

**Е.М. Борзунова
А.В. Сасаров**

**Практические
аспекты контроля
ко-инфекции ВИЧ/ТБ
среди уязвимых
групп населения**

**Е.М. Борзунова
А.В. Сасаров**

**Практические аспекты контроля
ко-инфекции ВИЧ/ТБ
среди уязвимых групп населения**

Москва
2009

© ОИЗ, 2009

Авторы:

Борзунова Елена Михайловна —
директор Благотворительного Фонда «Томск–АнтиСПИД»

Сасаров Андрей Витальевич —
врач, Томский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД



Данный документ разработан и издан Открытым Институтом Здоровья в рамках проекта ГЛОБУС.

Борзунова Е.М., Сасаров А.В. Практические аспекты контроля ко-инфекции ВИЧ/ТБ среди уязвимых групп населения. — М., 2009. — 152 с.

Содержание

Введение	4
Глобальное пересечение эпидемий ВИЧ и ТБ	4
Глава 1. Группы, наиболее уязвимые к ВИЧ и ТБ	8
Глава 2. Организация доступных услуг для уязвимых к ВИЧ и ТБ групп: низкопороговые программы/центры	18
Глава 3. Организация комплексной помощи и интеграция услуг на базе низкопорогового центра для контроля ВИЧ и ТБ в популяциях высокого риска	25
Глава 4. Организация мероприятий по контролю ТБ на базе низкопороговой программы	35
Глава 5. Социальное сопровождение при ко-инфекции ТБ/ВИЧ	43
Глава 6. Мультидисциплинарный подход к ведению представителей уязвимых групп при ТБ/ВИЧ	47
Глава 7. Приверженность и уязвимые группы	52
Глава 8. Опыт работы Фонда «Томск–АнтиСПИД» по организации контроля ТБ и ВИЧ в популяциях высокого риска	59
Список сокращений	69
Приложения	70

Введение.

Глобальное пересечение эпидемий ВИЧ и ТБ

Несмотря на успехи последних двух десятилетий в изучении ВИЧ, человечеству не удалось остановить распространение ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний. Более 40 млн. людей в мире ВИЧ-инфицированы, большинство из них — 36,6 млн. (87%) — проживает в странах с низким и средним уровнем дохода: в Африке (к югу от Сахары) и в Юго-Восточной Азии. ВИЧ-инфекция продолжает распространяться быстрыми темпами, ежедневно поражая около 13 600 человек. ВИЧ-инфекция вызывает больше смертей, чем любая другая инфекция — более 20 млн. человек уже умерло от СПИДа.

Треть населения Земли инфицированы микобактерией туберкулеза, около **11 млн.** ко-инфицировано ВИЧ и *Mycobacterium tuberculosis*. И хотя туберкулез излечим, именно он является одной из основных причин смертности людей, живущих с ВИЧ. Ежегодно умирают от туберкулеза более 2 млн. человек, более 1 млн. летальных исходов связано с ВИЧ-инфекцией.

Подтверждением эпидемиологической взаимосвязи между ВИЧ-инфекцией и туберкулезом является высокая заболеваемость туберкулезом в регионах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. На протяжении последних 15 лет число новых случаев заболевания туберкулезом возросло в три раза в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ.

Сегодня стало очевидным, что туберкулез — одна из ведущих причин смертности среди ВИЧ-инфицированных, а ВИЧ-инфицированные — та почва, на которой растет эпидемия туберкулеза в районах с широким распространением ВИЧ-инфекции, т.е. эпидемия ВИЧ способствует росту заболеваемости туберкулезом.

ВИЧ-инфекция — самый мощный фактор, увеличивающий риск заболевания ТБ.

Риск развития ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц в 100 раз выше, чем при отсутствии этой инфекции. ВИЧ-инфекция облегчает распространение туберкулеза несколькими способами. Она способствует развитию

туберкулеза при первичном инфицировании и является наиважнейшим фактором риска реактивации эндогенной туберкулезной инфекции. За год у 5–15% ко-инфицированных ВИЧ и *Mycobacterium tuberculosis* развивается активный туберкулез. При ВИЧ-инфекции также возрастает риск рецидивов туберкулеза, которые могут происходить как за счет реактивации (собственно рецидив), так и за счет повторного экзогенного инфицирования. Высокая заболеваемость туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных повышает вероятность распространения инфекции среди населения в целом.

Туберкулез может оказать неблагоприятное воздействие на развитие ВИЧ-инфекции.

Исследования *in vitro* показывают, что туберкулез увеличивает скорость репликации ВИЧ до 160 раз. Риск летального исхода у ВИЧ-инфицированных больных, страдающих ТБ, в два раза выше, чем у ВИЧ-инфицированных лиц без ТБ, независимо от числа клеток CD4. Средняя длительность развития СПИД у ВИЧ-инфицированных больных с сопутствующим ТБ составляла 6 месяцев по сравнению с 14,5 месяцами для ВИЧ-инфицированных больных без ТБ (контрольная группа).

Каждый год вероятность заражения туберкулезом людей, употребляющих наркотики и живущих с ВИЧ, составляет 1 из 10. В странах, где эпидемия ВИЧ в основном связана с употреблением наркотиков, также отмечается высокий уровень распространенности туберкулеза, резистентного ко многим лекарственным средствам.

Ситуация в России в течение последнего десятилетия

Ситуация в России в течение последнего десятилетия характеризуется быстрыми темпами распространения ВИЧ-инфекции и ростом заболеваемости туберкулезом. Число зарегистрированных случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в России увеличилось в 2005–2007 гг. в 3,5 раза. Разграничение определений причин смерти больных сочетанной инфекцией позволило установить, что прогрессирование туберкулеза стало причиной смерти среди умерших от ВИЧ-инфекции в России в 2007 г. в 66,5% случаев. Ведущие фтизиатры страны уже

в 2009 г. прогнозируют рост заболеваемости и смертности от туберкулеза, рост туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и увеличение числа больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Главным фактором риска инфицирования ВИЧ в России начиная с 1996 г. стало внутривенное введение наркотиков. Несмотря на активизацию полового пути передачи инфекции, с 2005 г. более 80% всех ВИЧ-положительных в РФ были инфицированы наркотическим путем. В России эпидемия ВИЧ-инфекции, туберкулеза и употребление наркотиков тесно взаимосвязаны. Так, потребление наркотиков сопровождается высоким риском заражения ВИЧ, а ВИЧ-инфекция значительно увеличивает заболеваемость туберкулезом и смертность от него. Кроме того, социальный статус ПИН делает их еще более уязвимыми к туберкулезу.

Согласно данным Национального научного центра наркологии Росздрава, на конец 2007 г. в России насчитывалось 355 568 потребителей наркотиков — тех, кто обращался за лечением или состоит на учете в государственных специализированных медицинских службах. Однако по экспертным оценкам в действительности число потребителей наркотиков в несколько раз превышает официальные данные. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) в России — это особая категория, демонстрирующая высокие показатели инфицирования ВИЧ и туберкулезом. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН составляет от 2% до 20%. Оценка ситуации ТБ/ВИЧ в 6 регионах РФ показала, что официальная статистика по распространенности туберкулеза среди ПИН отсутствует, менее половины ПИН ЛЖВ, состоящих на учете, обследованы на ТБ. Анкетирование ПИН (от 100 до 450 ПИН — клиентов проектов по профилактике ВИЧ в каждом из 6 регионов) свидетельствует, что более половины отбывали наказание в системе УИС, 45% опрошенных отмечают у себя все или несколько из первых признаков туберкулеза. За предыдущий год более 80% ПИН тестировались на ВИЧ, но половина — не обследовались на туберкулез. У 5–8% ПИН в анамнезе туберкулез, из них больше половины не прошли полный курс лечения. При микроскопии мокроты и ФЛГ-исследовании у 2–4% ПИН выявлен туберкулез, по сравнению с 0,1% в общем населении. Анкетирование и опрос врачей-фтизиатров показал, что они недостаточно подготовлены по вопросам привлечения ПИН на выявление туберкулеза и методам работы с ними. Часто врачи настроены против лечения ВИЧ-положительных больных туберкулезом ПИН, аргументируя, что такое лечение нерезультативно, что активные ПИН не способны соблюдать режим приема препаратов. Несмотря на сложность

проблемы, разработке комплексных программ лечения ПИН уделяется недостаточное внимание. Медицинская помощь ПИН фрагментирована, существующая система взаимодействия служб по контролю ВИЧ, туберкулеза и наркомании остается ограниченной из-за «вертикального» разделения, недостаточных кадровых и финансовых ресурсов.

Глава 1. Группы, наиболее уязвимые к ВИЧ и ТБ

Уязвимая группа – это группа, члены которой уязвимы или могут понести ущерб от определенных социальных обстоятельств или влияния окружающей среды; группа, в которой планируется проведение или внедрение программы воздействия. К уязвимым группам относятся люди, которые в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску заражения ВИЧ и туберкулезом. У представителей этих групп существует большое количество проблем, которые служат препятствием для проведения профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения и лечения.

Основные группы высокого риска в отношении ВИЧ и ТБ — это:

- Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)
- Коммерческие секс-работники (КСР)
- Мигранты
- Дети улиц (ДУ)

Характеристика уязвимых групп:

1. Потребители инъекционных наркотиков представляют собой неоднородную группу, контакт с которой в большинстве случаев затруднен. Подвергаются высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, ТБ и, часто, ТБ с множественной лекарственной устойчивостью.

Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции у ПИН:

- Совместное использование игл и шприцев. Часто совместное использование наркотиков и шприцев имеет социальное значение для потребителей, представляя собой определенный ритуал. Это объясняет совместное использование игл и шприцев даже в ситуациях доступности стерильного оборудования. Совместное использование фильтров, ложек, бутылков (в т.ч. с водой) также опасно.
- Незащищенные сексуальные контакты. Есть множество причин, по которым ПИН практикуют рискованное сексуальное поведение. Многие из них просто не имеют представления о риске инфициро-

вания ВИЧ. Многие не знают свой ВИЧ-статус или не могут пройти тестирование. Часто они недостаточно осведомлены о том, что такое безопасный секс, и не всегда могут приобрести недорогие или получить бесплатные презервативы. Наконец, наркотики ослабляют контроль и могут привести к рискованным для здоровья практикам.

- Частая смена половых партнеров.

Факторы, повышающие уязвимость ПИН в отношении ВИЧ и ТБ:

- Отсутствие / ограниченный доступ к официальным медицинским и социальным услугам и сложности в получении адекватной помощи:

Причины со стороны ПИН:

- отсутствие документов, удостоверяющих личность, регистрации по месту жительства, медицинского полиса
- недоверчивое/враждебное отношение к специалистам, основанное на предшествующем отрицательном опыте общения с ними
- неприемлемость услуг (стоимость, неудобные часы работы, транспортные проблемы, опасения по поводу конфиденциальности и постановки на наркологический учет)
- социальная дезадаптированность ПИН, неумение адекватно оценить состояние собственного здоровья и отсутствие установок на его поддержание
- низкая осведомленность о своих правах на получение медицинских и социальных услуг
- активное употребление наркотиков, хаотичный образ жизни

Причины со стороны государственных медицинских и социальных учреждений:

- специалисты недостаточно подготовлены для работы с ПИН
- невозможность предоставления услуг без документов
- регистрация и постановка на наркологический учет

- недостаток знаний об особенностях поведения ПИН, осуждающее отношение и отказ специалистов от предоставления им помощи в связи с «неправильным» поведением
- Ограничение допуска к некоторым видам трудовой деятельности и просто отказ в предоставлении работы ПИН.
- Сопутствующие заболевания (парентеральные гепатиты В и С, ИППП).
- Бедность, социальная изоляция, отсутствие / неудовлетворительные жилищные условия, плохое питание.
- Повторяющиеся периоды тюремного заключения.

Среди потребителей инъекционных наркотиков особенно уязвимы — коммерческие секс-работники; мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами; лица, находящиеся в местах лишения свободы (в т.ч. бывшие), мигранты и дети улиц. Многие потребители инъекционных наркотиков — молодые и в возрасте, мужчины и женщины — предлагают секс в обмен на деньги или наркотики. Совместное использование инъекционного оборудования и практика незащищенного секса **удваивают их риск инфицирования ВИЧ**. Секс-работа и инъекционное употребление наркотиков — скрытые практики, в этом случае службы здравоохранения практически не находят контакт с этой популяцией. Женщины — потребители наркотиков — особая группа, они не так заметны в обществе, как мужчины-ПИН, однако это не означает, что их меньше. Обычно женщины употребляют наркотики дома, совместно с партнерами-мужчинами. Они больше подвержены стигме и дискриминации, поэтому практически никогда не обращаются к специалистам.

2. Коммерческие секс-работники — вторая по значимости в распространении ВИЧ-инфекции группа. Терминологически проститутки, или секс-работницы, обычно определяются как лица с высоким уровнем половой активности, предоставляющие сексуальные услуги за деньги или предметы, являющиеся денежным эквивалентом, например, наркотики.

Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции у КСР:

- Высокий показатель частоты смены половых партнеров
- Редкое пользование презервативом и частые инфекции, передающиеся половым путем
- Опасные и травмирующие сексуальные практики
- Высокий риск физического и сексуального насилия
- Употребление алкоголя и наркотиков, нередко как средство психологической защиты

Факторы, повышающие уязвимость КСР в отношении ВИЧ и ТБ:

- Отсутствие / ограниченный доступ к официальным медицинским и социальным услугам
- Социальная изоляция, стигма и дискриминация. Доступность квалифицированной медицинской помощи для КСР различается в зависимости от того, каким видом коммерческого секса они занимаются. Наименее доступны услуги для так называемых уличных КСР. Существует ряд причин, ограничивающих доступ к услугам официальных медицинских учреждений

Причины со стороны КСР:

- Отсутствие документов, удостоверяющих личность, регистрации по месту пребывания, полиса медицинского страхования.
- Неприемлемость услуг, связанная со спецификой работы (график работы, отдых в часы работы медицинских учреждений)
- Самостигматизация (внутренняя стигма)
- Недоверие к представителям государственной медицины
- Специфический образ жизни

Причины со стороны государственных медицинских учреждений:

- Невозможность предоставления медицинских услуг лицам без документов
- Ограниченный набор бесплатных для населения диагностических процедур
- Утвержденная приказами руководящих органов здравоохранения процедура постановки на диспансерный учет пациентов с выявленными заболеваниями
- Осуждающее (не толерантное) отношение специалистов к КСР

3. Мигранты. Мигрирующие группы населения подвергаются риску заражения и вносят свою лепту в развитие эпидемии туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Часто неопределенный юридический статус мигрантов создает особые проблемы в борьбе с ТБ, профилактике и лечении ВИЧ-инфекции в этой группе населения.

