

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР НАРКОЛОГИИ

СТАНДАРТЫ
РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА И
ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПОТРЕБИТЕЛЯМ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

БИШКЕК – 2014

Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков приняты Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР от _____

Клиническая проблема

Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов

Название документа Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков

Этапы оказания помощи

Первичный уровень здравоохранения и программы снижения вреда

Цель создания

Стандарты услуг для ПИН впервые были созданы в КР в 2009 г. и утверждены Приказом МЗ КР №838 от 25.12.09 г. «Об утверждении Стандартов услуг по снижению вреда, связанного с инъекционным потреблением наркотиков в Кыргызской Республике». Они легли в основу для переработки и дополнения. Необходимость данного процесса была вызвана появлением новых международных рекомендаций, накопления опыта в реализации программ снижения вреда, расширением нормативно-правовой базы, постепенным переходом к всеобщей доступности служб профилактики заражения ВИЧ, лечения и ухода для потребителей инъекционных наркотиков. Внедрение стандартов будет способствовать обеспечению всеобщего доступа к комплексному пакету услуг для лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

В целевую группу пользователей входят:

- лица, определяющие политику и принимающие решения в сфере здравоохранения на страновом и территориально-административном уровне;
- менеджеры специализированных служб (наркологической, противотуберкулезной, службы СПИДа), вовлеченных в реализацию программ снижения вреда;
- менеджеры иных кроме специализированных медико-санитарных служб здравоохранения и учреждений пенитенциарной системы, отвечающих за организацию и оказание медицинской и социальной помощи ПИН;
- потребители наркотиков и лица, представляющие их организации;
- эксперты в области пропаганды и просвещения, учреждения, занимающиеся вопросам развития, доноры, неправительственные и общественные организации, работающие с потребителями наркотиков или в программах профилактики туберкулеза и ВИЧ и борьбы с этими заболеваниями;
- люди, участвующие во всех формах исследовательской работы, особенно в исследованиях по проблемам туберкулеза, ВИЧ, туберкулеза/ВИЧ.

Применимость Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков применимы только для целевых групп.

Дата создания 2014 год

Планируемая дата обновления

Осуществление пересмотра данного Стандарта запланировано на 2018 год, либо в более ранние сроки, в случае появления новых научных данных и доказательств. Все поправки к Стандартам будут опубликованы в периодической печати. Любые комментарии и пожелания по содержанию приветствуются.

Данные Стандарты могут использоваться и воспроизводиться с соответствующей ссылкой, с полным названием документа.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общая часть		
1.1.	Предисловие и выражение благодарности	4
1.2.	Состав рабочей группы, консультанты, рецензенты	4
1.3.	Декларация конфликта интересов	5
1.4.	Метод формулирования рекомендаций	5
1.5.	Список сокращений	6
1.6.	Введение: цели, задачи, ожидаемые результаты	7
1.7.	Ситуация по ВИЧ – инфекции и наркопотреблению	7
2. Стандарты		
2.1.	Пункт обмена шприцев и игл	9
2.2.	Опиоидная заместительная терапия	16
2.3.	Профилактика передозировок налоксоном	19
2.4.	Тестирование и консультирование на ВИЧ	21
2.5.	Социальное сопровождение	26
2.6.	Социальное бюро	29
2.7.	Социальное учреждение	34
2.7.1.	Дропин центр, Коммьюнити центр	35
2.7.2.	Социальное общежитие, Дом на полпути	40
2.7.3.	Реабилитационный центр	43
2.8.	Дружественный фармацевтический сервис	48
2.9.	Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов	52
2.10.	Антиретровирусная терапия	54
2.11.	Профилактика, диагностика и лечение туберкулёза	56
3. Супервизия		58
4. Требования к обучению персонала		58
5. Требования к мониторингу услуг		59
6. Гендерно ориентированные подходы к оказанию услуг в программах снижения вреда		60
1. Интеграция и совместное размещение служб по ВИЧ, туберкулезу и лечению наркозависимости		62
2. Библиография		65
Приложения		
Приложение 1. Учетно-отчетная документация пункта обмена шприцев		
Приложение 3. Учетно-отчетная документация социального бюро		
Приложение 4. Учетно-отчетная документация социального учреждения		
Приложение 5. Функциональные обязанности сотрудников программ снижения вреда		
Приложение 6. Схема алгоритма консультирования и тестирования		
Приложение 7. Чек лист для мониторинга программ снижения вреда и услуг в рамках программ		

Список сокращений

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВГ	Вирусные гепатиты (имеются в виду гепатиты с парентеральным путем передачи, вирусные гепатиты В, С, дельта)
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГОСТ	Государственный стандарт
ДГСЭН	Департамент государственного санитарно-эпидемиологического контроля
ДКТ	Дотестовое консультирование
ДПП	Дом на полпути
ДФС	Дружественный фармакологический сервис
ДЦ	Дропин центр
ИМН	Изделия медицинского назначения
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
КР	Кыргызская Республика
КЦ	Коммьюнити центр
ЛГБТ	Лесбиянки Геи Трансвеститы Транссексуалы
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
ЛПТ	Лицо, проходящее тестирование
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МиО	Мониторинг и оценка
МПОШ	Мобильный пункт обмена шприцев и игл
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НПО	Неправительственная организация
ОЗ	Организация здравоохранения
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивные вещества
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПМР	Передача инфекции от матери к ребенку
ПОШ	Пункт обмена шприцев и игл

ППМР	Профилактика передачи ВИЧ – инфекции от матери к ребенку
ПТТ	Противотуберкулезная терапия
РКИБ	Республиканская клиническая инфекционная больница
РЦ	Реабилитационный центр
РЦН	Республиканский центр наркологии
СБ	Социальное бюро
СВ	Снижение вреда
СО	Социальное общежитие
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СПОШ	Стационарный пункт обмена шприцев и игл
СР	Секс – работники
СР ПИН	Секс – работники потребители инъекционных наркотиков
СУ	Социальное учреждение
ТБ	Туберкулез
ТиК	Тестирование и консультирование на ВИЧ
ТКИМР	Тестирование и консультирование по инициативе медицинского работника
ЦСМ	Центр семейной медицины

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. Предисловие и выражение признательности

Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг для потребителей инъекционных наркотиков подготовлены национальными экспертами в области профилактики, лечения и сокращения вреда, связанного с употреблением инъекционных наркотиков при технической поддержке ОФ «СПИД Фонд Восток – Запад в Кыргызской Республике».

Обсуждение необходимости создания данного руководства по стандартам снижения вреда на протяжении длительного времени неоднократно высказывали представители ключевых заинтересованных организаций. Подготовка документа осуществлялась на основе национальных и международных документов.

В 2013-2014гг состоялось несколько встреч разработчиков с представителями международных, государственных и неправительственных организаций для обсуждения предварительной версии стандартов реализации программ снижения вреда и оказания услуг для потребителей инъекционных наркотиков и для получения комментариев и дополнений.

Авторы выражают признательность экспертам и специалистам, которые предоставили свои замечания и внесли вклад в процесс разработки рекомендаций: Лариса Башмакова (ЮНЭЙДС, Бишкек), Мирлан Мамыров (UNODC, Бишкек), Наталья Шумская (ОФ СПИД Фонд Восток Запад, Бишкек), Ирен Ермолаева (ОФ «Астерия», Бишкек), Андрей Паластров (ОФ Аман плюс, Бишкек), Мамасобир Бурханов (ОФ «Родители против наркотиков», Ош), Иса Нурмаматов (ОФ «Мусаада», Ош), Равшан Мажитов (ОФ «Плюс центр», Ош), Ибрагим Лебузов (ОФ Ранс плюс, Бишкек), Ольга Юн (ОФ «Альтернатива в наркологии»), Эльмира Нарматова (Ошский областной центр профилактики и борьбы со СПИДом, Ош), Ирина Пугачевой (ОФ «Альтернатива в наркологии», Бишкек), Светлана Ковалицкая (ОФ «Матрица 2005», Бишкек), Назгулюм Рафикджанова (Республиканский Центр Наркологии, Бишкек), Кан Светлана (Республиканский Центр Наркологии, Бишкек), Айбек Дуйшеналиев (Республиканский Центр Наркологии, Бишкек), Данил Никитин (Центр изучения глобального здоровья в КР, Бишкек), Батма Эстебесова (ОО «Социум», Бишкек), Айнура Есенаманова (CDC/РЦН, Бишкек), Садиева Айгуль (Ошский межобластной центр наркологии).

1.2. Состав рабочей группы, рецензенты и консультанты

Для разработки Стандартов реализации программ снижения вреда и оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков была создана рабочая группа.

Ответственные разработчики:

Калиева Эльмира	Заведующая отделением №4, Республиканский центр наркологии, г. Бишкек
Бабичева Инга	Эксперт, г. Бишкек

Эксперты:

Борисова Татьяна	Заместитель директора Республиканского центра наркологии, Главный внештатный нарколог МЗ КР, г. Бишкек
Султангазиев Айбар	Эксперт в области программ снижения вреда, Ассоциация программ снижения вреда, Председатель, г. Бишкек

Консультанты:

Очерет Дарья	Евразийская сеть снижения вреда, Заместитель директора по политике и адвокации
Никитина Татьяна	ННО РИОЦ «Интилиш», Директор, Узбекистан
Бакирова Жылдыз	Заведующая организационно-методическим отделом Республиканского центра наркологии
Эстебесова Батма	Общественное объединение «Социум», руководитель

Методологическая экспертная поддержка:

Барыктабасова Б.К.	к.м.н., консультант по вопросам доказательной медицины Минздрава КР, методолог по разработке КР/КП, эксперт по оценке качества КР/КП,
--------------------	---

1.3. Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по созданию данного документа, члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для диагностики, лечения и профилактики ВИЧ, ИППП, туберкулеза, наркотической зависимости и вирусных гепатитов В и С. В процессе апробации и рецензирования документа были получены комментарии и рекомендации, которые были учтены при его доработке. После апробации, получения комментариев и рецензий документ был утвержден Экспертным советом оценки качества КР/КП Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

1.4. Метод формулирования рекомендаций

Настоящие Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг для потребителей инъекционных наркотиков разработаны в соответствии с рекомендациями международной эффективной практики и на основе многолетнего практического опыта Кыргызской Республики.

В данном Стандарте были использованы рекомендации из Международных документов и руководств ВОЗ, а также использованы и адаптированы рекомендации из существующих национальных руководств.

По каждому ключевому вопросу был проведен поиск литературы с целью выявления современных источников по данной теме. Поиск качественных клинических руководств осуществлялся в специализированных международных реестрах клинических руководств в рубрике «наркология».

1.5. Введение: цели и задачи, ожидаемые результаты

Посредством стандартизации условий реализации программ снижения вреда и оказания услуг, как в государственных медицинских организациях, так и в НПО и частных бизнес структурах, создать условия для обеспечения единого подхода в реализации программ снижения вреда и профилактики ВИЧ, постепенного продвижения к всеобщей доступности служб профилактики ВИЧ, лечения и ухода для потребителей инъекционных наркотиков. Для достижения поставленной цели документ содержит описание стандартов предоставления основных существующих услуг в рамках программ снижения вреда в КР, отражает особенности их предоставления в государственных ОЗ и НПО, учитывает страновые рекомендации по обеспечению доступа к комплексному пакету услуг для ПИН.

Внедрение Стандартов на уровне программ снижения вреда, звеньев здравоохранения, неправительственного сектора будет способствовать улучшению качества и эффективности предоставления услуг ПИН.

1.6. Ситуация по ВИЧ – инфекции и наркопотреблению

Согласно Всемирного доклада о наркотиках (Нью-Йорк/Вена 23 июня 2011 года) ([www.unodc.org / WDR](http://www.unodc.org/WDR)), по оценкам ЮНОДК, в 2009 году во всем мире хотя бы один раз запрещенные вещества употребляли от 149 до 272 млн. человек (3,3-6,1 процента населения в возрасте 15-64 лет). Ориентировочно половина из них - это действующие наркопотребители, т.е. те, кто потреблял запрещенные наркотики по меньшей мере один раз в течение месяца, предшествующего дате проведения оценки. Количество "проблемных наркопотребителей " составляет, по оценкам, от 15 до 39 млн. человек. Опиоиды употребляют в мире от 12 до 21 миллиона человек, причем почти три четверти из них употребляют героин. По оценочным данным UNODC (2006 г) в Центральной Азии имеется 280 тыс. потребителей наркотиков, из них 78,6% являются потребителями инъекционных наркотиков (ПИН). В Кыргызской Республике оценочно (UNODC 2006) количество проблемных потребителей наркотиков составило 26 тысяч человек, из них 25 000 – это инъекционные потребители наркотиков.

По официальным данным на наркологическом учете на начало 2014 года зарегистрировано 9024 человек с наркотической зависимостью, из них 65.9% составляют люди употребляющие наркотики парентерально.

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ, который составил 0,07% среди общего населения. Данные дозорного эпидемиологического надзора показывают, что эпидемия ВИЧ инфекции в Кыргызской Республике остается концентрированной в ключевых сообществах, пострадавших от эпидемии, особенно в среде ПИН. Однако в последние годы отмечается быстрый рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции и по оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС Кыргызстан входит в число 7 стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире.

Официальная статистика не отображает реальных масштабов эпидемии ВИЧ/СПИД в республике, поскольку она учитывает только тех людей, у которых была обнаружена ВИЧ инфекция в ходе тестирования на антитела к ВИЧ, неучтенной остается доля ВИЧ инфицированных людей, которые не проходили тестирование, и соответственно, не

осведомлены о своем ВИЧ позитивном статусе, в связи с чем, по оценкам экспертов, в КР проживают около 12 000 ЛЖВ.

По данным РЦ СПИД на 01.02.2014 г. в стране зарегистрировано 5 156 ВИЧ – инфицированных (кумулятивно), 615 случаев СПИДа, распределение по полу выглядит следующим образом – мужчины 3 417 человек (69,3%), женщины 1 515 человек (30,7%), умерло 908 человек, из них 296 – на стадии СПИД.

Распределение случаев заражения ВИЧ – инфекцией по путям передачи выглядит следующим образом.

Таблица 1. Пути передачи ВИЧ – инфекции на 01.02.2014 г.

Путь передачи	Всего	% соотношение
Парентеральный, в том числе ВБИ	3167	64,2
Половой	1609	32,6
Вертикальный	141	2,9
Неуточненный	15	0,3

В целях оценки распространённости ВИЧ в группе ПИН РЦ СПИД проводит ДЭН, результаты которого за предыдущие годы говорят об увеличении случаев инфицирования в этой группе: в 2007 году эта цифра составляла 7,7 %, в 2013 г. – 12,3 %.

Таблица 2. Результаты ДЭН среди ПИН, 2013 г

Регион	ВИЧ	ВГС	сифилис
Бишкек	10,90%	69,70%	10,95
Ош	16,80%	39,20%	8,80%
Чуй	11,50%	43,20%	7%
Жалал-Абад	17%	34%	7%
Баткен	6%	33,30%	-
Иссык-Куль	0	32%	8%
Нарын	8%	16%	2%
Талас	-	-	-
Всего:	12,30%	45,10%	8,30%

В 2012 г. на средства ГФСТМ ПРООН пилотировал в стране процедуру экспресс тестирования на ВИЧ в 12 НПО КР с целью улучшения и облегчения доступа к ТиК на ВИЧ и расширению охвата представителей ключевых групп населения данным сервисом. В целом, за период с ноября 2012 г. по январь 2014 г. было протестировано 5339 человек, выявлено 263 положительных в экспресс тесте.

Возрастная структура ЛЖВ говорит о наибольшей нагрузке в возрастной группе 20-39 лет – 67,9%, т.е. эпидемия развивается среди наиболее трудоспособного населения страны.

Географическое распространение ВИЧ – инфекции в КР представлен в Таблице 3.

Таблица 3. Распределение выявленных случаев ВИЧ – инфекции по регионам Кыргызской Республики.

Регион КР	Количество зарегистрированных	Количество умерших
Чуйская область	1476	307
Ошская область	989	171
Баткенская область	98	20
Джалал - Абадская область	543	111
Нарынская область область	61	6
Ысык - Кульская область	94	9
Таласская область	58	9
г. Ош	872	191
г. Бишкек	710	84

Таким образом, лидирующую позицию занимает Чуйская область, что объясняется несколькими причинами: густонаселенность, близость к столице, миграционные процессы через область в направлении г. Бишкек, сосредоточение исправительных учреждений. Также стоит отметить, что в таких регионах как Нарынская, Таласская, Баткенская области, в которых исторически отмечались лишь единичные случаи ВИЧ – инфекции, в настоящее время отмечается заметный рост новых случаев, который связан с внутривенным употреблением наркотиков.

2. СТАНДАРТЫ

2.1. Пункт обмена шприцев и игл

Общая часть

Определение: Пункт обмена шприцев и игл (ПОШ) - это структурный компонент программы снижения вреда (СВ) для осуществления профилактической работы среди инъекционных потребителей наркотиков.

Целевая группа: Потребители инъекционных наркотиков

Цель: Программа обмена игл и шприцев является одним из основных элементов комплекса мер по профилактике новых случаев ВИЧ – инфекции и снижению уровня ВИЧ-инфекции среди ПИН. Основная цель программы - профилактика и снижение уровня ВИЧ - инфекции среди ПИН.

Задачи:

- Предоставление ПИН информации по профилактике ВИЧ-инфекции, способах снижения риска для здоровья при употреблении наркотиков.
- Обмен\раздача использованных шприцев/игл на стерильные.
- Предоставление других средств защиты себя и партнеров, а также членов семей (дезинфицирующие средства, вода для инъекций, спиртовые салфетки, презервативы и другое) и изделий (тесты на беременность).
- Направление клиентов в медицинские и социальные службы.
- Консультации специалистов.
- Организация доступа к тестированию на ВИЧ и другие инфекции.
- Организация доступа и проведение до-тестового и после-тестового консультирования.
- Содействие в предоставлении доступа к лечению наркозависимости, в частности, опиоидной заместительной терапии.
- Поощрение случаев добровольного выбора других видов медицинского ухода, включая первичную помощь, а также доступ к лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, ТБ, ИППП.

ПОШ могут быть стационарными (СПОШ) и мобильными (МПОШ)

СПОШ могут быть организованы в структуре различных ведомств, организаций и учреждений любой формы собственности, где проводится профилактическая деятельность среди ПИН. СПОШ организуются в населенных пунктах, в которых проживает большое количество ПИН и создаются на базе оборудованных в соответствии с санитарно - гигиеническими нормами помещений.

МПОШ создается на базе оборудованного, в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами, транспортного средства (микроавтобуса), который передвигается по определенному маршруту и графику по точкам населенного пункта и предоставляет услуги по обмену шприцев и некоторые другие услуги. Целью МПОШ является профилактика ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью при инъекционном употреблении наркотиков, среди ПИН, которые сконцентрированы в районах, удаленных от мест расположения СПОШ. МПОШ организуются в случаях, когда существуют необходимость его организации:

- Большой город (население в 300000 чел и выше);

- Большая концентрация инъекционных потребителей наркотиков в определенных районах, удаленных от места расположения СПОШ (чаще в сельской местности);
- Большая концентрация ПИН в определенных местах (например, секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики);
- Наличие автотранспорта и возможность обеспечить его бесперебойную работу (ставка водителя, ремонт, обеспечение текущих расходов на автотранспорт, включая гараж).

Преимуществом МПОШ является возможность приблизить услуги к целевой группе, как правило, меньшее сопротивление со стороны местных жителей, ограничения заключаются в возможных сбоях в работе из-за поломок автотранспорта, больших затратах на реализацию программы.

