соответствующие меры по адекватному решению различных аспектов проблемы наркопотребления.

Задачи, источники информации и этапы проведения ЭОС аналогичны таковым в оценке нужд и потребностей. Основным отличием ЭОС от оценки нужд является возможность более точного определения численности целевой группы и распространенности рискованных поведенческих практик.

Специфические особенности ЭОС:

- быстрота проведения (обычно 3–4 недели);
- экономичность;
- ориентировка на метод индукции (индуктивный анализ данных — процесс разработки гипотез и поиска информации с последующим сопоставлением, анализом и выстраиванием общего представления; в ходе получения новых данных гипотезы либо подтверждаются, либо отвергаются);
- сочетание нескольких методов сбора количественных и качественных данных из разных источников с последующим сопоставлением, перекрестной проверкой и анализом;
- использование многих источников данных и многих категорий респондентов;
- изучение и анализ не только ситуации, но и уже принятых в ответ на проблему мер;
- определение имеющихся ресурсов и потребностей (что нужно и что уже для этого есть; что уже используется, а что можно и нужно использовать в будущем);
- конкретное изложение «наилучшей практики, передового опыта» и выводы, извлеченные из предыдущих мер и программ;

- увязка проведенной ЭОС с соответствующими мерами (что полезно сделать именно в этих условиях и каковы возможные препятствия и пути их преодоления).

Раздел 2. Аутрич-работа среди уязвимых групп населения

1. Определение. Аутрич (от англ. «outreach» — внешний контакт) — форма продвижения услуг, предоставляемых медицинскими службами и общественными организациями, в целевое сообщество. Социальная аутрич-работа — это метод взаимодействия с труднодоступными целевыми группами, контакт с которыми через существующие службы здравоохранения затруднен.

В отношении продвижения услуг профилактических программ в сообщество ПИН, КСР, мигрантов и беспризорных/безнадзорных детей аутрич-работа является наиболее доступным и эффективным методом интервенции, поскольку все эти уязвимые группы характеризуют ряд общих признаков:

- групповая дисклокация в определенных местах — уличные «точки» для детей и КСР, квартиры и притоны для ПИН, жилищные сооружения на строительных площадках и места встреч национальных общин для мигрантов;
- потребность в информации о безопасном поведении и охране здоровья не актуализирована. В этом случае интервенция Программы в сообщество реализуется по принципу «услуга следует за клиентом», а не «клиент за услугой»;
- ограниченный доступ к услугам официальных медицинских и социальных служб:
 - отсутствие документов, необходимых для получения бесплатной медицинской помощи (паспорт, регистрация по месту пребывания, полис медицинского страхования);
 - отсутствие финансовых возможностей для получения анонимной квалифицированной медицинской помощи;
 - специфика жизнедеятельности (график работы, состояние наркотического опьянения, отдых/сон в часы работы медицинских учреждений);
 - отсутствие информации о доступных службах и условиях предоставления необходимой помощи;
 - самостигматизация (внутренняя стигма);
 - страх перед любыми государственными структурами.

2. Цель аутрич-работы — обеспечение как можно более широкого доступа к уязвимым группам, установление доверительных отношений для эффективного проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и других заболеваний среди представителей уязвимых групп с максимальным охватом.

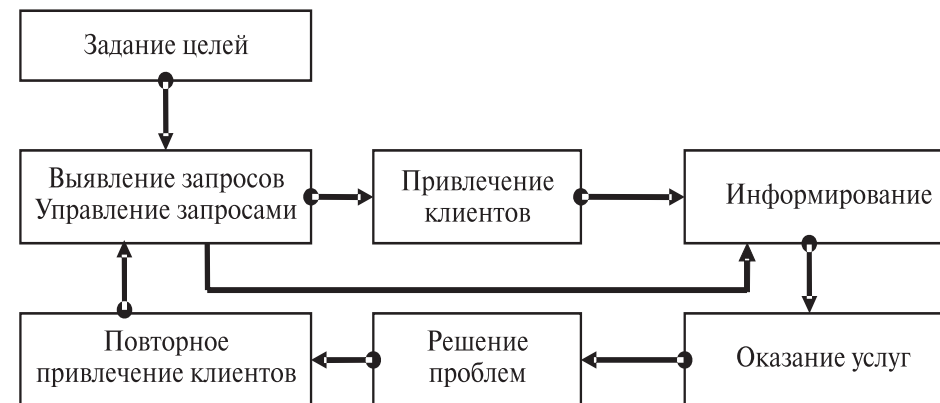
3. Задачи аутрич-работы:

- поиск, установление и поддержание контактов с клиентами Программы;
- информирование и обучение клиентов Программы практикам менее опасного поведения;
- привлечение клиентов Программы к тестированию на ВИЧ и ИППП, программе медико-социальной специализированной помощи;
- обмен шприцев, распространение профилактической литературы, презервативов и других средств защиты;
- сбор информации о практиках опасного поведения и факторах, которые на него влияют;
- помощь врачам-специалистам в обеспечении доступа к целевой группе;
- проведение информационной работы по предотвращению распространения инфекционных заболеваний среди ближайшего окружения клиентов Программы — родственники, дети, половые партнеры, не являющиеся представителями данной целевой группы.

Дополнительные задачи аутрич-работы (ставятся в зависимости от уровня профессиональной подготовки и стажа аутрич-работников):

- организация и управление работой добровольцев;
- забор крови и другого материала для тестирования (например, мокроты для исследования на туберкулез);
- проведение до- и послетестового консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции;
- социальное сопровождение клиентов;
- поддержка приверженности клиентов к терапевтическим программам (АРВТ, химиопрофилактика/лечение туберкулеза, ИППП);
- анкетирование клиентов Программ при проведении социологических исследований;
- проведение тренингов/лекций/профилактических бесед для клиентов Программ.

Цикл деятельности аутрич:



5. Установление контакта с представителями целевой группы.

Контакт — сбор информации + предоставление информации

- 1) Определить, на кого именно направлена деятельность, где и когда встречаются представители целевой группы.
- 2) Установить отношения с представителями ЦГ, через них собрать информацию о состоянии сообщества, его проблемах и потребностях.
- 3) Наладить контакты с лидерами группы (КСР, беспризорные/бездзорные дети, мигранты), от этого в большой степени зависит доступ к другим членам группы.
- 4) Не вмешиваться в отношения представителей ЦГ между собой и сотрудниками правоохранительных органов.
- 5) Для знакомства надо рассказать о себе и о деятельности организации, не утаивая задачи Программы, подчеркнуть конфиденциальность.
- 6) Помнить имена и прозвища членов целевой группы, они могут послужить «паролем» для продолжения контактов.
- 7) Не пытаться проводить анкетирование при первом контакте.

Эффективный контакт — это:

- общение на равных;
- доступный язык;
- примеры из собственного опыта;
- акцент на лояльность (подчеркивание важности отношений);

- «хорошее предложение» (отвечающее потребностям);
- просьба-подкрепление (подчеркивание личной значимости клиентов Программы), вовлекающая в совместную работу;
- общение с клиентами в наименее напряженное для них время.

Факторы, снижающие эффективность контакта:

- непонятный язык;
- высокомерие;
- робость («неуверенность рождает неуверенность»);
- давление;
- уговоры;
- действия, не требующие ответных действий (непонятна цель: бесплатные услуги настораживают).

Консультирование

Консультирование в рамках аутрич-работы помогает клиентам справиться со стрессом, построить отношения с другими представителями группы, преодолеть страх обращения к медицинской помощи.

Консультирование представляет собой процесс, последовательно состоящий из нескольких частей: информирование, обсуждение ситуации, принятие решения (действие клиента на основе полученной информации). Очень важно просвещение клиента Программы, которое является неотъемлемой частью консультирования. Следует отметить, что просвещение не является синонимом информирования. Информирование — это предоставление информации, что называется, «без комментариев», только факты. Просвещение же понятие более широкое, включающее в себя разъяснение фактов, использование методов убеждения клиента.

Просвещение клиента проводится, во-первых, с целью повысить уровень его знаний о ВИЧ и, во-вторых, чтобы предотвратить возможное заражение или препятствовать распространению инфекции, если клиент уже имеет положительный ВИЧ-статус.

Просветительская работа в программах по профилактике ВИЧ наиболее эффективна, поскольку аутрич-работники выходят к представителям целевых групп, где вызывают большее доверие. Наибольшая потребность в информации о заболевании у клиента возникает именно тогда, когда опасности заражения (или уже заражению) подвергается он сам или его близкие.

Консультирование — процесс динамичный. Навыки по консультированию требуют постоянного совершенствования. При подготовке к консуль-

тированию по вопросам ВИЧ/ВГ/ИППП необходимо использовать помощь доверенных врачей-специалистов для получения достоверной информации, а также для эффективного взаимодействия.

Для эффективного консультирования аутрич-работнику необходимо:

- Предоставлять человеку выбор, не подталкивать к определенным действиям.
- Избегать советов, не принимать решений за клиента. Все, что допустимо, — это выслушать и поддержать.
- Избегать нравоучительного или покровительственного тона.
- Консультирование не должно включать в себя религиозных или духовных аспектов.
- Говорить с человеком о насущном, обсуждать его нынешнее эмоциональное состояние и возможные пути выхода из него.
- Не говорить о том, что вызывает дискомфорт.
- Обращать внимание на эмоции, мимику и жесты.
- Использовать юмор как способ начать серьезное обсуждение.
- Задавать больше открытых вопросов, чтобы дать возможность клиенту свободно говорить.
- Задавать уточняющие вопросы, использовать перефразирование, проговаривать полученные ответы, чтобы избежать неточностей.
- Избегать оценок, не выдвигать собственных суждений.
- Не злоупотреблять вопросами, начинающимися с «почему», это может создать впечатление зондирования.

Распространение презервативов, смазок, и дезинфицирующих средств¹¹:

Цель — формирование навыка у клиентов программы постоянного использования средств индивидуальной барьерной профилактики и контрацепции, а также формирование навыка экстренной профилактики в аварийной ситуации.

Распространение презервативов является удовлетворением потребности клиентов в качественных презервативах, но не удовлетворяет их пожелания. Как правило, клиенты Программ обращаются с просьбами увеличить

¹¹В основном распространение презервативов происходит среди ПИН и КСР. Для мигрантов данный вид услуг возможен по запросу. В отношении детей и подростков до 18 лет раздача презервативов может трактоваться как нарушение действующего законодательства.

количество презервативов, которые распространяют аутрич. Необходимо иметь в виду, полное обеспечение презервативами не является целью Программы. Кроме этого, количество презервативов ограничено рамками бюджета Программы.

Распространение презервативов, смазок и дезинфицирующих средств должно сопровождаться обязательным информированием клиентов об их применении, рекомендациями по использованию, а также ответами на возникающие вопросы.

Обмен инъекционного инструментария:

Цель — профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С и другого вреда, наносимого здоровью при инъекционном употреблении наркотиков, среди клиентов Программы, являющихся ПИН, которые по разным причинам не обращаются в стационарные ПОШ.

Причин для выбора этой модели Программой может быть несколько: большинство потребителей употребляют наркотики в квартирах; из-за усиленной работы правоохранительных органов потребители боятся собираться вместе; отсутствие финансирования на приобретение микроавтобуса, отсутствие возможности арендовать помещение под стационар и т. д. Подобная работа проводится в очень многих городах России с «закрытой» наркосценой. Однако у подобной работы тоже есть ограничения, поскольку в условиях непродолжительных контактов и отсутствия конфиденциальной обстановки невозможно проводить более углубленное обучение и консультирование потребителей наркотиков и предоставлять им доврачебную помощь. При такой работе особое внимание следует уделять обеспечению безопасности аутрич-работников и волонтеров.

6. Аутрич-работа и аутрич-работники.

Место проведения аутрич-работы определяется условиями жизни потенциальных клиентов Программ, исходя из наибольшей вероятности встречи с ними в данной местности. Определение мест для аутрич-работы проводится при планировании Программ на основе предварительно проведенной оценки ситуации на данной территории.

Аутрич-работа в местах сбора/проживания представителей целевых групп может проводиться как сотрудниками, не имеющими специального образования, так и специалистами (социальными работниками, врачами, средними медработниками, психологами, социологами). Нередко им помогают волонтеры из числа представителей целевых групп.

Существует три основных типа аутрич-работников:

1) молодые специалисты, желающие быстро приобрести профессиональный опыт;

2) люди, так или иначе связанные с целевой группой;

3) сотрудники, ранее работавшие в сходных проектах.

Мотивы выбора профессии (рода деятельности) аутрич-работником:

- самореализация;
- когнитивный («интересен чужой мир»);
- социофилический («хочу помочь»);
- практический (достижение практических целей, карьерный рост);
- общение («нравится общаться», «хорошая команда»);
- сохранение элементов привычного образа жизни.

Позитивные аспекты аутрич-работы для сотрудника Программы:

- возможность самореализации и профессионального роста;
- положительная обратная связь от целевой группы;
- социальное признание в своем кругу и средства к существованию.

Негативные аспекты аутрич-работы для сотрудника Программы:

- ощущение социальной дистанции с целевой группой;
- ограниченные возможности действовать;
- отсутствие признания и поддержки со стороны общества;
- ощущение собственной навязчивости, ненужности работы;
- угроза личной безопасности;
- низкий доход;
- быстрое профессиональное сгорание.

Преимущества аутрич-работы:

- возможность охвата большого числа представителей ЦГ за счет выхода на скрытые группы;
- получение информации о рискованных практиках поведения и условиях жизни представителей ЦГ непосредственно в местах их сбора и проживания, что позволяет адаптировать профилактическую работу к конкретным местным условиям;
- возможность длительного удержания контакта с наиболее закрытыми группами;
- возможность равного консультирования при наличии сотрудников;

- работа с сетями/сообществами и влияние на групповые нормы поведения;

- установление контактов с ближайшим окружением клиентов Программы (сексуальные партнеры, близкие), с целью вторичной профилактики инфекционных заболеваний среди них и подключения их к сотрудничеству.

Ограничения аутрич-работы:

- трудность администрирования;
- нарастание числа клиентов, в связи с чем нарушается своевременность предоставления им профилактических материалов, инъекционного инструментария;
- потеря связи с клиентами при отсутствии закрепленного аутрич-работника;
- транспортные расходы.

7. Формирование аутрич-команды:

Действия координатора для набора команды:

- 1) описание рабочего процесса (РП);
- 2) спецификация РП, включающая характеристики личности работников, необходимые для выполнения РП, и нормативные требования к их труду;
- 3) проект рабочего места (чем необходимо обеспечить РП);
- 4) набор сотрудников с учетом спецификации (собеседование, тестирование);
- 5) ориентация новых сотрудников;
- 6) анализ эффективности их труда в сравнении с нормативным (отраженным в спецификации РП);
- 7) обучение;
- 8) оценка.

Требования к аутрич-работнику:

- Быть в курсе того, что происходит вокруг него.
- Чувствовать опасные ситуации и, по возможности, избегать их.
- Сохранять спокойствие в критических ситуациях.
- Не бояться общения с незнакомыми людьми.

- Чувствовать настроения людей и напряженность атмосферы, т. е. понимать, можно ли задать вопрос.

- Понимать сленг/жаргон целевой группы.

- Уметь переводить медицинскую и научную терминологию на понятный язык; особенно важно, если проект направлен на мигрирующих представителей целевой группы, которые могут не совсем хорошо говорить на местном языке.

Взаимодействие в команде:

- Требование к команде: все ее члены должны быть готовы работать сообща, достигая единой цели.
- Человек, не готовый делиться информацией и полезными контактами, не сможет работать в команде.

Административные меры для превращения группы аутрич-работников в команду:

- 1) единая и общедоступная клиентская база;
- 2) составление карты города (района) с нанесенными на нее «точками» и маршрутами аутрич;
- 3) ротация пар в команде аутрич;
- 4) проведение общих совещаний (еженедельно);
- 5) супервизии;
- 6) выработка командой общих критериев оценки эффективности аутрич;
- 7) проведение совместных мероприятий;
- 8) выделение в организации помещения для сбора команды, где находится ее оборудование (компьютер и др.) и хранится незавершенная работа (например, отчеты);
- 9) наличие руководителя команды (менеджера-аутрич).

Организационная система

I. Клиентская база

Цели:

1. Удержание контактов.

2. Прогнозирование потребностей на основании трендов (данных об удовлетворенных и неудовлетворенных ранее потребностях клиентов Программы) и логистика.

3. Анализ развития взаимоотношений с клиентами Программы.

• Клиентская база составляется на основании отчетов аутрич-работников о текущей деятельности. Анализ клиентской базы — ответственность менеджера-аутрич.

II. Ротация пар в команде аутрич

Цели:

1. Удержание контактов.

2. Обеспечение возможности замены одних аутрич-работников другими в случае болезни, отпуска, увольнения и др.

3. Обмен опытом (полезными навыками и контактами).

• Каждый аутрич-работник должен быть готов передать свои контакты другому члену команды.

III. Продвижение организации в целевой группе

Цели:

1. Обеспечение преемственности в работе при смене аутрич-команды или временном прекращении ее деятельности.

2. Обеспечение поддержки аутрич-работников организацией (авторитет, известность, организационные возможности), снижение «затрат» на первичный контакт.

• Аутрич-команда должна ассоциироваться с организацией, которую она представляет.

Как обеспечить:

1. По возможности обеспечить эмблемы организации на одежде, оборудовании, материалах для раздачи и/или пользоваться спецодеждой.

2. Каждому аутрич-работнику изготовить визитки с личными данными, адресами и телефонами организации.

4. Снизить риски, связанные с уличной работой: неориентированный работник подвержен большему риску.

5. Сэкономить время руководителя и других работников: работник будет реже обращаться за помощью и разъяснениями.

6. Развивать позитивное отношение к работе, реализм в ожиданиях и удовлетворенность работой.

8. Руководство аутрич-работниками (осуществляет координатор Программы или менеджер-аутрич):

• Координатор (менеджер-аутрич) ежедневно ставит перед аутрич-работниками конкретные задачи, которые они должны выполнять в каждом месте работы, и контролирует их выполнение путем регулярного обсуждения событий.

• Периодически координатор (менеджер-аутрич) посещает места аутрич-работы, осуществляя обратную связь с клиентами Программы о качестве предоставляемых услуг.

Трудовой распорядок аутрич-работника:

• Аутрич-работник приходит в подразделение Программы к началу рабочего дня и повторно, после работы на следующий день, в случае если работа осуществляется в вечернее время и не позднее 1,5 часов до конца своего рабочего времени, если работа осуществляется в дневное время.

• В начале рабочего дня аутрич-работник получает необходимые для работы материалы. Совместно с координатором (менеджером-аутрич) уточняется его рабочее задание на день (место работы, что необходимо сделать в течение дня).

• После выполнения задания аутрич-работник сдает собранные анкеты клиентов, использованные шприцы, заполняет необходимую документацию, отчитывается перед координатором (менеджером-аутрич), обсуждает план работы на следующий день с координатором (менеджером-аутрич).

• Перемещение аутрич-работника по городу происходит на общественном транспорте. Проездные билеты сохраняются и сдаются координатору (менеджеру-аутрич).

Оснащение аутрич-работника:

• сумка;

• удостоверение сотрудника и ксерокопия паспорта;

• достаточное количество профилактических материалов: стерильные шприцы разного объема, иглы разной длины и диаметра, презервативы, спиртовые салфетки и т. д.;

• профилактическая литература и информационные карточки для клиентов (приложения №2 и 3) (направления в медико-социальные службы);

• карточки участника Программы для клиентов (приложение № 4);

- непрокальваемые контейнеры для сбора использованных шприцев;
- бланки для мониторинга;
- блокнот и ручка для записей;
- телефонная карта либо мобильный телефон;
- номер телефона координатора / менеджера-аутрич;
- аптечка для оказания помощи при аварийных ситуациях.

9. Правила безопасности на рабочем месте.