Провокация рискованного поведения у мигрантов:

- Разделение с семьей и постоянными партнерами
- Ощущение освобождения от прежних социальных и культурных норм

Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции у мигрантов:

- Употребление наркотиков и алкоголя, часто как средство психологической защиты
- Потребление услуг КСР
- Частая смена половых партнеров
- Незащищенные сексуальные контакты

Факторы, повышающие уязвимость мигрантов в отношении ВИЧ и ТБ:

- Маргинализация, дискриминация и эксплуатация в пути и во время пребывания в чужой стране

- Низкий уровень информированности по вопросам ВИЧ/ТБ
- Недостаточный уровень подготовки специалистов и волонтеров по вопросам этнической психологии и особенностям работы с разными группами мигрантов
- Барьеры для получения информации, медицинской и социальной помощи:
 - Административные (особенно для нелегальных мигрантов)
 - Языковые и культурные
 - Законодательные – в случае выявления ВИЧ-инфекции на территории РФ граждане, не имеющие российского гражданства, подлежат депортации, ограничен въезд и пребывание людей с туберкулезом

4. Беспризорные и безнадзорные дети и подростки — дети улиц (ДУ)

Высокому риску инфицирования ВИЧ/ИППП, употребления наркотиков подвергаются так называемые дети улиц, уязвимая молодежь. Это подростки, попавшие в трудные жизненные обстоятельства, спасающиеся на улице от бедности, домашнего насилия и пьянства родителей; это безработные и не посещающие школу молодые люди, сельская молодежь.

Факторы риска распространения ВИЧ-инфекции у безнадзорных и непризорных детей и подростков:

- Практика ранних и незащищенных половых контактов;
- Практика наиболее опасных с точки зрения инфицирования форм сексуальной активности;
- Частая смена половых партнеров;
- Практика употребления алкоголя и наркотиков
- Высокая степень подверженности сексуальному насилию

Факторами, повышающими уязвимость ДУ в отношении ВИЧ, являются:

- Высокий уровень распространенности ИППП
- Низкий уровень / отсутствие знаний о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ и туберкулеза, который не дает возможности определить и выбрать более безопасное поведение
- Отсутствие / ограниченный доступ целевых групп к обучающим программам и информации по ВИЧ/ТБ, медицинским и социальным услугам
- Социальная изоляция, плохое питание, тяжелые условия жизни

Причины со стороны ДУ:

- социальная дезадаптированность, наличие многочисленных психосоциальных проблем (чувство вины, одиночества, страха, агрессии)
- отсутствие документов, регистрации, медицинского полиса
- отсутствие установок на поддержание своего здоровья
- отсутствие навыков обращения в ЛПУ и навыков общения с медицинскими работниками
- неприемлемость услуг, связанная с образом жизни, культурным и образовательным уровнем
- низкая осведомленность о своих правах

Причины со стороны государственных медицинских и социальных учреждений:

- Недостаточная подготовка специалистов для работы с ДУ
- Мероприятия ограничительного, назидательного и силового характера, используемые официальными структурами в отношении целевых групп, которые по этой причине стремятся избегать каких-либо контактов с правительственным сектором, в том числе со здравоохранением

Нужды и потребности уязвимых групп в организации работы службы, предоставляющей услуги по ВИЧ и ТБ

Трудности с предоставлением/получением услуг профилактики ВИЧ/ТБ, лечения и ухода для представителей уязвимых групп:

1. Мотивационные факторы:

- Социальная незрелость и отчуждение, многочисленные психосоциальные проблемы, такие, как чувство вины, одиночества, страха, агрессии
- Недостаточная осведомленность о своих правах на получение медицинских и социальных услуг
- Неумение оценить состояние собственного здоровья
- Отсутствие установок на поддержание своего здоровья
- Внутренняя стигма

2. Факторы, препятствующие получению помощи:

- недоступность служб и неприемлемость услуг — стоимость, неудобные часы работы, транспортные проблемы
- активное потребление наркотиков затрудняет доступ к лечению и соблюдению режима терапии
- культурные и языковые барьеры
- административные и законодательные ограничения

3. Структурные факторы:

- «вертикальное» разделение служб по контролю ТБ и ВИЧ, наркомании в системе здравоохранения
- неразвитый наркологический сервис и трудности с услугами реабилитации

- отсутствие/неразвитые связи между профилактикой и лечением
- специалисты системы здравоохранения и социальных служб не готовы работать с уязвимыми группами, кроме как в специализированных учреждениях

4. Негативный опыт:

- допрос в регистратуре
- недоброжелательный/нетолерантный персонал
- осуждающее отношение и отказ медиков от участия в оказании помощи ПИН

Потребности самих представителей уязвимых групп (на основании проведенного исследования):

- Доступность – расположение служб должно быть таким, чтобы их посещения оставались максимально незаметными для окружающих, удобные часы работы с учетом реальной жизни клиентов, наличие вечерних часов работы
- Отдельный вход, вывеска с нейтральным названием (чтобы посещение этих центров не вызвало интереса окружающих)
- Наличие карты услуг с четкой информацией о том, какие виды услуг в какое время предоставляются; консультативный кабинет, посещение которого возможно без предварительной записи
- Сокращение времени ожидания и организация досуга на время ожидания (журналы, информационные материалы, и т.д.)
- Разделение потоков по полу (женщины)
- Бесплатность услуг
- Со стороны персонала – быстрое обслуживание, конфиденциальность, доброжелательность. Информация не должна подаваться в назидательном тоне с морализированием по поводу поведения клиента

- Комплексность — получать максимальное количество услуг в одном месте; услуги не только медицинские и социальные, но и юридические; и обмен шприцев, и предоставление презервативов, салфеток и других средств защиты
- Постоянный врач
- Неограниченное время общения с консультантом
- Информация должна быть понятной, точной, доступной
- Наличие в центре аутрич-работников и консультантов из числа равных

Зачастую ПИН, КСР и детей улиц называют труднодоступными группами. Но нет труднодоступных групп, есть труднодоступный сервис!

Для того, чтобы программы профилактики дали положительные результаты, они должны отвечать реалиям жизни людей, которым они адресованы. Вполне очевидно, что у ПИН, КСР, детей улиц, мигрантов есть особые медико-социальные потребности и специфические проблемы. При оказании услуг этим группам прежде всего необходимо установление и поддержание контакта, должны учитываться особые, характерные для них проблемы, их стиль и образ жизни, рискованное поведение, услуги должны быть удобными и приемлемыми. Для приближения к труднодоступным группам медицинских и социально-психологических услуг, отвечающих их нуждам, потребностям и реалиям их жизни, необходима организация так называемых низкопороговых центров.

Глава 2. Организация доступных услуг для уязвимых к ВИЧ и ТБ групп: низкопороговые программы/центры

В этой главе будут рассмотрены вопросы организации низкопорогового сервиса для уязвимых групп на примере программы снижения вреда (низкопороговый центр для ПИН) (см. приложение № 1). Все описанные задачи, принципы и методы работы могут быть использованы при организации работы любого низкопорогового центра, ориентированного на оказание услуг другим представителям уязвимых групп.

Низкопороговый центр (НЦ) — это учреждение, оказывающее комплексную медико-социально-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой социально-психологических особенностей, поведения и образа жизни клиентов на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Низкопороговые центры не критичны к интенсивности и направленности мотивации участников и отвечают их нуждам и потребностям.

Низкопороговый центр/программа — это место включения представителей уязвимых групп в систему здравоохранения и социум.

Цели НЦ:

- Приближение медико-социально-психологической помощи к уязвимым группам в контексте ВИЧ/СПИД/ИППП, туберкулеза, наркомании, парентеральных вирусных гепатитов
- Снижение социальной и персональной уязвимости целевых групп к ВИЧ/СПИД/ИППП, туберкулезу, повышение их качества жизни и расширение возможности для социальной интеграции

Задачи НЦ:

- Установление контактов с представителями уязвимых групп в удобных для них местах посредством аутрич-работы

- Минимизация и профилактика соматического, психического и социального вреда, исходящего из образа жизни, который ведет клиент. Виды помощи: выдача средств профилактики и защиты, гигиенических принадлежностей, одежды, продуктов. Консультирование и тестирование на ВИЧ/ИППП, туберкулез, гепатиты. Правовая помощь
- Информирование, консультирование и разъяснение рисков, систематическое ориентирование на менее опасное поведение
- До- и послетестовое консультирование и тестирование на ВИЧ
- Медицинское консультирование, оказание доврачебной помощи
- Выявление клиентов, нуждающихся в углубленном обследовании, лечении и сопровождении в специализированные медицинские учреждения
- Социальное посредничество
- Социально-психологическое сопровождение
- Обучение и поддержка «равных равными»
- Группы само- и взаимопомощи ПИН, ЛЖВ, КСР
- Сбор информации о нуждах и потребностях клиентов
- Обучение и подготовка специалистов к особенностям работы с уязвимыми группами

Низкопороговая работа:

- Принимает потребление наркотиков как личное решение клиента (не требует абстиненции как условия для контакта и помощи)
- Понимает и принимает жизненные реальности клиентов, к которым зачастую относятся коммерческая секс-работа и деликventное поведение (кражи, попрошайничество, мошенничество и т.д.)

- Ориентирована на соблюдение прав человека. Представители уязвимых групп обладают всеми правами граждан, закрепленными в конституции и международных конвенциях и ратифицированными в стране. Несоблюдение этого фундаментального права по отношению к уязвимым группам создает значительные препятствия профилактики и, в более широком смысле, социальной реабилитации
- Ориентирована на право клиента на достойные человека социальные и жизненные условия (укрепление социальной позиции клиента)
- Выносит на первый план основные нужды, потребности, интересы и права клиентов
- Ориентирована на активное и полноценное участие представителей уязвимых групп в работе программ и сервисов. Именно они обеспечивают самый широкий доступ к уязвимым группам, выстраивая тем самым «мостики» между службами по контролю ВИЧ, ТБ, наркологической службой и группами, нуждающимися в помощи. Именно они позволяют донести информацию и организовать эффективную профилактическую и медицинскую поддержку людям, затронутым эпидемией ВИЧ

Низкопороговый сервис предполагает современный и профессиональный уровень работы с социально уязвимыми группами.

Принципы низкопорогового сервиса:

- Сокращение количества барьеров (территориальная доступность, оказание услуг без документов, приближение к среде — связь с программами снижения вреда, концентрация максимального количества услуг в одном месте, т.н. «принцип универсама»)
- Реалистичность и постепенное увеличение сложности медицинских и профилактических мероприятий (работа начинается с несложных мероприятий: установление контакта с пациентом, решение сопутствующих социальных проблем)
- Низкопороговый сервис базируется на восприятии собственной деятельности применительно к потребностям ЦГ. Планирование помощи и поддержки клиентам рассматривается как корпоративный,

открытый и обязательный для всех сотрудников процесс, в центре которого стоят потребности клиента

- Деятельность сопровождается постоянными исследованиями, результаты которых ложатся в основу выработки новых подходов и алгоритмов по оказанию востребованной помощи

Для государственных организаций это довольно новый подход, требующий дополнительной подготовки в данной сфере.

Принципы работы с уязвимыми группами:

Основополагающими принципами работы с уязвимыми группами являются: *Доступность, Добровольность и Доброжелательность, Доверие (принцип четырех «Д»).*

Для реализации принципа *Доступности* необходимо создать такую организационную структуру, при которой целевые группы имеют реальную возможность получить услуги:

- простота обращения,
- безвозмездность услуг,
- комплексность оказываемой помощи,
- возможность получить любую интересующую информацию.

Для реализации принципа *Добровольности* необходимо создать условия, располагающие клиента к осознанному обращению в программу и к участию в ее деятельности, а также проявление доброй воли в выборе услуг.

Для реализации принципа *Доброжелательности* необходимо создать такую организацию работы, при которой клиент получает максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, которое прежде всего основано на понимании и принятии особенностей ЦГ.

Принцип *Доверие* будет реализован при соблюдении трех «Д».

Клиент-центрированный подход. Данный подход основывается на принятии клиента без критики и осуждения, таким, какой он есть. Работа строится на основе потребностей и проблем клиента, при этом его не «загоняют» в отработанные схемы и рамки, а вырабатывают индивидуальный, приемлемый алгоритм помощи. Формальный подход в решении проблем без учета индивидуальных особенностей не только не принесет успеха, но будет способствовать ухудшению состояния клиента и дискредитации программы. В низкопороговых программах нет ограничений по продолжительности участия в программе представителей уязвимых групп.

Конфиденциальность. Употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция, судимость — факторы, которые сами по себе являются стигматизирующими. Наличие всего комплекса перечисленных проблем у одного человека создает для него зачастую непреодолимые проблемы с адаптацией в обществе. Такие люди постоянно сталкиваются с проявлениями дискриминации как со стороны ближайшего окружения, так и со стороны служб, в которые они обращаются для решения проблем. Поэтому для успешной работы необходимо соблюдать принцип конфиденциальности и сохранения врачебной тайны. Следует помнить о существовании дисциплинарной, административной и уголовной ответственности за разглашение личных сведений, приведших к нанесению ущерба (морального, психологического, материального и т.д.). Чтобы клиент чувствовал себя в безопасности, целесообразно обсудить ситуации, когда может оказаться необходимым предоставление информации третьим лицам — например, близким родственникам, знакомым, специалистам партнерских организаций.

Методы и направления работы НЦ

1. Аутрич-работа проводится с целью установления контактов с представителями уязвимых групп в удобных для них местах — там, где они живут и проводят время. Такая работа сопровождается равным консультированием, предоставлением информации, а также профилактических средств (стерильные иглы, шприцы, презервативы, мази, перевязочные материалы).
2. Консультирование и распространение информационных материалов помогают ЦГ контролировать свое состояние, следить за здоровьем и снижать возможные риски, пользуясь достоверной, актуальной и

понятной информацией. Консультирование проводится как равными консультантами, так и специалистами. В подготовке информационных материалов также принимают участие как сами клиенты низкопороговых программ, так и медицинские и иные специалисты. Информационные материалы адресованы исключительно представителям целевой аудитории (материалы для ПИН адресованы только ПИН, для детей улиц — только ДУ и т.д.). И распространяются материалы только среди людей, относящихся к различным подгруппам уязвимых групп (ПИН, КСР, мигранты, ДУ).

3. Предоставление средств защиты (программа снижения вреда для ПИН). С точки зрения риска передачи вирусных, инфекционных и иных заболеваний одним из самых опасных видов поведения является совместное использование инъекционного инструментария, особенно шприцев и игл, что в силу разных причин является достаточно широко распространенной практикой среди потребителей наркотиков. Среди этих причин могут быть необходимость платить за шприцы и иглы, отказ некоторых аптек продавать их. Программы предоставления игл и шприцев обеспечивают потребителям доступ к бесплатному стерильному инструментарию и другим профилактическим материалам, а также к более широкому спектру услуг по запросу клиента, демонстрируя дружеское и уважительное отношение.
4. Медицинская и социальная поддержка. Низкопороговые программы направлены на то, чтобы облегчить доступ к подобной помощи для своих клиентов. Зачастую низкопороговые программы (снижение вреда) становятся первым и единственным связующим звеном между ЦГ и системой здравоохранения и социальных услуг, открывая доступ к их более широкому спектру.
5. Обучение и поддержка «равных равными». Активные или бывшие потребители наркотиков лучше понимают проблемы других потребителей и в роли равных консультантов способны донести до них информацию на доступном языке. Обучение новым практикам и методам изменения поведения становится более эффективным, когда проводится людьми из одной среды. Например, на сегодняшний день программы снижения вреда играют существенную роль в формировании у потребителей наркотиков с ВИЧ приверженности к лечению ВИЧ-инфекции *высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ)*. Равные консультанты, благодаря их непосредственному контакту с ПИН и знанию проблемы в целом, доносят информацию о специфике лечения в наиболее доступной и полной форме.