Маршрут МПОШ и время стоянок разрабатываются на основе предварительно проведенной оценки ситуации по распространению инъекционного употребления наркотиков на территории. Условиями выбора маршрута являются большое число ПИН по ходу маршрута и в местах стоянок МПОШ, удаленность районов маршрута МПОШ от СПОШ, рядом со стоянками МПОШ отсутствуют детские учреждения и учебные заведения, отделы милиции.

МПОШ является структурным подразделением СПОШ.

Специальная часть

Общие требования к СПОШ

- Находятся по месту жительства или скопления наибольшего количества ПИН;
- Располагаются на базе оборудованных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами помещений;
- Имеют удобные подъездные пути для вывоза медицинских отходов и подвоза расходных материалов;
- Соблюдение санитарных правил и норм;
- Обеспечение анонимности клиентов, конфиденциальности предоставляемой клиентами информации;
- Взаимодействие с имеющимися медико - социальными подразделениями и другими ВИЧ - сервисными учреждениями, партнерскими организациями.

Минимальный перечень услуг, оказываемый на СПОШ и во время аутрич выходов

- Обеспечение ПИН средством профилактики передозировок – налоксон (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Обеспечение ПИН стерильными изделиями медицинского назначения (шприцами, иглами, салфетками, раствором для инъекций и др.) (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Перенаправление на тестирование\экспресс - тестирование на ВИЧ, ТБ (по показаниям), ИППП, ВГ (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Предоставление ИОМ (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Проведение мини – сессий, других образовательных мероприятий для клиентов (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Перенаправление ПИН в СУ, программу ОЗТ, программы детоксикации, реабилитации, сексуально-репродуктивного здоровья (на СПОШ, МПОШ и во время выхода);
- Оказание первой медицинской помощи (только на СПОШ, МПОШ)

- Предоставление всего спектра презервативов (мужских, женских, ароматизированных, особо прочных) ПИН и их половым партнерам (на СПОШ, МПОШ и во время выхода)

Возможно дополнительное предоставление следующих услуг: предоставление тестов на беременность женщинам ПИН, экспресс тестирование на ВИЧ по слюне (с проведением ТиК), личное сопровождение на получение услуг по перенаправлению, выдача АРВ и противотуберкулезных препаратов, забор мокроты на ТБ, забор крови на ВИЧ, ВГ, предоставление юридических консультаций.

Минимальные требования к штатному расписанию СПОШ на базе НПО

ПОШ на 100 000 населения/100-150 ПИН:

Координатор 1 единица

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН, один из них – с дополнительными функциями полевого координатора

Финансовый менеджер 0,5 единицы

Медицинская сестра 0,5 единицы

ПОШ на 150 000 населения/250-350 ПИН:

Координатор 1 единица

Полевой координатор 1 единица

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН

Финансовый менеджер 0,5 единицы

Медицинская сестра 0,5 единицы

ПОШ на 250 000 населения/500-1000 ПИН:

Координатор 1 единица

Помощник координатора 1 единица

Специалист по мониторингу и оценке 0,5 единицы

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН

Финансовый менеджер 1 единица

Медицинская сестра 1 единица

Минимальные требования к штатному расписанию СПОШ на базе государственных медицинских организаций:

ПОШ на 100 000 населения/100-150 ПИН:

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН, один из них – с дополнительными функциями полевого координатора

Медицинская сестра 0,5 единицы

ПОШ на 150 000 населения/250-350 ПИН:

Полевой координатор 1 единица

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН

Медицинская сестра 0,5 единицы

ПОШ на 250 000 населения/500-1000 ПИН:

Полевой координатор 2 единицы

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН

Медицинская сестра 1 единица

Единый административный штат программы ПОШ на базе государственных медицинских организаций:

Координатор 1 единица

Помощник координатора 1 единица

Специалист по мониторингу и оценке 1 единица

Финансовый менеджер 1 единица

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

Оказание услуг ПИН аутрич работниками должно носить регулярный характер. Однако, понимая, что особенности группы ПИН не могут позволить сотрудникам 100% регулярный охват, минимальный процент регулярных клиентов у аутрич работника должен составлять 60%. Под понятием *регулярный* клиент подразумевается охват услугами ПОШ не реже 1 раза в неделю.

Минимальные требования к помещениям и оборудованию СПОШ:

- Наличие 2 отапливаемых комнат: 1 комната - для приема клиентов, проведения образовательных мероприятий и пр., 1 комната – для обмена шприцев;
- Наличие складского помещения для хранения чистых шприцев/игл и других средств;
- Доступ к санузелу;
- 2 стола и 10-12 стульев для персонала и клиентов;
- 1 шкаф для хранения документации;
- Боксы или не прокалываемые емкости для сбора использованных шприцев в соответствующем среднем объему возврата использованных шприцев количестве;
- 2 пинцета;
- Резиновые перчатки в количестве, необходимом для работы сотрудников;
- Аптечка неотложной помощи;

Общие требования к МПОШ

- Располагаются на базе оборудованных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и целями программы автомобилей;
- Обеспечение анонимности клиентов, конфиденциальности предоставляемой клиентами информации;
- Взаимодействие с имеющимися медико - социальными подразделениями и другими ВИЧ - сервисными учреждениями, партнерскими организациями;
- Обеспечение стабильно действующих маршрутов, фиксированного места и времени стоянок;
- Информирование ПИН, посещающих данный район, о месте и времени работы перед началом развертывания мероприятий;
- Для обеспечения устойчивости сервиса и безопасности клиентов и сотрудников необходимо согласование маршрута МПОШ с местными, правоохранительными органами
- Наличие безопасного с точки зрения сохранности изделий медицинского назначения и самого транспортного средства места парковки\стоянки

Минимальный перечень услуг, оказываемый на МПОШ:

- Обеспечение ПИН средством профилактики передозировок – налоксон;

- Обеспечение ПИН стерильными изделиями медицинского назначения (шприцами, иглами, салфетками, раствором для инъекций и др.);
- Перенаправление ПИН на тестирование на ВИЧ, ТБ (по показаниям), ИППП, ВГ;
- Предоставление ИОМ;
- Проведение мини – сессий для клиентов в ходе аутрич выходов и на ПОШ;
- Перенаправление ПИН в СУ, программу ОЗТ, программы детоксикации, реабилитации, сексуально-репродуктивного здоровья;
- Оказание первой медицинской помощи
- Предоставление всего спектра презервативов (мужских, женских, ароматизированных, особо прочных) ПИН и их половым партнерам

Возможно дополнительное предоставление следующих услуг: предоставление тестов на беременность женщинам ПИН, экспресс тестирование на ВИЧ по слюне (с проведением ТиК), личное сопровождение на получение услуг по перенаправлению, выдача АРВ и противотуберкулезных препаратов, забор мокроты на ТБ, забор крови на ВИЧ, ВГ, предоставление юридических консультаций.

Минимальные требования к рабочим зонам и оборудованию МПОШ:

- Наличие зоны для обмена шприцев;
- Наличие зоны для хранения материалов;
- Наличие зоны для проведения консультаций;
- Наличие контейнеров (встроенные шкафы, тумбочки) для хранения материалов;
- Наличие аптечки неотложной помощи;
- 1- 2 стула, 1 стол;
- 1 шкаф\тумба для документации;
- Боксы или не прокалываемые емкости для сбора использованных шприцев в соответствующем количестве;
- 2 пинцета;
- Резиновые перчатки в количестве, необходимом для работы сотрудников

Минимальные требования к штатному расписанию МПОШ

МПОШ является структурным подразделением СПОШ, поэтому его сотрудники входят в состав штатного расписания СПОШ в соответствии с охватом данного ПОШ.

Сбор, хранение и утилизация шприцев/игл производится в соответствии с действующими приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Постановлениями Правительства Кыргызской Республики.

Требования к качеству и ассортименту предоставляемых шприцев/игл, дезинфицирующих средств, презервативов и других изделий.

Иглы и шприцы, предоставляемые для ПИН, должны соответствовать требованиям отечественного ГОСТ, а также потребностям клиентов ПОШ.

Преимущество при закупке, дистрибьюции должно отдаваться шприцам с малым мертвым объемом (ММО), т.к. использование таких шприцев приводит к уменьшению риска передачи ВИЧ и ВГ. Шприцы ММО имеют несъемную иглу, присоединенную непосредственно к цилиндру, и разработаны с целью уменьшения количества крови, которая остается в шприце после полного сжатия поршня.

В целях исключения попадания предоставляемых шприцев/игл в розничную торговлю дополнительным необходимым условием является возможность нанесения маркировки на упаковку шприцев и игл, а также отличительных знаков на сам шприц или поршень.

Качество презервативов и основные требования к ним определяются международными стандартами, применяемыми к этим изделиям.

Обеспечение презервативами предусматривает также учет мнения ПИН относительно качества презервативов (проведение фокус групп, опрос действующих ПИН). Ассортимент предоставляемых презервативов должен включать мужские, женские, ароматизированные, особо прочные.

Требования к количеству раздаваемых шприцев/игл, дезинфицирующих средств и презервативов в расчете на одного ПИН.

Наиболее полным удовлетворением потребностей клиентов ПОШ и достижение целей профилактики ВИЧ и других инфекций, передаваемых через кровь и половым путем, следует считать применение следующих нормативов предоставления материалов на одного ПИН:

- количество шприцев в день – не менее 2 шт., количество шприцев в год - не менее 730 шт;
- количество спиртовых салфеток в день – не менее 2 шт., количество спиртовых салфеток в год – не менее 730 шт.;
- количество презервативов в месяц – по потребностям клиентов, но не более 12 шт., количество презервативов в год - не более 144 шт.

Требования к порядку проведения обмена шприцев/игл, предоставления презервативов и дезинфицирующих средств, хранения, сбора, утилизации использованных материалов

- Обмен шприцев/игл, предоставление средств защиты, средства профилактики передозировок налоксона, производится в соответствии с утвержденным руководителем графиком работы персонала ПОШ.
- Обмен шприцев и игл на ПОШ подразделяется на *первичный*, осуществляющийся непосредственно на МПОШ или СПОШ, и *вторичный*, осуществляющийся через аутрич работников. Минимальный объем первичного обмена на СПОШ без МПОШ в составе должен составлять не менее 20%, на СПОШ, в состав которого входит МПОШ, не менее 50%.
- Клиенты ПОШ подразделяются на *первичных*, получающих изделия медицинского назначения непосредственно от аутрич работников или на СПОШ, МПОШ, и *вторичных*, получающих изделия медицинского назначения через волонтеров. Участие волонтеров в программе необходимо для расширения охвата ПИН, однако, в течение 1-2 месяцев с момента приема в программу, как минимум 50% вторичных клиентов, должны переводиться в категорию первичных. Данное требование обусловлено необходимостью контроля расходования изделий медицинского назначения и оказания клиенту наибольшего количества услуг по профилактике ВИЧ, ИППП, ТБ и др., которые не могут быть предоставлены волонтерами.
- Время работы ПОШ определяется спецификой работы пункта (СПОШ или МПОШ) и должно быть удобным для ПИН, график работы ПОШ должен быть известен ПИН, находится на видном месте в организации или на МПОШ. ПОШ работает ежедневно, кроме выходных и праздничных дней.

- Регистрация и учет всех клиентов с соблюдением анонимности на основе универсального идентификационного кода (УИК) являются обязательными для ПОШ.
- Склад для хранения чистых шприцев и игл должен соответствовать необходимым санитарно-гигиеническим нормам, утвержденным ДГСЭН Минздрава КР, обеспечивать надлежащее хранение чистого инструментария и не должен превышать двухмесячной нормы выдачи шприцев/игл для г. Бишкек и трехмесячного запаса для ПОШ в регионах КР, презервативов, налоксона для клиентов ПОШ.
- Сбор, хранение и утилизация использованных шприцев/игл производятся в соответствии с Правилами сбора, хранения и утилизации отходов в ЛПО.
- Минимальный процент возврата использованных шприцев и игл должен составлять не менее 50%.

Менеджмент в ПОШ должен быть сфокусирован на:

- Укомплектованности штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- Обеспечении мониторинга качества услуг и наличия системы управления качеством;
- Контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечении максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- Обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц;
- Создании правовых и организационных основ для оказания услуг;
- Полной анонимности ПИН, пользующихся услугами ПОШ;
- Обеспечении необходимого количества и непрерывности обеспечения раздаваемых стерильных материалов, средств защиты, налоксона;
- Строгий учет движения расходных материалов;
- Противопожарную безопасность и безопасность при аварийных ситуациях посетителей и персонала ПОШ.
- Своевременное ведение электронных баз данных как инструмента мониторинга программы

Общее управление услугами по обмену шприцев осуществляет координатор или руководитель учреждения.

Требования к обеспечению безопасности сотрудников и волонтеров:

Во избежание угрозы здоровью и личной безопасности, работники ПОШ обязаны:

- иметь при себе удостоверение сотрудника ПОШ во время аутрич выходов;
- иметь хорошие навыки безопасного обращения и утилизации игл и шприцев;
- знать правила безопасности при работе с ПИН.

Учетно-отчетная документация ПОШ на базе государственных медицинских организаций (Приложение 1)

Для обеспечения непрерывного мониторинга услуг, расхода изделий медицинского назначения на ПОШ ведется следующая документация:

- Акт приема-передачи материалов на ПОШ по форме поставляющей организации;
- Журнал предметно – количественного учета изделий медицинского назначения;
- Журнал учета возврата шприцев/игл;
- Журнал перенаправления клиентов;
- Журнал учета клиентов по единой кодировке;
- Отчеты о движении изделий медицинского назначения;
- Дневник аутрич – работника по учету клиентов;
- Дневник по деятельности аутрич – работника;
- Акт утилизации использованных шприцев/игл по форме исполняющей организации;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

Учетно-отчетная документация ПОШ на базе НПО (Приложение 1)

Для обеспечения непрерывного мониторинга услуг, расхода изделий медицинского назначения на ПОШ ведется следующая документация:

- Акт приема-передачи материалов на ПОШ по форме поставляющей организации;
- Индивидуальная регистрационная форма;
- Журнал учета движения изделий медицинского назначения;
- Журнал учета выдачи изделий медицинского назначения;
- Журнал учета возврата шприц и игл;
- Материальный отчет по изделиям медицинского назначения;
- Акт утилизации использованных шприцев/игл по форме исполняющей организации;
- Отчет аутрич работника;
- Журнал перенаправлений;
- Дневник аутрич-работника;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

- Ответственным лицом за ведение журналов движения изделий медицинского назначения, выдачи изделий медицинского назначения, возврата изделий медицинского назначения является материально-ответственное лицо ПОШ (как правило, медицинская сестра). При заполнении данных журналов не допускаются исправления, пометки и использование замазки. Журналы должны быть прошнурованы, пронумерованы и скреплены печатью.

- Журнал перенаправлений в зависимости от штатного расписания заполняется полевым координатором (ассистентом координатора, медицинской сестрой).

- Материальные отчеты составляются материально-ответственным лицом ежемесячно, для ПОШ в НПО - в одном экземпляре и подшивается в папку, для ПОШ в государственных медицинских организациях - 2-х экземплярах: 1-й предоставляются координатору, 2-й – остается в ПОШ и подшивается в отдельную папку.

- Индивидуальная регистрационная форма заполняется аутрич работником и хранится в ПОШ.

- Отчет аутрич – работника составляется ежемесячно и предоставляется ответственному сотруднику в зависимости от штатного расписания.
- Материальный отчет о движении изделий медицинского назначения составляется ежемесячно и предоставляется специалисту по МиО в ПОШ в государственных медицинских организациях, координатору в ПОШ в НПО.

2.2. Опиодная заместительная терапии

Общая часть

Определение: Опиодной заместительной терапией (ОЗТ) называется метод длительной медицинской помощи с использованием фармакологических средств, относимых к полным или частичным агонистам наркотических веществ, в сочетании с оказанием социально - психологической помощи/поддержки лицам с наркотической зависимостью

Целевая группа: Потребители опиоидных инъекционных и не инъекционных наркотиков

Цель: Целью ОЗТ является улучшение качества здоровья и жизни пациентов за счет устранения и предупреждения развития синдрома отмены, подавления влечения к приему других наркотических веществ и изменения их поведения.

Задачи:

- Устранение или смягчение синдрома отмены опиатов;
- Подавление влечения к приему других наркотических веществ;
- Снижение вероятности рискованного поведения в отношении заражения Инфекциями, передающимися через кровь;
- Снижение вероятности совершения правонарушений и преступлений, связанных с наркотиками;
- Улучшение социальной адаптации пациентов;
- Сокращение вреда, связанного с наркотиками;
- Снижение вероятности начала употребления инъекционных наркотиков у потребителей не инъекционных наркотиков

Специальная часть

Требования к ОЗТ (см. Клиническое руководство и протокол по заместительной поддерживающей терапии метадонем при синдроме зависимости от опиодов, принятые Экспертным советом по оценке качества протоколов и утвержденные приказом МЗ КР №497 от 11.10.2010 г.)

Требования к психосоциальной помощи/поддержке, которая является обязательным компонентом ОЗТ и нацелена на изменение поведения и улучшение качества жизни клиентов, подробно изложены в разделе Социальное сопровождение.

Минимальные требования к помещению

Для реализации программ ОЗТ необходимо наличие специально оборудованных помещений, предназначенных для хранения и выдачи заместительного препарата,

врачебного приема, реализации программ психологической помощи/поддержки, контролируемой сдачи мочи на тестирование.

Помещения для хранения заместительных препаратов должны:

- Соответствовать требованиям, установленным для хранения наркотических и психотропных препаратов;
- Иметь отгороженный отсек для персонала;
- Быть оснащены мягким и твердым инвентарем в необходимом для работы количестве (см. ниже).

Минимальный перечень услуг, оказываемый на пункте ОЗТ

- Выдача заместительного препарата в дозировке, назначенной врачом, в установленные графиком работы время;
- Доставка заместительного препарата в стационар, в случае нахождения там клиента;
- Консультация врача;
- Перенаправление на тестирование на ВИЧ, ТБ (по показаниям), ИППП, ВГ;
- Предоставление ИОМ;
- Проведение мини – сессий, групп взаимопомощи;
- Информирование и перенаправление по потребности в СУ, программы детоксикации, реабилитации, сексуально-репродуктивного здоровья;
- Предоставление всего спектра презервативов (мужских, женских, ароматизированных, особо прочных) участникам программы и их половым партнерам;
- Содействие в получении социальной помощи.

Возможно дополнительное предоставление следующих услуг: предоставление тестов на беременность женщинам ПИН, экспресс тестирование на ВИЧ по слюне (с проведением ТиК), личное сопровождение на получение услуг по перенаправлению, выдача АРВ и противотуберкулезных препаратов, забор мокроты на ТБ, забор крови на ВИЧ, ВГ, предоставление юридических консультаций.

Требования к оборудованию и расходным материалам предусматривают наличие:

- Аппаратов для выдачи заместительного препарата (дозаторов), соответствующих установленным в Кыргызской Республике требованиям, и зарегистрированным в соответствующем порядке;
- 1 телефонного аппарата, расположенного в медсестринском отсеке;
- Одноразовых емкостей (стаканчиков) для ежедневного приема пациентами заместительного препарата в количестве соответствующем количеству клиентов X 1,5;
- Емкостей (контейнеров) для выдачи заместительного препарата на вынос в количестве, соответствующем запланированному количеству клиентов, которым выдается заместительный препарат на вынос;
- Емкостей (урн) для сбора использованных одноразовых стаканчиков и иного использованного материала такого объема, который вмещает как минимум количество использованных емкостей (стаканов) за 1 день;

- Иммунохроматографических тестов (стрип-тестов) для тестирования мочи на содержание наркотических и психотропных веществ в количестве, планируемом для проведения тестов, как минимум, в течение 1 месяца;
- Ампул налоксона в аптечке первой медицинской помощи.