Нейтрализация источников опасности:

Источник опасности	Возможные последствия	Меры предотвращения
Криминальное окружение	угроза жизни и здоровью	<ul style="list-style-type: none"> • работа парами • работать только на территории, на которой в это время аутрич-работник должен работать по плану, принятому совместно с координатором (менеджером-аутрич) • невмешательство в конфликты • привлечение работника с личным транспортом, наличие карманных денег, чтобы быстро покинуть место • иметь при себе мобильный телефон • если ситуация требует вмешательства милиции – вызвать милицию, после чего немедленно поставить координатора (менеджера-аутрич) в известность о произошедшем
Правоохранительные органы	задержание	<ul style="list-style-type: none"> • работать только на территории, на которой в это время аутрич-работник должен работать по плану, принятому совместно с координатором (менеджером-аутрич) иметь при себе: <ul style="list-style-type: none"> • удостоверение сотрудника (приложение №1) и ксерокопию паспорта • визитную карточку руководителя организации и копии рекомендательных писем органов исполнительной власти • знать номер телефона дежурных служб УВД для экстренной связи • не вступать в конфликты ЦГ и правоохранительных органов • желательно иметь визитную карту адвоката организации

Источник опасности	Возможные последствия	Меры предотвращения
Агрессивные и перверсные клиенты	угроза жизни и здоровью	<ul style="list-style-type: none"> • работа парами • наличие в паре мужчины • наличие средств самообороны и связи • мобильный пункт аутрич • наличие карманных денег, чтобы быстро покинуть место
Работа в плохих погодных условиях	простудные заболевания, обострение хронических заболеваний	<ul style="list-style-type: none"> • иметь спецодежду для работы на улице • мобильный пункт аутрич • профилактика и прививки
Работа в сумеречное и темное время суток	снижение внимания, увеличение числа лиц в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, повышение риска агрессии в адрес аутрич-работника	<ul style="list-style-type: none"> • работа парами • наличие в паре мужчины • наличие средств самообороны и связи • мобильный пункт аутрич • наличие карманных денег, чтобы быстро покинуть место
Медицинские риски	угроза заражения	<ul style="list-style-type: none"> • инструктаж по эпидрежиму (инструкция для аутрич по действиям в аварийных ситуациях – приложение №5) • повышение уровня медицинских знаний • наборы экстренной профилактики • вакцинация против гепатита В

Снижение влияния личностного фактора:

Наиболее подверженные опасности	Причина	Меры предотвращения
«Новички»	<ul style="list-style-type: none"> • незнание и непонимание опасности • незнание эффективных действий в случае опасности 	<ul style="list-style-type: none"> • ориентирование новичков • работа в паре с опытным наставником • представление новичка клиентам Программы

Наиболее подверженные опасности	Причина	Меры предотвращения
Слишком молодые	<ul style="list-style-type: none"> • недостаточный жизненный опыт • беспечность 	<ul style="list-style-type: none"> • возрастные ограничения • профессиональный отбор • работа в паре с опытным наставником
Обладающие недостаточными коммуникативными и перцептивными навыками	<ul style="list-style-type: none"> • неумение распознавать опасность • незнание эффективных действий в конфликтной ситуации • неумение обратиться за помощью 	<ul style="list-style-type: none"> • профессиональный отбор • тренинги развития коммуникативных и перцептивных способностей • правильный подбор пар
Импульсивные	<ul style="list-style-type: none"> • острая реакция на конфликтную ситуацию • несдержанность • ответная реакция на агрессию 	<ul style="list-style-type: none"> • тренинги разрешения конфликтов • правильный подбор пар
Легко впадающие в скуку и самонадеянные	«упускают» ситуацию, когда необходимо вмешательство руководства	<ul style="list-style-type: none"> • проверки • повышение заинтересованности • профилактика синдрома профессионального сгорания

10. Программы ориентации для новых аутрич-работников.

Цели:

1. Уменьшить стартовые издержки: новый работник быстрее достигнет общих стандартов исполнения работы.
2. Снизить озабоченность (страх провала в работе) и неопределенность, испытываемые новым работником.
3. Сократить текучесть кадров: если работник чувствует свою неумелость на работе, он может отреагировать на это уходом.
4. Снизить риски, связанные с уличной работой: неориентированный работник подвержен большому риску.
5. Сэкономить время координатора Программы и других работников: работник будет реже обращаться за помощью и разъяснениями.
6. Развивать позитивное отношение к работе, реализм в ожиданиях и удовлетворенность работой.

Ответственное лицо — менеджер-аутрич.

Структура программы ориентации:

1. Общее представление об организации

- история;
- цели, приоритеты, проблемы;
- традиции, нормы, стандарты;
- целевые группы и их особенности;
- виды услуг, предоставляемых целевым группам;
- другие виды деятельности организации;
- структура организации, связи;
- данные о руководителях;
- внутренние отношения.

2. Оплата труда

- нормы оплаты и ранжирование;
- оплата выходных и сверхурочных;
- каким образом выплачиваются деньги;
- удержания;
- возмещение затрат.

3. Дополнительные льготы

- услуги организации для своих работников;
- возможности обучения на работе;
- больничные и выходные пособия.

4. Безопасность

- предупреждение о возможных опасностях на работе;
- меры предосторожности;
- правила поведения при несчастных случаях и порядок оповещения о них;
- предварительный и периодический медосмотры, вакцинация;
- дружественные службы, которые могут помочь в экстренной ситуации;
- запрет на употребление алкоголя и наркотиков.

5. Обязанности и ответственность

- детальное описание текущей работы и ожидаемых результатов;
- рабочее время и расписание;
- замена отсутствующих работников;
- нормативы качества выполняемой работы и оценка их исполнения;
- требуемая отчетность;
- порядок проведения проверок.

6. Знакомство с помещениями и оборудованием организации

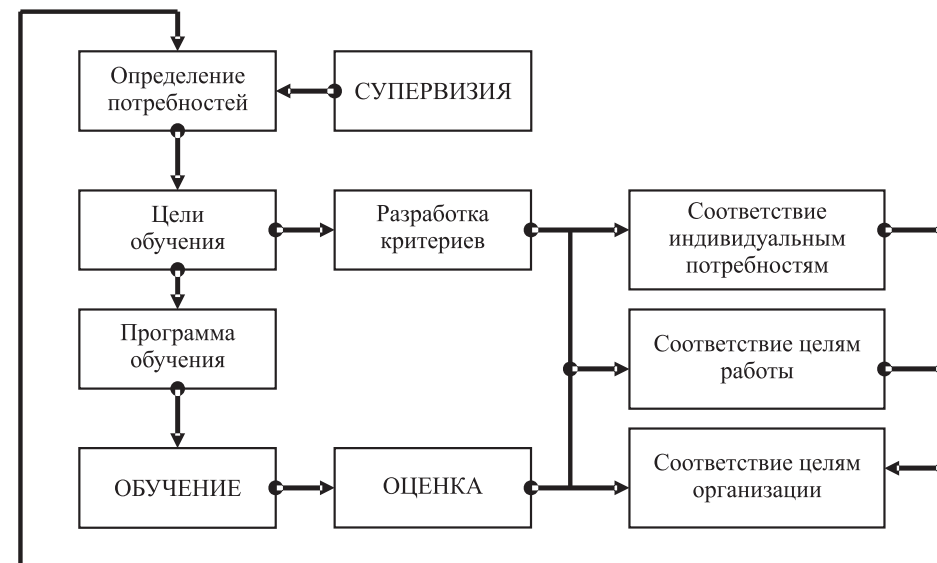
7. Представление сотрудников организации

Обучение новых аутрич-работников

Виды обучения

- 1) предварительное обучение — обучение в ситуации, имитирующей реальную, под наблюдением инструктора;
- 2) обучение на рабочем месте — работник помещается в реальную рабочую ситуацию, работу и «секреты мастерства» показывает ему опытный наставник;
- 3) инструктаж — изложение правил поведения в рабочей ситуации;
- 4) инструкционный тренинг — отработка навыков, необходимых, чтобы точно следовать инструкции;
- 5) семинары — форма обучения для передачи новых знаний и обмена опытом между сотрудниками;
- 6) тренинги — организованный процесс изменения поведения работника в целях наилучшего достижения целей организации;
- 7) стажировки — практическое обучение на чужом рабочем месте;
- 8) самообразование.

Модель обучения



Оценка, супервизия и проверка

Оценка

Цели

1. Определение потребностей в обучении и эффективности обучения.
2. Обратная связь, побуждение работников работать лучше.
3. Повышение обоснованности (справедливости) кадровых решений.

Кто проводит (варианты):

- независимые оценщики;
- сами работники оценивают коллегу;
- самооценка.

Супервизия

Цели:

1. Ответ на индивидуальные потребности работника, методическая помощь.

2. Наделение работника уверенностью в его профессиональной компетентности.

3. Определение потребности в обучении и его эффективности.

Кто проводит (варианты):

- независимый супервизор;
- опытный сотрудник организации;
- сами работники в ходе групповой дискуссии (организатор дискуссии менеджер-аутрич).

Проверка

Цели:

1. Определение соответствия количества и качества работы утвержденным нормативам.

2. Контроль соблюдения мер предосторожности и техники безопасности.

Кто проводит (варианты):

- независимый контролер;
- комиссия из аутрич-работников;
- менеджер-аутрич.

Правило проверки: не проверять более трех позиций сразу, так как большинство людей не в состоянии реагировать более чем на три замечания сразу.

Требование к проверке:

- содержательность (связь с целями организации);
- простота (критерии должны быть понятны любому работнику);
- реалистичность (не предъявлять завышенных требований).

Особое пожелание: функции супервизии и функции проверки текущей деятельности должны осуществлять разные люди, тогда эффективность супервизии будет выше, так как работники не будут скрывать насущных проблем.

Текущий контроль осуществляет менеджер-аутрич.

Методы контроля:

- отчеты;
- совещания (пятиминутки).

Функции текущего контроля:

1) отслеживание хода работ;

2) содействие работе:

- усиливает «полезные факторы» через поощрение, распространение лучшего опыта;
- уменьшает «вредные факторы» через устранение ошибок, препятствий, решение проблем;
- помогает технически обеспечивать рабочий процесс (отчеты и выступления на совещаниях должны обязательно содержать информацию о потребностях).

Раздел 3. Стационарный консультативный пункт

Стационарный консультативный пункт — базовый структурный компонент каждой программы профилактики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С — является неотъемлемой частью профилактических программ. Цели и задачи стационарного пункта корректируются в зависимости от целевой группы, целей и задач программы. В данном руководстве будут рассмотрены два вида стационарных пунктов, организуемых на базе программ снижения вреда и беспризорных/безнадзорных детей.

А. Стационарный пункт обмена шприцев

1. Определение. Стационарный консультативный пункт (стационарный пункт обмена шприцев СПОШ — в Программе для ПИН) — это структурный компонент подразделения Программы, который создается на базе оборудованных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами помещений, где производится информирование и консультирование по вопросам профилактики ВИЧ/ВГ/ИППП, обмен инъекционного инструментария для ПИН.

Основное предназначение стационарного консультативного пункта — предоставление прямого сервиса потребителям инъекционных наркотиков, что не исключает его практической возможности оказания профилактической помощи представителям уязвимых групп, не являющихся ПИН.

Стационарный консультативный пункт может быть организован в структуре различных ведомств, организаций и учреждений любой формы собственности.

Обычно стационарные пункты организуются в том случае, если результаты экспресс-оценки показали, что в городе существует достаточно открытая наркосцена и/или существуют районы города, в которых проживает или собирается большое количество потребителей наркотиков¹².

2. Цель СПОШ — профилактика ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью при инъекционном употреблении наркотиков, среди групп ПИН, которые могут самостоятельно в него обращаться, привлечение клиентов к программе медико-социальной специализированной помощи.

3. Задачи СПОШ:

- предоставление информации по профилактике ВИЧ-инфекции, способам снижения риска для здоровья при употреблении наркотиков;
- обмен использованных шприцев на стерильные, предоставление других материалов для предупреждения распространения инфекционных болезней;
- направление клиентов в медицинские и социальные службы с целью их привлечения к программе медико-социальной специализированной помощи;
- строгое соблюдение инфекционной безопасности в помещениях;
- консультирования ПИН специалистами (медицинскими и социальными работниками);
- организации забора материала для лабораторных исследований (на ВИЧ, гепатиты, ИППП и пр.) и других процедур в рамках оказания первичной медицинской помощи;
- проведение до- и послетестового консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции.

4. Место расположения СПОШ

Для эффективной работы СПОШ рекомендуется организовывать их на основе предварительного анализа ситуации по распространенности инъекционного употребления наркотиков на территории:

- СПОШ не должны организовываться вблизи детских и подростковых образовательных учреждений.
- В целях соблюдения конфиденциальности и обеспечения комфорта посещений клиентов рекомендуется создавать СПОШ в отдалении от пунктов милиции.

¹² Д. Берроуз. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев./пер. с англ. — IHRD 2000, 2002. С. 70

• СПОШ рекомендуется располагать на первых этажах зданий с организацией отдельного входа с улицы для клиентов, а также отдельного входа с удобными подъездными путями для обеспечения подвоза расходных материалов и вывоза медицинских отходов.

5. Время работы СПОШ определяется удобством для клиентов на основе предварительно проведенной оценки.

6. Преимущества СПОШ:

- простота организации и контроля его работы;
- постоянство функционирования, что создает возможность для клиентов заранее планировать посещения СПОШ;
- возможность получения клиентом консультаций специалистов (врач, психолог, юрист, социальный работник, равный консультант);
- предоставление возможности клиентам получить первичную медицинскую помощь и тестирование.

7. Ограничения СПОШ:

- малые возможности активно выходить на скрытые группы ПИН;
- возможная удаленность от мест проживания ПИН, что ведет к затратам клиентов на транспорт;
- нередко низкая информированность клиентов о наличии СПОШ;
- посещение СПОШ одними и теми же клиентами близлежащих территорий;
- ограниченная возможность оценки персоналом практик рискованного поведения ПИН, так как исключен метод наблюдения.

8. Требования к набору помещений СПОШ:

- помещение для приема клиентов и обмена шприцев; склад;
- помещение для обеззараживания инъекционного инструментария и сбора отходов на утилизацию;
- складское помещение;
- процедурный кабинет;
- кабинеты для консультации специалистов;
- туалетная комната;
- комната для персонала;
- бытовые помещения.

9. Оборудование и функциональная связь помещений СПОШ

9.1. Помещение для приема клиентов и обмена шприцев – рекомендуется располагать в непосредственной близости от входа для клиентов. Помещение должно иметь естественное освещение и хорошо проветриваться.

Оборудование помещения:

- стол и стул для медицинского работника, осуществляющего прием/выдачу шприцев и прочих расходных материалов;
- стеллажи или шкафы для хранения суточного запаса расходных материалов, предназначенных для выдачи ПИН;
- расходные материалы: стерильные шприцы однократного применения и др., одноразовые непрокальваемые герметичные емкости разного объема с соответствующей отходам класса Б цветовой и текстовой маркировкой, зарегистрированные и разрешенные к применению в установленном порядке (для сбора использованных шприцев), медицинские перчатки, литература для ПИН;
- герметичный непрокальваемый контейнер для сбора использованных шприцев с иглами от ПИН, закрепленный снаружи у окна приема использованных шприцев;
- мини-контейнер с текстовой и цветовой маркировкой, соответствующей отходам класса Б (пакет, закрепленный на стойке-тележке), предназначенный для сбора герметичных непрокальваемых контейнеров с использованными шприцами;
- аптечка для экстренной помощи в аварийных ситуациях и травмах;
- журнал регистрации приема и выдачи расходных материалов, направлений к специалистам;
- талоны направлений к специалистам;
- инструкции по сбору медицинских отходов.

9.2. Помещение для обеззараживания.

Для обеззараживания поступающих от ПИН шприцев и других медицинских отходов, образующихся на СПОШ, перед их транспортировкой к месту обезвреживания рекомендуется применение метода воздействия электромагнитным излучением сверхвысокой частоты и влажного пара (СВЧ-технология) или метода обработки медицинских отходов насыщенным паром (автоклавирования).

Способ химического обеззараживания в данном случае не может считаться рациональным, так как не обеспечивает качественную дезинфекцию

использованных шприцев и безопасность медицинских работников при обращении с медицинскими отходами.

Оборудование помещения:

- специализированное оборудование по обеззараживанию (обезвреживанию) медицинских отходов классов опасности Б и В (СВЧ-установка – УОМО-01/150 (УОМО-02/90), паровой стерилизатор (автоклав) и др.);
- оборудованное место для мытья с подводкой воды и канализацией;
- санитарно-хозяйственное имущество;
- дезинфицирующие средства;
- уборочный инвентарь;
- аптечка «Анти-ВИЧ».

9.3. Складское помещение для хранения расходных материалов (шприцев, контейнеров, литературы и др.) оборудуется стеллажами, лестницей-стремянкой.

9.4. Procedурный кабинет предназначен для забора крови для лабораторных исследований, оказания необходимой первичной медицинской помощи.

Оборудование процедурного кабинета:

- шкаф для хранения медикаментов и инструментария;
- стол для медработника, 2 стула, кушетка;
- инструментальный столик, бытовой электрический холодильник;
- необходимый набор инструментария (преимущественно однократного применения), перевязочный материал;
- дезинфекционные средства, емкости для дезинфекции, одноразовые непрокальваемые контейнеры для сбора медицинских отходов класса Б;
- бактерицидная лампа (рециркулятор) и др.;
- медикаменты;
- аптечка первой помощи («Анти-ВИЧ»);
- средства индивидуальной защиты работников (перчатки, маски, защитная одежда);
- журнал регистрации процедур, бланки направлений на тестирование крови, журнал регистрации травм персонала.

9.5. Кабинеты для консультации специалистов оборудуются в зависимости от мощности СПОШ и численности обслуживаемых ПИН. Обычно наиболее востребованными специалистами на СПОШ являются нарколог, специалист по социальной работе, психолог, инфекционист, дерматолог-венеролог, акушер-гинеколог, фтизиатр, хирург, стоматолог.

9.6. Комната для персонала предназначена для приема пищи персонала и отдыха. Оборудование: плита, бытовая СВЧ-печь, чайник, шкаф для посуды, посуда, столы, стулья, холодильник, раковина, моющие средства.

9.7. Бытовые помещения — туалетные помещения, душевая кабина, помещение для хранения уборочного инвентаря.

10. Дезинфекция шприцев производится сотрудником, прошедшим специальную подготовку, согласно Методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения, утвержденным Руководителем Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России 30.12.1998 г. № МУ-287-113 (Москва, 1998).

11. Сбор, хранение и утилизация собранных шприцев производится в соответствии с Правилами сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений, утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 22.01.99 г. № 2 (СанПиН 2.1.7.728-99).

12. В целях предупреждения заболеваний, связанных со сбором использованных шприцев, персонал обязан выполнять требования СанПиН 2.1.3.1376-03 (раздел XI, пункт 11.8), введенных в действие Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 124 от 06.06.2003 г.

13. Правила работы персонала СПОШ:

- Персоналу СПОШ запрещается производить обмен шприцев, давать рекомендации по менее опасному употреблению наркотиков, распространять профилактическую литературу, предназначенную для ПИН, лицам, которые не являются ПИН.

- При обращении клиента в СПОШ, персонал должен убедиться, что клиент является ПИН. Для того чтобы это сделать, персонал должен пройти предварительную подготовку.

- Персоналу СПОШ запрещается производить обмен использованного инъекционного инструментария из медицинских учреждений, а также инструментария, не используемого ПИН, для предотвращения нецелевого использования инструментария.

- Персоналу СПОШ запрещается прикасаться к использованным шприцам.

- В случае, если использованные шприцы упали на предметы, не предназначенные для их сбора, или на пол, персонал должен воспользоваться пинцетом для их перемещения в емкость для дезинфекции, предварительно надев резиновые перчатки.

- Персонал СПОШ должен требовать от клиентов сдачи шприцев с надетыми на иглы колпачками.

- Персонал СПОШ ведет учетно-отчетную документацию, ежедневно отчитывается перед координатором (менеджером-аутрич) подразделения (например, приложение № 6).

Б. Стационарный многопрофильный консультативный центр

1. Определение. Стационарный многопрофильный консультативный центр (КЦ) — это базовый структурный компонент программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди беспризорных/безнадзорных детей (далее дети улиц — ДУ), который создается на базе оборудованных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами помещений. КЦ может быть организован в структуре различных ведомств, организаций и учреждений любой формы собственности.

Базой для функционирования КЦ — как модели являются принципы: доступность, добровольность, доброжелательность, доверие, потребности и возможности ЦГ в центре внимания. Поэтому хорошей практикой является интеграция КЦ в структуру ППМСЦ (психолого-педагогические медико-социальные центры для подростков) или КДМ (клиники, дружественные к подросткам и молодежи).

2. Цели КЦ:

- приближение медико-социально-психологической помощи и информации по вопросам менее опасного и безопасного поведения к ДУ в контексте ВИЧ/СПИДа, других ИППП, наркомании, парентеральных вирусных гепатитов;

- снижение социальной и персональной уязвимости ДУ к ВИЧ/СПИД/ИППП, повышение их качества жизни и расширение возможности для социальной интеграции.