Значение низкопорогового центра:

- Деятельность ориентирована на нужды и потребности клиентов
- Простота организации: отсутствие регистратуры, классического медицинского стиля, удобное время работы, приемлемые услуги
- Комплексность услуг: медицинские, психологические, социальные, правовые
- Широкий спектр услуг в одном месте, отвечающий реалиям жизни клиентов
- Модель сотрудничества – решения принимаются с участием обратившегося
- Возможность получить в НЦ первичную медицинскую помощь, дружественное консультирование, поддержку – это единственная возможность для представителей уязвимых групп

Низкопороговый центр можно организовать в центрах социальной защиты, психологических центрах, в учреждениях здравоохранения (центры СПИД, КВД, наркологическая служба, медико-социальные службы, центры медицинской профилактики), центрах социальной помощи молодежи. При этом НЦ может быть самостоятельной организацией или являться подразделением этих структур.

Глава 3.

Организация комплексной помощи и интеграция услуг на базе низкопорогового центра для контроля ВИЧ и ТБ в популяциях высокого риска

Ведение пациентов с наркотической зависимостью и сопутствующими ВИЧ-инфекцией и туберкулезом требует активного участия специалистов разного профиля, представляющих как сферу здравоохранения, так и другие социальные службы. Это низкопороговый центр, программа снижения вреда, службы контроля ТБ, ВИЧ, наркологическая служба, реабилитационные программы, социальные службы, равные консультанты.

Для организации эффективной помощи уязвимым группам необходимо интегрировать услуги этих служб и организаций на базе низкопороговой программы. Инициаторами интеграции могут быть специалисты низкопороговых программ/центров, которые имеют доступ к целевым группам и понимают потребности клиентов в комплексной помощи. Также специалисты НП могут взять на себя координирующую роль.

Определение интегрированной помощи

Интегрированная помощь — это налаживание разносторонней и непрерывной помощи, учитывающей потребности уязвимых групп, основанной на целостном подходе к клиенту и принципах работы с уязвимыми группами.

Интеграция услуг имеет два вектора развития:

- Мультипрофессионализм (связь разных профессиональных компетенций)
- Координированная кооперация (фтизиатр, инфекционист, психолог, социальные работники, равные консультанты, аутрич-работники, активисты групп само- и взаимопомощи).

Интеграция услуг для уязвимых групп является стратегически обоснованной по нескольким причинам:

1. Комплексная помощь обеспечивает доступ к широкому спектру услуг и упрощает жизнь социально уязвимых групп: все услуги можно получить в одном месте по «принципу универсама».
2. Комплексная модель способствует взаимодействию специалистов: медиков различных специальностей, социальных работников, психологов, сотрудников низкопороговых программ, равных консультантов, юриста. Специалисты получают возможность лечить не отдельные болезни, а больных и подходить к их проблемам комплексно, а не фрагментарно.
3. Исследования доказывают, что комплексная помощь в одном центре может улучшить как общемедицинские результаты лечения, так и результаты лечения наркозависимости.

Интеграция услуг на базе низкопороговых центров позволит:

- Информировать и обучить всех клиентов – представителей уязвимых групп вопросам профилактики ВИЧ/СПИД, туберкулеза и других инфекций
- Обследовать всех клиентов на ВИЧ, туберкулез, гепатиты, ИППП
- Обучить разных специалистов вопросам смежных специальностей: ВИЧ/СПИД, туберкулезу, навыкам работы с уязвимыми группами и работы в команде
- Работать специалистам и «равным консультантам» как единой команде в решении проблем и лечении клиентов
- Повысить приверженность у представителей уязвимых групп к лечению ВИЧ и туберкулеза

Ключевые составляющие интеграции:

1. Совмещение услуг должно быть не только территориальным, но и организационным. В этом случае обеспечивается согласованное решение единой командой различных проблем, имеющихя у клиента.

Важнейшим элементом в организации интеграции услуг для уязвимых групп на базе низкопорогового центра является установление взаимодействия и сотрудничества/партнерства с ключевыми организациями и службами.

2. Ключевым элементом, на базе которого формируется сотрудничество, должна стать задача доступа уязвимых групп к услугам диагностики и лечения ВИЧ/ТБ, наркотической зависимости и их социальная адаптация. Осознание всеми актуальности данной проблемы еще не означает, что возможно автоматическое возникновение партнерства между заинтересованными организациями.
3. Механизмы взаимодействия между организациями различной формы собственности (ГО и НКО) должны строиться исходя из следующих положений:
 - Четкая согласованная система правовых норм и правил, обеспечивающих взаимодействие
 - Разнообразные формы и способы финансирования взаимодействия из разных источников
 - Согласованные (и фиксированные) нормы оценки и принципы партнерских отношений; контроль и отчетность по ходу исполнения совместной работы
4. Основные принципы сотрудничества и партнерских отношений включают:
 - Заинтересованность каждой из взаимодействующих организаций в поиске путей решения проблемы
 - Бесконфликтное сотрудничество между партнерами в разрешении спорных вопросов
 - Объединение усилий и возможностей каждой из сторон в решении важных проблем, неэффективно решаемых ими раздельно
 - Стремление к поиску реалистичных решений, а не имитация такого поиска

- Общая цель; действия партнеров направлены на результат, значимый для целевой группы, а не на реализацию задач частных проектов
- Значимый вклад и активность каждой из сторон
- Взаимодействие характеризуется доверием партнеров друг к другу
- Равенство, открытость и взаимная выгода

Планирование сотрудничества и поэтапное выполнение совместных мероприятий по контролю ВИЧ и туберкулеза в популяциях высокого риска

Цели сотрудничества:

Построение партнерства для обеспечения доступа уязвимым группам к услугам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/туберкулеза.

Разработка модели сотрудничества и разграничение полномочий и обязанностей

Первые шаги к взаимодействию и сотрудничеству:

- Обзор законодательства страны в области профилактики ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, наркозависимости, существующих нормативно-правовых документов и подзаконных актов
- Оценка рынка медицинских и социальных услуг

Выбор партнеров:

- Поиск и знакомство с деятельностью организаций – потенциальных партнеров
- Оценка возможности и необходимости взаимного сотрудничества
- Установление контактов с организацией

При выборе партнера необходимо провести оценку следующих характеристик:

- какие услуги, на каких условиях предоставляет организация
- юридическая форма организации (государственная, некоммерческая или коммерческая организация)
- нормативные документы, регламентирующие деятельность организации
- потребности организации и специалистов
- необходимые условия для сотрудничества
- ресурсы организации

Этапы взаимодействия

Первый этап взаимодействия – встреча руководителей.

Цели:

- Выяснение эпидситуации по ВИЧ/ТБ
- Анализ ситуации по контролю туберкулеза в популяциях высокого риска
- Опыт, полученный в работе с уязвимыми группами
- Определение интересов каждого из партнеров
- Определение общей цели и задач
- Определение «собственных» целей и задач каждого участника сети
- Возможности для интеграции услуг по контролю ТБ и ВИЧ в работу низкого порога центра

На этом этапе необходимо понимание интересов сторон по следующим моментам:

- стремление каждой из сторон найти решение проблемы посредством взаимодействия

- осознание сторонами, что объединение их сил и средств создает единую программу помощи уязвимым группам
- осознание возможности решить проблему только совместными силами
- понимание своей роли, целей и статуса в общей программе; свои особые возможности решения проблемы
- осознание взаимной выгоды и привлекательности партнерства
- готовность к равноправному сотрудничеству

Второй этап взаимодействия – разработка системы взаимодействия и сотрудничества (см. приложение № 2).

Цели:

Формирование регламента и координации сотрудничества:

- Определение условий, обязательств и регламента сотрудничества
- Определение координатора и ответственных лиц в службах, а так же того, какие решения должны быть приняты для выполнения совместных мероприятий
- Определение возможных способов координации совместной деятельности (оперативное общение по телефону и электронной почте, проведение совместных фиксированных рабочих встреч, распространение документов-записок, рабочих планов, документов, материалов)

Определение областей сотрудничества и составление плана совместной работы:

- Совместное планирование
- Совместные мероприятия по профилактике, диагностике, приверженности и контролируемому лечению

- Совместное обучение персонала
- Совместная система сбора информации

Третий этап взаимодействия и сотрудничества — что делать и как делать:

- Составление плана совместной работы (см. приложение № 5)
- Составление карты выбора мероприятий (см. приложение № 3) — списка совместных мероприятий с описанием очередности этих мероприятий в зависимости от возможностей учреждения и имеющихся у него кадровых и материальных ресурсов
- Составление схемы выполнения мероприятий — подробного описания обязанностей каждой сотрудничающей стороны (приложение № 21)
- Определение алгоритмов бесплатного обследования/дообследования на ТБ (см. приложение № 8) и лечения/профилактики ТБ у ЛЖВ (приложение № 14) — клиентов низкопорогового центра
- Определение системы направлений и социально-психологического сопровождения клиентов на этапе профилактики, диагностики и лечения/химиопрофилактики ТБ
- Определение упрощенной схемы оказания помощи по направлению низкопорогового центра
- Разработка рекомендаций, информационных материалов, методических пособий по вопросам контроля ВИЧ/ТБ в популяциях высокого риска
- Определение того, какие организации и специалисты отвечают за предоставление каждого вида услуг
- Определение того, что требуется для выполнения совместной работы
- Разработка и утверждение форм отчетности и ключевых показателей

Четвертый этап взаимодействия и сотрудничества – разработка системы поддержки персонала:

- Обучение исполнителей совместных мероприятий по вопросам ВИЧ, туберкулеза, наркотической зависимости, социального сопровождения, особенностям работы с уязвимыми группами
- Регулярные встречи для обсуждения трудных случаев
- Неформальные встречи, на которых сотрудники могут поделиться своими личными чувствами и переживаниями, связанными с работой с уязвимыми группами

Пятый этап взаимодействия и сотрудничества – мониторинг:

- Организация системы мониторинга и оценки эффективности совместной работы
- Разработка и утверждение форм отчетности и ключевых показателей
- Продолжение сотрудничества с учетом рекомендаций, полученных по итогам мониторинга

Обязательные условия для эффективного сотрудничества:

- Наличие общих конкретных проблем и сложностей в работе
- Наличие ресурсов, которыми могут воспользоваться партнеры (услуги, помещение, персонал, информация и материалы)
- Четкое понимание необходимости участия в партнерской работе
- Готовность к дополнительной нагрузке для работы в партнерской сети
- Существование атмосферы открытости и безопасности между участниками
- Функционирование системы связи и информационного обмена

Комплексные стратегии организации эффективной профилактики, диагностики и лечения для ПИН

- Аутрич-работа как ключевой компонент доступа к целевой группе
- Предоставление нескольких услуг в одном месте
- Создание устойчивых связей между наркологической службой, службами по контролю ВИЧ и ТБ, социальными службами и реабилитационными программами
- Вовлечение аутрич-работников и равных консультантов в процесс проведения профилактики и лечения ВИЧ/ТБ
- Соблюдение принципов низкопорогового сервиса и работы с уязвимыми группами

Программы снижения вреда является авангардом комплексной помощи ПИН и ЛЖВ, начиная со стандартного профилактического набора и заканчивая более сложными мероприятиями (включая ВААРТ и ДОТС). Интеграция программ снижения вреда и лечения является хорошим примером единства профилактики и лечения как метода контроля ВИЧ и ТБ в популяциях высокого риска.

Мероприятия, необходимые для обеспечения реализации модели интегрированных услуг на основе т.н. «принципа универсама» на базе низкопороговой программы снижения вреда:

- Информирование и обучение по менее опасным инъекциям и снижению риска инфицирования ВИЧ
- Предоставление инъекционного оборудования
 - доступ к бесплатным иглам, шприцам, презервативам, материалам дезинфекции
 - утилизация использованного инструментария
- До- и послетестовое консультирование и тестирование на ВИЧ
- Консультирование инфекциониста, фтизиатра, венеролога, психолога

- Консультирование специалиста по социальной работе (социальная диагностика, социальная адаптация, социальное обеспечение)
- Проведение социальной аутрич-работы
- Диагностика ТБ (сбор информации, скрининг кашляющих, постановка пробы Манту, забор мокроты) и контролируемое лечение (в том числе профилактическое) на месте с обеспечением приверженности (DOTS) как часть «универсама»
- Обучение пациентов вопросам ВИЧ/СПИД, АРВ-препаратов и целей ВААРТ
- Обучение пациентов вопросам ТБ, DOTS
- Интенсивный курс по приверженности, проводимый подготовленными «равными консультантами»
- Социальное сопровождение, в том числе поиск и обустройство жилья, трудоустройство, помощь в получении документов, льгот и другое
- Информирование и обучение женщин-ПИН по вопросам репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения, контрацепции, помощь в социальной адаптации
- Работа мультидисциплинарной команды, регулярные встречи и поддержка приверженности ВААРТ и лечению туберкулеза
- Обеспечение связи с реабилитационными программами (включая детоксикацию)
- Группы само- и взаимопомощи ПИН и ПИН–ЛЖВ

Глава 4.

Организация мероприятий по контролю ТБ на базе низкопороговой программы

Потенциальные возможности низкопороговых программ по контролю ТБ и ВИЧ в популяциях высокого риска

Программы, организующие свою деятельность там, где находятся клиенты, имеют доступ к целевой группе и, следовательно, могут/должны использоваться не только для проведения первичных профилактических мероприятий, но и для предоставления медицинской и социально-психологической помощи ЛЖВ.

У низкопороговых программ имеются высокий потенциал и реальные возможности для контроля ТБ в популяциях высокого риска по ВИЧ-инфекции (ПИН):

- Обеспечение доступа ТБ-службы к закрытой целевой группе ПИН
- Информационная работа по вопросам туберкулеза
- Тестирование клиентов на туберкулез
- Профилактика туберкулеза среди ЛЖВ
- Медико-социальное сопровождение для улучшения приверженности терапии:
 - Консультирование
 - Группы само- и взаимопомощи ПИН и ПИН-ЛЖВ
 - Участие в контролируемом лечении, наблюдение за приемом препаратов (см. приложение № 4).

Низкопороговый центр/программа – это место включения представителей уязвимых групп в систему здравоохранения и социум. Поэтому очень важно, чтобы сотрудники НЦ участвовали в контроле ТБ среди

своих клиентов. Для организации этой работы прежде всего необходимо разработать и утвердить на уровне руководителей четкие алгоритмы взаимодействия НЦ и службы контроля ТБ и должностные обязанности сотрудников, участвующих в совместных мероприятиях.

1. Организация мероприятий по инфекционному контролю на базе низкопороговой программы

Инфекционный контроль — мероприятия, направленные на предотвращение распространения туберкулезной инфекции в учреждениях, работающих в сфере контроля ТБ/ВИЧ, являются важнейшим элементом защиты здоровья сотрудников и клиентов, посещающих эти учреждения.