Минимальные требования к штатному расписанию пункта ОЗТ:

- Координатор\консультант
- Врач 1 единица до 50 клиентов;
- Медицинская сестра 2 единицы на 50 клиентов;
- Психолог/психотерапевт 1 единица на 50 клиентов;
- Социальный работник 1 единица на 50 клиентов;
- Технический персонал 0,25 единицы на пункт.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. *Приложение 5*.

При количестве клиентов в пункте, превышающих или меньшем, чем 50 клиентов, расчет штатного расписания производится исходя из вышеприведенного норматива.

Менеджмент в ОЗТ должен быть сфокусирован на:

- Комплектацию штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями, включая обязательное инструктирование персонала о правилах безопасности при обращении с наркотическими и психотропными заместительными препаратами;
- Обеспечение мониторинга качества услуг;
- Контроль своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечение максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- Обеспечение конфиденциальности информации о клиентах программы и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц;
- Создание правовых и организационных основ для оказания услуг;
- Обеспечение необходимого количества и непрерывности обеспечения заместительного препарата;
- Строгий учет движения заместительного препарата;
- Безопасность клиентов, посетителей, персонала;
- Безопасность хранения и доставки заместительного препарата к пункту его выдачи;
- Своевременное ведение электронных баз данных как инструмента мониторинга программы

Общее управление услугами ОЗТ осуществляет координатор или руководитель учреждения.

Учетно-отчетная документация пункта ОЗТ (Приложение 8)

- Медицинская карта на пациента программы опиоидной заместительной терапии;
- Журнал учета движения пациентов опиоидной заместительной терапии;
- Журнал учета движения заместительного препарата;
- Журнал учета выдачи пациентам заместительного препарата;

- Журнал регистрации анализов мочи пациентов на наличие нелегальных ПАВ;
- Лист назначения;
- Отчет о движении изделий медицинского назначения;
- Журнал консультаций психолога/психотерапевта;
- Социальная карта пациента;
- Журнал перенаправления пациентов;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

2.3. Профилактика передозировок с налоксоном

Общая часть

Определение: профилактика передозировок от опиоидов представляет собой механизм предоставления препарата налоксон активным потребителям опиоидов в целях профилактики передозировок.

Цель: осуществление постоянных профилактических мероприятий среди медицинских и аутрич-работников для снижения смертности от передозировок опиоидами.

Задачи:

- обеспечение доступности налоксона для активных ПИН путем выдачи им препарата налоксон на руки;
- предоставление информации активным ПИН по определению признаков передозировок и способам оказания первой доврачебной и неотложной медицинской помощи.

Целевые группы: медицинские работники, вовлеченные в реализацию мероприятий по снижению вреда, аутрич-работники ПОШ, ПИН, пользующиеся услугами наркологической службы.

Специальная часть

Реализация услуги проводится на всех уровнях оказания помощи ПИН, и заключается в выдаче для профилактики передозировок опиоидами препарата налоксон.

Налоксон (NALOXON / NALOXONE / NALOXONUM. N-Аллил-14-оксинордигидроморфинон, или 17-аллил-4, эпокси 3,14-дигидроксиморфинан-6-он) - это синтетический аналог оксиморфона и является блокатором опиатных дельта и мю-рецепторов, связывает агонисты (опиоиды) или вытесняет их из опиатных рецепторов.

Требования к налоксону и способах применения (см. Клинический протокол Оказание помощи при передозировки опиоидами принятые Экспертным советом по оценке качества протоколов и утвержденные приказом МЗ КР №703 от 25.12.2012г.)

Требования к оборудованию: 1 шкаф с замком или 1 сейф.

Алгоритм выдачи препарата налоксон в учреждениях наркологической службы:

Налоксон входит в перечень жизненно важных лекарственных средств Кыргызской Республики и включен в список «Б» как специфический антагонист опиоидов, в этой связи выписывается на специальном рецептурном бланке (оригинал выдается на руки клиенту, желтый отрывной лист-копия остается у врача).

1. Препарат налоксон хранится в сейфе или в шкафу под замком;
2. Препарат налоксон выдается уполномоченному сотруднику только при наличии документов удостоверяющих личность (паспорт, справка с места жительства, водительские права, свидетельство о рождении и т.д.), если налоксон выдается клиенту, получающему стационарную или амбулаторную наркологическую помощь, в истории болезни или амбулаторной карте фиксируется запись о получении препарата.
3. Препарат налоксон выдается на руки клиенту в количестве не более 2 ампул на руки единовременно. В особых случаях (потеря или использование ампулы другим лицом и т. д.) налоксон выдается дополнительно по требованию. Налоксон может выдаваться на руки родственникам клиента при предоставлении документов, удостоверяющих их личность в том же количестве.
4. На каждого клиента, получившего препарат налоксон, заводится контрольная карта наблюдения больного, в случае если клиент уже состоит на наркологическом учете, то в амбулаторной карте ставится отметка о выдаче препарата налоксон.

Алгоритм выдачи препарата налоксон в ПОШ на базе государственных медицинских организаций, ПОШ на базе НПО, в НПО, оказывающих услуги ПИН:

1. Налоксон в НПО выдается в Республиканском центре наркологии или его структурных подразделениях по акту приема – передачи в соответствии с п. 2 Алгоритма выдачи препарата налоксон в учреждениях наркологической службы.
2. Препарат налоксон хранится в сейфе или в шкафу под замком;
3. Препарат налоксон выдается на руки клиенту уполномоченным сотрудником (медицинской сестрой, аутрич работником) в количестве не более 2 ампул на руки единовременно. В особых случаях (потеря или использование ампулы другим лицом и т. д.) налоксон выдается дополнительно по требованию. Налоксон может выдаваться на руки родственникам клиента при предоставлении документов, удостоверяющих их личность в том же количестве.
4. Факт выдачи налоксона фиксируется в учетно-отчетной документации, заведенной на клиента, дневниках аутрич работников, журналах социальных работников в зависимости от сайта предоставления данной услуги (СУ, ПОШ).
5. Учет движения препарата налоксон в учетно - отчетной документации НПО производится аналогично с другими изделиями медицинского назначения.

Требования к управлению

Управление предоставления препарата налоксон должно обеспечивать:

- Правовые и организационные вопросы предоставления препарата;
- Подготовку персонала по правилам предоставления препарата;
- Необходимое количество препарата с учетом статистических данных;
- Строгий учет движения препарата;
- Непрерывность предоставления препарата;
- Контроль ведения документации;

- Конфиденциальность информации о клиентах и хранение документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц;
- Обучение ПИН и их родственников правилам обращения с препаратом налоксон при передозировке;
- Своевременное ведение электронных баз данных как инструмента мониторинга программы

Общее управление мероприятиями по профилактике смертности от передозировок опиоидами с применением налоксона осуществляет директор Республиканского центра наркологии или иное уполномоченное лицо, которое утверждает основные правила выдачи препарата.

Учетно-отчетная документация по выдаче препарата налоксон в учреждениях наркологической службы (кроме ПОШ на базе государственных медицинских организаций):

1. Журнал регистрации движения (поступления и выдачи) препарата налоксон;
2. Медицинские карта пациента с регистрацией предоставления препарата налоксон;
3. Ежемесячный отчет о движении препарата налоксон с предоставлением в центр мониторинга спроса на наркотики при РЦН.
4. Акт приема передачи препарата налоксон в НПО

Учетно-отчетная документация по выдаче препарата налоксон в НПО

(Приложения 1,3,4; Акт приема передачи препарата налоксон из РЦН)

1. Дневники аутич работников, журналы социальных работников СУ
2. Журнал учета движения изделий медицинского назначения

2.4. Тестирование и консультирование на ВИЧ

Общая часть

- 1) **Определение:** тестирование и консультирование на ВИЧ (ТиК) - это конфиденциальный диалог между консультантом и клиентом, нацеленный на принятие клиентом информированного решения относительно тестирования на ВИЧ-инфекцию
Цель: профилактика ВИЧ - инфекции через расширение доступа к услугам консультирования и тестирования для представителей уязвимых групп путем получения добровольного, конфиденциального и информированного согласия на тестирование и получение медицинской, психологической, социальной помощи.

Задачи:

- увеличение количества лиц с рискованным поведением, желающих пройти тестирование;
- оказание до- и послетестовой психологической поддержки;
- улучшение качества здоровья и жизни за счет предоставления квалифицированных рекомендаций;
- создание мотивации к изменению стиля поведения в сторону безопасного

- поведения (инъекционного, сексуального);
- психологическая подготовка к восприятию сероположительного результата;
- помощь ВИЧ-позитивным лицам и их родственникам в случае возможной депрессивной эмоциональной реакции при получении положительного результата тестирования;
- обсуждение дальнейшего поведения консультируемого с учетом его жизненных обстоятельств;
- специальное консультирование с учетом нужд определенной группы клиентов;
- обеспечение максимально раннего доступа к медицинскому обслуживанию и профилактической терапии;
- создание возможности для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Специальная часть

Требования к процессу и содержанию ТиК

- 2) ТиК может проводиться индивидуально и по инициативе медработников для пациентов с симптомами ВИЧ-инфекции и лиц с подозрением на первичную ВИЧ-инфекцию (ТКИМР). При ТКИМР каждому участнику должна предоставляться возможность индивидуальной беседы с консультантом. (См. Клинический протокол по ВИЧ/СПИД, утвержденные приказом МЗКР № 388 от 10 июля 2012г «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции для 1-3 уровней организации здравоохранения» Приложение 2);

В качестве стандарта тестирования на ВИЧ приняты пять принципов (так называемых «пять К»):

- **К**онсультирование и информирование о ВИЧ-инфекции перед прохождением теста и после него;
- **К**онкретно выраженное, информированное и добровольное согласие на тестирование со стороны пациента;
- **К**онфиденциальность результатов теста и самого факта обращения за тестированием;
- **К**орректные результаты тестов, полученные в ходе предоставления качественных услуг по тестированию, включая механизмы внутреннего и внешнего обеспечения качества;
- **К**оммуникации, долгосрочное взаимодействие и система эффективного перенаправления между службами по профилактике, помощи и лечению, в результате проведенного тестирования и консультирования.

Процесс ТиК состоит из предтестового, послетестового и последующего консультирования и включает оценку личного риска передачи ВИЧ и помощь в переходе к менее рискованному поведению.

- ***Предтестовое консультирование***

Консультация должна быть предложена и/или проведена до проведения тестирования на ВИЧ. Лица, которым предлагается пройти тестирование, имеют право отказаться от

него на любом этапе. Предтестовое консультирование можно условно разделить на 3 этапа:

- а) этап получения и оценки информации;
- б) этап предоставления информации;
- в) этап обсуждения.

- **Послетестовое консультирование**

Послетестовая консультация должна предлагаться во всех случаях. Факт прохождения и результаты конфиденциального медицинского освидетельствования на ВИЧ не разглашаются и не передаются третьей стороне без предварительного письменного согласия обследуемого лица. Конфиденциальность регулируется законодательством Кыргызской Республики: Законом «О ВИЧ/СПИДе в КР» № 149 от 13 августа 2005 г. Статья 7, Уголовным кодексом КР Статья №145 (Разглашение врачебной тайны). Желательно проведение пред- и послетестового консультирования на ВИЧ одним и тем же специалистом. Главной целью этого этапа консультирования является оказание помощи клиентам в понимании результатов теста и первых шагах в их адаптации к сероположительному или серонегативному статусу.

При проведении ТиК для инъекционных наркопотребителей консультант должен:

- строить консультирование с учетом «закрытости» данной группы и затрудненности доступа к ним, в частности, эффективной формой ТиК может оказаться консультирование в «полевых» условиях, осуществляемое консультантами из числа бывших наркозависимых;
- обсудить вопросы рискованных форм инъекционного поведения и мотивировать клиента в сторону более безопасного использования инструментария для инъекций, пользования индивидуальными инструментами или стерилизации игл/шприцев;
- с ПИН следует также обсудить вопросы рискованного сексуального поведения и мотивировать на практику защищенного секса.

- **Тестирование на ВИЧ**

Диагноз ВИЧ ставится при обнаружении антител к ВИЧ в биологических средах организма (кровь, слюна, моча). Для тестирования на ВИЧ должны использоваться методы тестирования, разрешенные к практике соответствующим органом. Отказ от претестового консультирования не должен являться препятствием к добровольному тестированию на ВИЧ. Тем не менее, получение информированного согласия, как упоминалось выше, является требованием для прохождения теста на ВИЧ.

Алгоритм проведения ТиК (Приложение 2).

Минимальные требования к помещению

ТиК должно проводиться в Центрах профилактики и борьбы со СПИДом, ЦСМ, Центрах борьбы с туберкулезом, организациях здравоохранения стационарного типа, других службах, в особенности, связанных с консультированием женщин, ведением беременности, родов, планированием семьи, частных лабораториях, частных медицинских центрах, сайтах реализации программ снижения вреда (ПОШ, ОЗТ, СУ и пр.), т.е. там, где данная услуга предоставляется как *прямая*.

Для проведения ТиК наличие специально оборудованных помещений не требуется, однако, в то же время они должны:

- обеспечивать принцип конфиденциальности и уединенности во время проведения консультации;
- обеспечивать безопасность и дружелюбную обстановку;
- иметь удобное расположение в удобном для посещений месте;
- быть оборудованы 1 столом, 2 стульями – для консультанта и лица, проходящего тестирование;
- быть оборудованы соответствующим количеством стульев в случае проведения ТКИМР.

Минимальные требования к консультантам

Консультации могут проводиться специалистами различного профиля, включая работников здравоохранения, социального обеспечения, волонтеров, равных консультантов. Необходимым условием для допуска к проведению ТиК является необходимость прохождения соответствующей подготовки и наличие подтверждающего сертификата.

Требования к управлению ТиК - важный начальный пункт профилактики ВИЧ и связанной с ВИЧ медицинской помощи, в связи с чем он должен являться составной частью всестороннего медицинского обслуживания. ТиК должно быть:

- легкодоступным для желающих пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию;
- адаптировано к условиям, в которых оно проводится, с учетом потребностей и возможностей организации/учреждения, где оно проводится;
- адаптировано к потребностям клиентов и изменяться применительно к мужчинам и женщинам, различным уязвимым группам (МСМ, РС, ПИН, СР ПИН).

Службы ТиК должны предоставлять возможность для длительной консультационной поддержки независимо от того, являются ли клиенты сероположительными или серонегативными. Для обеспечения эффективности услуг по ДКТ необходимо предусмотреть возможность профилактики у консультантов «синдрома выгорания», оказания им постоянной поддержки, с тем, чтобы помочь справиться с эмоциональным напряжением и сохранять мотивацию к работе.

Требования к времени работы и расположению служб, предоставляющих ТиК
Службы ТиК должны отвечать потребностям сообщества в части времени и места предоставления ТиК.

2.5. Социальное сопровождение

Определение:

Социальное сопровождение — это «клиент - центрированная» комплексная профессиональная программа по профилактике ВИЧ – инфекции и других социально значимых заболеваний, направленная на адаптацию поведения клиентов к снижению риска передачи ВИЧ – инфекции, формирование мотивации клиентов к ответственному отношению к собственному здоровью и здоровью окружающих, повышающая возможности клиентов к самостоятельному конструктивному решению возникающих проблем и активному существованию в обществе.

Цели:

повышение качества жизни клиента и сохранение его здоровья через устранение факторов, препятствующих формированию и поддержанию приверженности лечебным, профилактическим и другим мероприятиям, а также контроль и снижение степени поведенческих рисков в отношении ВИЧ – инфекции и других социально значимых заболеваний у клиентов, испытывающих множественные проблемы и нуждающихся в комплексном подходе к их решению.

Задачи:

- Установление доверительного контакта с медицинскими и социальными службами в соответствии с потребностями клиента и обеспечение непрерывности ухода на всех этапах привлечения данных служб
- обеспечение доступности и необходимого спектра услуг в соответствии с запросом клиента
- мотивация и обучение клиента и членов его семьи самостоятельному решению актуальных проблем
- повышение привлекательности медицинских услуг посредством содействия в получении дополнительных медицинских и социальных услуг
- помощь в определении круга медицинских, психологических и социальных услуг, способных оказать влияние на состояние здоровья клиента путем проведения необходимой оценки и составления индивидуального плана
- уменьшение вероятности дублирования услуг и мониторинг качества их предоставления
- повышение информированности клиента о ВИЧ и других социально значимых заболеваний
- выработка и поддержка приверженности клиента к лечению ВИЧ, ИППП, ТБ и других социально значимых инфекций

Социальное сопровождение предоставляет клиенту интенсивную и пролонгированную помощь в виде консультаций, поддержки и посредничества в установлении контактов с сервисными службами, что дает возможность влиять на риск заражения ВИЧ – инфекцией и другими социально значимыми заболеваниями в связи с такими факторами, как наркопотребление, психическое здоровье, социальный и культурный контекст, занятие секс-работой, пребывание в настоящем или прошлом в местах лишения свободы.

Целевые группы: ПИН, секс-работники, осужденные, бывшие осужденные, ЛЖВ, беспризорные дети и т.д.

Социальное сопровождение отражает подход к предоставлению услуг, при котором соблюдается право клиента на частную жизнь и конфиденциальность, внимательное, непредвзятое отношение и уважение, самоопределение и самостоятельность в выборе, получение медицинских, социальных и других услуг высокого качества.

Данные принципы предполагают наличие минимум двух ключевых компонентов программы: специалиста по социальному сопровождению, работающего в специализированной организации - социальном бюро или другом пункте оказания услуг целевым группам, куда клиент приходит, чтобы заявить о своих трудностях и обратиться за помощью, и набора услуг, доступных клиенту в результате данного обращения. Программа социального сопровождения предполагает, что клиент остается в контакте со специалистом до тех пор, пока не будут определены пути решения проблем, с которыми человек обратился в социальное бюро\социальное учреждение, оказывающее услуги

социального сопровождения\ социальному работнику иной государственной или неправительственной организации.

Стадии процесса социального сопровождения схематично представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Модель Социального сопровождения

1. Привлечение и прием клиента в программу

На данном этапе перед сотрудниками стоят задачи определения принадлежности клиента к целевой группе, информирование о предоставляемых услугах, мотивирование клиента на участие в программе.

2. Оценка ситуации и потребностей клиента

В ходе проведения оценки специалист выявляет комплекс проблем, которые необходимо решить в процессе Социального сопровождения, и возможности их решения, определяет существующие риски для жизни и здоровья клиента. Затем специалист предлагает клиенту заключить контракт\договор на предоставление услуг, который, является средством формализации отношений между клиентом и консультантом, и совместно с ним разрабатывает программу Социального сопровождения.

3. Разработка индивидуального плана

Данный этап представляет собой разработку плана действий по предоставлению клиенту услуг, доступа к необходимым ресурсам и определение взаимных обязательств, которые берут на себя клиент и специалисты, предоставляющие ему услуги. Услуги по социальному сопровождению оказываются в конфиденциальном порядке.