3. Задачи КЦ:

- минимизация и профилактика соматического, психического и социального вреда, исходящего из образа жизни, который ведет клиент. Виды

помощи: выдача индивидуальных гигиенических принадлежностей и средств защиты, одежды, продуктов. Консультирование, тестирование на ВИЧ/ИППП, гепатиты с до- и послетестовым консультированием. Диагностика ТБ. Оказание юридической помощи;

- информирование, консультирование и разъяснение рисков, систематическое ориентирование на безопасное и ответственное поведение (разработка и внедрение адекватных инструментов с учетом уровня образования и общей культуры клиентов);

- санитарно-гигиеническая обработка, оказание доврачебной медицинской помощи, медицинское консультирование;

- выявление детей и подростков, нуждающихся в углубленном обследовании, лечении, вакцинации и сопровождение в специализированные медицинские учреждения;

- построение модели эффективного социального посредничества и реально функционирующей системы доведения ДУ до тех структур и социальных институтов, от которых зависит улучшение жизненной ситуации ребенка (семья, учреждения социальной защиты, здравоохранения, образования, культурно-досуговые, кризисный центр с возможностью временного круглосуточного проживания, биржа труда и пр.);

- психосоциальная стабилизация (психологическая помощь);

- социально-психологическое сопровождение — индивидуальная и долгосрочная работа с клиентом посредством поэтапного развития важных навыков (планирование времени, денег, совместное с клиентом обсуждение актуальных проблем, осознание прав и обязанностей, осознание желаний и потребностей), способных изменить к лучшему жизненную ситуацию. Оказание помощи в социально-психологической адаптации, поддержка социальной интеграции и готовности к позитивному действию;

- сбор информации о нуждах и потребностях ЦГ;

- обучение и подготовка специалистов для работы с беспризорными/бездзорными детьми.

4. Место расположения:

- располагается рядом с основными транспортными маршрутами;

- рядом отсутствуют отделы милиции;

- желательна изолированность клиентов КЦ от других групп детей и молодежи;

- КЦ легко найти, вход непосредственно с улицы, броская вывеска и нейтральное название.

5. Время работы КЦ определяется потребностями клиентов на основе предварительно проведенного исследования.

6. Значение и преимущества КЦ:

- деятельность ориентирована на нужды и потребности ДУ;

- простота организации (отсутствие регистратуры, классического медицинского стиля, удобное время работы, приемлемые услуги);

- широкий спектр услуг, отвечающих реалиям жизни ДУ;

- постоянство функционирования;

- заполнение пробела в системе социальной политики — возможность получить здесь первичную медицинскую помощь, дружественное консультирование, поддержку и сохранить здоровье — это единственная возможность для ДУ;

- пространство для развития и общения подростков в условиях дружественной среды;

- реализация принципа «Доступность» обеспечивает простоту процедуры обращения, бесплатность и приемлемость услуг, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую информацию;

- реализация принципа «Доброжелательность» обеспечивает максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на осознании, понимании и принятии особенностей ДУ и их жизненной реальности, к которой в том числе относятся ПАВ, секс-работа и деликventное поведение.

7. Требования к набору помещений КЦ (для охвата 1000 клиентов в год):

Основные:

- контактная зона;

- кабинет врача;

- процедурный кабинет;

- кабинет психолога;

- комната социального работника и аутрич-работников;

- складское помещение;

- санузел;

- методический кабинет (для работы персонала, обучения ЦГ, проведения рабочих встреч и собраний);

Дополнительные:

• помещение для организации досуга, общения и проведения обучения ДУ («низкопороговый клуб»), 25 м кв. Это место, где подросток может почувствовать себя более значимым, где можно отдохнуть и почувствовать себя в безопасности, попить чай, съесть что-нибудь вкусненькое. С другой стороны, клуб — место сосредоточения творческого потенциала, источник энергии для групповой динамики, отправная точка всех дел, организованных добровольцами и подростковой группой, «дом», в котором проект живет и развивается.

Примечание: комплексная программа, включающая в себя и «низкопороговый клуб», снизит социальную и персональную уязвимость к ВИЧ/СПИД/ИППП ДУ, повысит их качество жизни, снизит уровень преступности и расширит возможности для социальной интеграции.

8. Требования к оснащению:

8.1. Оборудование

Основное оборудование:

- столы, стулья для персонала и клиентов;
- шкафы для бумаг/одежды (3);
- медицинский шкаф (2);
- кушетка медицинская (2);
- процедурный столик;
- холодильник;
- бактерицидная лампа;
- компьютер (3);
- принтер;
- ксерокс;
- телефон/факс;
- вешалка;
- электрочайник (2);
- флип-чарт.

Дополнительное:

- ММ проектор;
- экран;

- телевизор;
- музыкальный центр с DVD и караоке;
- СВЧ-печь;
- стеллажи для печатной продукции, книг, игрушек и наборов для творчества.

8.2. Организация работы/расходные материалы/товары медицинского назначения:

Основные:

- расходные материалы для оргтехники;
- медикаменты для санобработки и обеспечения лечения ДУ, включая аптечку неотложной помощи;
- латексные и резиновые перчатки;
- перевязочный материал;
- презервативы;
- одежда;
- дез. средства;
- спиртовые салфетки;
- кулер, вода питьевая;
- разовая посуда;
- канцелярские принадлежности для тренингов и работы по проекту;
- продукты и комплексные обеды для ДУ;
- GSM;
- адекватная печатная продукция;
- карточки для направления и сопровождения клиентов.

Дополнительные:

- наборы для творчества, литература, игрушки;
- банки, биксы для забора и транспортировки мокроты;
- пробирки, штативы, сумки для забора и транспортировки крови;
- видео-аудиокассеты.

8.3. Для процедурного кабинета предъявляются стандартные требования, существующие в медицинских учреждениях.

Раздел 4. Мобильный консультативный пункт

1. Определение. Мобильный консультативный пункт (мобильный пункт обмена шприцев — МПОШ в программе снижения вреда) — это структурный компонент профилактической Программы, который на базе оборудованного транспортного средства (чаще автобуса) при наличии условий, определяющих необходимость его организации (в условиях большого города, при значительном удалении от СПОШ мест концентрации ПИН и т. п.).

Мобильные консультативные пункты могут быть созданы для работы с другими уязвимыми группами (КСР, беспризорные/безнадзорные дети и мигранты).

2. Условия организации мобильного пункта:

- большой размер города (число жителей превышает 300 тысяч, протяженность города составляет более 20 км);
- большая концентрация клиентов Программы в определенных районах города;
- большая концентрация клиентов Программы на определенных улицах (например, женщин, занимающихся коммерческой секс-работой и употребляющих инъекционные наркотики);
- возможность выделить автотранспорт и обеспечить его бесперебойную работу (ставка водителя, ремонт, обеспечение текущих расходов на автотранспорт, включая гараж);
- способность организации наладить привлечение значительного числа клиентов Программы на мобильный пункт (наличие аутрич-работников, наличие опыта работы в профилактических программах не менее 2 лет).

3. Цель мобильного консультативного пункта — привлечение групп ПИН, сконцентрированных в отдаленных от СПОШ районах, к программе медико-социальной помощи ПИН.

4. Задачи мобильного консультативного пункта:

- информирование и обучение клиентов Программы практикам менее опасного поведения;
- обмен шприцев;
- распространение профилактической литературы;
- распространение презервативов, спиртовых салфеток и других материалов защиты;

- направление в другие службы для получения помощи;
- проведение консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции до и после тестирования;

5. Дополнительные задачи (ставятся в зависимости от возможностей подразделения Программы и местных условий):

- консультирование специалистами (дерматовенеролог, нарколог, психолог, инфекционист, акушер-гинеколог и др.);
- забор материала для тестирования на ВИЧ, другие инфекции с проведением консультирования;
- оказание первичной медицинской помощи (например, перевязки);
- проведение тренингов с небольшим числом клиентов Программы.

6. Маршрут мобильного пункта и время стоянок разрабатываются на основе предварительно проведенной оценки ситуации на территории и согласования с администрацией субъекта (города, района) и правоохранительными органами. Условиями выбора маршрута являются:

- отдаленность от СПОШ районов с наибольшей концентрацией ПИН;
- отсутствие в местах стоянок МПОШ детских и подростковых образовательных учреждений, а также отделений милиции.

7. Организация работы мобильного консультативного пункта:

- обеспечение стабильных маршрутов, фиксированного места и времени стоянок;
- в начале работы аутрич-работниками проводится информирование клиентов Программы, посещающих данный район, о месте и времени работы мобильного консультативного пункта;
- согласование маршрута мобильного пункта с правоохранительными органами.

8. Преимущества мобильного консультативного пункта:

- возможность приблизить услуги подразделения Программы к целевым группам;
- возможность предоставления первичной медицинской помощи;
- относительная простота организации и контроля.

9. Ограничения мобильного консультативного пункта:

- значительно повышает стоимость Программы за счет расходов на автотранспорт;

- возможные сбои в работе из-за поломок автотранспорта.

10. Требования к набору рабочих зон:

- для обмена шприцев;
- для хранения материалов;
- для проведения консультаций;
- для забора крови и оказания первичной медицинской помощи;
- для персонала.

11. Требования к оснащению МПОШ:

11.1. Рабочая зона для обмена шприцев:

- полки (стеллажи), откидной стол, стул;
- мини-контейнер с соответствующей отходам класса Б текстовой и цветовой маркировкой — для сбора емкостей с использованными шприцами от ПИН;

– одноразовые непрокальваемые герметичные емкости разного объема с соответствующей отходам класса Б цветовой и текстовой маркировкой, зарегистрированные и разрешенные к применению в установленном порядке — для сбора использованных шприцев от ПИН непосредственно в МПОШ;

– стерильные шприцы, предназначенные для обмена на использованные, принятые от ПИН;

– одноразовые непрокальваемые герметичные емкости разного объема с соответствующей отходам класса Б цветовой и текстовой маркировкой — для выдачи ПИН вместе со стерильными шприцами;

- инструкции по технике безопасности;
- инструкции по сбору использованных шприцев для клиентов МПОШ.

11.2. Для хранения материалов (складская):

- полки (стеллажи);
- запас расходных материалов и литературы.

11.3. Для проведения консультаций:

- откидной стол, 2 стула;
- необходимые приборы и инструменты;
- журнал приема пациентов, бланки направлений в специализированные учреждения.

11.4. Для забора крови и оказания первичной медицинской помощи (при организации таких услуг и в тех видах автотранспорта, где возможно размещение соответствующего оборудования):

– откидной стол, стул, кушетка;

– медицинский шкаф, мини-холодильник;

– медицинский инструментарий (стерильные шприцы, системы для забора крови однократного применения, пинцеты и т. п.), перевязочный материал;

– одноразовые непрокальваемые герметичные емкости с соответствующей отходам класса Б цветовой и текстовой маркировкой для сбора медицинских отходов;

– дезинфекционные средства и емкости для дезинфекции;

– медикаменты, аптечка первой помощи при травмах;

– журнал регистрации процедур, бланки направлений на тестирование крови, журнал регистрации травм медицинских работников.

11.5. Для персонала:

– откидной стол, стулья, чайник (термос), посуда, средства связи (мобильный телефон), бланки для мониторинга, блокноты, ручки и пр.

12. В случае, если на мобильном пункте проводится забор крови, его оснащение включает стол для забора крови, стандартный набор предметов и дезинфектантов, предназначенных для проведения внутривенных манипуляций, дополнительное освещение, журнал регистрации заборов крови, бланки направлений на тестирование крови.

13. Санитарный режим на мобильном пункте должен исключать возможность инфицирования сотрудников и быть согласован с эпидемиологической службой. Необходимо наличие аптечки для оказания экстренной помощи при аварийных ситуациях.

14. Сбор шприцев на мобильном пункте производится только в непрокальваемые, устойчивые, плотно закрывающиеся контейнеры, которые ежедневно сдаются для проведения дезинфекции и утилизации собранных шприцев. При движении контейнеры должны быть плотно закрыты.

15. Правила работы персонала мобильного консультативного пункта соответствуют правилам работы персонала СПОШ.

16. Требования к соблюдению техники безопасности персоналом ПОШ:

16.1. СПОШ (МПОШ) должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты медицинских работников в необходимом количестве

(перчатками, масками, защитной одеждой). Персонал должен строго соблюдать правила работы СПОШ (МПОШ), утвержденные руководителем ПСВ.

16.2. Персонал СПОШ (МПОШ), осуществляющий сбор, обеззараживание, временное хранение и транспортировку использованных шприцев инъекционных одноразового применения, должен иметь подготовку по технике безопасности, уметь применять специальное оборудование и дезинфицирующие средства в соответствии с функциональными обязанностями, утвержденными руководителем СПОШ (МПОШ).

16.3. Персонал, занимающийся сбором, обеззараживанием и транспортировкой отходов, должен быть обеспечен спецодеждой (халат, шапочка, обувь) и средствами индивидуальной защиты (респираторами, резиновыми перчатками, герметичными очками, непромокаемыми фартуками, которые применяют в соответствии с инструкциями). Персонал должен быть иммунизирован против гепатита В.

16.4. Обучение персонала правилам безопасного обращения с использованными шприцами инъекционными одноразового применения осуществляют специалисты, ответственные за организацию обращения с отходами в каждом СПОШ (МПОШ).

16.5. Персоналу СПОШ (МПОШ), осуществляющему сбор, обеззараживание, хранение, транспортировку медицинских отходов, категорически запрещается:

- пересыпать собранные шприцы инъекционные однократного применения из одной тары в другую;
- размещать емкости для сбора шприцев инъекционных однократного применения вблизи электронагревательных приборов (как в местах образования, так и в помещениях временного накопления);
- утрамбовывать отходы шприцев инъекционных однократного применения руками;
- осуществлять сбор отходов шприцев инъекционных однократного применения без перчаток и спецодежды.

16.6. В случае получения работником травмы при обращении с использованными шприцами в отношении его должны быть приняты меры экстренной профилактики в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами. Все случаи травм фиксируют в актах травматизма и составляют акт о несчастном случае с указанием даты, времени, места, характера травмы, подробно описывают ситуацию, использование средств индивидуальной защиты, соблюдение правил техники безопасности, указывают лиц, находившихся на месте травмы, а также примененный метод обработки кожных покровов, слизистых оболочек (приложение 1).

16.7. На рабочем месте персонала, занимающегося сбором и транспортировкой отходов, должна быть аптечка первой медицинской помощи, включающая 5%-ную спиртовую настойку йода, 70°-ный спирт, навески перманганата калия и воду для растворения, раствор для обработки глаз, одноразовая глазная пипетка, стерильные салфетки, бинты, пластырь и бактерицидный пластырь.

16.8. Работники ПОШ должны проходить предварительный при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры.

16.9. В случае аварии при использовании, сборе, обеззараживании и транспортировке шприцев инъекционных однократного применения необходимы следующие действия:

- пострадавший сотрудник немедленно информирует руководителя ПОШ;
- при попадании инъекционного материала на слизистые оболочки глаз их промывают большим количеством воды;
- в случае повреждения кожных покровов рану промывают водой, обрабатывают настойкой йода и устанавливают медицинское наблюдение за пострадавшим;
- загрязненные поверхности и одежду обрабатывают дезинфицирующими растворами;
- по завершении действий по ликвидации аварии ответственное лицо составляет акт, в котором отражает место, время, причины аварии, меры по ее ликвидации;
- акт утверждает руководитель ПОШ;
- при высокой вероятности заражения (травма заведомо инфицированной иглой, глубокая травма острым инструментом и пр.) пострадавший сотрудник должен как можно быстрее обратиться к специалисту по ВИЧ/СПИДу для консультации, наблюдения и, возможно, получения экстренной химиопрофилактики.

Раздел 5. Медицинская помощь в программах профилактики среди уязвимых групп

Одним из важных направлений работы программ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп является повышение доступа к квалифицированной медицинской помощи для клиентов проектов, предоставление первичной

медицинской помощи. С учетом возможностей проектов и с учетом местных особенностей, а также специфики целевой группы проводится оказание специализированной медицинской помощи. Помощь оказывается поэтапно, последовательно. На всех этапах действуют принципы преемственности. Помощь предоставляется унифицированно, с соблюдением принципов этики и деонтологии.

Общие виды оказания медицинской помощи уязвимым группам:

- первичная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь.

5.1. Первичная медицинская помощь

1. Первичная медицинская помощь уязвимым группам может оказываться как средними медицинскими работниками, так и врачами и включает в себя:

Медицинская профилактическая помощь

- оказание первой доврачебной и врачебной помощи;
- направление к доверенным врачам, врачам-специалистам иных медицинских учреждений;
- госпитализация;
- выполнение рекомендаций врачей-специалистов;
- обеспечение минимальным набором лекарственных средств;
- информационная работа, направленная на профилактику заболеваний.

Санитарно-гигиеническая помощь:

- санитарная обработка и санитарно-гигиенические процедуры, в т. ч. с применением противопаразитарных средств (чаще всего в группе беспризорных/безнадзорных детей);
- дезинфекция одежды, стрижка (чаще всего в группе беспризорных/безнадзорных детей);
- обеспечение необходимыми гигиеническими средствами.

2. Задачи первичной медицинской помощи клиентам программы:

- консультирование клиентов медицинскими работниками;
- проведение медицинских процедур — перевязки, санитарная обработка;
- забор материала для тестирования клиентов на ВИЧ-инфекцию и другие инфекции (включая ИППП);

- установление связи между представителями уязвимых групп и учреждениями медико-социальной направленности, привлечение клиентов к программам получения специализированной помощи.

3. Первичная медицинская помощь оказывается при наличии соответствующей лицензии сертифицированным медицинским персоналом (средние медицинские работники и врачи-специалисты).

4. Условия, сроки хранения и доставки в лабораторию забранного для тестирования материала должны соответствовать установленным нормам и правилам.

5. Наиболее востребованные уязвимыми группами врачебные специальности:

- нарколог;
- специалист по ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам (инфекционист);
- хирург;
- дерматовенеролог;
- терапевт;
- специалист по планированию семьи, акушер-гинеколог.

Рейтинг специалистов может меняться в зависимости от особенностей каждой уязвимой группы.

6. В качестве консультантов могут быть привлечены:

- стоматолог;
- фтизиатр;
- другие врачи (педиатры, неврологи, психиатры, и т. д. по потребностям).

5.2. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь уязвимым группам включает все виды медицинской помощи, оказываемой населению. Наиболее востребованными являются следующие виды помощи:

- наркологическая;
- хирургическая;
- дерматовенерологическая;
- специализированная помощь для больных ВИЧ-инфекцией;
- инфекционная служба (в связи с вирусными гепатитами);

- акушерско-гинекологическая;
- фтизиатрическая;
- психотерапевтическая;
- стоматологическая;
- скорая неотложная помощь (оказание экстренной помощи при передозировках).

Основные принципы организации специализированной помощи уязвимым группам:

- **Своевременность.** Любой вид услуг — предоставление информации, медицинская помощь — для представителей уязвимых групп должны быть оказаны настолько быстро, насколько это возможно. В медицинских учреждениях, включенных в программу медико-социальной специализированной помощи уязвимым группам, организуется упрощенный порядок оказания лечебно-диагностической помощи уязвимым группам.

- **Бесплатность.** Это условие позволяет привлечь клиентов из числа уязвимых групп, которые не могут оплачивать медицинскую помощь.

- **Оказание максимального набора услуг и медицинской помощи в одном месте.** Это условие позволяет провести необходимое число обследований и консультаций клиентам программы в одном месте, что увеличивает эффективность работы программы медико-социальной помощи уязвимым группам. Больной наркоманией, имеющий какое-либо сопутствующее заболевание, должен получить лечение обоих заболеваний в одном медицинском учреждении.

- **Обеспечение конфиденциальности** ПИН, КСР и беспризорным/безнадзорным детям при обращении в медицинские и социальные службы в соответствии с «Основными законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Использование стационаро-замещающих технологий оказания медицинской помощи уязвимым группам.

- **Проведение консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции** до и после проведения теста на ВИЧ-инфекцию во всех службах, включенных в программу медико-социальной специализированной помощи уязвимым группам.