Мероприятия по инфекционному контролю проводятся на трех уровнях (см. приложение № 7) — на управленческом (административном) уровне, на уровне контроля над состоянием окружающей среды и уровне индивидуальной защиты органов дыхания. Механизмы административного контроля являются самыми важными, поскольку успех контроля над состоянием окружающей среды и обеспечением индивидуальных средств защиты органов дыхания полностью зависит от наличия четкого управления и руководства программой. Каждому из перечисленных уровней принадлежит определенная роль на различных этапах передачи инфекции:

- Меры административного контроля позволяют уменьшить степень неблагоприятного воздействия на здоровье сотрудников и клиентов.
- Контроль над состоянием окружающей среды обеспечивает снижение концентрации капельных частиц, содержащих инфекционные агенты.
- Меры индивидуальной защиты органов дыхания предназначены для защиты сотрудников в таких условиях, когда концентрацию аэрогенной инфекции не удастся адекватным образом снизить за счет мер административного контроля или контроля за состоянием окружающей среды.

Помимо проводимого в учреждениях инфекционного контроля, важно обсудить с клиентами, чьи жалобы подозрительны на ТБ, меры личного контроля над передачей инфекции, такие как прикрывание рта и носа

платком при кашле или чихании. Одно это простое действие будет снижать риск передачи заболевания.

Независимо от размера низкогопорогового центра первым шагом на пути совершенствования работы по борьбе с распространением МБТ должна быть оценка риска заражения МБТ, которому подвергаются сотрудники. Риск передачи МБТ подлежит оценке не только на уровне всего учреждения в целом, но и на тех участках учреждения, где оказывают помощь клиентам, чьи жалобы подозрительны на туберкулез (например, аутрич, СПОШ, МПОШ, кабинеты анонимного обследования, и т.п.). Результаты оценки риска будут положены в основу разработки плана мероприятий по ИК, чтобы предпринять профилактические меры в первую очередь на тех участках, которые представляют наибольший риск.

План мероприятий по инфекционному контролю

Очередным этапом является составление и утверждение плана мероприятий по ИК. В дальнейшем такой план подлежит реализации на практике при контроле выполнения предложенных в нем рекомендаций. Совместная ответственность за составление, согласование и осуществление плана, а также контроль его исполнения возлагаются на доверенного фтизиатра и менеджера программы или руководителя центра.

В целом в плане мероприятий по ИК должны быть отражены следующие аспекты:

- Местоположение участков, представляющих повышенный риск
- Оценка статуса сотрудников по ТБ (в соответствующих случаях)
- Оценка распространенности ВИЧ среди клиентов (в соответствующих случаях)
- Оценка потребностей в обучении сотрудников
- Рекомендации по контролю над инфекциями на конкретных участках
- График мероприятий и смета расходов (например, затраты на приобретение материалов и содержание персонала)

2. Выявление больных туберкулезом на базе низкопороговой программы

Для своевременного выявления больных туберкулезом необходимо хорошо знать симптоматику заболевания. *Специально подготовленные консультанты* проводят сбор анамнеза, который позволяет заподозрить туберкулез у всех клиентов низкопорогового центра.

Для проведения первичного консультирования клиента с подозрительными на туберкулез симптомами следует:

1. Правильно собрать жалобы и анамнез, включая сведения о социальном, семейном и профессиональном статусе клиента. Необходимо выяснить, есть ли у клиента контакты с больным ТБ, имеются ли симптомы ТБ, был ли у него ТБ в анамнезе, факторы риска инфицирования или заболевания ТБ (см. приложения № 9, 16).
2. Провести мотивационное консультирование на дальнейшее обследование (приложение № 20).
3. Провести забор мокроты для проведения микроскопии (приложения № 10, 11, 12)
4. Как можно быстрее отправить образец мокроты в лабораторию (приложение № 13).
5. Направить клиента в противотуберкулезную службу на флюорографию грудной клетки и консультирование специалистов, где будет поставлен или отвергнут диагноз ТБ.

Для раннего выявления туберкулеза рекомендуется проводить забор мокроты у длительно кашляющих клиентов низкопорогового центра на пунктах консультирования и обмена шприцев, а также на аутрич-работе. Сбор образцов мокроты всегда должен осуществляться вне помещения (на открытом воздухе) на достаточном расстоянии от других людей, а не в таких маленьких помещениях, как туалеты или другие места с замкнутым пространством. Очень важно позаботиться о том, чтобы доставка образцов мокроты с направлением в лабораторию осуществлялись своевременно. В идеальной ситуации лаборатория должна работать 7 дней в неделю, чтобы исследование мокроты осуществлялось вовремя, а результаты были готовы в течение 24 часов после сбора

мокроты. Если невозможно обеспечить функционирование лаборатории по 7-дневной рабочей неделе, то следует добиваться хотя бы 6-дневного рабочего графика.

Если у клиента низкопороговой программы имеются слабость, недомогание, ночная потливость и незначительное повышение температуры, сотруднику необходимо мотивировать его на флюорографическое исследование и направить в противотуберкулезную службу. Кроме того, всем клиентам необходимо рекомендовать проходить профилактическое флюорографическое обследование 1 раз в год. С целью уменьшения барьеров для получения данного вида помощи уязвимым группам необходимо договориться с противотуберкулезной службой о бесплатном и анонимном обследовании по направлениям низкопорогового медицинского центра (см. приложение № 22). Если консультант низкопорогового центра, направивший клиента с подозрением на ТБ, не получил сведения об окончательном диагнозе, следует запросить ТБ-службу и получить эту информацию.

3. Участие сотрудников низкопороговых программ в химио-профилактике ТБ у ЛЖВ, лечении больных ТБ ПИН под непосредственным наблюдением

Соблюдение назначенной схемы лечения означает, что больной принимает каждую дозу в соответствии с графиком, прописанным ему врачом. Довольно часто представители уязвимых групп (ПИН, КСР, мигранты и т.д.) имеют ряд психологических особенностей, хаотичный образ жизни, которые мешают им без перерывов находится на лечении в течение 6–8 месяцев. Очень трудно предугадать, кто из них окажется настолько дисциплинированным, что сможет самостоятельно принимать лекарства. Поэтому единственный способ добиться уверенности в аккуратности лечения больных — проводить лечение под непосредственным контролем. Это означает, что сотрудник программы, участвующей в лечении ТБ, наблюдает каждый раз за тем, как больной принимает таблетки, выясняет его общее состояние и тот перечень проблем, которые могут повлиять на аккуратный прием препаратов. Лечение под непосредственным наблюдением может включать систему поощрений (продуктовые наборы, проездные билеты) для клиента и сотрудника. Меры поощрения могут повысить мотивацию и клиента, и сотрудника.

Организовать лечение под непосредственным наблюдением клиентов низкопороговых программ необходимо с учетом потребностей клиента.

Больной ТБ едва ли будет аккуратно принимать лекарства, если ему придется за ними далеко ездить, приезжать за препаратами в неудобное для него время. Участие сотрудников низкопороговых программ позволяет организовать оказание противотуберкулезной помощи таким образом, чтобы больной получал лечение в удобное для него время и в удобном для него месте. Низкопороговые программы обеспечивают «доставку лечения» к больному, где бы он ни находился. Для тех больных, кто живут неподалеку от низкопороговых медицинских центров, можно организовать лечение в низкопороговом центре. Имеет смысл также обучить членов семьи больного оказывать помощь при лечении ТБ. Если сотрудники НЦ участвуют в контролируемом лечении и доставке препаратов клиенту, они должны поддерживать постоянную связь с ТБ-службой, информируя о том, как продвигается прием препаратов, о возможных побочных реакциях на прием противотуберкулезных препаратов, и обсуждать любые возникающие вопросы.

4. Организация работы по профилактике ТБ

Для повышения уровня информированности представителей уязвимых групп и формирования навыков, способствующих сохранению здоровья, на базе низкопороговой программы необходимо организовать деятельность по профилактике туберкулеза.

Виды деятельности:

- Индивидуальные консультации
- Семинары-тренинги
- Лекции, беседы
- Создание и распространение профилактической печатной продукции
- Привлечение и подготовка волонтеров по принципу «равный-равному»
- Обеспечение клиентов средствами профилактики (разовые платочки)

Принципы эффективной профилактической деятельности среди уязвимых групп:

- Адресность – соответствие деятельности и материалов уровню психического и физического развития, культурным и социальным особенностям аудитории
- Корректность – позиция или способ поведения не навязываются
- Преемственность – работа опирается на базовые знания участников
- Комплексность – используются информирование, мотивирование и развитие поведенческих навыков

Клиентам низкого порога центра и представителям уязвимых групп необходимо предоставлять информацию по следующим темам:

- Как распространяется ТБ
- Как предотвратить распространение. В чем заключаются и что обеспечивают простые меры
- Признаки и симптомы ТБ
- Повышенный риск заболевания ТБ у ЛЖВ
- Что такое лекарственная устойчивость
- Лечение: важность и необходимость полноценного курса, чем обусловлена необходимость непосредственного наблюдения за лечением, возможные побочные реакции на прием препаратов

Важно: всем клиентам, имеющим кашель, необходимо объяснять необходимость соблюдения некоторых простых правил при кашле, которые сведут к минимуму попадание частиц мокроты, содержащих возбудитель ТБ, в воздух.

При этом кашляющим клиентам следует советовать отворачиваться и прикрывать нос и рот руками и в момент кашля иметь под рукой обычную или гигиеническую салфетку. Также необходимо *обеспечить салфетками / разовыми платочками клиентов для соблюдения простых гигиенических правил.*

5. Приемы эффективного общения с клиентами

Приемы эффективного общения с клиентом могут базироваться на пятишаговой модели принятия решения. Систематизированная пятишаговая модель основана на этапах, разработанных Б. Франклином, и переработана в соответствии с современными моделями принятия решения.

1. Этап «Приветствие» – создание комфортной и доверительной атмосферы, чтобы мотивировать клиента к осознанному решению вступить в процесс консультирования.
2. Этап «Сбор информации» – определить, зачем клиент пришел на консультацию и как он видит свою проблему. Умелое определение проблемы поможет избежать бесцельного разговора, задаст направление беседы. Необходимо четко уяснить позитивные возможности клиента.
3. Этап «Определение желаемых результатов для клиента» – понять, что на самом деле беспокоит пациента в контексте ВИЧ/ТБ, чтобы мотивировать клиента к сохранению здоровья и, в случаях подозрения на заболевание ТБ, на диагностику и прохождение лечения.
4. Этап «Альтернативные варианты» – помочь клиенту самостоятельно определить возможности снижения личного риска инфицирования ВИЧ/ТБ. При подозрении на туберкулез у клиента помочь ему разработать личный план обследования и прохождения химиотерапии туберкулеза.
5. Этап «Экологическая проверка» – это этап убеждения в адекватности принятых планов и стимулирование клиента начать изменения поведения с целью уменьшения риска заражения ВИЧ/ТБ. В случаях подозрения на туберкулез – начало обследования и лечения туберкулеза.

6. Поддержка и помощь в решении проблем клиентов

Представители социально уязвимых групп воспринимают заболевание ТБ и его лечение как нечто второстепенное на фоне других своих проблем. В этом случае необходимо *социальное сопровождение и привлечение специалистов социальных и других служб для решения проблем клиентов.*

Глава 5.

Социальное сопровождение при ко-инфекции ТБ/ВИЧ

Социальное сопровождение — это деятельность, направленная на решение социальных проблем конкретного индивидуума, социального слоя или социальной группы (см. приложение № 17).

Роль социального сопровождения в программах профилактики ВИЧ-инфекции и туберкулеза

Опыт работы с уязвимыми группами, в частности с потребителями наркотиков, секс-работниками и другими уязвимыми группами свидетельствует, что положительные результаты в изменении их поведения не всегда обусловлены только обучением и предоставлением необходимых ресурсов.

Как правило, у представителей уязвимых групп существует не одна, а комплекс бытовых, медицинских, юридических и психологических проблем. При этом проблемы, связанные с сохранением и поддержкой здоровья, часто не являются приоритетными — их опережают потребность в личной безопасности, желание избавиться от постоянного стресса, чувства голода и одиночества. Данным фактом ни в коем случае нельзя пренебрегать, перенося акцент работы на дискуссии и развитие у клиента навыков преимущественно в области профилактики инфекционных заболеваний (в частности, ВИЧ-инфекции и ТБ). Чтобы эффективно обсуждать различные вопросы ВИЧ-инфекции и туберкулеза, необходимо заранее создать условия для подобного обсуждения. Игнорируя наличие других проблем у клиента, мы заведомо обрекаем себя на неудачу: разговоры о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции, туберкулеза и изменении поведения будут оставаться для него «пустым звуком».

Именно этот тезис лежит в основе программ профилактики ВИЧ-инфекции, основанных на концепции социального сопровождения. Клиенты программы в первую очередь получают помощь в решении наиболее актуальных для них проблем. А со временем у специалиста по социальному сопровождению появляется возможность обсудить с клиентом вопросы, касающиеся состояния его здоровья. Следует

отметить, что, получая помощь в решении приоритетных проблем, клиент, как правило, принимает самостоятельное решение об изменении своего поведения.

Основные задачи социального сопровождения в контексте ВИЧ и туберкулеза:

1. Провести необходимую оценку и составить план оказания всесторонней помощи, касающейся основных сфер жизни клиента: психосоциальной, медицинской, финансовой и т.д.
2. Убедиться, что клиенту доступны все виды услуг и что они соответствуют его потребностям.
3. Облегчить доступ и расширить спектр необходимых услуг.
4. Обеспечить непрерывность ухода на всех этапах с привлечением различных организаций.
5. Уменьшить вероятность дублирования услуг и следить за качеством их предоставления.
6. Оказывать поддержку самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи.
7. Увеличить осведомленность клиента о воздействии ВИЧ-инфекции, туберкулеза на его здоровье и о необходимости здорового образа жизни.

В контексте программ, нацеленных на профилактику ВИЧ/ТБ, социальное сопровождение позволяет решить следующие задачи:

- Установить контакт с человеком, часто не расположенным к общению со специалистами
- Создать условия для изменения его поведения и снижения риска передачи ВИЧ-инфекции

- Снизить уровень рискованного поведения у людей, живущих с ВИЧ
- Способствовать решению вопросов и проблем, возникающих у людей, живущих с ВИЧ/ТБ, в связи со стигмой и дискриминацией

Этапы социального сопровождения

- Привлечение и прием клиента в программу
- Оценка ситуации и потребностей клиента
- Разработка индивидуального сервисного плана
- Процесс сопровождения
- Координация услуг и контроль качества
- Выход из программы

Задачи, решаемые предоставлением медико-психологической и социальной помощи:

- Поддержание мотивации к лечению и реабилитации
- Формирование представления о сути лечебно-реабилитационного процесса в каждом конкретном случае
- Информирование о различных способах получения требуемой помощи
- Обеспечение функционирования поддерживающей среды в семье и в значимом окружении
- Обеспечение доступа к службам лечения и помощи
- Проведение работы, направленной на то, чтобы состояние клиента соответствовало требованиям той или иной службы помощи
- Обеспечение преемственности между медицинскими службами

Создание партнерской сети является ключевым элементом в организации социального сопровождения, поэтому необходимо прежде всего определить партнеров, наладить сотрудничество и координацию деятельности по обеспечению своевременного доступа клиента к услугам партнерских организаций.

Мультидисциплинарный подход к ведению представителей уязвимых групп при ВИЧ/ТБ

Увеличение числа клиентов с наркотической зависимостью и сопутствующими ВИЧ-инфекцией и туберкулезом требует активного участия специалистов разного профиля и диктует необходимость работы этих специалистов в команде. Это является достаточно уникальной ситуацией для медицины. К таким разноплановым проблемам клиентов, как употребление наркотиков, ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатиты, депрессия, стигма, бездомность, плохое питание, отсутствие документов, необходим многосторонний (мультидисциплинарный/мультипрофессиональный) подход. В России уже есть опыт работы мультипрофессиональных команд (МПК) для разных сфер деятельности, сформулированы принципы их создания и функционирования.