4. Процесс сопровождения

Данный этап Социального сопровождения подразумевает реализацию составленного ранее плана, при необходимости его изменение, оказание, перенаправление, сопровождение на получение услуг, непосредственное оказание психологической поддержки, мотивация на прохождение тестирования на ВИЧ, при выявлении или наличии заболеваний, обеспечение начала лечения, особенно ИППП, ВИЧ, ТБ.

5. *Координация услуг и контроль качества*

Ключевым элементом Социального сопровождения является отлаженная система направления клиента в службы, специализирующиеся на решении индивидуальных проблем и потребностей.

6. *Выход из программы*

Социальное сопровождение ограничено во времени и не предназначено быть заменой комплексной социальной или психологической помощи. После того как клиент решит поставленные в индивидуальном плане задачи, совместно принимается решение о том, готов ли он завершить свое участие в программе. В момент выхода клиента из программы предусматривается доступность для него ресурсов и услуг Социального сопровождения в дальнейшем.

Организации, предоставляющие услуги Социального сопровождения

- Социальное бюро;
- Социальное учреждение;
- Центры профилактики и борьбы со СПИДом;
- Пункт ОЗТ;
- Другие медицинские и неправительственные организации и учреждения (Центр борьбы с туберкулезом, НПО, работающее с ЛЖВ, ПИНЛЖВ, секс-работниками, ЛГБТ – группой, ЦСМ, стационарные медицинские учреждения).

Во всех перечисленных сайтах услуги Социального сопровождения могут оказываться в полном или ограниченном объеме, зависящем от профиля, вида учреждения, однако цели, задачи, принципы Социального сопровождения должны соблюдаться и функциональные обязанности социальных работников и консультантов остаются неизменными вне зависимости от сайта\учреждения предоставления услуг.

2.6. Социальное бюро

Общая часть

Определение: Социальное бюро (СБ) – это специализированная социальная служба, которая занимается комплексным социальным сопровождением представителей целевых групп (клиентов) и оказывает им содействие в получении медицинской, социальной, психологической и юридической помощи. Социальное бюро функционирует на основе клиент-центрированного подхода и оказывает помощь в соответствии с запросами и потребностями клиентов.

Цель: защита прав и интересов представителей целевых групп населения, содействие их адаптации и социализации путем оказания помощи в доступности получения качественных медицинских, социальных, психологических и юридических услуг.

Задачи:

- Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни клиента: психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д. с целью определения нужд и потребностей при решении проблем, связанных или вызванных злоупотреблением инъекционных наркотиков, наличием ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний (ИППП, ВГ, ТБ)
- Убедиться, что клиенту доступны все виды услуг и что они соответствуют его потребностям, оказывать содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа от употребления наркотиков и/или других психоактивных веществ
- Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг, а именно, содействовать в получении медицинской помощи по поводу ВИЧ-инфекции, ИППП, других психических, соматических и хирургических заболеваний
- Обеспечить непрерывность ухода на всех этапах с привлечением различных организаций, в том числе содействовать в получении реабилитационной помощи в режиме, оптимальном для каждого конкретного клиента, оказывать психологическую поддержку и консультирование на всех этапах сопровождения клиента, оказывать содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении, оказании юридической помощи, включая оформление необходимых документов
- Уменьшить вероятность дублирования услуг и следить за качеством их предоставления.
- Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.
- Увеличить осведомленность клиента о воздействии ВИЧ-инфекции на его здоровье и о необходимости здорового образа жизни.
- Оказывать психологическую помощь и поддержку клиенту в кризисных ситуациях
- Оказывать клиенту помощь, позволяющую снизить риск распространения ВИЧ-инфекции.
- Содействовать в получении других социальных услуг – ночлег, питание, одежда
- При необходимости лично сопровождать для получения услуг
- Проведение групповых мини-сессий\тренингов\групп взаимопомощи

Целевые группы: секс-работники, ПИН люди, находящиеся в местах лишения свободы, бывшие осужденные, ЛЖВ

Услуги, предоставляемые в СБ, подразделяются на *прямые* (оказываемые в самом СБ, силами сотрудников или привлеченных консультантов) и *услуги по перенаправлению* (предоставляемые партнерскими организациями и провайдерами услуг). Социальное бюро выступает связующим звеном между клиентом и партнерской сетью. При этом роль СБ заключается в том, чтобы своевременно и в полном объеме подготовить клиента к получению необходимой ему помощи.

Специальная часть

Требования к услугам СБ

Все услуги СБ предоставляются в соответствии со следующими принципами

- Клиент ориентированный подход - основывается на принятии клиента без критики и осуждения, работа строится на основе потребностей и проблем клиента, вырабатывается индивидуальный, приемлемый алгоритм помощи
- Разделение ответственности - клиент способен вырабатывать решения и брать на себя ответственность за их последствия, специалист только предлагает варианты решения — последнее слово остается за клиентом
- Конфиденциальность - сведения о клиенте могут быть переданы третьим лицам только с согласия клиента (кроме случаев, предусмотренных законодательством, о чем клиент должен быть заранее проинформирован), принятое клиентом решение фиксируется в Соглашении о добровольном информировании\согласии. Все письменные и устные контакты с клиентами программы должны быть строго конфиденциальны, согласованы с процедурами организации и не противоречить законодательству страны. Все назначенные на должность работники СБ, имеющие доступ к информации о клиентах, должны быть проинструктированы по вопросам конфиденциальности, надлежащего обмена информацией и необходимого согласия клиента.
- Добровольность – обращение в СБ должно происходить самостоятельно, не под давлением (близких, родственников, правоохранительных органов), в противном случае клиент не будет готов к комплексному решению собственных проблем
- Комплексность – СБ должно аккумулировать максимально возможное количество услуг на своей базе. В случае отсутствия услуги должны быть созданы оптимальные условия для получения её в организациях партнерской сети.
- Компетентность - каждый сотрудник, осуществляющий оказание помощи, должен являться специалистом в своей области, информация, предоставляемая клиентам, должна быть достоверной, сотрудники программы должны четко осознавать границы своей компетентности.

Форма работы СБ – стационарное помещение. СБ не имеет право оказывать медицинские или иные услуги, требующие обязательного лицензирования или оказывают их при наличии лицензии (например, лицензия на проведение лечения ИПП, детоксикации).

Минимальные требования к помещению

Помещение, в котором находится СБ должно обеспечивать:

- конфиденциальность;
- иметь удобное и географически доступное месторасположение;
- соответствовать всем санитарно-эпидемиологическим и противопожарным требованиям, предъявляемым к подобным помещениям.

Желательным является помещение, состоящее, как минимум из 3 комнат – комната индивидуального консультирования, комната группового консультирования, комната персонала.

Минимальные требования к оборудованию и оснащению предусматривают наличие:

- 1 стола в комнате индивидуальных консультаций, 2 столов в комнате персонала;
- соответствующее количеству столов количество стульев в комнатах индивидуального консультирования и персонала и 8-10 стульев в комнате группового консультирования;

- полок/шкафов для хранения документации, 1 сейфа\закрывающегося на замок шкафа для хранения документов, содержащих информацию о клиентах;
- 1 телефонного аппарата в комнате персонала;
- 1 компьютера, 1 принтера в комнате персонала;
- 1 маркерной доски или флип чарта в комнате группового консультирования;
- 1 бактерицидной лампы
- набора посуды для кофе\чая, 1 чайника электрического в комнате группового консультирования

В комнате группового консультирования желательным является наличие набора посуды для кофе – паузы, стойки\журнального столика для информационно-образовательных материалов, вешалки, проектора, ДВД проигрывателя, телевизора. Общей рекомендацией в отношении безопасности имущества и документации является наличие сигнализации.

График работы должен быть удобен время оказания услуг клиентам на основании опыта организации и запроса клиентов. График работы должен быть вывешен перед входом в СБ.

Показания\противопоказания для оказания услуг

Услуги в СБ оказываются на добровольной основе, при условии соответствия клиента целевой группе СБ. Противопоказанием для оказания услуг СБ может являться только употребление ПАВ на территории СБ. Прием/исключение клиентов из СБ происходит в соответствии с правилами и процедурами, принятыми в организации и отраженными в Соглашении с клиентом.

Требования к специалистам/работникам, оказывающим услуги в СБ

Услуги СБ могут оказывать специалисты различного профиля (медицинские работники, психологи, социальные работники, терапевты по зависимости и другие), прошедшие подготовку по социальному сопровождению и вопросам, связанным с программами снижения вреда, профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ, зависимостей от психоактивных веществ и со-зависимости, психологической поддержки и консультирования, экстренной социальной помощи клиентам в кризисном состоянии, пропаганды здорового образа жизни, а также:

- знающие и соблюдающие действующие законы КР, иные нормативные правовые акты, касающиеся деятельности СБ, а также должностные инструкции, правила внутреннего трудового распорядка, приказы и распоряжения администрации СБ;
- прошедшие инструктаж с целью ознакомления с правилами внутреннего распорядка и организацией работы учреждения перед поступлением на работу;
- знающие и соблюдающие санитарно-гигиенические нормы и правила; знающие и соблюдающие правила эксплуатации оборудования, приборов и аппаратуры, с которыми он работает, а также правила техники безопасности, охраны труда, пожарной безопасности;
- обеспечивающие безопасность оказываемых социальных услуг для жизни и здоровья клиентов учреждения, сохранность их имущества.

Нормы нагрузки на сотрудников:

Социальный консультант: 8-ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 клиентов в день, ведение единовременно 25-30 клиентов, принятых в программу

Социальный работник: 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 клиентов в день, ведение одновременно 25-30 клиентов, принятых в программу.

Минимальные требования к штатному расписанию СБ:

- руководитель\менеджер – 1 единица
- социальный консультант - 1 единица
- социальный работник – 2 единицы
- финансовый менеджер – 1 единица

При возможности и необходимости штат СБ может быть расширен за счет привлечения психолога, консультанта по зависимости, юриста, медицинского консультанта.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

СБ работает на основании Положения, которое должно быть в организации и содержать информацию о целях и задачах, основных направлениях деятельности, видах, предоставляемых услуг, службах в составе СБ, штатном расписании, графике работы, функциональных обязанностях сотрудников, основных принципах работы, перечне отчетных документов.

Менеджмент в СБ должен быть сфокусирован на:

- Укомплектовании штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- Обеспечении мониторинга качества, комплексности, полноты услуг;
- Контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечении максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- Управлении и контроле над ходом реализации планов работы с клиентами;
- Обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц.

Учетно-отчетная документация СБ Приложение 3.

В СБ рекомендуется ведение следующих первичных учетных форм:

1. Соглашение о предоставлении услуг
2. Согласие на раскрытие информации
3. Индивидуальный сервисный план
4. Карта клиента
5. Журнал консультаций (психолога, медицинского специалиста, юриста, социального консультанта, социального работника).

Требования к оценке удовлетворённости клиента

Оценку удовлетворенности услугами в СБ необходимо проводить регулярно, не реже 1 раза в месяц. Ответственность за проведение данной оценки несет руководитель\менеджер СБ. Оценка проводится в форме очного или телефонного интервью с клиентом, в котором акцент делается на:

- удовлетворенности спектром услуг;
- удовлетворенности качеством услуг;
- удовлетворенности профессионализмом оказания прямой услуги;
- удовлетворенности качеством и дружелюбностью предоставления услуги в организации или партнерской сети.

Также оценка удовлетворенности оказанными услугами проводится в ходе проведения фокус групп, по результатам которых обязательно составляется протокол.

2.7. Социальное учреждение

Общая часть

Определение: Социальное учреждение - это комплекс сервисов, направленных на социальную адаптацию и реинтеграцию уязвимых групп.

Цель: противодействие распространению ВИЧ- инфекции через оказание услуг, направленных на повышение качества жизни клиентов и сокращение вреда, связанного с наркотиками, а также рискованным сексуальным поведением.

Задачи:

- формирование у клиентов приверженности к менее рискованному поведению в отношении секса и потребления наркотиков;
- обеспечение командной работы с участием специалистов-профессионалов, волонтеров и клиентов.
- реализация мероприятий, направленных на информирование и просвещение клиентов по вопросам ВИЧ, ТБ, ВГ, ИППП;
- конструктивное взаимодействие с профильными службами с целью повышения доступа клиентов к услугам здравоохранения, социальной и иной помощи;
- реализация программ Снижения вреда для наркопотребителей, секс-работников, лиц, живущих с ВИЧ.

Требования к функционированию СУ

- Обеспечить географическую, финансовую и временную доступность;
- Ориентированность услуг на удовлетворение неотложных, ежедневных нужд и потребностей клиентов;
- Гарантировать конфиденциальность информации о клиентах, комфортное самочувствие клиентов и эмоционально-поддерживающую атмосферу во взаимоотношениях между персоналом и клиентами;
- Должно базироваться на принципах само- и взаимопомощи клиентов;
- Оказание услуг должно строиться таким образом, чтобы обеспечить максимальную вовлеченность клиентов в деятельность и процесс оказания помощи.

В контексте оказания помощи ПИН существует несколько разновидностей социальных учреждений:

- Дроп-ин центр
- Социальное общежитие
- Дом на полпути
- Комьюнити центр

- Реабилитационный центр.

В зависимости от потребностей клиентов, виды учреждений различаются как институционально и административно, так и по ряду качественных признаков, которые зависят преимущественно от целей и спектра предоставляемых услуг. В настоящих стандартах рассматривается деление СУ на низкопороговые и высокопороговые.

Низкопороговые центры — легкодоступные центры, в которых клиент получает помощь в максимально удобной форме с соблюдением таких принципов, как безопасность, анонимность\конфиденциальность, удобный график работы и расположение, бесплатное оказание услуг, уважение и доброжелательное отношение к клиенту со стороны персонала. Условия предоставления услуг и критерии доступа в подобных СУ очень гибки. Целью создания низкопороговых центров является их доступность для наибольшего числа людей, которые нуждаются в нем, спектр услуг в них разработан специально, чтобы привлечь и удержать представителей наиболее маргинализированных и труднодоступных групп населения, в том числе и ПИН. Непредвзятость подхода низкопороговых программ направлена на уменьшение отрицательных последствий для здоровья, не требуя при этом полного воздержания от употребления незаконных наркотиков. В эту категорию центров можно отнести дроп – ин центр, коммьюнити центр.

Высокопороговые центры – центры с комплексной системой помощи ПИН, для получения услуг в которых необходимо наличие, к примеру, определенных документов, стажа употребления наркотиков и попыток излечения, соблюдение установленных правил (не употреблять алкоголь, наркотики), минимальное медицинское обследование (исключить активный туберкулез), направление от партнерской организации\нарколога и другие требования, установленные политикой самой организации. В эту категорию центров можно отнести реабилитационный центр, дом на полпути, социальное общежитие.

Подобное разделение СУ на низкопороговые и высокопороговые достаточно условно, по нескольким причинам: финансирование программ осуществляется преимущественно из донорских средств, соответственно и спектр услуг может предоставляться, следуя требованиям донора, также сама организация в целях расширения сервисов и увеличения охвата клиентов и привлекательности программы комбинирует низкопороговые и высокопороговые услуги.

2.7.1. Дроп – ин центр, Коммьюнити центр

Общая часть

Определение: ДЦ – это специально организованное безопасное место\пункт реализации комплекса низкопороговых услуг (основные, легкодоступные базовые услуги, которые предоставляются клиенту с целью обеспечения его повседневного выживания и помогают предотвратить ухудшение физического состояния), ориентированных на потребителей наркотиков, секс работников или лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

КЦ - специально организованное безопасное место\пункт, где члены сообщества могут собираться для проведения групповых мероприятий, социальной поддержки, получения информации, проведения досуга. Аналогично ДЦ в КЦ могут предоставляться такие

низкопороговые услуги как выдача\обмен шприцев, презервативов и др. на усмотрение организации.

Стратегия услуг в ДЦ и КЦ не требует воздержания от наркотиков, вместо этого работа направлена на вовлечение клиентов, активно принимающих наркотики, в снижение вреда от их потребления. Это помогает стабилизировать поведение участников и направить их в службы для оказания лечения, когда они будут к этому готовы.

Специальная часть

Минимальный объем услуг, предоставляемый ДЦ:

- Бытовые услуги: туалет, одноразовое питание (обычно легкий обед или чай/кофе), душ; стирка белья;
- Информирование по наркозависимости, снижению вреда, ВИЧ – инфекции, ТБ, ИППП, мотивационное консультирование, консультирование по приверженности к АРВТ, ПТТ (консультации «равных» консультантов, группы самопомощи, показ и обсуждение видеофильмов, доступ к библиотеке);
- Перенаправление на получение доступных медицинских и социальных услуг в партнерские организации и провайдеры услуг (программы ухода и поддержки, дружественные венерологические, стоматологические клиники), в программу ОЗТ, реабилитационный центр, тестирование на ВИЧ, ТБ, ИППП, ВГ;
- Добровольное дотестовое консультирование на ВИЧ;
- Предоставление презервативов ПИН и их половым партнерам;
- Предоставление налоксона как средства профилактики передозировок;

В объем дополнительных услуг ДЦ могут входить следующие услуги:

- Консультирование и группы самопомощи для созависимых, детей клиентов;
- Юридическое консультирование;
- Восстановление документов;
- Предоставление ночлега, одежды;
- Экспресс тестирование на ВИЧ по слюне, послетестовое консультирование;
- Раздача шприцев, дезинфицирующих салфеток, тестов на беременность по потребности клиентов;
- Предоставление первой медицинской помощи.

Минимальный объем услуг, предоставляемый КЦ:

- Бытовые услуги: туалет, одноразовое питание (обычно легкий обед или чай/кофе);
- Информирование по наркозависимости, снижению вреда, ВИЧ – инфекции, ТБ, ИППП, мотивационное консультирование, консультирование по приверженности к АРВТ, противотуберкулезной терапии (консультации «равных» консультантов, показ и обсуждение видеофильмов, доступ к библиотеке);
- Группы самопомощи;
- Перенаправление на получение доступных медицинских и социальных услуг в партнерские организации и провайдеры услуг (программы ухода и поддержки, дружественные венерологические, стоматологические клиники), в программу ОЗТ, реабилитационный центр, тестирование на ВИЧ, ТБ, ИППП, ВГ;
- Добровольное дотестовое консультирование на ВИЧ;
- Предоставление презервативов ПИН и их половым партнерам;
- Предоставление налоксона как средства профилактики передозировок

В объем дополнительных услуг КЦ могут входить следующие услуги:

- Юридическое консультирование;
- Содействие и восстановление документов;
- Оказание первой медицинской помощи;
- Консультации специалистов – психолога, консультанта по зависимости;
- Группы самопомощи для созависимых, детей клиентов;
- Экспресс тестирование на ВИЧ по слюне;
- Послетестовое, кризисное консультирование;
- Раздача шприцев, дезинфицирующих салфеток, тестов на беременность по потребности клиентов.

Форма работы ДЦ – стационарное помещение, в дополнение к которому возможно мобильное оказание услуг на базе автомобиля для вовлечения труднодоступных групп наркопотребителей или географически удаленных от стационарного помещения территорий или населенных пунктов

Форма работы КЦ – стационарное помещение. ДЦ и КЦ не имеют право оказывать медицинские или иные услуги, требующие обязательного лицензирования или оказывают их при наличии соответствующей лицензии (например, на лечение ИППП, проведение детоксикации).

Минимальные требования к помещениям ДЦ и КЦ:

- Должны обеспечивать конфиденциальность;
- Иметь удобное и географически доступное месторасположение;
- Соответствовать всем санитарно-эпидемиологическим и противопожарным требованиям, предъявляемым к подобным помещениям.