- **Наличие в структуре медицинского учреждения низкого порога подразделения или системы доверенного специалиста.** У многих представителей уязвимых групп сформировано негативное отношение к лечебно-профилактическим учреждениям. Наличие указанной структуры позволяет преодолеть это отчуждение, обеспечить поэтапное эффективное вхождение представителей уязвимых групп в систему медицинского обеспечения.

Организация наркологической помощи ПИН

Потребность в наркологической помощи отличает группу ПИН от других уязвимых групп, но ПИН могут быть частью этих групп (КСР, мигрантов, беспризорных/безнадзорных детей). Тогда помощь клиентам оказывается в рамках межсекторального взаимодействия программ при соблюдении принципа преемственности. Следует отметить, что наркологическая помощь детям требует специального подхода.

Организация доступной, эффективной, своевременной наркологической помощи ПИН является актуальной задачей, от качества решения которой во многом зависит профилактика эпидемического распространения ВИЧ-инфекции и возвращение ПИН в сообщество.

Необходимы разнообразные по форме, методам и объемам индивидуальные подходы к оказанию наркологической помощи в зависимости от мотивации и готовности ПИН, включая функционирование доступных продленных реабилитационных программ и системы послереабилитационного сопровождения.

При оказании наркологической помощи ПИН важно соблюдать принципы внутренней и межведомственной преемственности; комплексности; сбалансированности медицинского подхода и психологической и социальной составляющей; бригадный подход к оказанию помощи с участием нарколога, психолога, психотерапевта, социального работника, возможно, равного консультанта.

Специализированная наркологическая помощь ПИН оказывается в амбулаторных и стационарных условиях, в дневных стационарах, том числе и на анонимной основе.

1. Виды наркологической помощи

а) Стационарная наркологическая помощь включает:

- реанимационную помощь;
- неотложную наркологическую помощь;
- лечебную, восстановительную, наркологическую помощь;
- реабилитационную помощь в режиме круглосуточного либо дневного стационара.

б) Амбулаторная наркологическая помощь включает:

- динамическое наблюдение;
- профилактическое наблюдение;

- консультативную помощь;
- реабилитационную помощь.

2. Важно при организации наркологической помощи ПИН:

- Обеспечение бесплатной помощи ПИН.
- Обеспечение для ПИН низкого порога доступности наркологической помощи.
 - Как можно раньше начинать работу по формированию мотивации на реабилитацию.
 - Проводить до- и послетестовое консультирование по ВИЧ-инфекции с выяснением индивидуальных рискованных стилей поведения и отработке навыков безопасного поведения.
 - В случае низкого реабилитационного потенциала ПИН и отказа от реабилитации осуществлять информирование о местных действующих программах снижения вреда.
 - Проводить специальную подготовку персонала наркологической службы по программам снижения вреда, их целям и задачам, формированию социальной терпимости к ПИН.
 - Установить контакт наркологической службы с местными программами СВ, реабилитационными центрами, терапевтическими сообществами, группами само- и взаимопомощи (ЛЖВ, анонимные наркоманы).

3. Учреждения, оказывающие медицинскую и социальную помощь населению, не включенные в программу медико-социальной специализированной помощи ПИН, а также все подразделения ПСВ должны быть информированы о медицинских учреждениях, оказывающих медико-социальную специализированную помощь ПИН.

4. Особое внимание при организации программ специализированной медико-социальной помощи ПИН должно быть уделено следующим направлениям:

- организации наркологической помощи больным, получающим стационарное лечение в медицинских учреждениях ненаркологического профиля;
- организации диагностики и лечения сопутствующих заболеваний у больных наркоманией в стационарах наркологического профиля;
- организации мероприятий по планированию семьи и оказанию акушерско-гинекологической помощи наркозависимым женщинам;
- организации диагностики и лечения венерических заболеваний у трудно доступных групп ПИН;

- организации доступного тестирования на ВИЧ, гепатиты В и С и консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции для ПИН.

5. Организация наркологической помощи больным, нуждающимся в стационарном лечении в медицинских учреждениях ненаркологического профиля, включает:

- обеспечение консультации нарколога в день поступления больного наркоманией в стационар;
- наличие медикаментов и рекомендаций по проведению лечебных мероприятий по купированию абстинентного синдрома;
- создание необходимого запаса препаратов, применяемых в лечении опиоидного абстинентного синдрома, а также для оказания неотложной помощи при передозировках опиоидами;
- тестирование ПИН на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С;
- предоставление возможности получения медицинской помощи ПИН в режиме дневного стационара.

6. Организация диагностики и лечения сопутствующих заболеваний у больных наркоманией в стационарах наркологического профиля включает:

- диагностику и лечение сопутствующих заболеваний у больных наркоманией, находящихся в стационарах наркологического профиля, с привлечением консультантов и лабораторных возможностей необходимых специализированных служб;
- подготовку врачей-наркологов по диагностике и лечению наиболее часто встречающихся среди ПИН сопутствующих заболеваний;
- обеспечение преемственности лечения сопутствующих заболеваний у больных наркоманией после выписки из стационара наркологического профиля;
- участие врачей-наркологов в дальнейшем лечении сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез, ИППП и др.) у больных наркоманией.

7. Организация мероприятий по планированию семьи и оказанию акушерско-гинекологической помощи наркозависимым женщинам включает:

- определение медицинских учреждений и медицинских работников, ответственных за проведение указанных мероприятий среди женщин ПИН (центры планирования семьи, акушерско-гинекологические службы, женские консультации);

- обучение медработников учреждений, ответственных за проведение мероприятий среди женщин-ПИН и оказание им акушерско-гинекологической помощи;
- обучение женщин-ПИН методам планирования беременности;
- бесплатное предоставление приемлемой контрацепции;
- предоставление женщинам-ПИН быстрой и бесплатной диагностики беременности;
- организация проведения бесплатного прерывания нежелательной беременности со сведением к минимуму предварительных условий и организацией прохождения необходимых обследований в одном месте, в т. ч. на ВИЧ, гепатиты В и С, ИППП;
- обеспечение консультирования по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции для всех ВИЧ-инфицированных женщин;
- осуществляется при взаимодействии с программами по профилактике ВИЧ среди КСР.

8. Организация диагностики и лечения инфекций, передающихся преимущественно половым путем, у труднодоступных групп ПИН включает:

- обеспечение достаточного количества учреждений, где проводится диагностика и лечение ИППП среди ПИН;
- бесплатность диагностики и лечения ИППП у ПИН;
- возможность анонимного/конфиденциального обращения ПИН за помощью;
- как можно более раннее лечение ИППП;
- обучение медработников учреждений, осуществляющих диагностику и лечение ИППП, консультированию по профилактике ВИЧ-инфекции и специфике работы с ПИН.

9. Организация доступного тестирования на ВИЧ и консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции для ПИН включает:

- обеспечение достаточного количества учреждений, где проводится тестирование ПИН на ВИЧ-инфекцию;
- бесплатность и анонимность тестирования;
- обучение персонала учреждений, где проводится обследование на ВИЧ, до- и послетестовому консультированию;

- обеспечение проведения консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции и другого вреда от инъекционного употребления наркотиков для всех ПИН, проходящих тестирование.

10. Организация работы доверенного врача программы по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп.

Цель: оказание специализированной медицинской профилактической, консультативной, диагностической и лечебной помощи представителям уязвимых групп.

Доверенный врач — врач, пользующий доверием как со стороны клиентов программы, так и со стороны сотрудников программы. Это медицинский специалист, оказывающий квалифицированную профилактическую, лечебно-диагностическую и консультативную помощь клиентам программы. Доверенный врач проводит прием клиентов программы с учетом социально-психологических особенностей представителей уязвимых групп при соблюдении правил анонимности и конфиденциальности. Указанный специалист прошел подготовку и имеет практические навыки по работе с представителями целевой группы.

Важно! Работа доверенного врача в программе по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп связана с высоким риском синдрома эмоционального выгорания. Не существует возрастных пределов для доверенного врача, но желательно, чтобы этот человек понимал важность проблемы ВИЧ среди уязвимых групп, был способен к обучению и проявлял к нему интерес, а также обладал высокой толерантностью к представителям уязвимых групп и людям, живущим с ВИЧ.

К программе по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп не рекомендуется привлекать врачей, имеющих личное неприязненное отношение к клиентам программы, религиозные и иные убеждения, препятствующие оказанию качественной медицинской помощи представителям уязвимых групп.

Кадровый состав

Доверенными врачами в программах, как правило, являются врачи-инфекционисты, дерматовенерологи и акушеры-гинекологи. Специалисты работают в программах на 0,5 ставки, что связано с количеством потраченного рабочего времени, но оказывают помощь не менее чем 5 клиентам в месяц. Количество ставок врачей определяется количеством клиентов программы. В отличие от охвата профилактической деятельностью, охват клиентов специализированными медицинскими услугами колеблется в пределах 10–30%, что несравненно ниже количества нуждающихся в качественной медицинской помощи. Возможны индивидуальные формы работы врача

(по договору трудового подряда) с учетом местных особенностей и условий работы конкретного проекта.

Наиболее удобной формой работы доверенных врачей является сервисный медицинский центр, в котором оказываются услуги в удобное время, проводятся не только медицинские, но и психологические консультации. Создание и финансирование таких центров напрямую связано с их поддержкой и финансированием со стороны городских и областных органов власти.

Врач, работающий в проекте, обязан иметь подтвержденный сертификат специалиста, должен проходить обучение для получения навыка работы с уязвимыми группами.

В качестве консультантов и доверенных врачей на основе принципа межсекторального взаимодействия и преемственности могут быть привлечены другие медицинские специалисты:

- наркологи;
- хирурги, особенно специалисты по гнойной хирургии;
- инфекционисты;
- стоматологи;
- терапевты;
- психотерапевты и психиатры.

При возникновении необходимости (уточнение диагноза, не входящего в компетенцию данного врача) доверенный врач обязан проинформировать об этом пациента и принять меры к оказанию необходимой помощи.

Взаимодействие доверенного врача с подразделениями Программы:

- Взаимодействие с аутрич-работниками — врач принимает клиентов как по направлению аутрич, так и в его сопровождении.
- Взаимодействие с руководителем программы — предоставляет отчет о выполненной работе, координирует действия по организации специализированной медицинской помощи.
- Взаимодействие с равными консультантами — принимает участие в обучении равных консультантов, предоставляет им качественную доступную медицинскую информацию, принимает клиентов по направлению от равного консультанта и в его сопровождении.
- Взаимодействие с консультантами других специальностей при необходимости или при наличии запроса на таковой со стороны клиента.

Доверенный врач должен активно участвовать в командном взаимодействии всех сотрудников программы, по всем спорным вопросам обращаться к координатору. Спорные вопросы внутреннего характера не обсуждаются в присутствии клиента.

Отчетность:

Врач предоставляет отчет руководителю программы о принятых клиентах, выявленных заболеваниях, оказанных услугах. Врач ведет медицинскую документацию согласно утвержденным формам медицинского учреждения или формам, предложенным органами управления Программы. Медицинская документация хранится у врача с соблюдением правил анонимности и конфиденциальности.

Перечень медицинской документации:

- 1) журнал приема доверенного врача;
- 2) медицинская карта клиента программы;
- 3) журнал учета оказанных услуг;
- 4) база клиентов (ведется в электронном виде на основании учета данных приема и оказанных услуг).

Материальное оснащение кабинета доверенного врача Программы (дерматовенеролога, гинеколога):

- отдельный кабинет;
- смотровая;
- смотровое кресло;
- инструментарий для манипуляций; предпочтение должно отдаваться одноразовым гинекологическим наборам, одноразовым зондам, скарификаторам;
- одноразовые медицинские перчатки, желательно латексные;
- предметные стекла для взятия материала для микроскопического исследования ;
- набор питательных сред для взятия материала для культурального исследования на гонококк, трихомонады, микоплазму, уреоплазму;
- антисептик для обработки кожного покрова;
- посиндромные наборы для оказания экстренной медицинской помощи;
- дезинфицирующие материалы;

- индивидуальная аптечка для экстренной профилактики гемоконтактных инфекций.

Кроме этого, в кабинете доверенного врача должны быть информационные материалы, содержащие информацию о медицинских и социальных сервисах для клиентов Программы, и презервативы.

Процесс оказания медицинской услуги:

- Прием ведется врачом в медицинском учреждении (КВД, Центр СПИД, женская консультация, многопрофильная больница).

- Время приема фиксировано. Преимущество должно отдаваться вечернему времени приема, так как это учитывает особенности образа жизни клиентов.

Прием первичный:

- Самообращение (по направлению аутрич или равного консультанта, без направления). Желательно, чтобы клиент предъявил удостоверение участника программы с личным кодом.

- Сопровождение равного консультанта.
- Сопровождение аутрич.

Этап 1. Все пациенты, впервые обратившиеся на прием в текущем отчетном периоде (месяц, квартал), должны быть учтены как первичные. Все пациенты подлежат кодировке, принятой в проекте, регистрации в карте пациента и в журнале приема доверенного врача.

В медицинской карте также фиксируется:

- медицинская услуга, оказанная клиенту (консультирование; профилактика, в том числе экстренная; диагностика, лечение, контроль излеченности);

- жалобы и анамнез (заболевания в прошлом, гинекологический и сексуальный анамнез, сведения о манипуляциях, связанных с повреждениями кожных покровов, травмах, операциях, гемотрансфузиями, проведение тестирования на ВИЧ, гепатиты В и С и его результаты);

- данные объективного осмотра, предварительный диагноз, план лабораторного обследования и другие рекомендации для пациента.

Этап 2. Консультирование, в том числе по вопросам ВИЧ.

Представители уязвимых групп имеют ряд существенных особенностей в социально-психологических характеристиках, которые могут повлиять на проведение консультирования.

При проведении консультирования представителей уязвимых групп категорически нельзя использовать ярлыки, проводить беседу пренебрежительным тоном, задавать вопросы обвинительного характера, подчеркивать личную вину клиента в имеющихся у него проблемах.

При консультировании необходимо обратить внимание клиента на личную заботу о собственном здоровье, безопасности близких людей.

Во время консультирования **важно:**

- Установить контакт с клиентом.

- Выяснить проблему, которая беспокоит клиента. (Иногда бывает, что клиент заявляет одну проблему, а беспокоит его на самом деле другая. Например, клиент предъявляет жалобы на боль в горле, но его на самом деле волнует проблема безопасности орального секса с постоянным партнером).

- Выяснить особенности инфекционно опасных практик (сексуальное поведение, употребление инъекционных и неинъекционных наркотиков), объяснив, что это важно для лечения, а не служит проявлением праздного любопытства врача.

- Оценить, совместно с консультируемым, степень риска инфицирования ВИЧ, уточнить ВИЧ-статус (добровольно, если клиент не желает открывать статус — не настаивать).

- Проинформировать о том, какое обследование необходимо провести.

- Провести дотестовое консультирование по ВИЧ.

- Получить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Врач не проводит взятие крови на ВИЧ, кроме случаев, специально оговоренных договором, и при наличии соответствующих условий. Врач направляет на исследование крови на ВИЧ при добровольном информированном согласии клиента. Врач не сопровождает клиента к месту взятия крови для теста на ВИЧ.

Этап 3. Осмотр и взятие материала для исследования.

Результаты объективного осмотра необходимо подробно отразить в медицинской карте. При дерматологическом осмотре необходимо обратить внимание на наличие следов от внутривенных инъекций, следов от перенесенного насилия (петехии, экхимозы, гематомы, разрывы, ссадины). При осмотре кожного покрова обратить внимание на признаки заразных кожных болезней (чесотка, пиодермия, педикулез и другие бактериальные, паразитарные и грибковые поражения), наличие эксфолиаций.

Взятие биологического материала производится согласно стандарту ведения больных. После проведения клинического обследования устанавливается предварительный диагноз, назначается план обследования и лечения.

Этап 4. Проведение заключительного консультирования по вопросам безопасных сексуальных практик и инъекционного применения наркотиков, предоставление печатных материалов и презервативов.

Этап 5. Приглашение на повторный прием.

Прием повторный:

Этап 1. Фиксация оказанной услуги в документации.

Этап 2. Проведение послетестового консультирования о результатах обследования. Рекомендуется результаты обследования сообщать без эмоциональной окраски, не придавая соболезнующих, покровительственных интонаций, а также не внушая ложного чувства малой опасности произошедшего. Важным моментом является информирование о привлечении к обследованию и лечению половых партнеров. Для КСР особое внимание должно уделяться постоянным половым партнерам.

Этап 3. Назначение лечения.

Назначать лечение необходимо всем клиентам, вне зависимости от пола, возраста, сексуальной ориентации и других признаков. Личное мнение врача о поведении клиента не может влиять на назначение лечения.

Лечение назначается в соответствии со стандартами ведения больных и приказами МЗ (гонорея, сифилис, чесотка). Проводится этиотропное лечение.

При назначении лечения врач обязан получить информированное добровольное согласие клиента на лечение, предоставить ему информацию о том, какие лекарства ему будут назначены. При назначении лечения желательно обсуждать с клиентом возможные побочные эффекты и взаимодействие лекарств с алкоголем и психоактивными веществами.

Лечение записывается в медицинскую карту. На отдельном листке план лечения, название препаратов и кратность приема расписываются для пользования клиентом.

В исключительных случаях, когда невозможно провести полноценную этиологическую расшифровку инфекций, передаваемых половым путем, назначается синдромное лечение.

Показания и принципы выполнения:

1. Эпидемиологическая ситуация распространения инфекций, передаваемых половым путем, фиксируемая в регионе.

2. Синдромальное лечение должно проводиться в тех случаях, когда затруднена полноценная лабораторная диагностика ИППП.

3. Синдромальное лечение могут назначать только врачи дермато-венерологи и акушеры-гинекологи.

4. Синдромальному лечению подлежат люди с высоким риском заражения ИППП из уязвимых групп. Время, затраченное на выявление инфекционных факторов, причастных к развитию болезни, может обернуться тяжелыми последствиями для клиента.

5. Использовать для лечения препараты эффективные, указанные в официальных схемах лечения, в дозах, не превышающих предельно допустимых.

6. Синдромальное лечение не проводят лицам «декретированных» профессий.

7. Синдромальному лечению подлежат лица, явка которых на повторный прием к врачу сомнительна.

8. Синдромальное лечение должно быть бесплатным. Только в этом случае врач может быть уверен в немедленном его начале и заинтересованности больного в информировании полового партнера.

Противопоказания к синдромному лечению инфекций, передаваемых половым путем:

1. Новорожденные и дети до 18 лет.

2. Онкологические заболевания.

3. Туберкулез.

4. Беременность, любая патология в течение беременности.

5. Множественная лекарственная непереносимость в анамнезе.

6. Необходимость в экстренной госпитализации (любая хирургическая, акушерско-гинекологическая и соматическая патология).

7. Отказ пациента.

8. Состояние алкогольного и /или наркотического опьянения клиента.

Безусловно, каждого клиента Программы по профилактике ВИЧ/ИППП необходимо убеждать в необходимости прохождения полноценного клинико-лабораторного обследования, лечения и последующего контроля.

Этап 4. Проведение консультирования по вопросам приверженности к лечению.

Тщательно разъяснить курс, дозы и кратность приема препаратов, а также способы их применения. Объяснить клиенту необходимость воздержания от половых отношений во время лечения, ограничение приема алкоголя. Поставить в известность о последствиях неправильного или неполного курса терапии.

Этап 5. Приглашение на следующий прием.

Прием заключительный:

Этап 1. Фиксация услуги в журнале приема.

Этап 2. Проведение консультирования о результатах лечения.

Этап 3. Проведение консультирования по вопросу безопасных сексуальных практик.

Этап 4. Предоставление презервативов и информационных материалов.

В случае, если клиент не является на повторный и заключительный приемы, рекомендуется активно привлекать аутрич и равных консультантов для приглашения и сопровождения клиентов на прием.

Особое внимание в работе доверенного врача должно быть уделено клиенткам с беременностью.

Вне зависимости от того, сохраняет клиентка беременность или прерывает, важно провести ей обследование на ВИЧ/ВГ/ИППП.

Решение о сохранении или прерывании беременности клиентка принимает самостоятельно. Врач не может, исходя из своего личного мнения, склонять клиентку к какому-либо решению.

Врач обязан в данной ситуации:

1. Проинформировать клиентку состоянии ее здоровья, назначить обследование, провести консультирование по вопросам ВИЧ/ВГ/ИППП беременной. Предоставить всю информацию о возможности сохранения беременности в случае ВИЧ/ВГ/ИППП.

2. Предоставить информацию ВИЧ-позитивным клиенткам о возможности сохранения беременности, получения бесплатного лечения во время беременности, а также о том, где она может получить квалифицированную медицинскую и социальную помощь по беременности и родам.