Что означает командная работа?

- Вместе принимать решения
- Нести совместную и индивидуальную ответственность
- Работать, разделяя задачи
- Открыто говорить о слабых и сильных местах, чтобы измениться

Пять «К» для эффективной командной работы

- Компетентность
- Коммуникабельность
- Кооперация
- Креативность
- Критичность

Члены команды

Примерный состав мультидисциплинарной команды для ведения ПИН:

- врач-инфекционист
- врач-фтизиатр
- врач-нарколог/консультант по химической зависимости
- медицинская сестра (может не быть)
- социальный работник
- равный консультант
- активисты сообщества ПИН и ЛЖВ

Для эффективной работы МПК очень важно распределение обязанностей и создание четких должностных инструкций (см. приложение № 6) для членов МПК.

Роли членов команды

Врач: общее клиническое и организационное руководство группой, основная ответственность за клинические аспекты работы.

- Клиническая роль — сортировка пациентов, консультирование, назначение препаратов, мониторинг пациентов, направление к специалистам
- Организационная роль — лидерство, внутрикомандное строительство, обучение членов группы, обеспечение качества, контроль данных, профилактика профессионального заражения

Социальный работник:

- Оценка нужд и потребностей
- Составление сервисных планов и контроль их выполнения

- Оказание психологической поддержки
- Связь с партнерскими организациями
- Защита прав пациентов
- В период начала терапии ВИЧ/ТБ:
 - оценка образа жизни пациента и его потребностей для обеспечения приверженности режиму лечения
 - работа с семьей пациента для обеспечения поддержки

Медсестра:

- Проведение назначений врача (инъекции, первичная медицинская помощь)
- Назначение симптоматического лечения
- Уход на дому
- Паллиативный уход
- Контроль фармацевтических препаратов (хранение и документирование)

Равный консультант, активисты сообщества, аутрич-работники:

- Поддержка
- Мониторинг приверженности
- Консультирование на основе «равный-равному»
- Реабилитация пациентов
- Предоставление паллиативной, духовной, психологической помощи

Скоординированный подход: стратегии и цели

Основной принцип скоординированного подхода — ориентированность на клиента. При правильной организации такой подход — всесторонний, комплексный и действенный. Скоординированный подход складывается из следующих компонентов:

- Изначальная оценка потребностей клиента с учетом его окружения, социально-экономического положения и возможных препятствий для получения помощи
- Разработка плана оказания помощи клиенту
- Регулярный обмен информацией между медицинскими, социальными работниками, равными консультантами, оказывающими помощь клиенту
- Координация работы служб, задействованных в претворении плана помощи в жизнь
- Наблюдение за больными для оценки эффективности оказываемой помощи
- Регулярная повторная оценка потребностей больного и при необходимости — корректировка плана помощи

План мультидисциплинарной помощи — это план проведения комплексных мероприятий, направленный на удовлетворение потребностей клиента и опирающийся на сильные стороны клиента, его окружения и семьи; средство согласования работы команды, механизм оценки успехов в достижении поставленных для клиента целей.

В план мультидисциплинарной команды необходимо включать:

- Выявление проблем (например, соблюдение режима лечения, отрывы от лечения, раскрытие статуса и др.)
- Оценку сильных сторон пациента и его семьи
- Обсуждение проблемных вопросов

- Действия по решению проблем
- Решение о том, кто из членов команды будет осуществлять их
- Определение порядка и сроков оценки выполнения плана действий

Собрание всех членов команды должны проводиться регулярно, например, еженедельно. Необходимо присутствие всех членов команды, которые заранее информируются об обсуждаемых вопросах. По каждому клиенту обсуждаются ключевые проблемы, требующие решения всей команды, и намечаются и фиксируются в карточке клиента мероприятия по решению его проблем.

Глава 7. Приверженность и уязвимые группы

Ключевая роль приверженности в обеспечении эффективности лечения

- 80%-я приверженность является оптимумом для лечения многих хронических заболеваний
- Инфекционные заболевания требуют более высоких уровней приверженности для предупреждения резистентности
- При лечении туберкулеза приверженность приводит к 95% успеха лечения, в то время как хаотическая и нерегулярная терапия приводит к развитию резистентности и провалу лечения

Приверженность к лечению означает прием препаратов пациентом с точным соблюдением графика приема и дозировки. Для пациентов приверженность к лечению ВИЧ и ТБ означает прием препаратов в правильных дозах, в указанное время и согласно правилам приема. Сюда входят следующие элементы:

- Прием всех назначенных препаратов в правильном количестве
- Прием всех назначенных препаратов в установленное время
- Прием препаратов в соответствии с пищевым режимом
- Учет взаимодействия с другими препаратами и/или наркотическими веществами

Низкий уровень приверженности к лечению ВИЧ-инфекции и ТБ может привести не только к снижению эффективности лечения, но и к возникновению устойчивых форм ВИЧ и ТБ, (см. приложение № 18, 19).

Факторы, влияющие на приверженность:

- **Вера человека в эффективность лечения** — необходима хорошая информированность и понимание целей лечения
- **Наличие побочных эффектов** — необходимы знания о возможных побочных эффектах, о том, как с ними справиться и куда обратиться, если нужен срочный совет

Пациенты, которые начинают терапию без предварительной подготовки, работы по приверженности и мотивации на успех, рискуют прервать лечение и получить резистентность.

Индивидуальная оценка и коррекция медико-социальных проблем

Для того, чтобы сотрудники низкопороговых программ смогли оказать эффективную помощь клиенту по развитию приверженности к ВААРТ/химиотерапии туберкулеза, им необходимо провести оценку медико-социальных проблем.

- **Состояние здоровья клиента** (ВИЧ-статус, текущие или хронические заболевания, дата последнего обследования на ВИЧ, имеются ли в анамнезе ВИЧ-ассоциированные условно-патогенные инфекции, статус по туберкулезу и гепатитам)
- **Наличие ИППП в анамнезе.** Необходимо выяснить; болел ли когда-нибудь клиент, проходил ли лечение, где проходил лечение (самостоятельно или в КВД), когда последний раз проходил медицинское обследование на ИППП
- **Употребление наркотиков и алкоголя.** Употребление алкоголя и наркотиков тесно связано с риском заражения опасными инфекционными заболеваниями. Поэтому необходимо оценить ряд факторов, связанных с их употреблением:
 - личную историю употребления наркотиков (алкоголя)
 - основной употребляемый наркотик, частоту, способ и длительность употребления наркотиков

- частоту совместного использования игл или шприцев
 - проходил ли клиент наркологическое лечение и состоит ли на учете в наркологической службе
 - продолжительность ремиссии
 - участие в реабилитационных программах и группах взаимопомощи
- **Психическое здоровье.** При оценке медико-социальных проблем необходимо обратить внимание на наличие психических заболеваний у клиента. Важно выяснить, не состоял ли клиент на учете у психиатра. В случае положительного ответа — какой ему был поставлен диагноз, сколько раз он проходил диспансеризацию, не было ли у него суицидальных мыслей и попыток, каковы факторы риска
 - **Социальная поддержка, окружение.** При сборе информации нужно обращать внимание на следующие компоненты: экономическое положение, источники дохода, наличие жилья, работы и образования, а также источники эмоциональной поддержки и наличие значимого окружения (друзья, родственники и т.д.)
 - **Лечение ВИЧ-инфекции и соблюдение режима терапии (приверженность).** В отношении ВИЧ-положительных клиентов необходима информация о потребности в получении терапии (если таковая еще не назначена). Если пациент получает антиретровирусные препараты, необходимо выяснить, насколько он соблюдает режим терапии
 - **Препятствия для получения ВААРТ и химиотерапии туберкулеза.** Этот пункт подразумевает, что сотрудник может оценить те факторы, которые мешают клиенту соблюдать режим приема препаратов и график прохождения обследований. Барьеры для соблюдения режима могут включать:
 - отсутствие знаний и наличие мифов о химиотерапии и ВААРТ (например, распространенный миф, что DOT — это исследование американских ученых на больных туберкулезом)
 - удаленность места проживания клиента от медицинских учреждений, отсутствие финансовых возможностей ежедневно приезжать в медицинское учреждение за препаратами

- отсутствие мотивации для прохождения лечения, употребление наркотиков

Консультирование по развитию приверженности

Клиент-центрированное консультирование является базисной составляющей развития приверженности. Цель консультирования по вопросам приверженности – стимулировать такие изменения в поведении человека, которые помогут ему соблюдать график приема препаратов и обследования, решать сопутствующие социально-психологические проблемы. В процессе такого консультирования проводится работа с факторами, влияющими на развитие приверженности

- **Установление контакта и доверительных отношений с клиентом** – более частые визиты, решение сопутствующих социально-психологических и медицинских проблем, направление в службы психического здоровья и наркологии
- **Знание о ВААРТ и химиотерапии туберкулеза** – провести обучение по ВААРТ и лечению ТБ, обсудить четкие характеристики поведения клиента, связанного с приверженностью; дать практические советы на тему, как изменить поведение для повышения приверженности, с учетом реальных обстоятельств жизни и личных взаимоотношений клиента
- **Восприятие личной готовности к началу ВААРТ или химиотерапии ТБ** – выяснить фактический уровень готовности клиента к началу ВААРТ/химиотерапии ТБ. Клиенту предлагается самостоятельно оценить свою готовность, в результате чего он осознает свою реальную готовность/неготовность
- **Показатель готовности** – совместная с клиентом оценка его готовности к началу ВААРТ/химиотерапии ТБ, выработка плана/графика приема препаратов и обследования в соответствии с образом жизни клиента путем консультирования или подписания символического «контракта»
- **Вера в эффективность** – пошаговые «задания» по повышению приверженности, которые клиент легко может выполнить, в результате чего появляется ощущение своей компетентности и формируется история успеха

- **Барьеры окружения** — обсуждение барьеров, мешающих выполнению графика приема препаратов и обследования, разработка стратегий преодоления этих барьеров и облегчения доступа к необходимым ресурсам для повышения приверженности
- **Уровень умений и навыков** — обучение навыкам и их закрепление путем тренировки; самоконтроль или выявление поведенческих шаблонов, привычек или действий, понижающих приверженность; разработка альтернативного плана борьбы с «провоцирующими факторами».
- **Закрепление моделей изменения поведения** — консультирование по предварительным результатам, закрепление достигнутых перемен, определение новых целей, обсуждение возникших проблем, поощрение чувства удовлетворения собой, как результат осознанной возможности улучшить качество своей жизни в результате прохождения ВААРТ/химиотерапии ТБ

Активное сопровождение и мотивация пациента (равные консультанты, аутрич-работники, мотивационное консультирование)

Активное сопровождение клиентов принимающих ВААРТ/химиотерапию туберкулеза проводится с целью предотвращения причин отрыва от лечения, обусловленных неблагоприятным влиянием социального окружения. В сопровождении необходимо участие всех специалистов мультипрофессиональной команды (врача, социального работника, равного консультанта).

Социальный работник в рамках сопровождения: оказывает психологическую поддержку, связывается с системой социального обеспечения с целью решения социальных проблем, влияющих на приверженность

Равный консультант проводит равное консультирование, основная цель которого — в предоставлении информации членам сообщества об охране здоровья, профилактике ВИЧ/ВГ/ИППП и снижении негативных последствий поведения, основанной на личном опыте и знаниях равного консультанта.

Активное использование потенциала равных консультантов способствует:

- Более эффективному усвоению информации клиентами
- Выбору наиболее эффективных средств донесения информации, более точной интерпретации понятий
- Получению предваряющей информации, которая позволит выстроить более эффективное взаимодействие с новыми клиентами
- Получению дополнительной информации о психосоциальных проблемах клиента, влияющих на развитие приверженности
- Повышению уровня заинтересованности в контактах с аутрич-работниками и медицинскими службами
- Развитию у клиентов приверженности

Медицинские специалисты играют ключевую роль не только в назначении и корректировании терапии, но и в повышении приверженности. Информирование клиентов о самом заболевании, о препаратах и их побочных эффектах, о необходимости соблюдения режима, предоставление рекомендаций, как этого добиться, составляет неотъемлемую часть в сопровождении клиентов с ВИЧ-инфекцией/ТБ.

Помощь пациенту в структурировании режима

- Четко объяснить режим, использовать специальные таблетницы
- Подстроить его под стиль жизни
- Помогать общению с медицинскими сотрудниками
- Определить и устранить личные барьеры, препятствующие приверженности
- Направить клиента с особыми потребностями (например, наркотическая зависимость на лечение в наркологический диспансер или реабилитационные центры)
- Повышать самоэффективность — дневник пациента
- Хвалить пациента за новые навыки

- Развивать в пациенте навыки преодоления проблем, препятствующих включению режима терапии в жизненный цикл
- Создавать социальную среду, способствующую повышению приверженности
- Заручиться поддержкой со стороны социальных контактов пациента
- Сохранять поддержку со стороны медицинского персонала

Основные особенности работы по обеспечению приверженности у уязвимых групп:

1. **Социальное сопровождение** — выполняет две основные функции — направление в соответствующие службы и координация служб, предоставляющих услуги.

2. **Комплексный подход** — интеграция программ снижения вреда и лечения на базе низкопорогового центра, обеспечивающая доступ к специалистам служб контроля ВИЧ, ТБ, а также к информации, стерильному инструментарию, программам лечения наркозависимости и реабилитации. Это включает и усиление компонента равного консультирования, когда сами клиенты обучают и поддерживают друг друга, делясь опытом, навыками и знаниями в области эффективного лечения. Комплексный подход может реализовываться на базе низкопорогового центра силами мультипрофессиональной команды.

Для успешного контроля ТБ/ВИЧ в уязвимых группах необходима модель интегрированной системы между государственными службами по контролю ТБ/ВИЧ, органами социальной защиты населения и низкопороговыми программами, имеющими доступ к целевым группам. Ориентированность на клиента, помощь в решении его медико-психосоциальных проблем, социальное сопровождение на всех этапах диагностики и лечения ВИЧ/ТБ — ключ к успеху.

Глава 8.

Опыт работы Фонда «Томск–АнтиСПИД» по организации контроля туберкулеза и ВИЧ в популяциях высокого риска

Фонд «Томск–АнтиСПИД» был создан в июле 2000 г. в поддержку национальной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в РФ, Областной целевой Программы «Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории Томской области» и как результат осознания общественностью стремительно развивающейся и катастрофической по своим последствиям эпидемии ВИЧ/СПИДа. Приоритетным направлением работы Фонда является профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения. С 2005 г. в качестве регионального партнера Фонд участвует в реализации проекта ГЛОБУС (2004–2009, основной получатель средств гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией – Открытый Институт Здоровья).