Желательным является помещение, состоящее, как минимум из 4 комнат – комната индивидуального консультирования\проведения экспресс тестирования на ВИЧ, комната группового консультирования, комната персонала, складское помещение.

Минимальные требования к оборудованию, оснащению, ДЦ и КЦ:

- Комната индивидуального консультирования: 1 стол, 2 стула, в случае, если данная комната используется для проведения экспресс тестирования на ВИЧ, необходимо оборудование ее согласно требованиям к проведению данной услуги;
- Комната групповых консультаций: 8-10 стульев, 1 маркерная доска или флип чарт, 1 бактерицидная лампа, набор посуды для кофе, чая, легкого обеда, 1 чайник электрический;
- Комната персонала: 2 полки/шкафа для хранения документации, 1 сейф\закрывающийся на замок шкаф для хранения документов, 1 телефонный аппарат, 1 компьютер, 1 принтер, аптечка при аварийных ситуациях;
- Складское помещение: должно соответствовать всем требованиям, предъявляемым к складским помещениям, в целях обеспечения сохранности материалов и изделий медицинского назначения.

Дополнительно в комнате группового консультирования желательным является наличие, стойки\журнального столика для информационно-образовательных материалов, вешалки, проектора, ДВД проигрывателя, телевизора, микроволновой печи.

Общей рекомендацией в отношении безопасности имущества и документации является наличие сигнализации.

График работы ДЦ и КЦ должен быть удобен для оказания услуг клиентам на основании опыта организации и запроса клиентов. Рекомендуется 8-ми часовой рабочий день для дневных ДЦ и КЦ или 24 – ти часовой рабочий день для круглосуточных ДЦ. График работы должен быть вывешен перед входом в ДЦ.

Показания/противопоказания к оказанию услуг. Услуги в ДЦ и КЦ оказываются на добровольной основе, в установленные часы работы, при условии соответствия клиента целевой группе. Противопоказанием для оказания услуг может являться только употребление ПАВ на территории ДЦ и КЦ. Прием/исключение клиентов из программ ДЦ и КЦ происходит в соответствии с правилами и процедурами, принятыми в организации.

Требования к специалистам/работникам

Услуги ДЦ и КЦ могут оказывать специалисты различного профиля (медицинские работники, психологи, социальные работники, терапевты по зависимости, представители сообщества ПИН и другие), прошедшие подготовку по вопросам, связанным с программами снижения вреда, профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ, зависимостей от психоактивных веществ и со-зависимости, психологической поддержки и консультирования, а также:

- Знающие и соблюдающие действующие законы КР, иные нормативные правовые акты, касающиеся деятельности СБ, а также должностные инструкции, правила внутреннего трудового распорядка, приказы и распоряжения администрации СБ;
- Прошедшие инструктаж с целью ознакомления с правилами внутреннего распорядка и организацией работы учреждения перед поступлением на работу;
- Знающие и соблюдающие санитарно-гигиенические нормы и правила; знающие и соблюдающие правила эксплуатации оборудования, приборов и аппаратуры, с которыми он работает, а также правила техники безопасности, охраны труда, пожарной безопасности;
- Обеспечивающие безопасность оказываемых социальных услуг для жизни и здоровья клиентов учреждения, сохранность их имущества.

Нормы нагрузки на сотрудников

Социальный работник\аутрич работник: 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день.

Минимальные требования к штатному расписанию ДЦ:

- Руководитель\менеджер – 1 единица
- Социальный работник\аутрич работник – 3 единицы
- Финансовый менеджер – 0,5 единицы
- Медицинская сестра – 0,5 единицы

При возможности и необходимости штат ДЦ может быть расширен за счет привлечения психолога, консультанта по зависимости, юриста, медицинского консультанта\медицинской сестры.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

Нормы нагрузки на сотрудников КЦ:

Социальный работник: 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день.

Социальный консультант: 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день.

Минимальные требования к штатному расписанию ДЦ:

- Руководитель\менеджер – 1 единица
- Социальный работник – 2 единицы
- Финансовый менеджер – 0,5 единицы
- Социальный консультант – 1 единица

При возможности и необходимости штат ДЦ может быть расширен за счет привлечения психолога, консультанта по зависимости, юриста, медицинского консультанта\медицинской сестры.

Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

ДЦ и КЦ работает на основании Положения, которое должно быть в организации и содержать информацию о целях и задачах, основных направлениях деятельности, видах, предоставляемых услуг, штатном расписании, графике работы, функциональных обязанностях сотрудников, основных принципах работы, перечне отчетных документов. Утилизация, уничтожение изделий медицинского назначения (шприцев, презервативов, тестов на ВИЧ) должны соответствовать правилам и нормам, предъявляемым к данным процедурам. Услуги клиентам ДЦ оказывает конфиденциально, а сведения о них предоставляют заинтересованным организациям в порядке, установленном законодательством КР.

Менеджмент в ДЦ и КЦ должен быть сфокусирован на:

- Укомплектовании штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- Обеспечении мониторинга качества услуг;
- Контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечении максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- Управлении и контроле над ходом предоставления услуг клиентам;
- Обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц.

Учетно-отчетная документация ДЦ и КЦ Приложение 4:

- Журнал консультаций (психолога, медицинского специалиста, юриста, социального консультанта, социального работника);
- Журнал перенаправлений;
- Журнал учета движения изделий медицинского назначения;
- Акт приема-передачи материалов по форме поставяющей организации;

- Индивидуальная регистрационная форма;
- Журнал учета выдачи изделий медицинского назначения;
- Материальный отчет по изделиям медицинского назначения;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

Требования к оценке удовлетворённости клиента

Оценку удовлетворенности услугами в ДЦ и КЦ необходимо проводить регулярно, не реже 1 раза в месяц. Ответственность за проведение данной оценки несет координатор\менеджер ДЦ и КЦ. Оценка проводится в форме очного или телефонного интервью с клиентом, в котором акцент делается на:

- удовлетворенности спектром услуг;
- удовлетворенности качеством услуг;
- удовлетворенности профессионализмом оказания прямой услуги;
- удовлетворенности качеством и дружелюбностью предоставления услуги в организации или партнерской сети.

Также оценка удовлетворенности оказанными услугами проводится в ходе проведения фокус групп, по результатам которых обязательно составляется протокол.

2.7.2. Социальное общежитие

Общая часть

Определение: СО - служба\пункт реализации услуг, ориентированных на потребителей наркотиков, секс работников, лиц, живущих с ВИЧ и безопасного длительного пребывания клиентов. В отличие от Социального общежития Дом на полпути предоставляет услуги преимущественно лицам, вышедшим из заключения, по выбору организации они могут быть ПИН, ЛЖВ, ПИН\ЛЖВ. Необходимо отметить, что данные пункты, как правило, разделяются на мужские и женские. В соответствии с задачами, перечисленными ниже клиенты СО и ДПП привлекаются к общей работе по учреждению, что обычно отражено в правилах пребывания и Соглашении.

Задачи: СО и ДПП аналогичны ДЦ, но дополнительно включают следующие:

- обеспечение клиентов возможностью пройти курс адаптационной терапии;
- обеспечение участия клиентов в программе реабилитации химической или другой зависимости и дальнейшей социальной адаптации;
- обеспечение клиентов возможностью длительного пребывания;
- реализация мероприятий, направленных на реинтеграцию клиентов в общество.

Специальная часть

Минимальный объем услуг СО и ДПП:

- Бытовые услуги: питание (обычно 1-2 –х разовое), душ; стирка белья;
- Информированию по наркозависимости, снижению вреда, ВИЧ – инфекции, ТБ, ИППП, мотивационное консультирование, консультирование по приверженности к

АРВТ, ПТТ (консультации «равных» консультантов, группы самопомощи, показ и обсуждение видеофильмов, доступ к библиотеке);

- Перенаправление и сопровождение на получение доступных медицинских и социальных услуг в партнерские организации и провайдеры услуг (программы ухода и поддержки, дружественные венерологические, стоматологические клиники), в программу ОЗТ, реабилитационный центр, тестирование на ВИЧ, ИППП, ТБ, ВГ;
- Добровольное дотестовое консультирование на ВИЧ;
- Предоставление презервативов клиентам и их половым партнерам;
- предоставление налоксона как средства профилактики передозировок;
- Проживание или ночлег;
- Восстановление документов.

В объем дополнительных услуг СО и ДПП могут входить следующие услуги:

- Юридическое консультирование;
- Помощь в трудоустройстве;
- Предоставление медикаментов по назначению врача;
- Экспресс тестирование на ВИЧ по слюне;
- Послетестовое кризисное консультирование;
- Предоставление шприцев, дезинфицирующих салфеток, тестов на беременность по потребности клиентов.

Форма работы СО и ДПП – стационарные помещения. СО и ДПП не имеют право оказывать медицинские или иные услуги, требующие обязательного лицензирования или оказывают их при наличии лицензии.

Минимальные требования к помещениям СО и ДПП:

- Должны обеспечивать конфиденциальность;
- Должны иметь удобное и географически доступное месторасположение, вдалеке от пунктов милиции;
- Должны соответствовать всем санитарно-эпидемиологическим и противопожарным требованиям, предъявляемым к подобным помещениям.

Желательным является помещение, состоящее, как минимум из 8-9 комнат – комната индивидуального консультирования\проведения экспресс тестирования на ВИЧ, комната группового консультирования, комната персонала, складское помещение, кухня, 2-3 жилых комнаты, ванной, туалета.

Минимальные требования к оборудованию и оснащению СО и ДПП:

- Комната индивидуального консультирования: 1 стол, 2 стула, в случае, если данная комната используется для проведения экспресс тестирования на ВИЧ, необходимо оборудование ее согласно требованиям к проведению данной услуги;
- Комната групповых консультаций: 8-10 стульев, 1 маркерная доска или флип чарт, 1 бактерицидная лампа;
- Комната персонала: 2 полки/шкафа для хранения документации, 1 сейф\закрывающийся на замок шкаф для хранения документов, 1 телефонный аппарат, 1 компьютер, 1 принтер;

- Складское помещение: должно соответствовать всем требованиям, предъявляемым к складским помещениям, в целях обеспечения сохранности материалов и изделий медицинского назначения.
- Кухня: 1 газовая плита, 1 холодильник, 1 раковина, 2 кухонных стола, 1 разделочный стол, 2 шкафа для посуды, 8-10 стульев, набор столовой и чайной посуды соответственно количеству проживающих, кастрюль, сковородок, ножей, 2 чайника электрических и другой утвари, необходимой для приготовления пищи, 1 стиральной машинки автомат\полуавтомат.
- Ванная комната: 1 ванна, 1 раковина, полотенца банные, полотенца для умывания соответственно количеству проживающих, санитарно-гигиенические средства.
- Жилые комнаты: кровати (одно-двухъярусные) с матрасами в соответствии с вместимостью СО и ДПП, шкафы для одежды из расчета 1 шкаф на 3 клиентов, тумбы прикроватные (по количеству кроватей).

Дополнительно в комнате группового консультирования желательным является наличие, стойки\журнального столика для информационно-образовательных материалов, проектора, ДВД проигрывателя, телевизора.

График работы СО и ДПП круглосуточный.

Показания/противопоказания к оказанию услуг.

Услуги в СО и ДПП оказываются на добровольной основе (при условии соответствия клиента целевой группе). Медицинскими противопоказаниями к приему в СО и ДПП являются тяжелые острые и хронические в стадии декомпенсации соматические заболевания, психические расстройства, инфекции, требующие изоляции, надзора, обследования и лечения в медицинском стационаре. После улучшения психического и(или) соматического состояния вопрос о приеме в реабилитационное учреждение рассматривается повторно. Другим противопоказанием для оказания услуг может являться употребление ПАВ на территории СО и ДПП\нахождение в состоянии алкогольного\наркотического опьянения. Прием/исключение клиентов из СО и ДПП происходит в соответствии с правилами и процедурами, принятыми в организации.

Требования к специалистам/работникам СО и ДПП

Услуги СО и ДПП могут оказывать специалисты различного профиля (медицинские работники, психологи, социальные работники, терапевты по зависимости, представители сообщества ПИН и другие), прошедшие подготовку по вопросам, связанным с программами снижения вреда, профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ, зависимостей от психоактивных веществ и со-зависимости, психологической поддержки и консультирования, а также:

- знающие и соблюдающие действующие законы КР, иные нормативные правовые акты, касающиеся деятельности СБ, а также должностные инструкции, правила внутреннего трудового распорядка, приказы и распоряжения администрации СБ;
- прошедшие инструктаж с целью ознакомления с правилами внутреннего распорядка и организацией работы учреждения перед поступлением на работу;
- знающие и соблюдающие санитарно-гигиенические нормы и правила;
- знающие и соблюдающие правила эксплуатации оборудования, приборов и аппаратуры, с которыми он работает, а также правила техники безопасности, охраны труда, пожарной безопасности;

- обеспечивающие безопасность оказываемых социальных услуг для жизни и здоровья клиентов учреждения, сохранность их имущества.

В случае психолога, юриста, медицинского консультанта необходимо соответствующее образование, опыт работы, что отражено в соответствующих функциональных обязанностях данных сотрудников.

Нормы нагрузки на сотрудников СО и ДПП:

Социальный работник: 100% занятость, 24 –ти часовой рабочий день с режимом дежурств сутки через двое, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день.

Социальный консультант: 100% занятость, 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10-15 клиентов в день.

Психолог\консультант по зависимости: 50% занятость, 4-х часовой рабочий день с ежедневным графиком работы или 8 ми часовой рабочий день с графиком работы 3 раза в неделю, рабочая нагрузка – по обращаемости, но не менее 1 клиента в 4 – х часовой рабочий день, проведение как минимум 1 группового занятия в неделю.

Учетно-отчетная документация СО и ДПП (Приложение 4):

- Журнал консультаций;
- Журнал перенаправлений;
- Журнал учета движения изделий медицинского назначения;
- Акт приема-передачи материалов по форме поставляющей организации;
- Регистрационная форма клиента;
- Журнал учета выдачи изделий медицинского назначения;
- Материальный отчет по изделиям медицинского назначения;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

Минимальные требования к штатному расписанию СО и ДПП:

- Руководитель\менеджер – 1 единица
- Социальный работник– 3 единицы
- Финансовый менеджер – 0,5 единицы
- Социальный консультант – 1 единица
- Психолог\консультант по зависимости – 0,5 единицы

При возможности и необходимости штат СО и ДПП может быть расширен за счет привлечения в качестве консультантов юриста, медицинского консультанта.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

СО и ДПП работает на основании Положения, которое должно быть в организации и содержать информацию о целях и задачах, основных направлениях деятельности, видах, предоставляемых услуг, штатном расписании, графике работы, функциональных обязанностях сотрудников, основных принципах работы, перечне отчетных документов. Утилизация, уничтожение изделий медицинского назначения (шприцев, презервативов, тестов на ВИЧ) должны соответствовать правилам и нормам, предъявляемым к данным процедурам. Услуги в СО и ДПП оказывают конфиденциально, а сведения о них

предоставляют заинтересованным организациям в порядке, установленном законодательством КР.

Требования к менеджменту СО и ДПП должны быть сфокусированы на:

- укомплектовании штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- обеспечении мониторинга качества услуг;
- контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- обеспечении максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- управлении и контроле над ходом предоставления услуг клиентам;
- обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц.

2.7.4. Реабилитационный центр

Общая часть

Определение: РЦ – это учреждение, оказывающее реабилитационные услуги лицам, зависимым от наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя.

Цель: проведение совокупности медицинских, психологических, воспитательных, педагогических, социально-психотерапевтических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления психоактивных веществ, внутреннее изменение моральных и духовных ценностей человека, ментальных привычек, а также обучение и восстановление трудовых навыков, обеспечение возможности трудоустройства (в том числе в специально созданных условиях).

Задачи:

- Восстановление и развитие уровня функциональных способностей клиентов в быту и социуме;
- Восстановление разрушенных или утраченных семейных, общественных связей и отношений вследствие возникновения патологической зависимости от ПАВ;
Избавление зависимых лиц от патологической зависимости от ПАВ;
Восстановление личности и социального статуса клиентов;
Преобразование и восстановление мировоззрения, направленного на соблюдение здорового образа жизни;
Противорецидивная терапия.

Обязательной составной частью реабилитационного процесса являются разработка и периодическое уточнение модели жизни клиента в РЦ и после ухода из него. Модель жизни разрабатывается с участием клиента, с учетом его возможностей, способностей и

склонностей. Модель жизни должна быть доведена до полного принятия ее клиентом и до желания реализовать ее в повседневной жизни.

Для достижения поставленных задач используются следующие формы и методы предоставления услуг:

- Беседа, повествование, объяснение, демонстрация;
- Поведенческий и личностный тренинги;
- Групповое обсуждение;
- Ситуационно-ролевые и развивающие игры;
- Подведение итогов, разбор трудных случаев;
- Индивидуальное консультирование по проблеме;
- Обязательное участие в трудовых процессах;
- Работа групп самопомощи.

Требования к предоставлению услуг в РЦ:

- Комплексность, что подразумевает проведение реабилитационных мероприятий специалистами разных профилей;
- Добровольность и уважение к личности зависимых от психоактивных веществ для восстановления духовных, моральных и нравственных общечеловеческих ценностей, воспитания чувств социальной значимости и ответственности, а также приобретения трудовых навыков, опыта проживания в коллективе, решения конфликтов мирным путем и становления в социуме;
- Содержание и длительность реабилитации определяются конкретной реабилитационной программой и условиями пребывания в ней, которые необходимо выполнять клиенту.

Поскольку РЦ является высокопороговым сервисом, есть определенный порядок приема клиентов в программу реабилитации. Как правило, при обращении в РЦ клиент проходит собеседование с врачом психиатром-наркологом, психологом или специалистом по социальной работе, который определяет психофизическое состояние, особенности личности, социального и семейного статусов клиента, его способности участвовать в тех или иных реабилитационных мероприятиях.

Каждый этап предоставления и вид реабилитационных услуг должны быть ориентированы на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между клиентом и РЦ, о которой клиент должен знать и к достижению которой должен стремиться.

Предоставление услуг РЦ включает в себя систему следующих реабилитационных мероприятий:

- Медицинское и психологическое обследование;
- Проведение реабилитационно-экспертной диагностики, определения и оценки реабилитационного потенциала, реабилитационного прогноза и социального статуса для выявления необходимости конкретных реабилитационных мероприятий, индивидуальных для каждого клиента, по всем направлениям реабилитации;
- Проведение реабилитационных мероприятий с членами семьи и другими созависимыми;
- Формирование модели жизни реабилитанта;
- Реализация реабилитационных мероприятий;
- Послереабилитационное сопровождение;

- Содействие последующей ресоциализации (социальной интеграции).

Специальная часть

Составной частью реабилитационных услуг, могут являться социальные услуги, которые предоставляют (при необходимости) в дополнение к реабилитационным услугам для повышения эффективности и результативности реабилитационного процесса. Конкретные виды, состав, объемы, формы, сроки проведения реабилитационных мероприятий определяют РЦ в зависимости от модели реабилитационной программы и системы реабилитационных мероприятий. (См. «Стандарты предоставления услуг пациентам с зависимостью от опиоидов в учреждениях наркологического профиля» утвержденные приказом МЗКР №494 от 08.10. 2010г.)

Минимальный объем услуг РЦ:

- Бытовые услуги: 3 –х разовое питание, душ, стирка белья;
- Проживание;
- Информирование по наркозависимости, снижению вреда, ВИЧ – инфекции, ТБ, ИППП, мотивационное консультирование, консультирование по приверженности к АРВТ, ПТТ;
- Перенаправление и сопровождение на получение доступных медицинских и социальных услуг в партнерские организации и провайдеры услуг (программы ухода и поддержки, дружественные венерологические, стоматологические клиники и др.);
- Добровольное до-тестовое консультирование на ВИЧ, после-тестовое консультирование;
- Восстановление документов.