3. Предостеречь клиентку об опасности прерывания нежелательной беременности самостоятельно.

4. В случае желания клиентки прервать беременность доверенный врач должен предоставить ей информацию об учреждениях, предоставляющих

эти услуги. При запросе клиентки дать информацию об адресе учреждения, дать направление для обращения в это учреждение.

5. Обращать внимание равных консультантов и аутрич-работников на то, чтобы клиентки обращались к доверенному врачу на малых сроках беременности.

6. В том случае, если клиентка ПИН и намерена сохранять беременность — предоставление ей полной информации о специализированных сервисах, направление на консультацию к наркологу.

При обращении клиентки в медицинское учреждение для прерывания беременности социальное сопровождение предоставляться не должно из-за негативных эмоциональных последствий у сопровождающего, а также для избежания конфликтных ситуаций из-за перекалывания ответственности за принятое решение клиенткой на сопровождающего. Клиентке, прошедшей прерывание беременности, необходимо провести консультирование по вопросам контрацепции.

Нередко у клиенток, переживших прерывание беременности, возникает эмоциональный дискомфорт, возникает потребность в консультации психолога. Такая услуга должна быть ей предоставлена.

Тактика доверенного врача при положительном результате ИФА на антитела к ВИЧ:

- В большинстве программ доверенными врачами являются дерматовенерологи или гинекологи. Дерматовенерологи, как правило, ведут прием в КВД, возможен прием в дерматологических кабинетах многопрофильных больниц, кабинетах анонимного обследования, а также специализированных центрах.

- Гинекологи чаще ведут прием в женских консультациях, гинекологических кабинетах специализированных центров.

- При проведении обследования клиента программы возможны ситуации, когда при обследовании из подтверждающей (референс) лаборатории будет получен положительный результат исследования на антитела к ВИЧ.

Тактика доверенного врача:

- Клиенту проводится послетестовое консультирование на ВИЧ, важнейшими компонентами которого являются: в доступной форме дать правильную информацию о результате теста, получить обратную связь от пациента о понимании ситуации, оценить психологическое состояние пациента и при необходимости провести психокоррекцию, установить контакт с пациентом и обеспечить повторную явку.

- Клиента информируют о том, что для проведения развернутого обследования и установления полного клинического диагноза ему необходимо обратиться в Центр СПИД.

- Клиенту сообщают телефон и адрес Центра СПИД и объясняют правила первичного визита в Центр.

Следует иметь в виду, что на дообследование в Центр СПИД обратятся не все направленные туда клиенты. Врач не может настаивать на обращении. Результат обследования и диагноз являются врачебной тайной. Доверенный врач не имеет права интересоваться результатами обследования без ведома клиента. Доверенный врач не может настаивать на том, чтобы клиент рассказал о результатах обследования и поставленном диагнозе. Клиент может добровольно сообщить врачу о результате обследования и поставленном диагнозе, раскрыть свой ВИЧ-статус. Однако клиент должен быть проинформирован, что в зависимости от ВИЧ-статуса может меняться тактика ведения пациентов со сходным диагнозом.

Ситуация существенно упрощается, когда доверенный врач проводит прием в Центре СПИД. В этом случае для проведения дообследования и получения консультации специалиста достаточно проводить пациента к врачу-специалисту. Но и в этой ситуации часть клиентов не приходит узнать свой результат обследования.

Особенности медицинской помощи в программах по профилактике ВИЧ среди мигрантов

Мигранты, как целевая группа проектов по профилактике ВИЧ, имеют ряд особенностей, определяющих принципиальное отличие оказания медицинской помощи им на различных этапах. Возможно, со временем, при совершенствовании законодательной базы, спектр медицинских услуг может быть расширен.

В отношении мигрантов **первичная медицинская помощь** может состоять из консультации по вопросам ВИЧ/ВГ/ИППП и предоставления информации о возможности получения медицинского обслуживания. Обязательно следует проинформировать клиента из данной группы, что существует возможность для получения некоторых видов медицинской помощи мигрантам бесплатно. Это неотложная медицинская помощь: острые состояния, требующие экстренной медицинской помощи, акушерская помощь при родовспоможении, травматологическая помощь, помощь пострадавшим в авариях и при несчастных случаях, острые инфекционные заболевания, неотложная помощь детям грудного и раннего возраста.

Оказание **специализированной медицинской помощи** в рамках проектов для мигрантов затруднено по следующим причинам:

- Языковой барьер — незнание языка не дает возможности врачу выяснить жалобы больного, собрать достоверный анамнез болезни и анамнез жизни (в том числе потребление психоактивных веществ, перенесенные заболевания, непереносимость лекарств, гемотрансфузионный анамнез, инфекционные болезни, наличие травм, операций, врожденных пороков развития). Не имея этих сведений, врач рискует нанести ущерб клиенту вплоть до тяжелого вреда здоровью и смерти. Возможна ситуация, при которой мигрант имеет хороший уровень владения русским языком на бытовом уровне, но практически не понимает узкоспециальные вопросы, касающиеся медицинских аспектов здоровья, сексуальных практик и т.д.

- Оказание услуги фиксируется методом кодировки. Для кодирования имен и фамилий мигрантов не всегда приемлемы имеющиеся способы кодирования.

- Работа врача и оказание медицинской услуги должны быть оплачены из средств бюджета программы, так как в противном случае врач расходует на обследование клиента (не гражданина РФ) средства, заложенные для обслуживания граждан РФ из местного или федерального бюджета. То есть происходит нецелевое расходование средств, что недопустимо.

- При установлении диагноза ВИЧ клиент должен быть согласно законодательной базе депортирован из РФ, что не отвечает его интересам. Врач, скрыв факт наличия ВИЧ, нарушает закон. Если же врач программы раскрывает статус клиента, то он тем самым нарушает его права, кроме этого, вызывает недоверие у других мигрантов к деятельности проекта.

- Особые норма деонтологии при работе с мигрантами. Религиозные правила, народные традиции могут являться факторами, ограничивающими получение медицинской помощи мигрантами (например, невозможность получения консультативной услуги у врача-акушера-гинеколога мужчины мигрантки из мусульманской страны)

Таким образом, деятельность программ по профилактике ВИЧ среди мигрантов должна быть направлена на предоставление информации о ВИЧ, путях передачи, способах профилактики. Медицинский сервис для мигрантов должен предоставляться только на базе уполномоченных медицинских учреждений специалистами, подготовленными к работе с мигрантами.

Оказание медицинской помощи мигрантам во многом зависит от содействия местной администрации и органов самоуправления, а также от поддержки лиц, использующих труд мигрантов. Последние играют большую роль в обеспечении трудовых мигрантов специализированной медицинской помощью — например, медицинское страхование сотрудников компании, организация диспансеризации сотрудников по договору с многопрофильным медицинским учреждением.

Особенности оказания медицинской помощи в программах по профилактике ВИЧ-инфекции среди беспризорных/безнадзорных детей

Специализированная медицинская помощь может быть оказана ребенку только в медицинских учреждениях педиатрического профиля или специалистами по детской патологии в соответствующих учреждениях (детский нарколог, детский гинеколог, детский дерматолог, педиатр). Незнание врачами другого профиля анатомо-физиологических особенностей детского организма может повлечь за собой различные осложнения.

Для повышения доступа к медико-социальной и психологической помощи беспризорного/безнадзорного ребенка необходимо не только его мотивирование к обращению, но и по его запросу, обеспечить его сопровождение в учреждения пребывания для детей и подростков (приюты, центры временного пребывания для детей и подростков, приемники-распределители).

Любой ребенок с признаками острой патологии должен быть незамедлительно госпитализирован. Оказание специализированной медицинской помощи в условиях улицы недопустимо из-за уязвимости детского организма и противоречит современным документам, регламентирующим оказание медицинской помощи детскому населению.

При выявлении у ребенка ИППП лечение ему должно оказываться исключительно в условиях кожно-венерологического диспансера. Заполняется специальная учетная форма на таких пациентов, ведется диспансерное наблюдение. Синдромное лечение детей с ИППП недопустимо. Лечение проводится с согласия родителей ребенка или его законных представителей (в том числе, органов опеки и попечительства).

Ребенок может быть обследован на ВИЧ только с согласия родителей или законных представителей. Результат теста на ВИЧ детям до 15 лет объявляется только в присутствии родителей или законных представителей. Ребенок с выявленным случаем ВИЧ подлежит диспансерному наблюдению и лечению.

Таким образом, медицинский сервис в программах по профилактике ВИЧ среди детей состоит в выявлении детей, нуждающихся в обследовании и лечении, и сопровождении их в медицинские учреждения.

На этапе оказания первичной медицинской помощи:

- оказание первой доврачебной и врачебной помощи;
- госпитализация;
- информационная работа, направленная на профилактику заболеваний.

В условиях стационарных пунктов помощи беспризорным/безнадзорным детям, кроме вышеизложенных направлений работы, осуществляется:

- санитарная обработка детей;
- местное лечение кожных инфекций;
- осуществление врачебного наблюдения и лечения;
- тестирование на инфекционные заболевания и вакцинация.

Раздел 6. Вовлечение равных консультантов в деятельность программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп

В условиях высоких темпов распространения ВИЧ-инфекции и ИППП существует острая необходимость внедрения эффективных методов образования, передачи информации и навыков защиты своего здоровья. Одним из таких методов являются программы, построенные на концепции «Равный обучает равного» («равный-равному» или программа равного образования).

Программы равного образования предполагают, что в определенной группе людей находят потенциальных лидеров, которым предоставляется информация и навыки, необходимые им для собственного развития — сохранение здоровья, позитивного участия в социальной жизни. Кроме того, проводится мотивация и обучение данных людей передавать полученные ими знания другим представителям своей группы.

Для человека исторически существовало три источника знаний о мире и навыков взаимодействия с ним:

- *собственное тело* (чувство и ощущения);
- *семья* (традиции от старшего к младшему);
- *группа равных*, состоящая из людей одного возраста, социального положения и образования. Из группы равных человек получает все новое, что связано с развитием своего поколения.

Кроме канала группа равных, концепция «равный-равному» использует еще два социально и физиологически обусловленных качества человека: стремление к лидерству в своей группе и стремление быть полезным. Принадлежность лидеров к одному сообществу, способность говорить на одном языке, их успешность и привлекательный имидж, компетентность и доступность — все это увеличивает положительный эффект такой работы.

В Программах по профилактике ВИЧ/ВГ/ИППП среди уязвимых групп населения (ПИН, КСР, мигранты и беспризорные/безнадзорные дети) проводится активная работа по вовлечению подготовленных добровольцев из целевых сообществ в реализацию деятельности в качестве равных консультантов.

Основная цель равного консультирования заключается в предоставлении информации членам сообщества об охране здоровья, профилактике ВИЧ/ВГ/ИППП и снижении негативных последствий поведения, основанной на личном опыте и знаниях равного консультанта.

Задачи равного консультирования:

- информирование круга клиентов Программы по вопросам профилактики ВИЧ/ВГ/ИППП;
- предоставление информации о службах помощи и сопровождение;
- оказание помощи клиентам Программы в преодолении сложных жизненных ситуаций;
- рекрут клиентов и формирование у них приверженности Программе;
- мотивация клиентов Программы на изменение поведения.

Построение программы «равный-равному» состоит из трех основных этапов:

I. Приобретение необходимой информации по проблеме.

Цель этапа — предоставление подробной информации по проблемам ВИЧ/СПИДа, гепатитам В и С, инфекциям, передаваемым половым путем, репродуктивному здоровью, наркотической зависимости, потенциальным лидерам группы для работы по программе «Равный обучает равного».

Задачи для организации:

- обеспечить проведение мотивационного тренинга, направленного на вовлечение представителей целевой группы в деятельность Программы;
- создать условия для развития приверженности к участию в профилактических программах через формирование лидерской позиции;
- предоставить возможность для осознания и формулирования участниками собственных потребностей, целей и ценностей.

II. Подготовка волонтеров для работы в группе.

Цель этапа — приобретение представителем сообщества необходимых знаний и умений для реализации мероприятий по программе «равный-равному».

Задачи для организации:

- обеспечить подготовку тренеров и консультантов из представителей сообщества, заинтересованных в работе Программы, — проведение тренинга для тренеров;
- предоставить комплект информационной и методической литературы для дальнейшей работы в качестве консультантов/тренеров;
- предоставить информацию о деятельности Программы, ее целях, задачах, критериях эффективности.

III. Планирование и реализация собственных информационных мероприятий.

Цель этапа — создание условий по приобретению навыков планирования и организации обучающих семинаров, проведения консультаций с представителями своего сообщества.

Задачи для организации:

- определить круг обязанностей и ответственности равного консультанта;
- обучить навыкам ведения учетно-отчетных документов равного консультанта;
- оказать равному консультанту методическую и организационно-техническую помощь в планировании и проведении мероприятий;
- проводить супервизии деятельности равного консультанта с последующей коррекцией действий.

Роль равных консультантов из целевых групп в Программах профилактики:

Роль равного консультанта	Выгоды для организации	Выгоды для равного консультанта
Распространитель информации	<ul style="list-style-type: none"> • снижение затрат на контакты • расширение охвата ЦГ • более эффективное усвоение информации целевой группой («равный-равному») 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение личной безопасности • повышение собственной социальной значимости • развитие полезных социальных контактов • материальное поощрение от организации

Роль равного консультанта	Выгоды для организации	Выгоды для равного консультанта
Участие в исследовательской работе	<ul style="list-style-type: none"> • снижение затрат на контакты • адаптация языка анкет (более точная эмпирическая интерпретация понятий) 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение собственной социальной значимости • приобретение полезных навыков • материальное поощрение от организации
Участие в тестировании печатных материалов	<ul style="list-style-type: none"> • выбор наиболее эффективных средств донесения информации 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение собственной социальной значимости • материальное поощрение от организации
Помощь в установлении контактов с новыми клиентами Программы	<ul style="list-style-type: none"> • снижение затрат на первичный контакт • получение предваряющей информации, которая позволит выстроить более эффективное взаимодействие с новыми клиентами 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение собственной социальной значимости
Участие в анализе аутрич-работы	<ul style="list-style-type: none"> • дополнительный источник информации • обратная связь • способ удержания контактов 	<ul style="list-style-type: none"> • более полное отражение своих потребностей и интересов в программе и планах работы организации • возможность влиять на качество аутрич-работы
Участие в организации и проведении групп взаимопомощи	<ul style="list-style-type: none"> • передача ответственности «вниз» • наделение волонтера компетентностью в решении проблем собственной жизни • самоорганизация сообщества 	<ul style="list-style-type: none"> • повышение групповой сплоченности • самопомощь • повышение собственной социальной значимости
Участие в планировании и проведении семинаров/тренингов	<ul style="list-style-type: none"> • повышение уровня защищенности от ВИЧ у клиентов Программы • повышение уровня заинтересованности в контактах с аутрич-работниками и медицинскими службами • развитие у клиентов лояльности к организации 	<ul style="list-style-type: none"> • развитие полезных навыков • улучшение позиции в группе • повышение уровня личной безопасности • установление полезных социальных контактов

Условия работы равных консультантов в Программах профилактики

Деятельность	Роль	Условия
Работа с клиентами Программы	<ul style="list-style-type: none"> • распространитель информации, консультировщик, одноразовых шприцев • равный консультант • аутрич-работник • информант 	добровольно, вознаграждение
Участие в исследовательской работе	<ul style="list-style-type: none"> • рекрутер • информант • интервьюер • помощник в адаптации языка анкеты 	добровольно, вознаграждение
Разработка печатных материалов	<ul style="list-style-type: none"> • участник фокус-групп • рекрутер участников фокус-групп • сборщик информации • редактор 	добровольно, вознаграждение, неформальное общение с сотрудниками организации
Анализ деятельности Программы	<ul style="list-style-type: none"> • информант • рекрутер • помощник при адаптации и оценке инструментария • интервьюер 	добровольно, вознаграждение
Группы взаимопомощи	<ul style="list-style-type: none"> • активный участник • рекрутер • ведущий группы • лидер 	добровольно
Контакты с новыми клиентами	<ul style="list-style-type: none"> • информант • посредник • рекомендатель 	добровольно
Семинары и тренинги	<ul style="list-style-type: none"> • рекрутер • со-ведущий • участник 	добровольно, вознаграждение
Безопасность персонала Программы	<ul style="list-style-type: none"> • информант 	добровольно

Раздел 7. Социальное сопровождение клиентов профилактических программ

Необходимость существования компонента социального сопровождения в рамках проекта очевидна, а значимость его очень высока. Социальный работник проекта является звеном, связующим группы социального риска с теми структурами, которые призваны оказывать помощь людям независимо от их социального статуса и образа жизни.

В большинстве случаев клиенты Программ для уязвимых групп населения социально дезадаптированы. Их преследует чувство социальной незащищенности, в результате чего срабатывает механизм мнимой защиты, выраженный в нежелании получения здоровьесберегающей информации и посещения медицинских специалистов. На самом деле клиенты хотят менять и меняют отношение к своему здоровью, если видят поддержку в лице социального работника. Отсутствие толерантного отношения медицинских работников к данной целевой группе зачастую приводит к отторжению позитивного отношения к своему здоровью у клиентов Программ. Создание сети доверенных специалистов является значимым компонентом работы в осуществлении задач и достижении цели профилактических Программ.

Социальное сопровождение – это совместные действия клиента профилактической программы и социального работника, направленные на повышение доступа клиента к медицинским, социальным, реабилитационным и другим услугам.

По продолжительности различаются:

- Единичное или разовое сопровождение подразумевает один контакт социального работника и клиента Программы. После его окончания проблема клиента оказывается разрешенной.
- Продолжительное сопровождение подразумевает ситуацию, когда у клиента есть комплекс проблем, которые необходимо решать последовательно и которые он, в силу каких-либо причин, не может решить самостоятельно.

Порядок выполнения сопровождений

Единичное сопровождение осуществляется в несколько этапов:

1. Выявление запроса на маршруте аутрич-работы, либо по телефону.
2. Договоренность по телефону с организациями о возможности оказания требуемой услуги/консультации.

3. Назначение даты и времени встречи с клиентом.

4. Непосредственно сопровождение клиента в организацию.

5. Отслеживание ситуации: однократный или регулярный (в большинстве случаев телефонный) контакт с клиентом. Получение обратной связи от клиента о предоставленной ему услуге.

Продолжительное сопровождение (кейс-менеджмент) можно определить как процесс взаимодействия социального работника и клиента для решения определенных проблем клиента.

Цель кейс-менеджмента — оказать необходимую медико-социально-психологическую помощь в комплексе с учетом имеющихся территориальных ресурсов. Программа кейс-менеджмента основана на организации индивидуального плана сопровождения клиентов в процессе реабилитации и ресоциализации.

Кейс-менеджмент включает в себя следующие виды деятельности:

1. Введение в оказание помощи — первичный сбор данных о клиенте Программы, предоставление информации об услугах и возможностях Программы.

2. Оценка потребностей клиента во время аутрич-работы, по телефону — определение «случая».

3. Планирование оказания услуг на постоянной основе совместно с профильными службами помощи — определение видов помощи, списка организаций, в которые необходимо сопроводить клиентов программы, расписание посещений организаций. В рамках планирования составляется контракт с клиентом Программы (см. приложение № 8) на оказание определенного вида помощи, о правилах работы с организацией, правилах конфиденциальности. В контракте прописываются **формы и объем оказываемой помощи**, сроков и условий пребывания клиента в программе кейс-менеджмента, права и обязанности сторон, время завершения работы, распределяются функции и ответственность. С клиентом подписывается информированное согласие по форме приложения №9 и разрабатывается индивидуальный план сопровождения (приложение №10).

4. Координация деятельности служб по решению проблемы клиента.

5. Координация других медицинских и вспомогательных услуг и направление на их получение.

6. Поддержка клиента на всех этапах оказания помощи.

7. Мониторинг и динамическое наблюдение.

8. Планирование выписки.