Все проекты Фонда реализуются на базе низкопорогового центра «Наша клиника», созданного при поддержке ЮНИСЕФ в 2002 г. с целью приближения медицинской и социально-психологической помощи к уязвимым группам молодежи. Центр «Наша клиника» находится в отдельном здании, расположенном во дворе больничного комплекса, вблизи от остановок общественного транспорта. Здание расположено таким образом, что посещение клиентов остается максимально незаметными для окружающих, определены удобные часы работы с учетом реальной жизни клиентов, предусмотрены вечерние часы приема для ПИН и КСР. В здании центра имеются: «контактная зона», два кабинета врача, кабинет социального работника и психолога, помещение для обучения, процедурный кабинет, клуб «Контакт». Там же (в этом же здании) расположен стационарный пункт обмена шприцев и консультирования с отдельным входом. Центр «Наша клиника» оказывает комплексную медико-социально-психологическую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой поведения и образа жизни клиентов на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Стратегия и принципы работы основаны на социально-психологических особенностях, нуждах и потребностях клиентов – это идеологическая основа деятельности, база для функционирования Центра как модели (организация услуг,

структуры) и внутреннее убеждение, свойственное всем сотрудникам Центра, на котором строится отношение к клиентам. Центр «Наша клиника» не критичен к интенсивности и направленности мотивации участников, не требует абстиненции как условия для контакта и помощи, понимает и принимает жизненные реалии клиентов, ориентирован на укрепление их социальной позиции и права на получение необходимой помощи. Представители сообществ принимают активное и полноценное участие в работе программ и сервисов. Работа специалистов базируется на принятии клиента без критики и осуждения, клиента не «загоняют» в отработанные схемы и рамки, а вырабатывают индивидуальный, приемлемый алгоритм помощи, работа с клиентами не ограничивается по продолжительности участия в программе.

Проект «Снижение вреда. Томск» начал свою работу на базе центра «Наша клиника» в 2002 г. при финансовой поддержке Института «Открытое общество», а через год – Открытого Института Здоровья. Начавшись со стандартного профилактического набора, программа снижения вреда, используя комплексные стратегии организации эффективной профилактики, диагностики и лечения для ПИН, сегодня является авангардом комплексной помощи потребителям инъекционных наркотиков. Созданы устойчивые партнерские связи со службами по контролю ВИЧ и ТБ, социальными службами и реабилитационными программами, наркологами, осуществляется единая координация и менеджмент среди партнеров. Активисты из сообщества активно участвуют в реализации всех компонентов программы. Обеспечено оказание максимального количества наиболее важных для ПИН услуг в одном месте по принципу «одного окна», а также внедрены инновационные программы и услуги: консультирование и обучение женщин по вопросам репродуктивного здоровья, помощь в воспитании / уходе за ребенком и социальной адаптации, доступ ПИН к налоксону (при поддержке Всероссийской сети снижения вреда), группы само- и взаимопомощи ПИН, ПИН/ЛЖВ, социальное бюро для потребителей инъекционных наркотиков. На базе проекта снижения вреда «на месте» обеспечен доступ к эффективной диагностике туберкулеза (тест Манту, забор мокроты), доступ к туберкулезным препаратам – как для профилактического курса, так и для лечения. Организовано обучение пациентов вопросам ВИЧ/СПИД, АРВ-препаратов и целей ВААРТ, а также вопросам профилактики и лечения туберкулеза. В центре работает мультидисциплинарная команда, включающая и равное консультирование, и социальное сопровождение пациентов (в том числе поиск и обустройство жилья, трудоустройство, помощь в получении документов, льгот

и другое). Все это позволяет сказать, что в Томске в рамках проекта ГЛОБУС внедрена модель интегрированных услуг для ПИН на базе низкопорогового центра «Наша клиника» и проекта снижения вреда.

В 2003 году было проведено мини-исследование среди ПИН-клиентов программы СВ. 100 клиентам было предложено ответить на 7 вопросов, касающихся возможности заразиться ТБ, контактов с больными ТБ, давности последнего обследования на ТБ, желания лечиться на базе проекта СВ. В результате опроса были получены следующие данные: 4,8% опрошенных клиентов когда-либо был поставлен диагноз «туберкулез», из них 2% прошли полностью курс лечения, 2,8% получали лечение на момент проведения опроса; не обследовались на туберкулез год и более 50% опрошенных; общались на протяжении последнего года с больным туберкулезом 50%; находились ранее в местах лишения свободы 49% участников программы СВ; 60% опрошенных отмечают у себя все или несколько из первых признаков ТБ (быстрая утомляемость и появление общей слабости; снижение и/или отсутствие аппетита; потеря веса; повышенная потливость, особенно под утро; незначительное повышение температуры тела; длительный, более 3 недель кашель или покашливание с выделением мокроты); 95,2% согласны пройти обследование на туберкулез на базе проекта СВ; 95,2% клиентов программы в случае обнаружения у них туберкулеза согласны пройти курс контролируемого лечения от ТБ.

В 2004 г. Открытый Институт Здоровья и благотворительная организация «Партнеры во имя Здоровья» выступили с инициативой о поддержке проектов, направленных на контроль ТБ/ВИЧ в уязвимых группах, используя потенциал проектов снижения вреда. По инициативе ОИЗ в г. Томске был проведен установочный семинар «Взаимодействие региональных медицинских служб по контролю туберкулеза и ВИЧ-инфекции в группах риска» для представителей противотуберкулезных служб, СПИД-центров и программ СВ из Казани, Твери, Красноярска, Томска. На семинаре был представлен потенциал программ СВ для контроля ТБ/ВИЧ в популяциях высокого риска и был сделан акцент на необходимость взаимодействия между вертикально разделенными службами по контролю туберкулеза и ВИЧ-инфекции, использования потенциала низкопороговых программ для доступа к уязвимым группам. По завершении обучения Открытый Институт Здоровья начал предоставлять финансовую и техническую поддержку 4 пилотным проектам – в гг. Казани, Красноярске, Твери, Томске.

Итак, в апреле 2004 г. на базе проекта снижения и низкого порога центра «Наша Клиника» в Томске начал работу проект по отработке реалистичной модели по контролю ТБ/ВИЧ в популяциях высокого риска и развитию приверженности к лечению/химиопрофилактике ТБ. Для достижения поставленной цели необходимо было решить задачу по созданию механизмов эффективного взаимодействия и сотрудничества служб по контролю ВИЧ, ТБ, низкого порога программ по профилактике ВИЧ-инфекции; организовать работу по профилактике и диагностике ТБ у клиентов проекта СВ; отработать модель комплексного решения медико-психосоциальных проблем ПИН, больных ТБ. А также организовать контролируемое лечение больных туберкулезом клиентов проекта на базе центра «Наша клиника».

Для организации доступа ПИН к обследованию и лечению ТБ/ВИЧ были выбраны следующие стратегические партнеры: Центр СПИД и противотуберкулезный диспансер. На встрече с руководителями служб по контролю ТБ и ВИЧ обсудили ситуацию по туберкулезу в среде ПИН, определили собственные цели и задачи каждой организации, обговорили возможности для интеграции услуг по контролю ТБ/ВИЧ в работу проекта СВ.

После проведенной встречи в каждой организации были определены координаторы и лица, ответственные за выполнение совместных мероприятий, затем был составлен план совместной работы, намечены даты обучения сотрудников служб по контролю ТБ и ВИЧ-инфекции, проекта СВ.

Были организованы и проведены два семинара. Первый — для сотрудников центра СПИД и проекта СВ, где подробно освещались вопросы о путях передачи ТБ, современные методы диагностики и лечения, система DOTS. Второй семинар, для сотрудников противотуберкулезной службы, был посвящен особенностям профилактики ВИЧ и ТБ среди уязвимых групп, принципам организации помощи ПИН, ЛЖВ, КСР и возможностям проекта снижения вреда для контроля ТБ в группах высокого риска. Кроме того, было организовано обучение сотрудников проекта СВ на рабочих местах. Аутрич-работники и добровольцы проекта СВ были обучены навыкам правильного сбора жалоб на туберкулез, мотивационного консультирования, правилам забора мокроты. Фельдшер и врач низкого порога центра «Наша клиника» прошли обучение в противотуберкулезном диспансере технике постановки и чтения пробы Манту. Важным этапом в организации работы проекта

были мероприятия, направленные на предотвращение распространения туберкулезной инфекции в помещении низкопорогового центра «Наша клиника» — были закуплены необходимое оборудование и средства индивидуальной защиты: ультрафиолетовые облучатели, одноразовые банки для забора мокроты, биксы, индивидуальные маски-респираторы, перчатки, дезинфицирующие средства. С целью информирования ПИН по вопросам ТБ и раннего выявления у них туберкулеза были выпущены буклеты «Туберкулез можно излечить!», «Внимание — туберкулез», сделан информационный стенд. Для проведения профилактической работы на выездах был разработан и выпущен специальный информационный модуль «Туберкулез. Пути передачи. Клиника. Течение. Профилактика».

В Приложении «Схема выполнения совместных мероприятий» было подробно описано, что и как делает каждая из организаций, участвующая в контроле туберкулеза в популяциях высокого риска.

Противотуберкулезная служба проводит: флюорографическое обследование по направлениям проекта СВ бесплатно и анонимно (без предъявления паспорта и полиса), проводит микроскопическое исследование образцов мокроты, взятых у клиентов СВ на аутрич-выездах, в СПОШ и низкопороговом центре «Наша клиника». В случаях предъявления клиентами жалоб, подозрительных на туберкулез, доверенный врач-фтизиатр проводит их консультирование, дообследование, а в случаях выявления туберкулеза назначает лечение. Для проведения контролируемого лечения ПИН на базе СВ противотуберкулезная служба предоставляет препараты для лечения. Туберкулин для проведения пробы Манту также предоставляет противотуберкулезная служба. Всех нуждающихся клиентов консультирует и оказывает им адекватную помощь доверенный нарколог фтизиатрической службы.

Центр СПИД проводит тестирование крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусные парентеральные гепатиты. Специалисты центра (инфекционист, венеролог) консультируют клиентов проекта по вопросам ВИЧ/ИППП/ВГ бесплатно и анонимно.

Низкопороговый центр «Наша клиника» предоставляет услуги представителям уязвимых групп (ПИН, КСР, ЛЖВ, мигрантам, безнадзорным детям): до- и послетестовое консультирование и забор крови для тестирования на ВИЧ; консультирование инфекциониста, фтизиатра, венеролога, психолога, юриста; консультирование специалиста

по социальной работе (социальная диагностика, социальная адаптация, социальное обеспечение); обучение пациентов вопросам ВИЧ/СПИД, АРВ-препаратов и целей ВААРТ; социальное сопровождение, в том числе поиск и обустройство жилья, трудоустройство, помощь в получении документов, льгот, обеспечение продуктами, одеждой и другое. На базе Центра организована скоординированная работа мультипрофессиональной команды специалистов.

Проект СВ предлагает клиентам информирование и обучение по вопросам сохранения здоровья и снижению риска инфицирования ВИЧ, обеспечивает доступ к бесплатным стерильным иглам, шприцам, презервативам.

Проект по контролю ТБ/ВИЧ в популяциях высокого риска предоставляет следующие услуги: диагностика ТБ (сбор информации, скрининг кашляющих, постановка пробы Манту, забор мокроты) и контролируемое лечение (в том числе профилактическое) на месте с обеспечением приверженности (DOTS); подготовка «равных консультантов», «равное консультирование», обучение клиентов вопросам ТБ, DOTS; разработка и выпуск печатной продукции, обучение специалистов особенностям работы с ПИН.

Первичный сбор информации проводит подготовленный по вопросам ТБ консультант СПОШ. При выяснении возможности заразиться туберкулезом им проводится мотивация на прохождение флюорографического обследования. Кроме того, консультант в ходе сбора информации узнает, когда клиент последний раз проходил флюорографическое обследование. В случаях, когда клиент имел контакт с больным туберкулезом или находился в неблагоприятной среде, более года не проходил обследование, ему предлагается направление в кабинет флюорографии противотуберкулезной службы. В кабинете флюорографии имеется специальный журнал для регистрации клиентов СВ (по направлениям нашего проекта), что помогает отслеживать количество дошедших клиентов. У ПИН, имеющих кашель более трех недель, консультант СПОШ выясняет другие жалобы, характерные для ТБ, и предлагает сдать мокроту. Забор мокроты производится на крыльце СПОШ (в соответствии с рекомендациями ВОЗ по инфекционному контролю). После забора мокроты консультант оформляет направление на проведение микроскопии по форме, предоставленной противотуберкулезной службой и транспортом Фонда. Образец мокроты доставляется в лабораторию.

Проведение аутрич-работы является ключевым компонентом доступа к целевой группе в проекте. Во время выездов в места скопления представителей целевой группы (варочные квартиры, притоны, «точки» работы КСР) сотрудники проекта проводят информационную работу по вопросам ТБ/ВИЧ, выявляют клиентов с жалобами, указывающими на туберкулез. Выдают направление на флюорографическое обследование, у длительно кашляющих клиентов на месте забирают мокроту.

В результате деятельности проекта ежегодно более 1500 клиентов СВ получают информацию и консультирование по вопросам туберкулеза, более 800 ПИН обследуются на туберкулез.

Важным направлением деятельности нашего проекта было участие в проведении контролируемого лечения/химиопрофилактики ТБ у ЛЖВ, развитии приверженности к лечению. Опыт работы в проекте показал, что ПИН имеют комплекс медико-психосоциальных проблем, которые мешают им без перерывов находиться на лечении в течении 6–8 месяцев. Для работы с такими пациентами была создана команда специалистов: врач-фтизиатр, врач-инфекционист, социальный работник, равный консультант. В обязанности врача-фтизиатра входило консультирование, обследование/дообследование на ТБ, назначение лечения, развитие приверженности. Врач-инфекционист консультировал по вопросам течения вирусных гепатитов. Равный консультант информировал по вопросам туберкулеза и лечения, ссылаясь на свой опыт. Социальный работник проекта ежедневно (без праздников и выходных) проводил контролируемое лечение, интересовался самочувствием клиента, наличием побочных эффектов, проблем и трудностей в лечении без отрывов. Всю полученную от клиента информацию соц. работник передавал другим участникам команды с целью решения проблем клиента. Еженедельно проводились собрания команды, на которых обсуждались трудности клиентов, находящихся на лечении в проекте. В итоге 25 ПИН прошли лечение туберкулеза, и из них 7 человек (ПИН/ЛЖВ) получали химиопрофилактику ТБ.