В объем дополнительных услуг РЦ могут входить следующие услуги:

- Юридическое консультирование;
- Помощь в трудоустройстве;
- Предоставление медикаментов по назначению врача
- Оказание первой медицинской помощи

Форма работы РЦ– стационарное помещение, РЦ не имеет право оказывать медицинские или иные услуги, требующие обязательного лицензирования или оказывают их при наличии лицензии.

Минимальные требования к помещению РЦ:

соответствие всем санитарно-эпидемиологическим и противопожарным требованиям, предъявляемым к подобным помещениям.

Желательным является помещение, состоящее, как минимум из 8-9 комнат: комната индивидуального консультирования, комната группового консультирования, комната персонала, складское помещение, кухня, 2-3 жилых комнаты, ванная.

Минимальные требования к оборудованию, оснащению РЦ:

- Комната индивидуального консультирования: 1 стол, 2 стула;
- Комната групповых консультаций: 8-10 стульев, 1 маркерная доска или флип чарт, 1 бактерицидная лампа;
- Комната персонала: 2 полки/шкафа для хранения документации, 1 сейф/закрывающийся на замок шкаф для хранения документов, 1 телефонный аппарат, 1 компьютер, 1 принтер;
- Складское помещение: должно соответствовать всем требованиям, предъявляемым к складским помещениям, в целях обеспечения сохранности материалов и изделий медицинского назначения.
- Кухня: 1 газовая плита, 1 холодильник, 1 раковина, 2 кухонных стола, 1 разделочный стол, 2 шкафа для посуды, 8-10 стульев, набор столовой и чайной посуды соответственно количеству проживающих, кастрюль, сковородок, ножей, 2 чайника электрических и другой утвари, необходимой для приготовления пищи, 1 стиральной машинки автомат/полуавтомат.
- Ванная комната: 1 ванна, 1 раковина, полотенца банные, полотенца для умывания соответственно количеству проживающих, санитарно-гигиенические средства.
- Жилые комнаты: кровати (одно-двухъярусные) с матрасами в соответствии с вместимостью РЦ, шкафы для одежды из расчета 1 шкаф на 3 клиентов, тумбы прикроватные (по количеству кроватей), комплекты постельного белья из расчета количество проживающих X 2 (обеспечение возможности перемены).

Дополнительно в комнате группового консультирования желательным является наличие, стойки/журнального столика для информационно-образовательных материалов, проектора, DVD проигрывателя, телевизора.

График работы РЦ круглосуточный.

Показания/противопоказания к оказанию услуг.

Услуги в РЦ оказываются на добровольной основе. Медицинскими противопоказаниями к приему в РЦ являются тяжелые острые и хронические в стадии декомпенсации соматические заболевания, психические расстройства, инфекции, требующие изоляции, надзора, обследования и лечения в медицинском стационаре. После улучшения психического и (или) соматического состояния вопрос о приеме в РЦ рассматривается повторно. Также организация может потребовать определенный период неупотребления ПАВ до вступления в программу реабилитации. Участие в программе ОЗТ является противопоказанием для приема в программу реабилитации. Прием/исключение клиентов из программы РЦ происходит в соответствии с правилами и процедурами, принятыми в организации.

Требования к специалистам/сотрудникам РЦ

Услуги РЦ могут оказывать специалисты различного профиля (медицинские работники, психологи, социальные работники, терапевты по зависимости, представители сообщества ПИН и другие), прошедшие подготовку по вопросам, связанным с реабилитационными программами, программами профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ, зависимостей от психоактивных веществ и со-зависимости, психологической поддержки и консультирования, а также:

- Знающие и соблюдающие действующие законы КР, иные нормативные правовые акты, касающиеся деятельности РЦ, а также должностные инструкции, правила внутреннего трудового распорядка, приказы и распоряжения администрации СБ;
- Прошедшие инструктаж с целью ознакомления с правилами внутреннего распорядка и организацией работы учреждения перед поступлением на работу; знающие и соблюдающие санитарно-гигиенические нормы и правила;
- Знающие и соблюдающие правила эксплуатации оборудования, приборов и аппаратуры, с которыми он работает, а также правила техники безопасности, охраны труда, пожарной безопасности;
- Обеспечивающие безопасность оказываемых социальных услуг для жизни и здоровья клиентов учреждения, сохранность их имущества.

Нормы нагрузки на сотрудников РЦ:

Консультант\Дежурнт: 24 –ти часовой рабочий день с режимом дежурств сутки через двое, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день

Социальный консультант\Социальный работник: 8 –ми часовой рабочий день, рабочая нагрузка 10 - 15 клиентов в день

Консультант по зависимости: 50% занятость, 4-х часовой рабочий день с ежедневным графиком работы или 8 ми часовой рабочий день с графиком работы 3 раза в неделю, рабочая нагрузка – по обращаемости, но не менее 1 клиента в 4 – х часовой рабочий день.

Психолог: 50% занятость, 4-х часовой рабочий день с ежедневным графиком работы или 8 ми часовой рабочий день с графиком работы 3 раза в неделю, рабочая нагрузка – по обращаемости, но не менее 1 клиента в 4 – х часовой рабочий день.

Минимальные требования к штатному расписанию РЦ:

- Руководитель\менеджер – 1 единица
- Социальный работник – 3 единицы
- Финансовый менеджер – 0,5 единицы
- Консультант по зависимости – 0,5 единицы
- Психолог – 0,5 единицы
- Социальный консультант – 1 единица

При возможности и необходимости штат РЦ может быть расширен за счет привлечения юриста, медицинского консультанта\медицинской сестры.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

Учетно-отчетная документация РЦ: Приложение 4.

- Журнал консультаций;
- Журнал перенаправлений;
- Журнал учета движения изделий медицинского назначения;
- Акт приема-передачи материалов по форме поставяющей организации;
- Индивидуальная регистрационная форма;
- Журнал учета выдачи изделий медицинского назначения;
- Материальный отчет по изделиям медицинского назначения;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

РЦ работает на основании Положения, которое должно быть в организации и содержать информацию о целях и задачах, основных направлениях деятельности, видах, предоставляемых услуг, штатном расписании, графике работы, функциональных обязанностях сотрудников, основных принципах работы, перечне отчетных документов. Услуги клиентам в РЦ оказывают конфиденциально, а сведения о них предоставляют заинтересованным организациям в порядке, установленном законодательством КР.

Требования к менеджменту РЦ должны быть сфокусированы на:

- Укомплектовании штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- Обеспечении мониторинга качества услуг;
- Контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечении максимальной доступности услуг, включая возможность оказания помощи в нерабочие часы и географическую доступность;
- Управлении и контроле над ходом предоставления услуг клиентам;
- Обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц.

2.8. Дружественный фармацевтический сервис

Общая часть

Определение: Дружественный фармакологический сервис - это предоставление стерильных шприцев, игл, презервативов, спиртовых салфеток, ИОМ, налоксона в аптечной сети через обмен ваучеров на пакет с ИМН.

Целевая группа: ПИН

Цель: Расширение охвата ПИН профилактическими программами – раздача стерильных шприцев, игл, презервативов, средств профилактики передозировок, ИОМ и др. и предоставление низкопороговых услуг.

Задачи:

- Обеспечение доступности услуг профилактики ВИЧ - инфекции для ПИН и
- Привлечение новых клиентов в программу
- Привлечение фармацевтов к профилактической работе с ПИН

Специальная часть

Программа ДФС может реализоваться в качестве единственной программы обмена шприцев и игл, так и в дополнение к уже развернутым СПОШ и МПОШ, поскольку она позволяет расширить охват ПИН, особенно в отношении труднодоступных групп (молодые ПИН, ПИН\СР), обеспечить доступ к ИМН в круглосуточном режиме, в выходные дни, в местах, расположенных ближе к месту проживания ПИН, чем большинство стационарных ПОШ. Немаловажным фактором является возможность

бесперебойного предоставления средств профилактики и защиты в противовес возможным задержкам поставок со стороны донора в СПОШ, МПОШ.

Общие требования к организации программы ДФС:

- Наличие обученного персонала НПО, имеющего выход на целевую группу проекта;
- Достаточное количество доступных ПИН, нуждающихся в услугах ДФС;
- Наличие фармакологической компании с достаточно широкой аптечной сетью на территории реализации ДФС на основании изучения потребности ПИН;
- Удобный график работы аптечной сети, предпочтительно, круглосуточный и без выходных;
- Обязательное обучение участников программы со стороны аптек (фармацевтов), налаженное сотрудничество и поддержка со стороны руководства аптек;
- Обязательное проведение обсуждения с представителями целевой группы состава, качественного и количественного, выдаваемого набора;
- Бесперебойность предоставления наборов;
- Наличие юридически оформленного Договора с аптечной сетью, аптеками;
- Строгий учет расхода ИМН в соответствии с выданными ваучерами со стороны НПО, ведение учетно-отчетной документации согласно Договору;

Если программа ДФС реализуется в нескольких регионах КР, то вышеуказанные требования в полной мере применяются ко всем сайтам предоставления услуг ДФС.

Алгоритм предоставления услуг ДФС:

1. Предоставление услуг ПИН начинается с проведения аутрич работы среди целевой группы, в ходе которой ПИН разъясняются цели, задачи программы, места и график расположения аптек, состав набора, вручаются талоны\ваучеры, проводится мини – сессия, консультирование, перенаправление на медицинские, социальные, юридические услуги и пр.
2. На основании талона\ваучера ПИН получает набор в одной из аптек
3. Аутрич работник осведомляется о факте получения услуги, ее качественности, дружелюбности, доступности и договаривается о следующей встрече;
4. В конце каждого месяца ответственный сотрудник производит выемку талонов\ваучеров из аптечной сети, их подсчет и сверку с ответственным сотрудником со стороны аптек.
5. НПО\организация, реализующая программу ДФС, производит оплату аптечной сети согласно выданному количеству наборов.

Форма работы ДФС:

Т.к. предоставление услуг посредством ДФС объединяет две стороны – НПО и аптечную сеть, форма работы является комбинацией аутрич работы и выдачей наборов для ПИН в аптеках, также административная часть программы предполагает наличие офисного помещения для единого административного штата программы ДФС.

График работы

- Аутрич работники совершают аутрич выходы согласно графику
- Фармацевты работают в соответствии с графиком работы аптеки

Минимальный перечень услуг, оказываемый в НПО и во время аутрич выходов

- Перенаправление ПИН на тестирование на ВИЧ, ТБ (по показаниям), ИППП, ВГ (в НПО и во время выхода);
- Проведение мини – сессий для клиентов (в НПО и во время выхода);
- Перенаправление ПИН в СУ, программу ОЗТ, программы детоксикации, реабилитации, сексуально-репродуктивного здоровья (в НПО и во время выхода);

Дополнительно возможно предоставление личного сопровождения на получение услуг по перенаправлению, в аптеку, забор мокроты на ТБ, выдача средства профилактики передозировок налоксон.

Минимальные требования к штатному расписанию программы ДФС:

Охват 500-1000 ПИН:

Координатор 1 единица

Менеджер аптечной сети 1 единица

Ассистент координатора 1 единица

Аутрич работник 1 единица на 50 ПИН, один из которых старший аутрич работник

Специалист по мониторингу и оценке 1 единица

Финансовый менеджер 1 единица

Если программа ДФС реализуется в регионах КР, то применяются аналогичные требования к штатному расписанию.

Рекомендуемые Функциональные обязанности сотрудников см. Приложение 5.

Минимальные требования к помещениям и оборудованию в НПО, осуществляющем программу ДФС:

- Наличие 2 отапливаемых комнат: 1 комнаты - для приема клиентов, 1 комнаты- административной работы;
- 2 стола и 10-12 стульев для персонала и клиентов;
- Аптечка неотложной помощи.

Требования к качеству и ассортименту предоставляемых шприцев/игл, дезинфицирующих средств, презервативов и других изделий.

Иглы и шприцы, предоставляемые для ПИН, должны соответствовать требованиям отечественного ГОСТ, а также потребностям клиентов ПОШ.

Обеспечение презервативами предусматривает также учет мнения ПИН относительно качества презервативов. Ассортимент предоставляемых презервативов должен включать мужские, женские, ароматизированные, особо прочные.

Требования к количеству раздаваемых шприцев/игл, дезинфицирующих средств и презервативов в расчете на одного ПИН.

Наиболее полным удовлетворением потребностей клиентов ПОШ и достижение целей профилактики ВИЧ и других инфекций, передаваемых через кровь и половым путем,

следует считать применение следующих нормативов предоставления материалов на одного ПИН:

- количество шприцев/игл в день - 2 шт., количество шприцев/игл в год- 730 шт;
- количество спиртовых салфеток день - 2 шт., количество спиртовых салфеток в год - 730 шт.;
- количество презерватив в месяц – по потребностям клиентов, но не более 12 шт., количество презервативов в год - не более 144 шт.

В связи с данным нормативом разрабатывается состав набора, количество ИМН, входящих в него. % регулярных клиентов из общего количества клиентов ДФС соответствует таковому на СПОШ, МПОШ.

Менеджмент в программе ДФС должен быть сфокусирован на:

- Укомплектованности штата квалифицированным и компетентным персоналом в соответствии с квалификационными требованиями;
- Обеспечении мониторинга качества услуг;
- Контроле своевременного, полного, достоверного, качественного ведения необходимой документации;
- Обеспечении максимальной доступности, дружелюбности услуг в аптечной сети;
- Обеспечении конфиденциальности информации и хранения документации в условиях, исключающих несанкционированный доступ к ним посторонних лиц;
- Создании правовых и организационных основ для оказания услуг;
- Полной анонимности ПИН, пользующихся услугами программы;
- Обеспечении необходимого количества и непрерывности обеспечения раздаваемых стерильных материалов, средств защиты, налоксона;
- Строгий учет движения расходных материалов;
- Своевременное ведение электронных баз данных как инструмента мониторинга программы;
- Проведении регулярных встреч с руководителями и фармацевтами аптечной сети с целью успешной реализации программы, своевременного устранения возникших трудностей;
- Привлечении клиентов к оценке программы, фокусировке на качестве предоставления услуг в аптечной сети
- Осуществлении своевременного обучения сотрудников аптек, налаживании тесного взаимодействия сотрудников НПО и аптек, вовлеченных в реализацию ДФС;
- Координации активностей аутрич работников и фармацевтов.

Общее управление услугами по обмену шприцев осуществляет координатор НПО\организации, реализующей программу ДФС.

Требования к обеспечению безопасности сотрудников и волонтеров:

Во избежание угрозы здоровью и личной безопасности, аутрич работники ДФС обязаны:

- иметь при себе удостоверение во время аутрич выходов;
- знать правила безопасности при работе с ПИН.

Учетно-отчетная документация Приложение 1.

Для обеспечения непрерывного мониторинга услуг, расхода изделий медицинского назначения ведется следующая документация:

- Индивидуальная регистрационная форма;
- Акт сверки с аптечной сетью по выданным наборам;
- Отчет аутрич работника;
- Журнал перенаправлений;
- Дневник аутрич-работника;
- Иная документация, принятая в организации или необходимая для отчетов перед донором.

2.9. Вакцинация, диагностика и лечение вирусных гепатитов

Согласно национальным и международным рекомендациям по комплексному пакету для ПИН, услуги по вакцинации, диагностике и лечению вирусных гепатитов необходимы для обеспечения универсального доступа ПИН к услугам по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Кыргызской Республике. Поскольку и ВИЧ, и вирус гепатита передаются через кровь, программы, эффективные для профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН, помогают предотвратить передачу ВГС/ВГВ, и наоборот. Учитывая, что сочетанные с ВИЧ/СПИД ВГС/ВГВ опаснее, чем ВИЧ, для сопоставимого снижения случаев инфицирования и смертности необходимо применять больше усилий, направленных на профилактику гепатитов, особенно гепатита С, а также туберкулеза.

В НПО адвокация и сопровождение услуг по вакцинации, диагностике и лечению вирусных гепатитов должны предоставляться на базе ПОШ, СБ, СО, КЦ, ДЦ, РЦ, ДПП при непосредственном обращении или перенаправлении из государственных и частных медицинских организаций.

Готовятся к использованию в практике новые национальные клинические руководства и протоколы - стандарты по ведению энтеральных (АиЕ) и парентеральных (ВиС) гепатитов, основанные на доказательной медицине (2014г).

Минимальный объем услуг, связанных с вакцинацией, диагностикой и лечением вирусных гепатитов в НПО:

- Консультирование, «равное» консультирование по вопросам профилактики (в том числе быстрой вакцинации от гепатита В) и лечения;
- Информирование о доступных услугах, связанных с ВГ, перенаправление и сопровождение на получение услуг в партнерские организации и к провайдерам услуг;
- Психологическая поддержка ПИН, живущих с ВГ;
- Предоставление шприцев, игл для обеспечения безопасных инъекций;
- Консультирование по приверженности лечению ВГ и соблюдению графика быстрой вакцинации от ВГВ;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Перенаправление ПИН в государственные и частные медицинские организации, являющиеся провайдерами услуг по профилактике и лечению ВГ

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в НПО:

- Аутрич работники
- Социальные работники
- Социальные консультанты
- Консультанты по зависимости
- Психологи
- Медицинские сестры
- Медицинские консультанты

В государственных и частных медицинских организациях услуги по вакцинации, диагностике и лечению вирусных гепатитов могут предоставляться как на базе инфекционных, так и на базе гастроэнтерологических отделений ОЗ: РКИБ, инфекционных отделений больниц, ЦСМ, Центров профилактики и борьбы со СПИДом, государственных и частных лабораторий, РЦН при непосредственном обращении в них или по перенаправлению из НПО, а также по месту жительства, ПОШ, сайтов ОЗТ.

Минимальный объем услуг, связанных с вакцинацией, диагностикой и лечением вирусных гепатитов в государственных и частных медицинских организациях:

- Консультирование по вопросам профилактики (в том числе быстрой вакцинации от гепатита В) и лечения;
- Тестирование на ВГ;
- Консультирование по безопасному поведению;
- Информирование о доступных услугах, связанных с ВГ, предоставляемых в данной организации;
- Консультирование по приверженности лечению ВГ и соблюдению графика быстрой вакцинации от ВГВ;
- Информирование о существующих организациях, предоставляющих услуги по вопросам профилактики, лечения, вакцинации ВГ и перенаправление в них;
- Предоставление шприцев, игл, дезинфицирующих средств для обеспечения безопасных инъекций;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Лечение ко-инфекции ВИЧ и ВГС\ВГВ

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в государственных и частных медицинских организациях:

- Врачи – инфекционисты;
- Врачи – хирурги;
- Врачи – гинекологи;
- Семейные врачи;
- Медицинские сестры;
- Социальные работники;
- Психологи;
- Фельдшеры;
- Наркологи;
- Фтизиатры.