Стандарты деятельности по социальному сопровождению

Сотрудники / Обучение

- Минимальная квалификация
- Профессиональная ориентация на работу по социальному сопровождению
- Проведение рабочих встреч на регулярной основе с привлечением необходимых специалистов для решения каждого конкретного случая (например, юристов, психологов, сотрудников социальных служб)

- Обязательное обучение для новых кейс-менеджеров
- Непрерывное обучение для кейс-менеджеров

Своевременность оказания услуг / ведения документации

- Категория клиентов
- Первоначальный контакт с кейс-менеджером
- Проверка диагноза «ВИЧ-инфекция»
- Оценка кейс-менеджмента
- Пересмотр
- План оказания услуг по кейс-менеджменту
- Записи о прогрессе
- Встречи: открытые клиенты — активность
- Встречи: открытые клиенты — наблюдение
- Перевод клиентов
- Закрытие дел клиентов

Наблюдение / проверка

- Квалификация лица, осуществляющего наблюдение / проверку
- Посещение встреч
- Клиническое наблюдение
- Охват всех случаев
- Обзор случаев
- Непрерывность оказания помощи

ГЛАВА 7. Модели изменения поведения представителей уязвимых групп

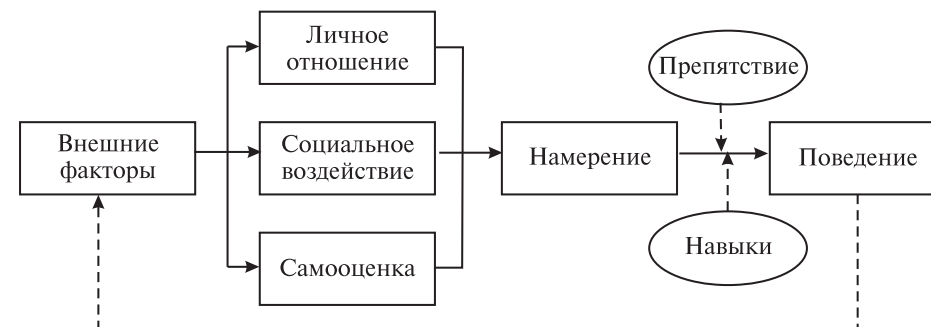
Как говорилось в предыдущих главах руководства, целью аутрич-работы является передача навыков и информации членам целевой группы для того, чтобы они могли снизить вред, наносимый их здоровью практикой рискованного поведения. Для того чтобы достичь этой цели, аутрич-работники должны четко понимать, почему люди подвергают себя риску заражения ВИЧ, гепатитами и другими инфекциями, передающимися половым путем.

С самого начала эпидемии ВИЧ-инфекции исследователи во всем мире пытались понять, почему люди практикуют рискованное поведение, как они могут изменить или отказаться от него, и какие условия необходимы для того, чтобы человек изменил свое поведение или образ жизни.

При работе с представителями уязвимых групп возможно использование трех моделей изменения поведения:

- Модель факторов, влияющих на изменение поведения.
- Модифицированная модель социального стресса.
- Коммуникационная модель изменения поведения.

Модель 1. Факторы, влияющие на изменение поведения¹³



Внешние факторы. Внешние факторы чрезвычайно сложно изменить. Кроме прочего, к ним относятся такие демографические факторы, как возраст, пол, место жительства и политическая ситуация. Политическая

¹³ The European Peer Support Manual: Peer Support as a Method for AIDS Prevention in Intravenous Drug User Communities. Trimbos Institute. Utrecht: Trimbos Institute (1994), с. 8–12.

ситуация включает и законодательство, связанное с наркопотреблением, общественное мнение и пр. Все это может влиять на жизнь индивида. Например, внешнее окружение потребителя наркотиков определяет доступность для него наркотических веществ, программ лечения, программ обмена игл и программ снижения вреда.

Личное отношение. Личное отношение отражает поведение человека. Обдумывая свои поступки, человек взвешивает все «за» и «против», и этот процесс не всегда поддается разумному объяснению. Во многом на этот процесс влияют личные привычки и принципы. В качестве примера можно привести использование презерватива. Многие люди негативно относятся к использованию презервативов, потому что «против» перевешивают «за». Если человек не знает о риске заражения ВИЧ или другими ИППП, или о последствиях этих инфекций, он продолжает практиковать незащищенные сексуальные контакты. Иногда человеку сложно принять правильное решение, так как безопасное поведение не всегда является самым привлекательным и не дает быстрых результатов.

Социальное воздействие. Прямое социальное воздействие означает, что социальная группа, к которой принадлежит индивид, ожидает от него определенной формы поведения. Это означает, что для того чтобы избежать проблем в отношениях с группой, каждый ее член должен «вести себя как все». Доказано, что для того чтобы отдельный член группы изменил свое поведение, ему необходима поддержка своего окружения, или вся группа должна практиковать менее рискованное поведение.

Непрямое социальное воздействие означает, что существуют определенные нормы, которых придерживается большинство людей. Например, во многих странах законодательство предусматривает наказание водителей автомобилей, которые не пристегивают ремни безопасности. Большинство людей стали придерживаться этого правила, и это стало нормой.

Поддержка со стороны аутич-служб. Для того чтобы изменить социальное воздействие, Программа должна работать не только с целевой группой, но и с ее окружением. Например, если целевой группой являются секс-работники, то необходимо работать с лидерами сообщества, сотрудниками правоохранительных органов, законодателями и т.д. Это поможет создать условия для практики безопасного сексуального поведения, т. е. использования презервативов.

Самооценка. Принятие сознательного решения о практике определенного поведения в большой степени зависит от самооценки человека. Если человек считает, что он способен изменить свое поведение, у него высокая самооценка. У многих потребителей наркотиков самооценка занижена, так как они постоянно испытывают негативное отношение со стороны общества.

Человек с заниженной самооценкой имеет тенденцию обвинять в своих неудачах других. Если человек бросил употребление наркотиков, но потом начал снова, это может снизить его самооценку. Если перед потребителем стоит дилемма, что купить в первую очередь — наркотик или новый шприц, и он все-таки решает сначала купить наркотик, а потом, если останутся деньги, купить шприц, его самооценка занижена. Если он поступает наоборот, сначала покупает шприц, а потом наркотик, у него высокая самооценка.

Поддержка со стороны аутич-служб. Аутич-работник имеет возможность обсудить с членом целевой группы пути повышения его самооценки. Например, стратегию переговоров об использовании презервативов. Эффективным методом повышения самооценки членов целевых групп является рассказ о собственном опыте и проведение ролевых игр.

Намерение. Намерение — это желание изменить определенное поведение. Для достижения этого необходимы следующие условия: положительное отношение, позитивное социальное воздействие и высокая самооценка. На этой стадии только две вещи могут помешать человеку изменить поведение: препятствия и отсутствие навыков.

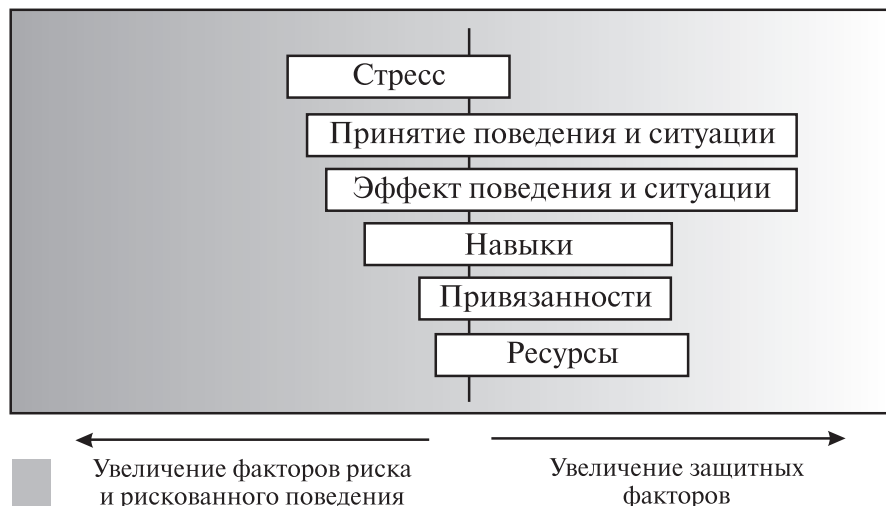
Препятствия. Отсутствие необходимых методов ресурсов может препятствовать желанию человека изменить поведение. Например, большинство секс-работников хотят использовать презервативы, но они могут быть недоступны для них по экономическим причинам.

Поддержка со стороны аутич-служб. Распространение информационных материалов и методов профилактики в значительной степени снизит препятствия желанию практики безопасного или менее рискованного поведения. Но также важно помнить о том, что основной задачей аутич-работника является передача навыков, которые позволяют целевой группе практиковать безопасное поведение, независимо от вашего проекта. Профилактические материалы, предоставляемые аутич-работниками, помогают эффективнее добиваться желаемых результатов.

Навыки. Человеку сложно начать практиковать безопасное поведение, если он не знает, что такое «безопасное поведение», или не имеет навыков применить свое знание.

Поддержка со стороны аутич-служб. Аутич-работники могут предоставить членам своей целевой группы информацию о навыках, необходимых для практики безопасного поведения. Распространение печатных материалов, написанных простым и немедицинским языком, является лучшим методом укрепления знания и навыков индивида.

Модель 2. Модифицированная модель социального стресса (употребление наркотических веществ и репродуктивное здоровье)



Модифицированная модель социального стресса использовалась Всемирной Организацией Здравоохранения при проведении проекта среди беспризорных/безнадзорных детей. Ее главной задачей было определение факторов, влияющих на уязвимость уличных детей в ситуациях, связанных с употреблением наркотических веществ и сексуальным здоровьем.

Данная модель состоит из четырех главных компонентов:

- стресс;
- принятие поведения и ситуации;
- эффект поведения и ситуации (т. е. опыт употребления наркотических веществ и сексуальный контакт);
- навыки;
- привязанности;
- ресурсы.

Стресс, принятие поведения и ситуации и эффект поведения и ситуации рассматриваются как факторы, которые усиливают уязвимость человека. Навыки, ресурсы и привязанности рассматриваются как факторы, которые снижают уязвимость человека перед практикой рискованного поведения. Важно отметить, что каждый из этих факторов может как повысить уязвимость (факторы риска), так и снизить ее (защитные факторы).

Данная модель служит схемой факторов, которые могут влиять на вовлеченность подростка в практику рискованного поведения. Концепция модели состоит в следующем: если в жизни человека присутствует много факторов риска, этот человек скорее всего начнет или продолжит практику рискованного поведения, в результате чего продолжит сталкиваться со связанными с этим поведением проблемами. С другой стороны, если существуют защитные факторы, человек будет менее подвержен практике рискованного поведения.

Уязвимость лучше всего рассматривать, принимая внимание одновременно и факторы риска, и защитные факторы.

Модифицированная модель социального стресса не только помогает нам понять факторы, влияющие на практику рискованного поведения, но и может служить ценным инструментом при планировании методов решения таких проблем, как употребление наркотиков и риск заражения ВИЧ, гепатитами В и С, ИППП, как на индивидуальном, так и на групповом уровне. Модель рассматривается в рамках употребления наркотических веществ и сексуального здоровья, включая компоненты, которые могут существовать в жизни уличных подростков.

Стресс. Стресс возникает в ответ на реальные или мнимые причины. Причины стресса могут быть явными (например, насилие, плохие условия жизни, физические расстройства) или скрытыми для посторонних (например, эмоциональная травма). Чем больше стресса в жизни подростка, тем в большей степени он подвержен употреблению наркотиков. Беспризорные/безнадзорные дети практически постоянно попадают в стрессовые ситуации.

Существует восемь видов стресса:

1. Трагические события. Трагические события могут оказать очень сильный эффект на людей, их переживших. К таким событиям относятся: смерть родственников; стихийные бедствия; войны и вооруженные конфликты; физическое и сексуальное насилие; попытки самоубийства. Уличные дети могут употреблять наркотики для того, чтобы снизить эмоциональные последствия пережитой трагедии и приспособиться к новым условиям жизни, которые, как правило, хуже предыдущих.

2. Жизненные проблемы. В жизни уличного подростка существует множество долгосрочных проблем, которые, как правило, очень сложно решить: нищета; отрицание прав человека; психологические проблемы; болезни; отсутствие возможности учиться. Неприятие со стороны членов семьи, друзей, школы, медицинских служб и общества в целом может нанести эмоциональную травму, сравнимую с потерей близкого человека. В данном случае наркотики помогают справляться с психологическими проблемами

и с физическими травмами, полученными в результате жизни на улице, например, после предоставления сексуальных услуг за деньги.

3. Ежедневные проблемы. Большую часть своего времени беспризорные/безнадзорные дети отдают борьбе за выживание, т. е. ищут пищу, одежду, место ночлега, а также стараются избежать насилия. У них часто возникают конфликты с другими уличными детьми, торговцами, работниками правоохранительных органов и другими членами общества. Эта ежедневная борьба за выживание лишает их сил. Наркотики являются быстрым «решением» всех проблем.

4. Жизненные перемены. Такие жизненные перемены, как переезд в другой район или город, изменение круга общения или возникновение любовных отношений, вызывают значительный стресс у человека, так как ему придется вести себя по-другому. В данном случае люди используют наркотические вещества, чтобы снизить волнение и страх. Подросток может начать употреблять наркотики или практиковать другие виды рискованного поведения, если его новые друзья делают то же самое.

Несмотря на то, что жизненные перемены вызывают у человека стресс, они не всегда бывают негативными для уличного подростка. Например, переезд в другой город или район может привести к знакомству с новыми людьми, которые окажут на него положительное влияние.

Иногда стрессовые ситуации могут оказать позитивное воздействие на уличного ребенка. Например, замужество разведенной матери может вызвать стресс у подростка, но в то же время улучшить положение его семьи. Причины стресса также могут иметь и другое воздействие. Если подросток сможет найти выход из сложной ситуации, это повысит его самооценку.

5. Переходный возраст. В подростковом возрасте все испытывают физические, психологические и социальные изменения. Для уличных подростков это особенно тяжело, так как никто не может объяснить им причину этих изменений и их не окружают взрослые, на которых можно было бы равняться. На этом этапе некоторым детям, живущим на улице, приходится находить новые источники существования, например, путем предоставления сексуальных услуг за деньги. Беспризорные/безнадзорные дети в большей степени, чем обычные подростки, хотят быть принятыми своим окружением. А это значит, что они могут начать принимать наркотики или практиковать другие виды поведения, опасные для здоровья, просто потому, что это делают их друзья.

6. Отсутствие понимания и дружеских отношений. Уличный подросток может вступить в сексуальную связь по причине одиночества или просто потому, что это принято среди его окружения.

7. Сексуальное насилие и секс по принуждению. Уличным подросткам часто приходится заниматься сексом по принуждению. Это может быть определенным ритуалом принятия в группу или эксплуатацией сильными более слабыми. Стресс возникает из-за отсутствия контроля над такими ситуациями.

8. Экономические проблемы и давление со стороны взрослых. Беспризорные/безнадзорные дети занимаются коммерческим сексом по экономическим причинам. Они могут делать это по собственной воле или по принуждению со стороны старших, иногда даже членов своей семьи. Часто детям, вовлеченным в проституцию, по принуждению взрослых приходится заниматься сексом без презерватива.

Принятие поведения и ситуации. Согласно модифицированной модели социального стресса, человек более подвержен практике рискованного поведения, если это принято среди его окружения. Большинство детей, живущих на улице, принимают алкоголь и наркотики, так как эти вещества легко доступны для ребенка, который только что попал в эту среду. Определенные группы или общество в целом приемлет употребление наркотиков и алкоголя по следующим причинам:

- доступность;
- легальность (в случае алкоголя и некоторых психоактивных веществ);
- цена;
- реклама, в частности в средствах массовой информации;
- употребление большинством окружающих;
- культурные или социальные традиции.

Эффект поведения и ситуации. Многие беспризорные/безнадзорные подростки употребляют наркотики, так как они улучшают настроение; снижают чувство голода или физическую боль; помогают уснуть; повышают энергию, необходимую для работы или поиска пищи; повышают бдительность; помогают расслабиться; придают чувство принадлежности к определенной группе; снижают волнение при совершении правонарушений.

Если использование наркотика приводит к желаемому результату, подросток начинает использовать его все чаще и чаще. То же самое можно сказать и о сексуальных контактах. Если подростку понравился его первый сексуальный опыт, он будет постоянно пытаться его повторить. Если сексуальные контакты приносят ребенку чувство обладания властью, это может привести к тому, что он начнет проявлять сексуальное насилие по отношению к более слабым. Кроме того, как уже говорилось ранее, уличные дети могут вступать в сексуальные контакты по причине одиночества или

желания быть востребованным. Секс похож на употребление наркотиков, он снижает чувство беспокойства и доставляет удовольствие.

Привязанности. Человек может испытывать чувство привязанности к другим людям, животным, вещам или неформальным объединениям. Привязанности могут быть как негативными, так и положительными. Наличие хотя бы одного близкого человека может повысить самооценку подростка. Но желание подростка найти такого человека может привести к связи с людьми, которые могут оказать на него негативное воздействие. У беспризорного/безнадзорного ребенка может развиться чувство привязанности к другим людям, если он проводит много времени с ними, вовлечен в деятельность этих людей или постоянно поощряется ими.

Употребление наркотических веществ менее вероятно, если ребенок испытывает привязанность к людям, которые не употребляют наркотики. То же самое можно сказать и о сексуальном поведении, подросток будет обеспокоен сохранением сексуального и репродуктивного здоровья, если люди, к которым он привязан, поощряют безопасное сексуальное поведение, т. е. воздержание или использование презервативов и других контрацептивов. Привязанность к людям, которые используют уличных детей или поощряют рискованное поведение, повышает их уязвимость. Предоставление сексуальных услуг в обмен на дружбу или защиту является достаточно распространенным явлением среди детей, живущих на улице.

Навыки. Существует множество навыков, которые дают ребенку возможность самостоятельно выбирать формы поведения. Отсутствие или наличие этих навыков может соответственно повысить или снизить уязвимость подростка. Навыки, о которых идет речь, можно объединить в следующие группы:

- жизненные навыки, т. е. критическое мышление и самостоятельное решение проблем, умение выбирать, навыки общения и т. д.;
- практические навыки, т. е. планирование ближайших действий, снижение личного риска, например, использование презервативов и т. д.;
- профессиональные навыки.

Чем большим количеством положительных навыков обладает ребенок, тем менее он нуждается в искусственных методах решения проблем, например, в употреблении наркотиков. Если подросток практикует рискованное поведение, наличие профилактических навыков поможет ему снизить личный риск.

Ресурсы. Для удовлетворения физических и эмоциональных нужд необходимы соответствующие ресурсы. Ресурсы могут быть как внешними, так и внутренними.

Внутренние ресурсы:

- интеллект;
- желание работать;
- образование;
- профессиональные навыки;
- оптимизм;
- чувство юмора.

Внешние ресурсы:

- наличие информации;
- семья;
- окружение;
- положительные примеры;
- общественные организации;
- образовательные учреждения;
- медицинские службы;
- наличие места отдыха.

Многие беспризорные/безнадзорные подростки обладают внутренними ресурсами. Проблема заключается в отсутствии внешних ресурсов, без которых ребенку сложно приобрести новые навыки, которые помогут ему улучшить свои жизненные условия и отказаться от практики рискованного поведения. Международная практика показывает, что дети, живущие на улице, не имеют такие альтернативы употреблению наркотиков, как образование и активный отдых. Программы среди уличных детей должны помочь им найти эти ресурсы.

Применение модели на практике. Аутрич-работники обладают возможностью построить позитивные отношения с членами своей целевой группы. Получив личную информацию о каждом человеке, они могут создать его портрет, который носит название «оценка случая» и содержит в себе описание каждого клиента проекта. Используя модифицированную модель социального стресса, аутрич-работники смогут определить следующее:

- какие положительные факторы снижают возможность практики рискованного поведения;
- какие негативные факторы влияют на практику рискованного поведения;
- какие нынешние и потенциальные проблемы существуют;

- в получении какой информации нуждается индивид;
- в получении какого вида сервиса нуждается индивид.

После определения этих проблем команде Программы рекомендуется разработать план проведения программы, которая начнет или продолжит удовлетворение постоянно меняющихся нужд целевого сообщества.

Модель 3. Модель коммуникативного изменения поведения.

Модель коммуникативного изменения поведения (ВСС — Behavior Change Communication) — это комплексная система целенаправленного информационного воздействия на целевую группу с целью изменения поведения ее представителей.

Программы ВСС построены на основании теорий модификации поведения на основе теорий внедрения инноваций Э. Роджерса, теории фазовых изменений Прочаска, Диклемента и Накросса и схемы поэтапного изменения поведения, разработанной Всемирным Банком.

ВСС рассматривает изменение поведения как долгосрочный процесс, на каждом этапе которого необходимо применять свои подходы, методы и средства.