Результаты деятельности проекта:

1. Отработана система эффективного взаимодействия и сотрудничества государственных служб по контролю ВИЧ и ТБ и проекта снижения вреда, реализуемого некоммерческой организацией (НКО):

- Совместные мероприятия (круглые столы, семинары, межведомственная комиссия, коллегия Департамента здравоохранения, итоговая конференция)
 - Регулярные фиксированные рабочие встречи и совещания по отрывам от лечения ВИЧ-инфекции (в Центре СПИД) и туберкулеза (в противотуберкулезной службе), по разработке индивидуальных планов по формированию и поддержанию приверженности и контролю лечения
 - Система взаимодействия проекта с другими региональными инициативами и программами по контролю ТБ
 - Система направлений к доверенным врачам-фтизиатрам: клиенты «без очереди», без паспорта и полиса, в сопровождении социального работника проекта могут получить квалифицированную медицинскую помощь
 - Система оперативного взаимодействия между проектами и организациями
2. Созданы условия для получения и распространения информации по диагностике, профилактике и лечению ВИЧ/ТБ среди ПИН и ЛЖВ – клиентов проекта СВ, КСР, детей улиц:
- Систематическая аутрич-работа на варочных квартирах с ПИН, а также в местах сбора КСР и детей улиц
 - Равное консультирование;
 - Систематическое обучение аутрич-работников, добровольцев, равных консультантов вопросам туберкулеза;
 - Информационная работа по вопросам ТБ/ВИЧ
 - Консультирование всех желающих по вопросам ТБ и сочетанного ВИЧ/ТБ на пункте обмена шприцев «Б2» и в ММЦ «Наша Клиника»
3. Организована и проводится работа по выявлению ТБ у ПИН, КСР, детей улиц:

- Скрининг кашляющих, забор мокроты, пробы Манту проводятся на аутрич-маршрутах, СПОШ «Б2», ММЦ «Наша Клиника»
- Флюорографическое обследование — на базе противотуберкулезной поликлиники и диспансера, по специальным направлениям проекта (без паспорта и полиса в сопровождении социального работника)
- При необходимости дообследование (томография, рентген-диагностика и др.) — в поликлинике службы ТБ в сопровождении социального работника проекта, при необходимости транспортировка
- Прием доверенными врачами (фтизиатр-терапевт, фтизиатр-педиатр, врач-фтизиатр по работе с ЛЖВ) клиентов нашего проекта
- Повышение приверженности лечению ТБ у ЛЖВ, ПИН, КСР, ДУ
- Поиск клиентов, взятых и прекративших лечение в службах по контролю ТБ и ВИЧ, сотрудниками проекта
- Системная индивидуальная работа с каждым клиентом, взятым на лечение: беседы, равное консультирование, консультации психолога, социальное сопровождение для повышения уровня приверженности
- контролируемое лечение: прием препаратов ВИЧ/ТБ под контролем и при поддержке менеджера, аутрич-работников, сотрудника СПОШ (патронаж)

В итоге можно сделать вывод, что профилактику ВИЧ/ТБ, диагностику, контролируемое лечение и химиопрофилактику в уязвимых группах (ПИН, ЛЖВ, КСР) эффективно проводить на базе низкопороговых программ. В ходе работы была внедрена система интегрированного и скоординированного подхода мультипрофессиональной команды по обеспечению приверженности, а также модифицированная система DOT для лечения/химиопрофилактики ТБ у ПИН/ПИН-ЛЖВ. При работе через проект снижения вреда ПИН легко соглашаются сдать мокроту, пройти флюорографию, получить консультацию фтизиатра, а также пройти контролируемое лечение ТБ. У проблемных пациентов изменилось отношение к терапии ТБ от полного отказа до конструктивного взаимодействия с персоналом и включением в работу проекта.

Реализация проекта позволила выработать реалистичную модель по контролю ТБ и ВИЧ в популяциях высокого риска. Приобретенный опыт показал, что низкопороговые центры / программы снижения вреда — эффективный инструмент для доступа ПИН как к информации по вопросам ТБ/ВИЧ, так и к услугам по диагностике и лечению.

Список сокращений

АРТ	антиретровирусная терапия
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГ	вирусный гепатит
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ДУ	дети улиц
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
КСР	коммерческие секс-работники/цы
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МПК	мультипрофессиональная команда
МПОШ	мобильный пункт обмена шприцев
НКО	некоммерческая организация
НП/НЦ	низкопороговая программа/ низкопороговый центр
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ПОШ	пункт обмена шприцев
СВ	снижение вреда
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
СПОШ	стационарный пункт обмена шприцев
ТБ	туберкулез
УИС	уголовно-исполнительная система
ЦГ	целевая группа

Приложения

Приложение 1.

Снижение вреда: вопросы и ответы

1. Что такое снижение вреда?

Снижение вреда — прагматический подход к минимизации вредных последствий для индивидуума и сообщества, связанных с потреблением наркотиков, в особенности риска ВИЧ-инфекции, гепатита С, инфекций, передаваемых половым путем.

2. Какие принципы снижения вреда?

1. Прагматизм и гуманизм

Немедицинское использование психоактивных средств — неизбежное явление в любом обществе, которое имеет доступ к ним.

Поэтому программы СВ:

- Делают смещение акцента с долгосрочной и идеалистической цели искоренения наркотиков на достижение краткосрочных и практически достижимых целей — снижение темпов роста распространения ВИЧ и сохранение жизни и здоровья людей
- Принимают как существующую реальность тот факт, что употребление наркотиков неизбежно (по крайней мере, в обозримом будущем) и, следовательно, направляют свои усилия на сокращение негативных последствий этого явления
- Признают необходимость изменения наркополитики, результатом которой являются негативные социальные последствия: нарушение прав человека (прежде всего отказ в медицинском и социальном обслуживании), разрушение общественных связей и другие
- Фактическая криминализация потребления наркотиков приводит к преследованию и дискриминации потребителей наркотиков,

вызывает страх и недоверие к ним в обществе и препятствует развитию профилактических, лечебных и социальных программ

2. Многообразие подходов

- Консультирование, проведение информационной работы и образовательных программ по вопросам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа
- Обеспечение беспрепятственного доступа к услугам социальных программ и служб здравоохранения для ПИН
- Активная просветительская работа среди ПИН
- Обеспечение ПИН стерильным инъекционным инструментарием и дезинфицирующими материалами, в т.ч. презервативами
- Предоставление ПИН лечения и медико-социальной поддержки, в том числе антиретровирусной и заместительной терапий

3. Иерархия снижения вреда

1. Не начинай употреблять наркотики; если начал — прекрати.
2. Если употребляешь наркотики, откажись от их инъекционного потребления.
3. Если все же вводишь наркотики инъекционным путем, всегда используй стерильный шприц.
4. Если нет возможности каждый раз пользоваться стерильным шприцем, по крайней мере никогда не пользуйся чужим.
5. Если пользуешься чужим шприцем, всегда дезинфицируй его.

4. Соблюдение прав человека. Полноценное участие потребителей наркотиков в работе программ

Потребители наркотиков — часть общества. Для защиты здоровья всего общества необходима защита здоровья потребителей наркотиков, а для

этого необходимо интегрировать потребителей в общество, а не пытаться изолировать от них. Люди, потребляющие наркотики, обладают всеми правами граждан данной страны, закрепленными в конституции и международных конвенциях, ратифицированных в этой стране.

**СОГЛАШЕНИЕ
о сотрудничестве и совместной деятельности**

№. ___ « ___ » _____ г.

_____, именуемое в дальнейшем _____ (название организации, предприятия) в лице _____, действующего на основании (должность, фамилия, имя, отчество) _____, с одной стороны, и _____ (название предприятия, организации) именуемое в дальнейшем _____ в лице _____, действующего на основании _____ (должность, фамилия, имя, отчество) _____, заключили Соглашение о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. В целях содействия друг другу в решении задач по объединению усилий и совместных действий, направленных на оказание комплексной медико-социальной помощи для уязвимых групп населения, стороны договорились вносить вклад в общее дело в виде профессиональных знаний, умений, навыков, деловых связей, деловой репутации, выполнения определенных работ или оказания услуг по профилю каждой организации.

1.2. Стороны осуществляют совместную профилактическую, диагностическую, лечебную деятельность в сфере охраны общественного здоровья.

1.3. Стороны берут на себя обязанность оказывать представителям целевых групп услуги по своему профилю.

1.4. Деятельность сторон не направлена на получение прибыли.

2. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

2.1. Стороны обязуются не разглашать конфиденциальные сведения клиентов, которые стали известны в процессе совместной деятельности.

2.2. Стороны оказывают друг другу помощь в адвокатских мероприятиях.

2.3. Стороны обязуются информировать клиентов о деятельности друг друга.

2.4. Стороны обязуются обмениваться необходимой информацией, помогающей выполнению основных задач.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Стороны примут все меры к разрешению всех вопросов, могущих возникнуть в процессе совместной деятельности, на рабочих встречах и собраниях.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ СОГЛАШЕНИЯ

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действительно _____ лет.

6.2. Соглашение может быть расторгнуто с письменного уведомления и прекращает свое действие по истечении двух месяцев со дня направления другой Стороне уведомления о прекращении Соглашения. В таком случае условия расторжения Соглашения определяются по взаимному согласию Сторон.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

:

:

Приложение 3.

Карта мероприятий

Основные мероприятия	Услуги низкопороговых программ	
	<ul style="list-style-type: none"> • Обмен и выдача средств защиты (шприцы, презервативы, спиртовые салфетки) • Информирование по вопросам сохранения здоровья • Оказание доврачебной помощи • Консультирование до и после тестирования на ВИЧ • Консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП • Тестирование на ВИЧ • Направление на лечение после тестирования на ВИЧ • Система контроля качества обследования на ВИЧ • Система контроля качества консультирования 	



	Совместные мероприятия	Ключевые партнеры
<p>Первая группа Без привлечения дополнительных ресурсов, кроме времени сотрудников</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Информирование клиентов в области туберкулеза • Информирование клиентов в области ИППП • Направление ВИЧ-инфицированных в другие медицинские учреждения 	<ul style="list-style-type: none"> • ТБ-службы, СПИД-центр • СПИД-центр, КВД • Поликлиники/районные больницы



	Совместные мероприятия	Ключевые партнеры
<p>Вторая группа С привлечением дополнительных ресурсов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обследование клиентов на туберкулез • Обследование клиентов на ИППП • Организация пункта сбора мокроты 	<ul style="list-style-type: none"> • ТБ-служба • КВД • ТБ-служба



	Совместные мероприятия	Ключевые партнеры
<p>Третья группа С привлечением дополнительных ресурсов и развитием инфраструктуры</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностика туберкулеза • Лечение туберкулеза • Лечение ИППП • Химиопрофилактика туберкулеза у ЛЖВ 	<ul style="list-style-type: none"> • ТБ-служба • ТБ-служба • КВД • ТБ-служба, СПИД-центр

Приложение 4.

Схема выполнения мероприятий по лечению ТБ в низкопороговых программах

Исполнители	Низкопороговые программы и ТБ-службы	
Цели	Лечение туберкулеза в низкопороговых программах	
Лица, получающие пользу	Клиенты низкопороговых программ, больные туберкулезом	
Необходимые условия	<ul style="list-style-type: none"> • Работающая программа DOTS с развитой системой контроля за лечением • Низкопороговые программы, располагающие возможностями регистрации больных туберкулезом и контроля за лечением 	
Необходимые решения	<ul style="list-style-type: none"> • Утверждение низкопороговых программ в качестве центров лечения по программе DOTS • Принятие требований к низкопороговым программам, необходимых для разрешения им проведения DOTS 	
Подготовка на центральном уровне	<p>Предварительные исследования:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Изучение приемлемости диагностики и лечения туберкулеза в низкопороговых программах для клиентов этих программ <p>Разработка материалов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информационные материалы о регистрации и лечении больных туберкулезом для сотрудников низкопороговых программ • Обучающие материалы для сотрудников низкопороговых программ 	
Основные этапы	Низкопороговые программы	ТБ-служба
Подготовка	Выделение безопасных помещений для хранения противотуберкулезных средств	Районным фтизиатрам могут потребоваться дополнительные организационные навыки и время

Снабжение	<ul style="list-style-type: none"> • Журналы учета больных туберкулезом, карты лечения, личные удостоверения и другие документы • Руководства по борьбе с туберкулезом • Противотуберкулезные средства 	Могут потребоваться поставки дополнительных количеств противотуберкулезных средств
Обучение	<p>Сотрудники низкопроговых программ должны знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как регистрировать больных туберкулезом • Как лечить туберкулез по системе DOT • Как справляться с побочными эффектами противотуберкулезных средств 	Врачи-фтизиатры помогают в обучении сотрудников низкопороговых программ
Выполнение	<p>Сотрудники низкопороговых программ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Участвуют в контролировании лечения • Получают противотуберкулезные препараты в ТБ-службе • Фиксируют побочные эффекты • Сообщают врачу-фтизиатру о побочных эффектах • Обсуждают все проблемы медико-социального характера с членами МДК 	Врачи-фтизиатры контролируют выполнение этих мероприятий
Отчетность	<ul style="list-style-type: none"> • Ведут журнал движения препаратов и их выдачи • Ведут журнал наблюдения за побочными эффектами 	

Приложение 5.

Алгоритм взаимодействия специалистов ТБ службы и сотрудников низкопроговых центров в противотуберкулезных мероприятиях

Течение заболевания	Первое обращение	Подозрение на ТБ: Диагностический минимум	Установление диагноза ТБ	Лечение в стационаре/ Интенсивная фаза	Амбулаторное лечение/Фаза продолжения	Исход лечения	Наблюдение после окончания лечения
1	2	3	4	5	6	7	8
Период (в месяцах)		Как можно скорее	Примерно 2 нед.	2–3 мес.	4–6 мес.		
Этапы медицинской помощи	<p><i>Сотрудник низкопроговой программы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Провести информационную беседу на тему ТБ Мотивировать на обследование по поводу ТБ 	<p><i>Сотрудник низкопроговой программы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Провести забор микроты для микроскопии Направить в противотуберкулезную службу для прохождения флюорографии 	ТБ-служба	ТБ-служба	<p>За лечение отвечает ТБ-служба</p> <p>Сотрудники низкопроговой программы могут:</p> <ul style="list-style-type: none"> Обеспечить непосредственное наблюдение за приемом клиентом лекарств 	<p>Определяется в ТБ-службе</p>	<p>ТБ-служба: согласно инструкциям государственной программы борьбы с ТБ.</p>

1	2	3	4	5	6	7	8
	<ul style="list-style-type: none"> Определить нужды и потребности клиента 	<ul style="list-style-type: none"> Провести информационную беседу с клиентом Оказать социальное сопровождение к доверенному врачу-фтизиатру 			<ul style="list-style-type: none"> Консультироваться с доверенным врачом -фтизиатром Помогать в решении психосоциальных проблем клиента Оказывать психологическую поддержку Развивать приверженность к лечению/химио-профилактике ТБ Вести мониторинг клиентов 		<p><i>Сотрудники низко-проговой программы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Сопровождение в противотуберкулезную службу для прохождения контроля излеченности Психологическая поддержка Помощь в социализации

Приложение 6.

Должностные обязанности сотрудников программы

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ ПРОЕКТА

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И.О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность руководителя проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку и опыт работы по профилактике социально значимых заболеваний среди уязвимых групп.

1.2. Назначение и увольнение руководителя проекта производится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Общее руководство деятельностью персонала по проекту.

2.2. Организация взаимодействия с организацией-донором и административными органами.

2.3. Обеспечение выполнения персоналом всех обязательств по проекту.

2.4. Обеспечение безопасных условий труда.

2.5. Проведение анализа по проделанной работе по проекту.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Руководить работой по проекту, неся персональную ответственность за последствия принимаемых решений.

- 3.2. Организовывать деятельность всех участников проекта в соответствии с целями и задачами проекта.
- 3.3. Направлять работу персонала на развитие и совершенствование основных направлений деятельности проекта, обеспечивать обучение персонала.
- 3.4. Принимать меры к рациональному использованию финансовых средств.
- 3.5. Обеспечивать безопасные условия труда.
- 3.6. Оценивать эффективность проекта и анализировать его деятельность.
- 3.7. Готовить ежеквартальные и итоговые содержательные отчеты по проекту.
- 3.8. Выполнять правила внутреннего трудового распорядка, медицинской этики и деонтологии, требования по охране труда и технике безопасности.