Алгоритм тестирования на ВГ в зависимости от информированности клиента о его ВГ – статусе следующий:

1. Если ПИН тестируется на ВГ впервые, то его после проведенного консультирования направляют в службы, оказывающие данную услугу
2. Если ПИН тестируется повторно, необходимо выяснить результат его предыдущего теста. Тест положительный – необходимости в повторном тестировании нет, клиенту проводят консультирование и перенаправляют на получение других услуг по профилактике, лечению, вакцинации в партнерские организации и к провайдером услуг. Тест отрицательный – клиенту проводят консультирование, выявляют возможный риск инфицирования и при его наличии направляют на тестирование.
3. Результат проведенного тестирования клиент получает самостоятельно в службе, осуществившей тестирование или по его согласию в организации, направившей на тестирование.
4. В случае положительного результата при тестировании на ВГ, клиент направляется на консультацию инфекциониста, который в дальнейшем проводит лечение, вакцинацию согласно Клиническому протоколу.

2.10. Антиретровирусная терапия

Организация работы служб, занимающихся профилактикой, лечением и реабилитацией при ВИЧ-инфекции, а также координация этой работы являются важным условием успешного лечения ПИН. Стратегия «Лечение как профилактика» позволит проводить профилактику ВИЧ посредством приверженного приема АРВТ наркопотребителями. Программы лечения ВИЧ-инфекции должны быть связаны с программами снижения вреда. Это необходимо для того, чтобы максимально охватить и удержать ПИН в лечебной программе, а также обеспечить им консультирование по снижению риска и доступность необходимых принадлежностей, включая презервативы, стерильные иглы, шприцы и др. Благодаря стабилизации поведения ПИН методы снижения вреда, включая ОЗТ, могут сократить медицинские и психосоциальные последствия потребления наркотиков и облегчить лечение ВИЧ-инфекции.

При лечении ПИНУЖВ необходимо наладить координацию работы служб четырех видов:

- общей медицинской практики, центров по профилактике и борьбы со СПИДом и инфекционных клиник
- снижения вреда
- наркологической помощи
- психологической и социальной помощи.

Успешное оказание медицинской помощи, включая АРВТ, для активных ПИН должно соответствовать нескольким важным принципам. Медицинская помощь должна быть доступной, бесплатной, дружественной, предоставляться непредвзято настроенным персоналом без осуждения, непрерывной (через систему направлений),обеспечивающей взаимодействие между медицинскими учреждениями, социальными службами, НПО и семьями.

В НПО услуги по АРВТ должны предоставляться на базе ПОШ, СБ, СО, КЦ, ДЦ, РЦ, ДПП при непосредственном обращении или перенаправлении из государственных и

частных медицинских организаций. Вопросам конфиденциальности при обращении ПИН в НПО за услугами по АРВТ должно уделяться особое внимание, поскольку, только при условии доверия и уверенности ПИН в конфиденциальности (неразглашения ВИЧ статуса) возможно успешное консультирование, выработка приверженности к АРВТ и диспансерному наблюдению в Центрах СПИД и в целом профилактика ВИЧ. В связи с этим, в высокопороговых программах рекомендуется заключать с клиентом Соглашение, в котором указаны условия предоставления информации о ВИЧ статусе клиента другим службам, сотрудникам НПО. (См. Клинический протокол по ВИЧ/СПИД, утвержденные приказом МЗКР № 388 от 10 июля 2012г «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков для 1-3 уровней организации здравоохранения» (Приложение 1);

Минимальный объем услуг, связанных с АРВТ в НПО представлены:

- Консультирование по приверженности к АРВТ, поддержка соблюдения режима АРВТ;
- Консультирование по снижению риска, связанного с инъекционным употреблением наркотиков и рискованным сексуальным поведением;
- Информирование о доступных услугах, связанных с АРВТ, перенаправление и сопровождение на получение услуг в партнерские организации и к провайдером услуг;
- Психологическая поддержка ПИН, живущим с ВИЧ;
- Предоставление шприцев, игл, дезинфицирующих средств для обеспечения безопасных инъекций;
- Консультирование по приверженности к АРВТ членов семьи;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Предоставление юридической помощи в рамках соблюдения прав человека и доступу к доступу к квалифицированной медицинской помощи, связанной с уходом, лечением и поддержкой при ВИЧ;
- Выдачу АРВТ при желании клиента;
- Консультирование по приверженности к диспансерному наблюдению в связи с ВИЧ – инфекцией.

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в НПО:

- Аутрич работники
- Социальные работники
- Социальные консультанты
- Консультанты по зависимости
- Психологи
- Медицинские сестры
- Медицинские консультанты

В государственных медицинских организациях услуги по АРВТ должны предоставляться на базе ПОШ, сайтов ОЗТ, Центров профилактики и борьбы со СПИДом, РКИБ, инфекционных отделенных больниц, ЦСМ, РЦН при непосредственном обращении в них или по перенаправлению из НПО.

Минимальный объем услуг, связанных с АРВТ в государственных медицинских организациях:

- Консультирование по приверженности к АРВТ, поддержка соблюдения режима

- Информирование о доступных услугах, связанных с АРВТ, перенаправление и сопровождение на получение услуг в партнерские организации и к провайдером услуг;
- Диагностику и лечение оппортунистических инфекций и заболеваний, связанных с осложнениями от инъекционного употребления наркотиков;
- Консультирование по здоровому образу жизни;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Лечение ВИЧ – инфекции;
- Паллиативную помощь на продвинутых стадиях ВИЧ – инфекции;
- Психологическая поддержка ПИН, живущим с ВИЧ;
- Предоставление шприцев, игл, дезинфицирующих средств для обеспечения безопасных инъекций;
- Консультирование по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку;
- Выдача АРВТ.

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в государственных медицинских организациях:

- Врачи – инфекционисты
- Врачи – гинекологи
- Семейные врачи
- Медицинские сестры
- Социальные работники
- Психологи
- Фельдшеры
- Наркологи
- Фтизиатры

2.11. Профилактика, диагностика и лечение туберкулёза

Злоупотребление ПАВ является единственным наиболее важным фактором, строго ассоциируемым с несоблюдением схем лечения туберкулеза. Уровни инфицирования туберкулезом среди потребителей инъекционных наркотиков выше, чем среди населения в целом. Туберкулез излечим при наличии необходимых противомикробных препаратов и при правильном их применении. Зачастую нежелание начать лечение ПИН с помощью фармацевтических препаратов вызвано беспокойством в отношении соблюдения схемы их приема, а также опасениями, касающимися взаимодействия лекарственных препаратов и отрицательного их действия, особенно в случае ВГ. Беспокойство вызывают низкие показатели завершения курса терапии, так как это является фактором риска развития лекарственной устойчивости. Незаконное употребление наркотиков может скрывать или изменять важные характеристики побочного эффекта лечения туберкулеза. Однако потребление незаконных наркотиков не влияет на выбор методики лечения туберкулеза. ПИН должно уделяться первоочередное внимание при осуществлении мероприятий по профилактике, уходу и лечению, поскольку каждый из них в отдельности подвергается более высокому риску, и с позиций общественного здравоохранения такой подход потенциально может обеспечить наибольшую отдачу. ПИН подвергаются особому риску передачи возбудителей инфекции по месту жительства из-за плохих жилищных условий и в местах скопления людей, которыми нередко бывают учреждения наркологической службы и системы уголовного правосудия.

Успешное оказание медицинской помощи, включая лечение туберкулеза, для активных ПИН должно соответствовать нескольким важным принципам. Медицинская помощь должна быть доступной, бесплатной, дружественной, предоставляться непредвзято настроенным персоналом без осуждения, непрерывной (через систему направлений), обеспечивающей взаимодействие между медицинскими учреждениями, социальными службами, НПО и семьями.

В НПО услуги по профилактике, диагностике и лечению туберкулёза должны предоставляться на базе ПОШ, СБ, СО, КЦ, ДЦ, РЦ, ДПП при непосредственном обращении или перенаправлении из государственных и частных медицинских организаций.

Минимальный объем услуг, связанных с профилактикой, диагностикой и лечением туберкулёза в НПО:

- Консультирование по приверженности к лечению ТБ, поддержка соблюдения режима противотуберкулезной терапии;
- Консультирование по снижению риска, связанного с инъекционным употреблением наркотиков;
- Информирование о доступных услугах, связанных с лечением, диагностикой туберкулеза, перенаправление и сопровождение на получение услуг в партнерские организации и к провайдером услуг;
- Психологическая поддержка ПИН, болеющим ТБ;
- Консультирование по приверженности к лечению ТБ членов семьи;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Предоставление юридической помощи в рамках соблюдения прав человека и доступу к доступу к квалифицированной медицинской помощи, связанной с уходом, лечением и поддержкой при ТБ;
- Выдачу или доставку на дом\место проживания противотуберкулезных препаратов при желании клиента;

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в НПО:

- Аутрич работники
- Социальные работники
- Социальные консультанты
- Консультанты по зависимости
- Психологи
- Медицинские сестры
- Медицинские консультанты

В государственных медицинских организациях услуги по ТБ должны предоставляться на базе ПОШ, сайтов ОЗТ, Центров профилактики и борьбы со СПИДом, ЦСМ, РЦН при непосредственном обращении в них или по перенаправлению из НПО.

Минимальный объем услуг, связанных с ТБ и предоставляемые в государственных медицинских организациях:

- Консультирование по приверженности к лечению ТБ, поддержка соблюдения режима;
- Информирование о доступных услугах, связанных с ТБ, перенаправление и сопровождение на получение услуг в партнерские организации и к провайдером услуг;
- Профилактический прием изониазида для ПИНЛЖВ и ПИН, находившихся в контакте с ТБ больными;
- Консультирование по здоровому образу жизни;
- Перенаправление и включение клиентов в программу ОЗТ;
- Лечение сопутствующей ВИЧ – инфекции;
- Психологическая поддержка ПИН, больных ТБ;
- Консультирование по профилактике передачи ТБ.

Перечень сотрудников, которые должны предоставлять вышеуказанные услуги в государственных медицинских организациях:

- Врачи – инфекционисты
- Врачи – гинекологи
- Семейные врачи
- Медицинские сестры
- Социальные работники
- Психологи
- Фельдшеры
- Наркологи
- Фтизиатры

3. Супервизия

Определение: Супервизия - система профессиональной поддержки специалистов, в частности консультантов, при котором происходит сотрудничество двух или нескольких профессионалов, в ходе которого специалист может описать и проанализировать свою работу в условиях конфиденциальности. Супервизия осуществляется в запланированный регулярный период времени, которое работник и супервизор используют для обсуждения проделанной работы, а также для обучения и развития работника.

Цель: Основная цель супервизии - помочь специалисту наилучшим образом ответить на потребности клиента.

Задачи: проведения супервизии заключаются в обучении, поддержке, выявлении возникших трудностей в работе, совместной разработке плана преодоления их.

Супервизия может быть *внутренней*, которую осуществляет руководитель, социальный консультант и *внешней*, для которой привлекают экспертов из партнерских, донорских организаций, организаций, предоставляющих подобные услуги.

Также принято разделять супервизию на *индивидуальную* и *групповую*.

Регулярность проведения супервизии определяется внутренними процедурами и стандартами в организации, ее финансовыми возможностями, требованиями и

намерениями донорской организации, потребностями сотрудников, иногда критическими\экстренными ситуациями в организации.

В целом, рекомендации в отношении проведения супервизии таковы:

- Индивидуальная супервизия должна происходить приблизительно раз в две недели, но не реже одного раза в месяц.
- Для получения хороших результатов групповая супервизия может осуществляться с такой же периодичностью. Слишком длинные интервалы между супервизиями уменьшают эмоциональную динамику отдельного лица или группы, также снижается эффективность супервизии, особенно в отношении новых и неопытных работников.
- При групповой супервизии оптимальное число участников группы – не более 10.
- Внешняя супервизия должна проводиться не реже 1 раза в год.
- По итогам проведенной супервизии обязательно готовится короткий или развернутый протокол\отчет, на основании которого разрабатывается план обучения или иных действий по выполнению рекомендаций.

4. Требования к обучению персонала

Процесс рутинного обучения персонала в организации является мероприятием, необходимым для выполнения целей и задач организации\проекта\сервиса и отражением исполнения принципов программ снижения вреда и социального сопровождения, а именно компетентности сотрудников в выполняемых обязанностях.

Вне зависимости от образования все сотрудники должны быть обучены дополнительно для создания единого видения сервиса (ознакомления с порядком и концепцией работы) и формирования командного взаимодействия. В рамках данного раздела работы руководитель\менеджер должен обеспечить сотрудникам доступ ко всей имеющейся литературе в твердом и электронном формате, доступ к интернету, поддерживать атмосферу взаимопомощи, стремления поделиться своим опытом, обеспечить возможность проходить специальные тренинги и семинары, возможность сотруднику самому проходить курсы\тренинги.

При принятии на работу сотрудника, который не имеет знаний и опыта работы в СБ руководитель обязан в течение первых трех месяцев работы организовать для него обучение. Оно должно проводиться в рабочее время и включать основные сведения об оформлении документации, партнерской сети, процессе предоставления услуг, навыках консультирования. По окончании первых 3 месяцев работник проходит тестирование по темам обучения и решается вопрос о его дальнейшей работе в организации и потребности в дальнейшем обучении. В целях мониторинга и планирования процесса обучения сотрудников в организации должна вестись электронная *таблица по обученным сотрудникам*.

5. Требования к мониторингу услуг

Мониторинг предоставления услуг предполагает наличие отчетности, системы оценки качества, своевременное проведение супервизии и служит для осуществления контроля процесса реализации проектной или программной деятельности, для объективного анализа результатов деятельности, а также для определения соответствия полученных результатов ожиданиям. Для решения этих задач, как правило, в организации в соответствии с требованием донора или внутренними процедурами устанавливается

система индикаторов. Процесс сбора данных о значениях индикаторов включает в себя несколько последовательных этапов:

1. Регистрация фактов оказания услуг клиентам и сведений о клиентах в первичных учетных формах сотрудниками, непосредственно оказывающими услуги клиентам.
2. Регистрация фактов оказания услуг в журналах регистрации клиентов и услуг на основе первичных учетных форм, этот процесс при наличии электронных баз заменяется на внесение данных в электронную базу данных.
3. Подсчет числа услуг, оказанных за период (месяц), и формирование отчета за отчетный период работы. Проводится на основе данных, внесенных в журналы учета клиентов и услуг, либо выводятся из электронной базы данных.

Источниками получения данных для расчета индикаторов являются журналы предоставления услуг, отчеты сотрудников, отчеты по проведенным мероприятиям и пр., а также возможно привлечение к получению и оценке данных партнерских организаций. Электронные базы данных, служащие для оптимизации отчетов в организации, также заполняются на основании вышеуказанных документов (первичная документация). Рекомендуется отслеживание исполнения основных\критичных индикаторов на ежемесячной основе (количество клиентов в программе, количество клиентов, прошедших тестирование на ВИЧ и т.п.), другие/не критичные индикаторы (количество проведенных тренингов, количество выданных ИОМ и пр.), как правило, оцениваются 1 раз в 3 месяца. Ответственные за сбор информации назначаются руководителем\менеджером. На основании полученных от ответственных сотрудников информации руководитель\менеджер осуществляет оценку достоверности, полноты и качества данных, анализирует процесс достижения поставленных целей. На основании проведенного анализа руководитель\менеджер принимает решения в отношении успешности или не успешности мероприятий, определяет шаги по выявлению недостатков программы и методов их устранения. Именно он является ответственным за успешное выполнение программных мероприятий, достижение запланированных индикаторов при обеспечении качества предоставляемых услуг.

6. Гендерно-ориентированные подходы к оказанию услуг в программах снижения вреда

Вопросы гендерного равенства играют важную роль в успешности реализации программ снижения вреда и достижения целей и задач данных программ.

Женщины составляют 20-30% от всех потребителей инъекционных наркотиков в странах Восточной Европы и Центральной Азии, и их доля в общем числе потребителей наркотиков постоянно увеличивается. Все большее число женщин-ПИН испытывает потребности в услугах снижения вреда, в связи с чем становится все более актуальным вопрос адаптации программ снижения вреда к особенностям клиентов-женщин.

Большая часть услуг снижения вреда для ПИН была разработана для мужчин, и гендерная специфика практически не учитывалась. Однако в последние годы наблюдается увеличение количества женщин, употребляющих наркотики и заинтересованных в лечении наркотической зависимости. Многие из этих женщин инфицированы ВИЧ. По данным ЮНЭЙДС, 85% ВИЧ - положительных женщин в странах региона заразились в результате инъекционного употребления наркотиков или сексуальных контактов с партнером-ПИН.

Уязвимость, риски и потребности женщин-потребителей наркотиков зачастую отличаются от рисков и потребностей мужчин-потребителей и тесно связаны с культурным и социальным контекстами.

- Инъекционное употребление наркотиков среди женщин зачастую подвергается еще большей стигматизации, чем среди мужчин, существенно осложняя им возможность получить медицинское обслуживание и снизить собственное рискованное поведение.
- Существует значительная область пересечения между употреблением наркотиков и постоянным или непостоянным оказанием сексуальных услуг, именно при которых происходит нерегулярное использование презервативов, высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП (секс в обмен на деньги или наркотики).
- Как правило, женщины ПИН имеют сексуальных партнеров, также являющихся ПИН, употребляют с ними наркотики и зависят от своих партнеров при получении инъекций («последняя на игле»), самих наркотиков и расходных материалов.

Данные факторы приводят к высокой уязвимости женщин, т.к. затрудняют контроль над стерильностью шприцев и оборудования и использованием презервативов. Насилие в отношении женщин ПИН только усугубляет уязвимость женщин-ПИН.

Услуги для женщин, которые предоставляются жертвам насилия, редко адаптированы к потребностям ПИН, и зачастую не распространяются на них.

- Консультирование на тему использования презервативов и услуг по сексуальному репродуктивному здоровью, редко включаются в услуги снижения вреда.
- Аутрич-работа с учетом гендерных особенностей и группы поддержки для женщин встречаются редко.
- Женщины ПИН сталкиваются с особыми трудностями, связанными с беременностью и уходом за детьми. Как правило, они не обладают достаточной информацией об употреблении наркотиков и лечении наркотической зависимости во время беременности. Лишь небольшое количество программ включает поддержку беременным женщинам ПИН. Часто ПИН предлагают прервать беременность, объясняя это тем, что они все равно не смогут иметь здоровых детей, отказывают в надлежащем обслуживании.
- Учреждения, оказывающие помощь в реабилитационных и детоксикационных услугах, отказываются принимать беременных женщин, некоторые отказываются принимать женщин вообще, в других учреждениях нет возможности и условий для ухода за детьми и, следовательно, женщины с маленькими детьми фактически являются исключенными из числа клиентов этих учреждений. Женщины, оставляющие своих детей на период получения лечения в реабилитационных центрах, нередко теряют родительские права, что негативно влияет на их желание лечить наркозависимость.