Схема изменения поведения



Например, организация, приступившая к реализации программы профилактики среди новой целевой группы — мигрантов, может проводить мероприятия по изменению уровня информированности по вопросам профилактики ВИЧ/ИППП. Программы, осуществляющие свою работу среди ПИН, КСР, беспризорных/безнадзорных детей на протяжении нескольких лет и накопившие данные о ситуации в этих целевых группах (уровень знаний, отношения и поведения), могут планировать мероприятия по созданию благоприятной внешней среды, способствующей закреплению установок у клиентов Программ на безопасное поведение. Решение этой задачи возможно при непосредственном участии группы значимых организаций, чье мнение является компетентным и чье участие будет дополнять уже существующую деятельность. Большую роль в формировании благоприятной внешней среды для изменения поведения целевых групп играют мероприятия по созданию сети доверенных специалистов, адвокативная деятельность на уровне органов исполнительной власти и средств массовой информации. Третий уровень воздействия на изменение поведения направлен на развитие у клиентов Программ навыков, поддерживающих изменения. Возможными формами такого воздействия могут быть тренинги личностного роста, повышения самооценки, формирование лидерской позиции, деятельность по вовлечению добровольцев из ЦГ в реализацию Программ в качестве равных консультантов, ресоциализация и реабилитация.

ГЛАВА 8. Адвокация программ

Введение

На всех этапах деятельности программы она остро нуждается в адвокации. В противном случае работа программы может быть воспринята обществом неправильно, через призму мифов, предрассудков и стереотипов, что нанесет как самой программе, так ее сотрудникам и клиентам существенный вред. Например, может бытовать мнение, что программы снижения вреда распространяют наркотики и пропагандируют их потребление. Для поддержки программ на самых различных уровнях, их беспрепятственного развития, а также для защиты интересов целевых групп необходимы действенные меры по адвокации.

Необходимо отметить, что в некоторых языках не существует точного эквивалента английского слова «advocacy». Чаще всего предлагается понятие «защита общественных интересов».

Наиболее часто применимые определения понятия «защита общественных интересов»:

1. Защита общественных интересов представляет собой организованную деятельность, направленную на оказание влияния на принимаемые решения.

2. Защита общественных интересов — это деятельность, направленная на изменение политики, подхода и практики организаций и учреждений любого рода.

3. Защита общественных интересов в сфере общественной политики — это деятельность, направленная на изменение общественной политики в конкретной области посредством различных форм просветительства, убеждения и пропаганды.

Начиная работу в регионе или городе, необходимо работать с опосредованными целевыми группами.

Работу с опосредованными целевыми группами можно разделить на три этапа:

- На первом этапе Программа информирует влиятельные лица и организации о своей деятельности (цели, задачи, методы работы), убеждает в необходимости сотрудничества.

- На втором этапе Программа привлекает влиятельные лица и организации уже для содействия программе в качестве консультантов.

- На третьем этапе происходит привлечение опосредованных групп для осуществления адвокативных действий Программы.

Раздел 1. Организация адвокативных действий

Цель — защита интересов представителей уязвимых групп и деятельности Программ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп на уровне политических решений, изменения общественного мнения и формирования приемлемого отношения к проблеме.

Задачи:

- убеждение всех влиятельных лиц, групп и организаций посредством различных форм просветительства, переговоров и пропаганды в минимальные сроки разработать и ввести в действие эффективную политику профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников, мигрантов, беспризорных/безнадзорных детей;

- продолжение или расширение деятельности по осуществлению такой политики до уровня, на котором будет возможно проводить эффективные меры профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников, мигрантов и беспризорных/безнадзорных детей и предоставлять помощь в лечении, уходе и поддержке людям, живущим с диагнозом ВИЧ;

- формирование лояльной общественной политики в отношении уязвимых групп, а также в отношении программ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп. Общественная политика — это отношение общества и его государственных учреждений к некоей проблеме и способы ее решения.

Политика может быть представлена:

- вербально (в письменной форме, например, законы),

- не вербально (например, правила этикета или любые нормы социального общения).

Она может быть официальной (например, национальная политика в области борьбы со СПИДом) или неофициальной (например, отказ некоторых учреждений в приеме на работу людей, живущих с диагнозом ВИЧ). Обычно общественная политика бывает официальной, выраженной в письменной форме, и включает в себя заявления, документы, определяющие политический курс, описания распространенной практики, разработанные представителями государственных структур с целью руководства и контроля над деятельностью общества, организаций и в некоторых случаях частных лиц.

Для приведения в жизнь эффективных подходов защитники общественных интересов стараются не только изменить отношение к проблеме влиятельных лиц (таких как политики и начальники отделов соответствующих министерств), но и изменить поведение широкого спектра социальных групп.

Целевые группы для адвокативных действий:

- должностные лица, ответственные за разработку политики в различных министерствах и организациях, в том числе ведомств, осуществляющих надзор за здравоохранением, правоохранительных органов и организаций, занимающихся борьбой с распространением наркотиков, коммерческими секс-услугами, миграционным контролем, охраной общественного порядка, социальным обеспечением и экономикой и финансами;

- политики и чиновники, включая министров, возглавляющих вышеуказанные министерства, а также политиков, входящих в различные политические партии, которые могут высказываться по поводу уязвимых групп и проблем, связанных с ВИЧ/СПИДом;

- сотрудники правоохранительных органов и организаций, занимающихся борьбой с распространением наркотиков, охраной общественного порядка, внутренними делами и миграционным контролем, сотрудники органов опеки и попечительства;

- люди, проживающие или работающие в непосредственной близости от учреждений, занимающихся профилактикой или лечением ВИЧ/СПИДа; организации, работающие в этом районе;

- лица, неофициально формирующие общественное мнение (среди них могут быть люди, популярные как на местном, так и на более широком уровне);

- медицинские работники (особенно те, кто не обладает достаточным опытом работы с потребителями наркотиков, коммерческими секс-работниками, мигрантами и беспризорными/безнадзорными детьми);

- преподаватели высших и средних учебных заведений;

- лица, чья деятельность направлена на снижение спроса на наркотики (включая занимающихся профилактикой употребления наркотиков, лечением наркотической зависимости и разработкой общественной политики в этой области);

- религиозные деятели (в некоторых областях это могут быть представители нескольких религий); но важно не привлекать различные секты и организации тоталитарного характера. Во избежание конфликтных ситуаций рекомендуется привлекать исключительно представителей официальных конфессий;

- сотрудники средств массовой информации;

- местные, национальные и международные организации, работающие в сфере здравоохранения, охраны правопорядка, ВИЧ/СПИДа, профилактики ВИЧ/ИППП среди ПИН, КСР, мигрантов и беспризорных/безнадзорных детей.

Степень важности каждой из вышеперечисленных групп зависит от социального контекста, но для успешного осуществления деятельности по защите общественных интересов применительно к конкретной решаемой проблеме необходимо заручиться поддержкой всех влиятельных лиц и групп. Более того, несмотря на то, что роль одного влиятельного человека в изменении общественной политики или отношения может оказаться весьма важной (иногда даже жизненно необходимой), успешная защита общественных интересов никогда не является плодом работы одного-единственного человека.

Адвокативные действия осуществляют:

- непосредственные исполнители – сотрудники программ по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп;

- привлеченные исполнители – лица и организации, которые удалось убедить в необходимости защиты интересов уязвимых групп и деятельности программ, и ретранслирующие это мнение на возможные области своего профессионального, личного и общественного влияния;

- лица, принимающие решения политического характера по защите интересов представителей уязвимых групп.

Раздел 2. Принципы деятельности по защите общественных интересов

Ниже изложены принципы эффективной деятельности по защите общественных интересов в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников, мигрантов и беспризорных/безнадзорных детей.

2.1. При осуществлении деятельности по защите общественных интересов необходимо избегать ситуаций, которые могут привести к негативным последствиям.

Пытаясь добиться изменений в существующей системе, работающие в этой области люди не всегда могут в достаточной степени предсказать и контролировать результаты. В свете этого защитники общественных интересов, добивающиеся разработки и осуществления эффективных подходов к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в среде ПИН и КСР, обязаны любой ценой предотвратить увеличение вреда для своей целевой группы. Приведем пример: некое мероприятие, например, в области уличной социальной работы с целевой группой (аутрич-работа) может получить одобрение местных правоохранительных органов исключительно при условии, что:

- а) органы правопорядка получают право наблюдать за мероприятием и по своему усмотрению арестовывать клиентов программы;

- б) сотрудники программы сами представят в органы правопорядка список потребителей инъекционных наркотиков, проживающих в данном районе, с именами и адресами.

Такая схема не только полностью подорвет доверие к программе со стороны целевой группы, но и увеличит вред для клиентов программы.

Еще одной распространенной проблемой является вред, причиняемый человеку непосредственно в процессе осуществления деятельности по защите общественных интересов. Например, при попытках добиться внимания прессы к проблемам, связанным с ВИЧ и потреблением наркотиков, случается так, что отдельного потребителя наркотиков уговаривают выступить с заявлением по телевидению. Огромной аудитории зрителей он сообщает о том, что является потребителем наркотиков. Результаты такого необдуманного действия могут быть крайне серьезными. Поэтому специалисты должны всеми возможными способами стараться предотвратить ситуацию, за исключением случаев, когда потребитель наркотиков сам, осознанно и очевидно, отдавая себе полный отчет в возможных последствиях поступка, ответит на предложение открыть статус согласия.

2.2. При осуществлении деятельности по защите общественных интересов необходимо сохранять равновесие между краткосрочными практическими задачами и долгосрочными стратегическими целями.

Этот пункт вызывает множество споров среди специалистов по защите общественных интересов, обсуждающих эффективные подходы к лечению и профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп. Существенная часть населения в любом обществе желала бы полного и окончательного решения проблемы употребления запрещенных наркотиков, коммерческого секс-бизнеса, мигрантов и беспризорных/безнадзорных детей. Это обычно понимается следующим образом: устранение этих групп путем законодательного воздействия и деятельности правоохранительных органов, медицины и социального обеспечения приведет к тому, что молодежь не будет втянута в эти «порочные» группы и не будет подвергаться «плохому» влиянию. По меньшей мере, для достижения этой цели потребуются много лет или десятилетий, а ряд специалистов полагает, что такой цели невозможно добиться в принципе никогда и ни в одном обществе. Чтобы полностью прекратить употребление наркотиков, устранить секс-бизнес, прекратить пребывание мигрантов и победить беспризорность, потребуются существенные изменения к лучшему в таких важнейших социальных явлениях, как безработица и бедность, а также сексуальная, социальная, гендерная и расовая дискриминация. Решение вышеперечисленных проблем представляет собой весьма долгосрочную стратегическую цель.

В то же время, для того чтобы предотвратить распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп и через них в более широких слоях населения, необходимо быстро и оперативно разработать и внедрить соответствующую общественную политику и практические программы. Это требует принять как данность факт, что в обществе существуют уязвимые группы и что в большинстве стран, по крайней мере в ближайшие несколько лет, новые группы молодых людей будут в них вовлечены. В этой ситуации деятель-

ность по защите общественных интересов должна быть направлена в первую очередь на выполнение краткосрочных практических задач, таких как профилактика распространения ВИЧ среди ПИН, КСР, мигрантов, беспризорных/безнадзорных детей.

2.3. Задачи деятельности по защите общественных интересов должны соответствовать подходам и мерам, эффективность которых в профилактике и лечении ВИЧ среди уязвимых групп подтверждается научными исследованиями.

Несмотря на то, что этот пункт может показаться очевидным, необходимо следить за тем, чтобы деятельность по защите общественных интересов была направлена на внедрение подходов, эффективность которых подтверждена научными исследованиями. В некоторых странах проводились широкомасштабные кампании по защите общественных интересов, направленные на внедрение подходов, эффективность которых в профилактике распространения ВИЧ среди уязвимых групп не была доказанной. Специалисты по защите общественных интересов обязаны быть хорошо осведомлены о результатах исследований эффективных мер воздействия и постоянно следить за новыми данными и методами работы в области профилактики ВИЧ/СПИДа среди представителей уязвимых групп и затем — в более широких слоях населения.

2.4. Меры воздействия должны соответствовать социальному, культурному и политическому контекстам, существующим в данном регионе.

Во многих отношениях подход к осуществлению деятельности по защите общественных интересов и ее ключевые задачи зависят от общего социального контекста. Ввиду таких различий, например, подход к решению проблем со стороны прав человека может быть очень эффективен в одном регионе и практически неприменим в другом. Специалисты должны хорошо знать историю, принятые в обществе нормы, а также культурную и политическую жизнь региона, в котором они работают, и гибко приспосабливать свою деятельность под нужды данного социума. На подобные действия влияет национальный состав населения и, соответственно, этнографические особенности; религиозные конфессии, преобладание той или иной религиозной практики в регионе, особенности местных представителей власти, и т. д.

2.5. Деятельность по защите общественных интересов должна быть направлена одновременно на разные секторы общества и на влиятельных в обществе людей. Она должна включать использование разнообразных методов и тактик защиты общественных интересов.

Специалисты, добивающиеся наибольших успехов на своем поприще, пользуются для достижения цели разнообразными, дополняющими друг друга стратегиями. Для того чтобы добиться широкого распространения

программ и создания благоприятной среды, в которой могла бы осуществляться эффективная деятельность в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп, необходимо разработать такую стратегию, которая была бы нацелена одновременно на широкий спектр влиятельных лиц и групп населения.

2.6. Мероприятия в рамках деятельности по защите общественных интересов должны происходить с учетом социального, политического и финансового контекста данного общества, как можно более оперативно и на как можно более масштабном уровне.

Учитывая скорость, с которой эпидемия ВИЧ может распространяться в среде представителей уязвимых групп, время становится одним из определяющих факторов в защите общественных интересов и в организации программ, способных эффективно решать проблемы, связанные с профилактикой и лечением ВИЧ среди уязвимых групп. Масштаб деятельности также чрезвычайно важен, поскольку эффективная стратегия профилактических и лечебных мероприятий способна предотвратить, стабилизировать или же уменьшить распространение эпидемии только в том случае, если она выполняется в некотором масштабе. Конкретный необходимый масштаб деятельности зависит от многих местных факторов, таких как точные статистические данные распространения эпидемии, состава уязвимых групп, типов рискованного поведения, нужд и потребностей представителей целевых групп. В результате должны быть внесены изменения в общественную политику, а опыт и мероприятия программы расширены до эффективного масштаба.

2.7. Деятельность по защите общественных интересов должна привлекать внимание к новым проблемам, реагируя в то же время на то, как организации, средства массовой информации и другие выразители общественной морали справляются с вопросами, связанными с эпидемией ВИЧ среди уязвимых групп (мигранты, беспризорные/безнадзорные дети).

Процесс защиты общественных интересов необходимо рассматривать не только как способ достижения конкретных целей, поставленных группами защитников общественных интересов, но также и как процесс ответной реакции на происходящие события. На каждом уровне, где осуществляется защита общественных интересов, могут происходить события, предоставляющие прекрасную возможность для осуществления подобной деятельности. Например, видный политик может обнаружить, что его сын или дочь является потребителем наркотиков, или же проведенный газетой опрос может выявить обеспокоенность граждан вопросами небезопасного сексуального поведения среди молодежи. Специалисты в области защиты общественных интересов обязаны следить за происходящими событиями, отслеживая каждую предоставляющуюся возможность для своего вмешательства, а когда

такая возможность возникнет, иметь в своем распоряжении ресурсы, необходимые для успешной защиты общественных интересов, такие, например, как квалифицированные специалисты, с которыми журналисты могут связаться в любой момент в случае необходимости.

Здесь уже много говорилось о существующей сильной оппозиции, возражающей против разработки эффективной политики в области профилактики и лечения ВИЧ среди ПИН, КСР, мигрантов. Не следует забывать, что по мере того как специалисты будут вести работу с некоторыми из них, по мере развития диалога о разработке эффективной стратегии будут появляться все новые противники подхода. Защитники общественных интересов должны иметь наготове убедительные доказательства и связи с влиятельными лицами (в СМИ, политике и других важных отраслях), чтобы обеспечить успешное противостояние развитию такой точки зрения.

2.8. При осуществлении деятельности по защите общественных интересов желательно обеспечить участие представителей уязвимых групп и людей, живущих с диагнозом ВИЧ, в планировании, выполнении и оценке этой деятельности, а также в программах, организованных на основании ее результатов.

Этот принцип тщательно продуман и существует для того, чтобы не забывать принимать во внимание многочисленные различия в социальном и политическом уровне развития стран, а также для того, чтобы обеспечить равноправное участие в процессе деятельности по защите общественных интересов разнообразных уязвимых групп. В полном соответствии с принципом, изложенным выше, не следует привлекать к участию в деятельности по защите общественных интересов людей из уязвимых групп, если в результате этой деятельности они могут быть узнаны, арестованы, отправлены на принудительное лечение от наркотической зависимости или подвергнуты физическому насилию. Если в силу местных условий ПИН, КСР, мигранты и люди, живущие с диагнозом ВИЧ, могут подвергнуться опасности, посещая собрания или принимая участие в деятельности по защите общественных интересов или планированию программ, сотрудники Программ должны изыскать способы узнать об их взглядах на проблему, например, посредством личных бесед (если это возможно).

Участие таких лиц увеличивает скорость, с которой программы могут эффективно вовлекать и помогать представителям уязвимых групп. Более того, оно способствует обеспечению более высокого качества программ и в большей степени соответствия потребностям этих социальных групп.

2.9. Деятельность по защите общественных интересов должна учитывать гендерные различия, высокий риск инфицирования ВИЧ/СПИДом и пропагандировать равный доступ к лечению, уходу и поддержке.

Во многих странах гендерные различия между ПИН, КСР и различными группами мигрантов недостаточно принимаются во внимание, что способно привести к неправильному представлению о потребителях инъекционных наркотиков как в основном о мужчинах, а о коммерческих секс-работниках как в основном о женщинах. Женщины более склонны скрывать факт употребления наркотиков, чем мужчины, что обусловлено культурными и национальными традициями. Между тем, коммерческие секс-работники мужчины являются весьма существенной представительской группой, но тоже склонны больше скрывать этот факт, чем женщины.

В процессе осуществления деятельности по защите общественных интересов необходимо стараться расширить существующие знания в области потребления инъекционных наркотиков и коммерческого секс-бизнеса среди женщин и мужчин. Важно обеспечить должное внимание к вопросам гендерных различий как при осуществлении деятельности по защите общественных интересов, так и при предоставлении услуг в области профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.

2.10. Деятельность по защите общественных интересов должна быть посвящена не только вопросам профилактики ВИЧ среди уязвимых групп, но также и проблемам, связанным с лечением, уходом и поддержкой.

Решение вопросов профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа должно осуществляться на нескольких уровнях. Комплексные и высококачественные терапевтические услуги помогают создать аудиторию, более благосклонную и восприимчивую к информации и работе в области профилактики. В свою очередь, эффективная профилактика снижает потребность в лечебных услугах. Такой всеобъемлющий подход помогает установить доверительные отношения и уменьшить стигматизацию ПИН, КСР, мигрантов.

Особое место занимает защита общественных интересов прав беспризорных/безнадзорных детей. Отношение к этой группе населения в обществе отличается от отношения к трем другим группам (ПИН, КСР, мигрантам). Оно проникнуто большим сочувствием и пониманием во всех общественных структурах, но ограничивается возможностями вложения ресурсов, законодательной базой. В таких ситуациях важно как можно более информировать общество о существующей проблеме, привлекая к содействию органы здравоохранения, социального обеспечения, образования и внутренних дел. При этом важно не сделать проблему темой для различного рода политических и религиозных спекуляций, а также избегать воздействия различных сообществ закрытого типа (сект), не имеющих разрешения на работу с детьми в РФ.

Приложения

Приложение №1

Примерный образец удостоверения сотрудника программы

<p>«Организация» Удостоверение № ____ Действительно до « ____ » ____ 200 ____ г. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ « ____ » ____ 200 ____ г. Фото _____ руководитель организации М.П. _____ Фамилия И. О.</p>	<p>РАБОТА ПРОЕКТА «название» СОГЛАСОВАНА С АДМИНИСТРАЦИЕЙ ГОРОДА И УПРАВЛЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ</p> <p>При задержании — звоните адвокату Фамилия И. О. Тел: _____</p>
--	---

Приложение №2

Примерный образец информационной памятки по СВ

<p>Консультации и обследование у дерматовенеролога, гинеколога, терапевта, инфекциониста, нарколога, хирурга; раздача презервативов; обмен шприцев; выдача литературы; консультации по ВИЧ; анонимное тестирование на ВИЧ; консультации юриста; возможность временной трудовой занятости и другое. Наши адреса: 1. ул. _____ ежедневно с 8.00 до 16.00 2. ул. _____ ежедневно с 16.00 до 19.00 Анонимно, бесплатно!</p>	<p>ЛОГОТИП</p> <p>ПРОГРАММА снижения вреда по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН/КСР «Название»</p> <p>Реализуется во исполнение Постановления от дата № _____ при содействии _____ указать название финансирующей организации.</p>
---	--

Приложение №3
Примерные образцы направлений ПСВ к специалистам

ПРОЕКТ
«название» Консультация гинеколога
адрес Врач: <u>Фамилия Имя Отчество</u> часы приема
ПРОЕКТ
«название» Консультация дерматовенеролога
адрес Врач: <u>Фамилия Имя Отчество</u> часы приема
ПРОЕКТ
«название» Консультация терапевта
адрес Врач: <u>Фамилия Имя Отчество</u> часы приема

Приложение №4
Примерный образец карточки клиента
программы снижения вреда

Карточка № ____ Участника проекта «Название проекта» Действительна до « ____ » _____ 200__ г. «Организация» М.П.	РАБОТА ПРОЕКТА СОГЛАСОВАНА С АДМИНИСТРАЦИЕЙ ГОРОДА И УПРАВЛЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ При задержании клиента проекта звоните адвокату <u>Фамилия И. О.</u> тел: Правила участия в проекте: 1. Приноси на обмен шприцы с иглой, промытые водой и разобранные. 2. Обмен производится 1:1. 3. Приходи в проект без наркотиков.
--	--

Приложение №5
Инструкция по действиям в аварийной ситуации

«СОГЛАСОВАНО» председатель ПК _____ Фамилия И. О. « ____ » _____ 200__ г.	«УТВЕРЖДАЮ» руководитель «организации» _____ Фамилия И. О. « ____ » _____ 200__ г.
--	---

Инструкция по индивидуальной защите в аварийной ситуации

разработана на основании приказа МЗ РФ № 170 от 16.08.01 и инструкции по противоэпидемическому режиму в лабораториях диагностики СПИДа

Состав аварийной аптечки форма 50:

- 70%-ный этиловый спирт;
 - 5%-ный спиртовой раствор йода;
 - 0,05%-ный раствор марганцовокислого калия (возможна замена одним из растворов — 1%-ный водный раствор борной кислоты, 1%-ный раствор азотнокислого серебра, 1%-ный раствор протаргола);
 - марлевые салфетки, бинты;
 - бактерицидный пластырь;
 - пластырь;
 - глазные пипетки (не менее 2-х) — стерильные или продезинфицированные;
 - ножницы;
 - 5–6 напалечников.
1. При порезе или проколе инструментом, контактирующим с биологическими жидкостями кожи рук или рук в перчатках, необходимо:
 - 1.1. Снять перчатки, поместить их в дезраствор.
 - 1.2. Если кровь идет — не останавливать, если нет — выдавить несколько капель крови.
 - 1.3. Обработать поврежденный участок 70%-ным спиртом, не растирая.
 - 1.4. Вымыть руки под проточной водой с двукратным намыливанием.
 - 1.5. Обработать ранку 5%-ным спиртовым раствором йода.
 - 1.6. Заклеить рану лейкопластырем.

ФИО аутич-работника _____

Дата _____

Время _____

Место _____

№ п/п	Личный код	Новый клиент	Направление на обследование на ВИЧ и гепатиты	Количество выданных презервативов	Количество выданных материалов	Направление к ловленным специалистам	Профилактическая беседа (тема)	Медицинские консультации (тема)	Присохотич. консультации (тема)	Сопровождение в медицинские учреждения	Сопровождение в социальные учреждения

Приложение №8 Соглашение о предоставлении услуг по социальному сопровождению

Настоящее соглашение заключено между _____, именуемой в дальнейшем «Центр», в лице директора _____ и _____, именуемым в дальнейшем «Клиент».

1. Предмет соглашения

Предметом соглашения является организация Центром индивидуальной программы медико-социального сопровождения Клиента.

2. Обязанности Центра

Центр обязуется:

- 2.1. Организовать индивидуальную программу медико-психологической и социальной реабилитации Клиента;
- 2.2. Осуществлять социальное сопровождение Клиента на всех этапах реабилитации;
- 2.3. Организовать доступ Клиента к получению услуг, необходимых для решения проблем, связанных с последствием злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами;
- 2.4. Гарантировать неразглашение информации о Клиенте, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

3. Обязанности Клиента

Клиент обязуется:

- 3.1. Предоставлять Центру достоверную информацию о себе, о своей жизненной ситуации, истории наркологического заболевания и состоянии здоровья;
- 3.2. Своевременно выполнять рекомендации и сообщать о достигнутых результатах сотрудникам Центра;
- 3.3. Своевременно информировать сотрудников Центра о вновь возникающих проблемах;
- 3.4. Соблюдать регламент оказания услуг Центром: явка на консультации только в трезвом состоянии, очные консультации проводятся только по предварительной записи по телефону, в случае невозможности явиться

на назначенную консультацию, Клиент обязан заблаговременно предупредить об этом сотрудников Центра и сообщить о причинах неявки;

3.5. Сотрудничать с Центром в рамках программы социального сопровождения в течение не менее 12 месяцев.

4. Права Центра

Центр имеет право:

4.1. Отказать Клиенту в предоставлении услуг в случаях нарушения Клиентом его обязанностей (предусмотренных п. 3 настоящего соглашения) по отношению к Центру;

4.2. Отказать Клиенту в предоставлении услуг, если его запросы являются противозаконными;

4.3. Предоставлять информацию о Клиенте третьим лицам только в случаях, предусмотренных законодательством.

5. Права Клиента

Клиент имеет право:

5.1. Участвовать в мероприятиях, проводимых Центром для клиентов программы социального сопровождения;

5.2. Обращаться к директору Центра с замечаниями и предложениями по организации программы социального сопровождения;

5.3. Расторгнуть данное соглашение в одностороннем порядке.

Директор _____

ФИО _____

Подпись

Ф.И.О.

Подпись

Дата

Ф.И.О. и подпись сотрудника, заключившего соглашение

Приложение №9

Форма информированного согласия клиента на передачу и получение информации о нем

Название организации

Адрес организации и телефон

Имя клиента

Дата рождения

Адрес и телефон

Я _____ (имя клиента) даю согласие на участие в программе Социального Бюро Центра профилактики наркомании, на передачу и получение информации о моем здоровье и социальном статусе _____

_____ (названия организаций и лиц, которым может передаваться или у которых может запрашиваться информация). Данная информация может быть использована только с целью оказания мне необходимой медицинской, психологической и социальной помощи и поддержки.

Информация обо мне, которая может передаваться и запрашиваться: _____

Информация обо мне, которая не может передаваться или запрашиваться: _____

Срок действия данного соглашения: до _____ (дата окончания действия соглашения). Действие данного соглашения может быть остановлено в любое время по моему желанию.

Имя и подпись клиента _____ дата _____

Имя и подпись сотрудника организации, предоставляющей помощь _____ дата _____

Подпись доверенного лица клиента (родителя, опекуна, или любого другого лица, имеющего юридическое право представлять интересы клиента) _____ дата _____

Приложение № 10
План оказания помощи клиенту

Карта № _____

Код участника _____

Важность	Цель	Мероприятие	Ответственное лицо	Временные рамки	Результат	Удовлетворенность клиента (обратная связь)

Подпись клиента _____ дата _____

Подпись менеджера _____ дата _____

Список литературы

1. Advocacy: обзор, понятия и принципы работы. Dawe Burrows, *Advocacy Guide for Effective HIV Prevention among Injecting Drug Users*, World Health Organisation (WHO), Department of HIV/AIDS: Geneva (October 2002). Draft. Перевод осуществлен организацией «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW).

2. Hepatitis C: A hidden epidemic (Drugs in focus: Bi-monthly briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. — №11, 2003.

3. А. Толопило. Социально-правовая поддержка наркозависимых и ВИЧ-позитивных лиц. Справочно-методическое пособие. — Одесса, 2003.

4. А. Холопайнен. Подход к превенции злоупотребления наркотиками и лечению наркоманий как к проблеме общественного здоровья. Тезисы докладов 2-й Международной научно-практической конференции «Профилактика потребления психоактивных веществ». — Санкт-Петербург, 2003. — 63–66 с.

5. Бадриева Л., Карчевский Е. Построение сети добровольцев: вторичный обмен шприцев, обучение равных равными. Материалы к тренингу «Повышение эффективности программ снижения вреда». — Казань, 2001.

6. Беляева В. В. Консультирование при инфекции ВИЧ. Пособие для врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами. — Москва, 2001.

7. Берроуз Д. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев. Руководство для стран Центральной и Восточной Европы и новых независимых государств бывшего Советского Союза. — 2000.

8. Валентик Ю. М., Савченко Л. М. Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Программа унифицированного курса для последипломного образования. — Москва, 2003.

9. Валентик Ю. М., Савченко Л. М. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди лиц, потребляющих наркотики. Пособие для врачей. — Москва, 2003.

10. «ВИЧ/СПИД и права человека». Международные руководящие принципы. Третья Международная консультация по ВИЧ/СПИДУ и правам человека. Женева, 25–26 июля 2002 г.

11. Врачи без границ — Голландская секция. Снижение вреда: концепция, теория, практика. Дополнительные материалы для чтения. Апрель 1999 г.

12. Врачи без границ. Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в РФ. Руководство по проведению обучения. Апрель 1999 г.

13. Врачи без границ. Снижение вреда: теория и практика. Сборник статей. — Москва, 2000.
14. Д. Берроуз. Роль программ снижения вреда от употребления наркотиков в профилактике передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. — Москва, 2000.
15. Дейв Берроуз и соавт. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем (пособие для врачей). — Москва, 1999.
16. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. 25–27 июня 2001 г.
17. Доклад о результатах работы ЮНЭЙДС на страновом уровне «От пропаганды — к действиям». — 2006. — 78 с.
18. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости. Принципы оценки работы по охвату целевой группы. Руководство для специалистов-практиков. Перевод «СПИД Фонд Восток-Запад». — Москва, РФ, 2002.
19. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Сборник под общей редакцией академика РАМН, д. м. н., профессора Т. Б. Дмитриевой. — М.: Изд-во Спарк, 2002.
20. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. Сборник тематических исследований. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. Управление ООН по контролю над наркотиками и предупреждению преступности. ООН. — Нью-Йорк, 2001. — 111 с.
21. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Т. 1, т. 2. — М.: Изд-во Медпрактика, 2002.
22. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Материалы по вопросам лечения наркомании Управления по наркотикам и преступности ООН. — 2003.
23. Использование дифференцированных программ обучения по проблеме ВИЧ/СПИДа на додипломном и последипломном этапах образования врача. — М.: ГОУВУНМЦ, 2001.
24. К. Малиновская — Семпрук. Новаторские программы, направленные на уменьшение вреда, в странах Центральной и Восточной Европы, а также в новых независимых государствах. Обзор современной психиатрии (специальный выпуск). № 8 (4), 2000 г. — 8–15 с.

25. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации. Работа программ профилактики: менеджмент персонала и проведение аутрич-работы. Сборник дополнительных материалов для чтения. Апрель 2002 г.
26. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков. Сборник статей. — Москва, Российская Федерация, 2003.
27. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Принципы оценки работы по охвату целевой группы. Руководство для специалистов-практиков. — Москва, Российская Федерация.
28. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Сборник основных документов для руководящих органов и политиков «Межведомственная координация и национальный и региональный отклик на эпидемию ВИЧ и СПИДа в Российской Федерации». — Москва, Российская Федерация, 2003.
29. Методические рекомендации для врачей «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции» МЗ РФ, ЦНИИ Эпидемиологии. Российский Федеральный Научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом. — Москва, 1999.
30. Методические рекомендации по материальному оснащению пунктов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. — Москва, 2007.
31. Методические рекомендации по обезвреживанию использованного инструментария и других потенциально инфицированных отходов в пунктах профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. — Москва, 2007.
32. Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения № МУ–287–113. Утверждено руководителем департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России 30 декабря 1998 г.
33. О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в ЛПУ наркологического профиля — указания МЗМП РФ от 05.02.1996 г. № 10.04./6–19.
34. Об усилении мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ. Приказ МЗМП РФ № 293 от 19.07.1996 г.

35. Обзор программы ООН по ВИЧ/СПИДу, 1996 г.
36. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, 1996 г.
37. Организация Объединенных Наций. Управление по наркотикам и преступности. «Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению». — Нью-Йорк, 2003.
38. Оценка распространенности — косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков. Модуль 2 Инструментария ГПО. Управление по наркотикам и преступности ООН. — 2003.
39. Подготовка среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей наркотических веществ. Пособие для врачей. — Москва, 1999.
40. Покровский В. В., Ермак Е. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. — М.: Гэтар Медицина, 2000.
41. Постановления Главного санитарного врача Российской Федерации №28 от 09.09.2002 г. и № 2 от 14.01.2004 г. «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
42. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. ВОЗ (Европейское региональное бюро). — Копенгаген, 1998. — 27 с.
43. Профилактика ВИЧ-инфекции (Методические рекомендации). — СПб.: Издательство «Бостон- спектр», 2000. — 100 с.
44. Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (Практическое руководство). — Москва, 2006.
45. Развитие эпидемии ВИЧ. ЮНЭЙДС, декабрь 2006 г. — 86 с.
46. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Итоговый отчет о реализации программы «Комплекс мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату». — Москва, 2006.
47. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Руководство. — Москва, 2001.
48. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь» Особенности диагностики, лечения и экстренной профилактики ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату. Руководство. — Москва, 2006.
49. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Подготовка добровольцев из среды лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, по программе «Равный обучает равного». Руководство. — Москва, 2006.
50. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Проведение оценки нужд. Руководство. — 2003.
51. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Создание и проведение проектов среди коммерческих секс-работников. Руководство. — Москва, 2005.
52. Рекомендации по проведению добровольного обследования населения на наличие антител к ВИЧ. — Москва, 1997.
53. Решение коллегии Минздрава РФ от 25 марта 1997 г. «О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения».
54. Руководство по экспресс-оценке и реагированию на ситуацию с инъекционным потреблением наркотиков. ВОЗ, 1998.
55. «Руководящие принципы сокращения спроса на наркотики и меры по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков». Политическая декларация специальной сессии Генеральной Ассамблеи, посвященной совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков, 8–9 июня 1998 г.
56. Саранг А., Очерет Д., Ли В. Снижение вреда. Пособие для аутрич-работников и волонтеров программ снижения вреда от употребления наркотиков. Рабочая версия. СПИД Фонд Восток-Запад, — Москва, Россия, 2002.
57. Сборник ЮНЭЙДС «Профилактика ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем, среди работников секс-бизнеса в Восточной Европе и Центральной Азии. Лучшая практика», 2006 г. — 66 с.
58. Сергеев Б., Саранг А., Кобзева В. Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации. Работа программ профилактики: менеджмент персонала и проведение работы аутрич. Пособие для менеджеров программ. СПИД Фонд Восток-Запад. — Москва, Россия, 2002.
59. Серия «Работа с детьми группы риска». Выпуск №1. Методическое пособие по организации социальной службы «Ребенок на улице» и Информационно-консультативного центра (ИКЦ). Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН), 2000. — 128 с.
60. Стимсон Дж. В., Керк А. Д. Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наркоманов, вводящих наркотики инъекционно. Планирование и проведение локальных мер против заражения ВИЧ (Руководство

для местных отделений). Центр исследований наркотиков и здорового поведения. — Лондон, 1992.

61. Т. Роудз, Л. Михайлова и соавторы. «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Тольятти, Самарская область, Россия» Основные положения результатов экспресс-оценки. 2002 г.

62. Т. Роудз. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика. Совет Европы. Страсбург, 3 февраля 1997 г.

63. У. Э. Батлер. ВИЧ/ СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России: программы снижения вреда и российская правовая система. — Лондон, 2003.

64. Управление Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками и предупреждению преступности. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры. Вена, сентябрь 1999 г.

65. Федеральный закон «О внесении дополнения в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 18.07.1996 г.

66. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» от 24.02.1995 г.

67. Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» № 3-ФЗ от 08.01.1998г.

68. Шкарин В. В., Соринсон С. Н. ВИЧ/СПИД-инфекция. Двадцать лет спустя после начала пандемии. — Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 1999.

Ресурсы интернет

Агентство США по международному развитию (USAID) — <http://www.usaid.gov>

Американский международный союз здравоохранения — <http://www.aiha.com>

Ассоциация гепатологических центров — <http://www.hepatit.ru>

Веб-сайт проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах» — <http://www.hipp-europe.org>

Врачи мира — <http://www.medecinsdumonde.org>

Всемирная Организация Здравоохранения — <http://www.who.int>

Всемирный Банк — <http://lnweb18.worldbank.org/ECA/rus.nsf>

Всемирный совет здоровья — <http://www.globalhealth.org>

Всероссийская сеть снижения вреда — <http://www.harmreduction.ru>

Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ — <http://www.lgvs.org.ua>

Глобальная коалиция бизнеса по ВИЧ/СПИДу — <http://www.businessfightsaids.org>

Департамент общественной информации ООН — <http://www.un.org/ga/aids>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией — <http://www.theglobalfund.org>

Детский фонд ООН в Российской Федерации (UNICEF) — <http://www.unicef.org>

Журнал для специалистов, работающих в области ВИЧ-инфекции, «Круглый стол» — <http://www.infoshare.ru/info/?aid=8&div=15>

Журнал для людей, живущих с ВИЧ, «Шаги» — <http://www.shagi.infoshare.ru>

Информационный сайт по проблеме ВИЧ/СПИДа — <http://www.infosite.aids.ru>

Канадско-российский проект по СПИДу (CARP) — <http://www.hivrussia.org>

КАФ (CAF — Charities Aid Foundation), Россия — <http://www.cafrussia.ru>

Корпорация «Медицина для Вас» — <http://www.medinfocm.ru/mdv.asp>

Международная инициатива по созданию вакцины против СПИДа (IAVI) — <http://www.iavi.org>

Международная коалиция для доступа к лечению ВИЧ — <http://www.itacoalition.org>

Международный альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине — <http://www.aidsalliance.kiev.ua>

Межрегиональная общественная организация «Содействие общественному здравоохранению» — <http://www.publichealth.ru>

Министерство здравоохранения и социального развития РФ — <http://www.mzsrif.ru>

Министерство образования и науки РФ — <http://www.mon.gov.ru>

Министерство юстиции РФ — <http://www.minjust.ru>

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова — <http://www.mma.ru>

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) — <http://www.unaids.ru>

Открытый Институт Здоровья — <http://www.ohi.ru>

Отчеты Международной инициативы по созданию вакцины против СПИДа (IAVI) — <http://www.iavireport.org>

Партнеры во имя здоровья — <http://www.pih.org/index.html>

Портал для людей, живущих с ВИЧ — <http://www.POZ.ru>

Программа развития ООН в Российской Федерации (ПРООН) — <http://www.undp.ru>

РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» — <http://www.positivenet.ru>

РОО «СПИД инфосвязь» — <http://www.infoshare.ru>

Российская ассоциация «Планирование семьи» — <http://www.rfpa.ru>

Русский народный сервер против наркотиков — <http://www.narcom.ru>

Сайт для НКО, работающих с КСР — <http://www.ksr.infoshare.ru>

Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы — <http://www.ceehrn.org>

СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW) — <http://www.afew.org>

Трансатлантические Партнеры против СПИДа — <http://www.tpaar.org>

Украинская Ассоциация Снижения Вреда — <http://uhrn.civicua.org>

Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) — <http://www.unodc.org/russia/index.html>

Федеральная миграционная служба РФ — <http://www.fmsrf.ru>

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека — <http://www.rospotrebnadzor.ru>

Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом — <http://www.hivrussia.ru>

Фонд «ФОКУС-МЕДИА» — <http://www.focus-media.ru>

Фонд «Центр социального развития и информации» (PSI) — <http://www.psi.org/indexRU.html>

Центр «ИНФО-Плюс» — <http://www.aids.ru>

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства в сфере здравоохранения и социального развития (ЦНИИОИЗ МЗиСР РФ) — <http://cniiorgzdrav.mednet.ru>