Улучшение услуг и доступа к услугам для женщин ПИН требует оценки потребностей этих женщин в адаптации программ с целью более эффективного удовлетворения данных потребностей. В процессе реализации программ снижения вреда необходимо включение следующих *ключевых* подходов к оказанию услуг, учитывающих гендерные особенности:

- аутрич-работа и консультирование по принципу «равный равному» для женщин, проходящие в безопасной обстановке и по возможности, без присутствия мужчин;
- специальные помещения в дропин и комьюнити центрах для проведения групп для женщин, «женских вечеров», на которые в центр приходят только женщины;

- открытие центров низкопороговых услуг (дропин центров, комьюнити центров, центров помощи) для женщин ПИН в разных регионах страны;
- предоставление ухода за детьми женщин, желающих посещать группы или участвовать в другой деятельности, детские комнаты;
- целевые ИОМ, посвященные потребностям именно женщин;
- распространение специальных комплектов для женщин (включающих, например, гигиенические средства, тесты на беременность, подгузники для детей);
- предоставление еды, одежды и другого необходимого для детей;
- программы лечения наркотической зависимости, составленные с учетом психологических потребностей женщин;
- программы, посвященные вопросам насилия;
- консультирование половых партнеров, обучение навыкам использования презервативов;
- консультирование по вопросам снижения вреда секс-работникам, не желающим афишировать факт употребления наркотиков, в учреждениях и программах, занимающихся здоровьем женщин или оказывающих услуги секс-работникам;
- связь программ снижения вреда с другими организациями, предоставляющими услуги для женщин (гинекологическое обслуживание, наблюдение в период беременности, безопасные аборты, предоставление контрацептивов, приюты и т.д.);
- ТИК на ВИЧ должно включать предоставление информации, учитывающей гендерные особенности, например, информация о сексуальном здоровье или возможности родить здоровых детей;
- послетестовое консультирование при положительном результате на ВИЧ должно включать помощь и подготовку к раскрытию статуса своему партнеру или родственникам, как профилактику возможного жестокого обращения в связи с позитивным статусом;

Очень важно, чтобы программы снижения вреда имели возможность направлять своих клиентов для получения других услуг (гинекологического обслуживания, наблюдения в период беременности, безопасных абортов, приютов и т.д.) в учреждения, которые доброжелательно относятся к женщинам-ПИН и обладают профессиональными знаниями об их потребностях. С этой целью критично важно добиваться обучения сотрудников таких учреждений по вопросам наркотической зависимости.

Для разработки и реализации программ и услуг снижения вреда необходимо последовательно привлекать женщин ПИН.

7. Интеграция и совместное размещение служб по ВИЧ, туберкулезу и лечению наркозависимости

Определение:

Интеграция - организационный процесс координации с целью обеспечения непрерывности и преемственности помощи с учетом индивидуальных потребностей и на основе целостного восприятия пациента. (предложено Mur-Veeman, Hardy, Steenberg and Wistow в 2003 г.).

Инъекционное употребление наркотиков играет ключевую роль в развитии эпидемии ВИЧ Кыргызстане и потребители инъекционных наркотиков подвергаются существенному риску передачи ВИЧ и туберкулеза. К тому же, активное инъекционное употребление наркотиков негативно влияет на доступ к лечению, приверженность и удержание в программе лечения. Поэтому для эффективного оказания профилактических, диагностических и лечебных услуг этой категории пациентов необходимы комплексные стратегии. С расширением доступности антиретровирусных препаратов для ПИН в последние годы в центре внимания программ снижения вреда и лечения, ухода и

поддержки для ПИНЛЖВ стала разработка системы совместно расположенных интегрированных служб помощи. Подобный подход расширит объем услуг по каждому из этих заболеваний, повысит выявляемость туберкулеза (ТБ) и ВИЧ, улучшит приверженность лечению, увеличит приток клиентов в программы лечения наркозависимости, снизит вероятность неблагоприятных явлений в связи с приемом АРВ препаратов и повысит эффективность профилактических мероприятий. Имеющиеся в стране нормативно-правовые документы, определяющие принципы и подходы к интеграции служб и услуг, являются достаточными в настоящий момент для начала реализации. Они предполагают следующие ключевые аспекты: при возможности совместное размещение услуг для удобства пациента («единое окно»), предоставление эффективного лечения наркозависимости, возможность получения услуг по ВИЧ, ТБ и наркозависимости в любом сайте получения услуг, соблюдение принципов дружелюбности, безопасности и доступности услуг вне зависимости от наличия документов, медицинской страховки, места проживания и регистрации. Для оценки успешности взаимодействия служб предлагается совместное проведение мониторинговых визитов, включение в последипломные обучающие программы и программы для студентов медицинских ВУЗов и СУЗов вопросов интегрированного подхода при оказании услуг ПИН, перекрестное обучение врачей и медицинских сестер смежным дисциплинам. Поскольку для реализации вышеперечисленных мероприятий необходимы экономические вложения и достаточное время, они требуют поэтапного, постепенного внедрения для успешности и устойчивости достигнутого.

Ключевые аспекты интегрированных программ

- Скрининг и тестирование на сочетанные патологии - добровольное ВИЧ-консультирование и тестирование (ТиК) в противотуберкулезных учреждениях, ТиК и выявление ТБ в программах лечения наркозависимости, скрининг на употребление психоактивных веществ и на туберкулез в СПИД – сервисных организациях медицинского и немедицинского профиля. Для снижения расходов и повышения приемлемости обследования, следует рассмотреть возможность применения тестирования на ВИЧ по слюне во всех медицинских и немедицинских службах, куда обращаются ПИН.
- Совместное расположение служб - такие схемы особенно полезны для ПИН, имеющих целый комплекс потребностей в профилактике, психологической поддержке и медицинской помощи. Совместное размещение не ограничивается территориально близким расположением различных служб, а скорее представляет собой попытку интегрированной помощи пациентам с множественными сочетанными патологиями под наблюдением единой команды специалистов.
- Организация эффективного наркологического лечения – медикаментозное лечение наркотической зависимости (программа ОЗТ) является критически важным аспектом комплексной помощи пациентам с множественными сочетанными патологиями.
- Мониторинг нежелательных эффектов - преимуществом эффективных интегрированных служб, обеспечивающих комплексное проведение нескольких лечебно-профилактических вмешательств, является возможность избежать развития неблагоприятных клинических проявлений и межлекарственных взаимодействий. Чтобы обеспечить правильное клиническое ведение сочетанных патологий и избежать нежелательных явлений, необходимы лабораторный мониторинг, в особенности контроль гепатита, а также корректировка дозировок для компенсации межлекарственных взаимодействий и постоянный диалог с пациентом на тему приверженности всем программам лечения. Интеграция служб

поможет избежать дублирования лабораторных анализов и позволит более эффективно подбирать дозировки препаратов, что повлечет снижение затрат на лечение.

- Перекрестное обучение медиков общего профиля и специалистов - для оптимального ведения ПИН требуется всестороннее перекрестное обучение и интеграция работы специалистов по ВИЧ-инфекции, туберкулезу и наркозависимости. В команде для обучения должны быть также аутрич-работники, врачи общего профиля, способные работать с ПИН, медицинские сестры, социальные работники. В отсутствие врача, который отвечал бы за общую координацию помощи конкретному пациенту, существует вероятность, что некоторые болезненные состояния будут отнесены на счет сопутствующих патологий и не получат адекватного лечения, поскольку предполагается, что ими должен заниматься другой специалист. Поэтому, Приказ МЗ КР № 206 от 25.04.12 г. «О реализации моделей комплексного подхода при оказании услуг по туберкулезу, наркотической зависимости и ВИЧ на амбулаторном и стационарном уровнях организаций здравоохранения республики» предусматривает кейс – менеджером случая врача той ОЗ, в которую первично обратился ПИН или того стационара, в котором ПИН находится на лечении.

В таблице ниже представлены основные характеристики процесса интеграции программ и трудности, которые необходимо предусмотреть при разработке плана внедрения интегрированного подхода трех служб.

Характеристика	Обоснование	Трудности
Совместное расположение служб	Удобство для клиента Упрощение логистики	Координация специалистов, несколько ограниченной площадью
Мониторинг нежелательных побочных эффектов	Высокая частота нежелательных побочных явлений у пациентов, получающих лечение по поводу нескольких заболеваний, пагубное воздействие побочных эффектов на приверженность	Ограниченные ресурсы, малодоступно высокотехнологичное оборудование
Перекрестное обучение специалистов	Эффективно вовлекать специалистов в работу по оказанию всесторонней помощи пациентам, специалисты могут взаимно обучать друг друга, что будет способствовать синергии в команде	Невосприимчивость персонала к новым, незнакомым областям медицины, трудно определить роли, избегать "боев за территорию", преодоление стигмы со стороны медиков к ПИН

В качестве чек листа при оценке процесса интеграции возможно использование следующей таблицы.

Отдельные службы	Физическая интеграция служб	Полная интеграция
Полностью	Модели физически находятся	Модели физически находятся

отдельные службы	рядом, но нет органической связи	рядом и органически связаны
Отдельные службы с системой перенаправления	Скрининг патологий на месте	Скрининг сочетанных патологий на месте
	1. Рутинное обследование на ВИЧ/ТБ в наркоцентрах 2. Рутинный скрининг на ВИЧ/наркозависимость в туберкулезных клиниках 3. Рутинный скрининг на ТБ/наркозависимость в ВИЧ-клиниках	1. Рутинное обследование на ВИЧ/ТБ в наркоцентрах 2. Рутинный скрининг на ВИЧ/наркозависимость в туберкулезных клиниках 3. Рутинный скрининг на ТБ/наркозависимость в ВИЧ-клиниках
	Специализированные клиники работают отдельно, но расположены в одном месте или имеют общую административную систему/персонал, медработники проходят перекрестное обучение по вопросам ведения ВИЧ/ТБ/наркозависимости, но оказывают помощь только в своей области специализации и направляют клиентов в другие находящиеся рядом программы по поводу лечения других патологий	Перекрестное обучение медработников по вопросам ведения ВИЧ/ТБ/наркозависимости
	Между программами подписаны меморандумы о взаимопонимании для обеспечения приоритетности общих пациентов	В центре работают различные специалисты как единая команда; междисциплинарное обсуждение случаев; общие медицинские карты и записи пациентов или пройдя перекрестное обучение, все медработники могут, консультируясь при необходимости с коллегами, вести ВИЧ/ТБ/наркозависимость у своих пациентов, включая: АРВ для лечения ВИЧ, профилактику/лечение ТБ, терапию под непосредственным наблюдением (DOT) по поводу ВИЧ/ТБ и при опиоидной заместительной терапии проводит один и тот же сотрудник центра.

8. Библиография

1. Закон Кыргызской Республики "Об Основах Социального Обслуживания Населения В Кыргызской Республике" (В редакции Законов КР от 12 апреля 2003 года N 71, 22 июля 2005 года N 111, 28 июля 2008 года N 177) http://www.baldar.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=213:--q-----q&catid=54:2010-02-22-04-07-34&Itemid=121
2. Закон Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» № 149 от 13 августа 2005 г.
3. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 12 января 2012 года № 32 «Об утверждении Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»
4. Приказ МЗ КР № 517 от 18.09.2012 г. «О проведении тестирования на ВИЧ методом экспресс тестирования среди уязвимых групп населения»
5. Приказ МЗ КР № 358 от 26 июня 2013 г., Приказ ФОМС при правительстве КР № 126 от 26 июня 2013 г. «Об утверждении Правил приписки населения Кыргызской Республики к группам семейных врачей»
6. Приказ МЗ КР № 59 от 18.02.2013 г. «Об усовершенствовании безопасной системы управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения»
7. Приказ МЗ КР №838 от 25.12.2009 г. « Об утверждении Стандартов услуг снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков»
8. Приказ МЗ КР № 388 от 10 июля 2012 г. Национальный клинический протокол «Тестирование и консультирование при ВИЧ-инфекции», «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков» для 1-3 уровней организаций здравоохранения на основании пересмотра и адаптации клинического протокола (МЗ КР № 178 от 25.04.2008 г. приложение 1, 6)
9. Приказ МЗ КР № 206 от 25.04.12 г. «О реализации моделей комплексного подхода при оказании услуг по туберкулезу, наркотической зависимости и ВИЧ на амбулаторном и стационарном уровнях организаций здравоохранения республики»
10. Приказ МЗ КР №145 от 17.03.2010 г. «О совершенствовании мер по борьбе с сочетанной инфекцией ВИЧ\туберкулез в Кыргызской Республике»
11. Республиканский центр наркологии Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики Приказ № 34 от 15.06. 2012 года «Об утверждении перечня единой учетно - отчетной документации по деятельности программ снижения вреда»
12. Приказ МЗ КР № 54 от 29.01.2014 г «Об утверждении клинического протокола Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» для всех уровней организаций здравоохранения»
13. Приказ МЗ КР № 3 от 10.01.2013 г. «Об утверждении клинического протокола Паллиативная помощь на всех уровнях здравоохранения и на дому»
14. Приказ МЗ КР № 342 от 14.06.13. г. «Об утверждении клинического руководства Передозировка опиоидами»
15. Приказ МЗ КР № 703 от 25.12.2012 г. «Об утверждении клинического руководства по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением опиоидов»
16. Приказ МЗ КР №497 от 11.10.10 г. «Об утверждении Руководства «Заместительная поддерживающая терапия метадонот при синдроме зависимости от опиоидов»»
17. Клинический протокол Оказание помощи при передозировки опиоидами принятые Экспертным советом по оценке качества протоколов и утвержденные приказом МЗ КР №703 от 25.12.2012г.).

18. Клиническое руководство по заместительной поддерживающей терапии метадонот в КР при синдроме зависимости от опиоидов, 2010 г.
19. Стандарты услуг снижения вреда, SARHAP
20. Страновые рекомендации по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, Бишкек, 2013
21. Аргументы в пользу действий Серия Аналитических Обзоров Руководящие принципы сотрудничества служб по борьбе с туберкулезом и ВИЧ для оказания помощи потребителям инъекционных и других наркотиков: Интегрированный подход Женева, 2008 год, ВОЗ, ЮНЭЙДС, УПН ООН
22. «Расширение тестирования и консультирования (Тик) на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ». Основы политики. Европейское региональное бюро ВОЗ 2010 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/127514/e93715R.pdf)
23. «Тестирование и консультирование, включая АРТ и профилактику ВИЧ у дискордантных пар» руководство Европейского региона ВОЗ 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf)
24. «Обследование и антиретровирусная терапия взрослых и подростков». Обеспечение выполнения в Европейском регионе наиболее эффективных мер, доступных для клинического применения и прогресса в искоренении новых случаев ВИЧ-инфекции. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/157166/e95794R.pdf
25. WHO, “Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence”, 2009 г.
26. Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ/СПИДа.
27. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, 2006 г.
28. CDC Guidance on HIV Prevention Client Management, 1997.
29. Руководство по осуществлению программ игл и шприцев Всемирная организация здравоохранения Департамент по ВИЧ/СПИД ЮНЭЙДС UNODC
30. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по профилактике вирусных гепатитов В и С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. – Женева, ВОЗ, 2012.
31. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу в связи с ВИЧ – инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 г.
32. Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный опыт, Обзор литературы, 2010 г., Управление ООН по наркотикам и преступности.
33. UNODC (2004), Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. Vienna.
34. UNODC (2005), World Drug Report, United Nations Office on Drugs and Crime.
35. UNAIDS (2008), Report on the global AIDS epidemic, 2008.
36. OSI PHP (2007), Public Health Factsheet: Women’s Health and Harm Reduction: Communities Working Together to Save Lives, Open Society Institute Public Health Program.

37. OSI (2007) Pinkham, S. and Malinowska-Sempruch, K. Women, Harm Reduction, and HIV, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute. New York.
38. Институт «Открытое общество» (2009). Женщины, снижение вреда и ВИЧ. Ключевые выводы исследований в Азербайджане, Грузии, Кыргызстане, России и Украине. http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/russian/pdf/women_ru
39. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. 2011. «Снижение вреда среди потребителей наркотиков» Информационный бюллетень
40. Глобальный фонд, 11й раунд: Информационный бюллетень: Зачем и как рассматривать вопросы гепатита С в заявках, представляемых в Глобальный Фонд
41. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) (2006). Annual report 2006: the state of the drug problem in Europe (Годовой отчет 2006 г.: ситуация с проблемой наркотиков в Европе <http://ar2006.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>
42. Hepatitis C Support Groups for Drug Users: Facilitators Manual http://www.harmreduction.org/downloads/HCV%20Support%20Manual%20Eng%20with%20Cover_1.pdf
43. Hiv prevention case management. Guidance. September 1997. U.S. Department Of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV, STD, and TB Prevention.
44. Harm reduction: A British Columbia Community Guide. British Columbia Ministry of Health (2005) <http://www.health.gov.bc.ca/prevent/pdf/hrcommunityguide.pdf>
45. Антиретровирусная терапия для потребителей инъекционных наркотиков в Центральной и Восточной Европе Трудности доступа и пути их преодоления European AIDS Treatment Group, EATG, 2008
46. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп, Практическое пособие для социальных работников, Москва 2007
47. www.harmreduction.org/files/pdf/3-advo/31ru.pdf
48. Hagan H., Thiede NS, Weiss SG, Hopkins JS, Duchin ER, Alexander (2001). Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. American Journal of Public Health, Vol 91, Issue 1 42
49. Препятствия успешному лечению туберкулеза в Томске, РФ: отсутствие приверженности, прерывание лечения и развитие полирезистентных форм. IY Gelmanova, S Keshavjee, VT Golubchikova, VI Berezina, AK Strelisf, GV Yanova, S Atwood & M Murray 2007
50. Профилактика ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики: почему необходимы индивидуальные, структурные и комбинированные подходы, Prof Louisa Degenhardt PhD, Bradley Mathers MBChB, Peter Vickerman DPhil, Prof Tim Rhodes PhD, Carl Latkin PhD, Prof Matt Hickman PhD.
52. EMCDDA (2006), A gender perspective on drug use and responding to drug problems. EMCDDA, Lisbon, November
53. Практическое руководство по организации социального обслуживания пациентов с ВИЧ – инфекцией Фонд развития межсекторального социального партнерства 2011
54. Снижение и устранение вреда, связанного с потреблением наркотиков Руководство для работников сферы услуг по снижению вреда в работе с потребителями инъекционных наркотиков Агентство общественного здоровья 2008 <http://www.sva.gov.lv>.
55. Профилактика ВИЧ – инфекции на базе аптек: на пути к универсальному доступу: Методические рекомендации Варбан М., Герасименко Э., Дешко Т., Житкова Ю., Золотова Е., Леонтьева С., Надутая Г., Нерубаева И., Окромешко С. и др. – К. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ\СПИД в Украине», 2011 г.

56. Евразийская сеть снижения вреда, 2011 г., Призыв к действию: Меры, которые необходимо принять в ответ на проблему передозировок в странах Восточной Европы и Центральной Азии.
57. С.В. Дворяк, Л.В.Власенко, К.В. Думчев, А.Б. Карачевский, А.В. Подсвинова, Г.А. Приб, Т.А. Трецкая, Е.В. Макаренко, В.В. Штенгелов С.В. Дворяк, Л.В.Власенко, К.В. Думчев, А.Б. Карачевский, А.В. Подсвинова, Г.А. Приб, Т.А. Трецкая, Е.В. Макаренко, В.В.Штенгелов Поддерживающая терапия агонистами опиоидов. Методическое пособие. Киев 2010 г.
58. Мэтт Куртис, Лидия Гутерман, Руководство для потребителей наркотиков и работников снижения вреда в Восточной Европе и Центральной Азии, 2008 год.
59. Panda S et al (2005). Risk factors for HIV infection in injection drug users and evidence for onwards transmission of HIV to their sexual partners in Chennai, India. JAIDS, 39(1)
60. R. Malyuta, and C. Thorne (2008), «Eastern Europe and Central Asia: IDU, HIV and PMTCT in the context of drug use». Presentation at the International AIDS Conference, Mexico City.
61. Clarke S., Intravenous or intramuscular/subcutaneous naloxone in opioids overdose. Emerg. Med. J., 2001;19:249.
62. Справочник для клиентов профилактических программ, 2013 г.
<http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/principles-effective-treatment> Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition) «Principles of Effective Treatment» National Institute on Drug Abuse (NIDA) is a [United States](#)
63. Evidence-Based Treatment of Opioid-Dependent Patients W. van den Brink, MD, PhD1, C. Haasen, MD, PhD Источник: Can J Psychiatry, Vol 51, № 10, September 2006.