4. ПРАВА

- 4.1. Представлять интересы организации по проекту во взаимодействии с организацией-донором и административными органами.
- 4.2. Распоряжаться финансовыми средствами, предусмотренными бюджетом проекта, в соответствии с его условиями.
- 4.3. Получать информацию о состоянии инфекционной заболеваемости, требовать от должностных лиц и отдельных специалистов представления сведений и документов, касающихся вопросов эпидемиологического характера.
- 4.4. Повышать свою квалификацию по данному профилю работы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Руководитель проекта несет ответственность:

5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

5.2. За последствия принятых им решений, выходящих за пределы его полномочий, установленных настоящей должностной инструкцией и условиями проекта.

5.3. За совершение правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СУПЕРВИЗОРА / МЕНЕДЖЕРА СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И.О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность менеджера социальных работников проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку по стратегии снижения вреда среди уязвимых групп. Должен обладать знаниями и опытом работы в следующих областях: стратегия снижения вреда, парентеральная трансмиссия инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИД/ТБ и другие вопросы здоровья, методы снижения рискованного поведения у потребителей наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

1.2. Назначение и увольнение менеджера социальных работников проекта производится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Менеджер социальных работников непосредственно подчиняется координатору проекта.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Руководство деятельностью социальных работников.

2.2. Создание безопасных условий труда социальных работников.

2.3. Осуществление учета расходных материалов.

2.4. Проведение мониторинга качественной деятельности социальных работников.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Осуществлять подбор социальных работников в проект.

3.2. Планировать деятельность социальных работников.

3.3. Устанавливать связи с целевыми группами проекта, привлекать их в качестве волонтеров.

3.4. Управлять работой волонтеров.

3.5. Участвовать в организации собраний команды и разрешении различных организационных вопросов, касающихся деятельности социальных работников.

3.6. Разрабатывать инструкции по технике безопасности для социальных работников.

3.7. Проводить инструктаж по технике безопасности для социальных работников.

3.8. Контролировать соблюдение правил техники безопасности социальными работниками на рабочем месте.

3.9. Вести сводную ведомость о деятельности всех социальных работников.

3.10. Вести дневник наблюдений и анализа.

3.11. Вести электронную базу данных (анкеты, отчеты, статистически обрабатывать анкеты); выдавать сопутствующие материалы; вести необходимую документацию.

4. ПРАВА

4.1. Вносить предложения по повышению эффективности работы проекта.

4.2. Получать информацию о состоянии инфекционной заболеваемости, требовать от должностных лиц и отдельных специалистов представления сведений и документов, касающихся вопросов профилактического характера.

4.3. Повышать свою квалификацию по данному профилю работы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Менеджер социальных работников несет ответственность:

5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

5.2. За совершение правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен: / _____ / _____

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СПЕЦИАЛИСТА ПО КООРДИНАЦИИ ПОМОЩИ

«УТВЕРЖДАЮ»
руководитель организации
_____ Фамилия И.О.
дата

1. ОБЯЗАННОСТИ

- 1.1. Разрабатывает контракт с пациентом, который включает описание предоставляемых услуг, права и обязанности обеих сторон.
- 1.2. Собирает анамнез, проводит анализ состояния здоровья пациента.
- 1.3. Осуществляет базовую оценку психологического состояния пациента.
- 1.4. На основании проведенных оценок составляет план оказания помощи пациенту.
- 1.5. Совместно с социальными службами обеспечивает реализацию плана оказания помощи пациенту.
- 1.6. Осуществляет последующий мониторинг пациента — по телефону или посещая его/ее на дому.
- 1.7. Оказывает содействие в подготовке заявок на получение страховки и первичной медико-санитарной помощи имеющим на это объективное право пациентам.
- 1.8. Направляет пациента на получение необходимых услуг и отслеживает результаты направлений.
- 1.9. Владеет информацией о доступных на местах ресурсах, учреждениях и организациях.
- 1.10. Принимает участие в обучении работников системы здравоохранения различных специальностей.

- 1.11. Принимает участие в консультировании и тестировании пациентов на ВИЧ на своей территории и в сборе соответствующих данных.
- 1.12. Принимает участие в междисциплинарных конференциях по вопросам оказания помощи ЛЖВ, больным ТБ.
- 1.13. Ведет документальный учет всех мероприятий медицинского и иного характера в отношении пациентов.
- 1.14. Оповещает специалистов первичного звена и специализированных ЛПУ о факте госпитализации пациента.
- 1.15. Служит основным контактным лицом для пациента и его родственников в течение всего лечебно-диагностического процесса.
- 1.16. Оказывает услуги высокого качества всем клиентам; содействует командной работе; берет на себя ответственность за качество финансовых показателей деятельности учреждения за счет участия в процессе совершенствования деятельности и введении новаторских подходов.
- 1.17. Консультирует пациентов по вопросам приверженности/следования назначенному лечению.
- 1.18. Консультирует пациентов о назначенных им лекарственных средствах и их влиянии на течение заболевания.
- 1.19. Совместно с пациентом разрабатывает индивидуальный план для обеспечения приверженности пациента назначенным лечебным мероприятиям.
- 1.20. Консультирует пациента о методах минимизации факторов риска и предотвращения дальнейшего распространения инфекции.
- 1.21. Определяет потребности пациента в социальной поддержке, консультирует людей, вовлеченных в оказание ему социальной помощи.

2. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ

- 2.1. Наличие необходимых знаний в области координации помощи и лечения ВИЧ/СПИДа/ТБ.

2.2. Наличие надлежащих навыков письменного и устного коммуникативного общения.

2.3. Наличие навыков ведения консультирования.

2.4. Хорошие организаторские способности.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-КОНСУЛЬТАНТА ПРОЕКТА

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И.О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

- 1.1. На должность врача-консультанта проекта принимается специалист с высшим образованием, имеющий подготовку по специальности.
- 1.2. Назначение и увольнение врача-консультанта проекта производятся приказом по учреждению в соответствии с действующим законодательством.
- 1.3. Врач-консультант выполняет распоряжения руководителя проекта, в своей работе руководствуется нормативными документами по своей специальности.

2. ФУНКЦИИ

- 2.1. Осуществление работы с участниками проекта по медицинскому направлению деятельности проекта.
- 2.2. Ведение учета клиентов проекта.

3. ОБЯЗАННОСТИ

- 3.1. Проводить консультирование клиентов по медицинским вопросам.
- 3.2. Назначать и направлять на диагностику заболевания.
- 3.3. Назначать адекватную терапию.
- 3.4. Проводить контроль приема препаратов и выполнения назначенного графика обследования.

- 3.5. Участвовать в разработке информационной печатной продукции.
- 3.6. Проводить семинары с участниками проекта по своей специальности.
- 3.7. Вести отчетную документацию.

4. ПРАВА

- 4.1. Получать информацию о состоянии реализации проекта; сведений и документов, касающихся вопросов профессиональной деятельности.
- 4.2. Повышать свою квалификацию по своему профилю работы и особенностям работы с целевыми группами проекта.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- 5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.
- 5.2. За совершение правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен: _____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ КОНСУЛЬТАНТА ПУНКТА ДОВЕРИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И.О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность консультанта пункта доверия принимается специалист, имеющий опыт работы с уязвимыми группами, имеющий подготовку по стратегии снижения вреда среди уязвимых групп населения. Должен обладать знаниями и опытом в следующих областях: стратегия снижения вреда, парентеральная трансмиссия инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИД/ТБ и другие вопросы здоровья, методы снижения рискованного поведения у потребителей наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

1.2. Назначение и увольнение консультанта проекта производятся приказом по учреждению в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Консультант выполняет распоряжения руководителя проекта, в своей работе руководствуется нормативными документами по своей специальности.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Осуществление работы с участниками проекта по консультированию клиентов проекта.

2.2. Ведение учета клиентов проекта.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Осуществляет консультирование клиентов проекта, проводит скрининг кашляющих, направляет на консультацию и обследование к врачам-консультантам, раздает печатную литературу, информирует клиентов по вопросам профилактики ВИЧ, ТБ. Производит забор

мокроты с соблюдением техники безопасности; выдает направление на обследование.

3.2. Является на работу в строго обозначенное время согласно графику, не опаздывает. Работу осуществляет в соответствии с утвержденным планом работы программы. Посещает собрания, тренинги и другие мероприятия.

3.3. Должен быть вежливым и дружелюбным при работе с целевыми группами.

3.4. Способствует установлению доверия и взаимопонимания с целевыми группами.

3.5. Проводит анкетирование целевых групп. Осуществляет помощь в сборе и обработке статистической информации.

3.6. Проводит семинары по темам ТБ и приверженности к лечению среди ПИН, КСР.

3.7. Участвует в планировании и осуществлении работы по обучению клиентов и распространению информации о проекте в сообществах.

3.8. Определяет, разрабатывает и реализует на практике новые стратегии, способствующие улучшению работы проекта.

3.9. Поддерживает чистоту в помещении пункта профилактики согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям.

3.10. Соблюдает правила техники безопасности на рабочем месте.

3.11. Аккуратно ведет ежедневную учетную документацию. Регулярно еженедельно проводит анализ проделанной работы и вносит предложения по повышению эффективности проекта. Сдает отчетную документацию еженедельно координатору проекта.

4. ПРАВА

4.1. Получать информацию о состоянии реализации проекта; сведения и документы, касающиеся вопросов профессиональной деятельности.

4.2. Повышать свою квалификацию по своему профилю работы и программе снижения вреда.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

5.2. За совершение правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА ПРОЕКТА

«УТВЕРЖДАЮ»
руководитель организации
_____ Фамилия И.О.
дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность социального работника принимается сотрудник, имеющий подготовку по стратегии снижения вреда среди уязвимых групп населения. Должен обладать знаниями и опытом в следующих областях: стратегия снижения вреда, парентеральная трансмиссия инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИД и другие вопросы здоровья, методы снижения рискованного поведения у потребителей наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

1.2. Назначение и увольнение социального работника производится приказом по учреждению в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Социальный работник работает под руководством менеджера социальных работников.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Осуществление социальной помощи целевым группам проекта.

2.2. Связь с партнерскими государственными социальными службами.

2.3. Ведение ежедневной учетной документации.

2.4. Проведение анализа проделанной работы.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Осуществляет выход и устанавливает контакт с целевыми группами, направляет на консультацию и обследование к врачам-консультантам, раздает печатную литературу, информирует клиентов по вопросам профилактики ВИЧ, ТБ. Производит забор мокроты с соблюдением

техники безопасности; выдает направление на обследование, проводит контролируемое лечение по назначению врача.

3.2. Оказывает социально-психологическую поддержку, социальное сопровождение в государственные медицинские и социальные службы.

3.3. Является на работу в строго обозначенное время согласно графику, не опаздывает. Работу осуществляет в соответствии с утвержденным планом работы программы. Посещает собрания, тренинги и другие мероприятия.

3.4. Должен быть вежливым и дружелюбным при работе с целевыми группами.

3.5. Способствует установлению доверия и взаимопонимания с целевыми группами.

3.6. Проводит анкетирование целевых групп. Осуществляет помощь в сборе и обработке статистической информации.

3.7. Проводит семинары по темам ТБ и приверженности к лечению среди ПИН, КСР.

3.8. Участвует в планировании и осуществлении работы по обучению клиентов и распространению информации о проекте в сообществах.

3.9. Определяет, разрабатывает и реализует на практике новые стратегии, способствующие улучшению работы проекта.

3.10. Поддерживает чистоту в помещении пункта профилактики согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям.

3.11. Соблюдает правила техники безопасности на рабочем месте.

3.12. Аккуратно ведет ежедневную учетную документацию. Регулярно еженедельно проводит анализ проделанной работы и вносит предложения по повышению эффективности проекта.

4. ПРАВА

4.1. Получать информацию о состоянии реализации проекта; сведения и документы, касающиеся вопросов социальной работы с целевыми группами.

4.2. Повышать свою квалификацию по данному профилю работы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

5.2. За совершение правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ АУТРИЧ-КОНСУЛЬТАНТА

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И.О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность аутрич-консультанта принимается сотрудник, имеющий подготовку по стратегии снижения вреда среди уязвимых групп. Должен обладать знаниями и опытом работы в следующих областях: стратегия снижения вреда, парентеральная трансмиссия инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИД/ТБ и другие вопросы здоровья, методы снижения рискованного поведения у потребителей наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

1.2. Назначение и увольнение аутрич-консультанта производятся приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Аутрич-консультант работает под руководством менеджера социальных работников проекта.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Осуществление информационной работы с целевыми группами проекта.

2.2. Осуществление диагностики туберкулеза (забор качественных образцов мокроты для проведения микроскопии).

2.3. Осуществление социально-психологической поддержки клиентам, находящимся на контролируемом лечении.

2.4. Участие в контролируемом лечении туберкулеза, ВААРТ.

2.5. Ведение ежедневной учетной документации.

2.6. Проведение анализа проделанной работы.

3. ОБЯЗАННОСТИ

- 3.1. Осуществлять выход и устанавливать контакт с целевыми группами вне низкогопорогового медицинского центра, направлять или приводить ПИН в низкогопороговую программу, направлять на консультацию и обследование к врачам-консультантам, принимать участие и привлекать целевую группу к разработке печатной продукции, раздавать печатную литературу, информировать клиентов по вопросам профилактики ВИЧ, ТБ, ИППП и гепатитов. Проводить обследование ПИН, КСР на туберкулез (забор мокроты), направлять на флюорографическое обследование в ПТД, производить обмен шприцев с соблюдением правил дезинфекции и технике безопасности; выдавать презервативы, спиртовые салфетки.
- 3.2. Проводить анкетирование целевых групп. Осуществлять помощь в сборе и обработке статистической информации.
- 3.3. Проводить семинары по профилактике инфекционных заболеваний, передозировок, безопасному сексу среди потребителей инъекционных наркотиков, секс-работниц и других целевых групп.
- 3.4. Участвовать в планировании и осуществлении работы по обучению клиентов и распространению информации о проекте в сообществе.
- 3.5. Определять, разрабатывать и реализовывать на практике новые стратегии, способствующие улучшению работы проекта.
- 3.6. Привлекать в проект волонтеров, обучать их и вести надзор за их работой.
- 3.7. Поддерживать чистоту в помещении пункта доверия согласно санитарно-эпидемиологическим требованиям.
- 3.8. Соблюдать правила техники безопасности на рабочем месте.
- 3.9. Аккуратно вести ежедневную учетную документацию, дневник наблюдения.
- 3.10. Еженедельно проводить анализ проделанной работы.

4. ПРАВА

- 4.1. Вносить предложения по повышению эффективности проекта.
- 4.2. Получать информацию о состоянии реализации проекта; сведения и документы, касающиеся вопросов социальной работы с целевыми группами.
- 4.3. Повышать свою квалификацию по данному профилю работы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- 5.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.
- 5.2. За совершение правонарушений в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ФЕЛЬДШЕРА / ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДСЕСТРЫ

«УТВЕРЖДАЮ»
руководитель организации
_____ Фамилия И.О.
дата

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. На должность фельдшера принимаются специалисты со средним медицинским образованием и прошедшие специализацию по вопросам ВИЧ-инфекции, туберкулеза.
- 1.2. Фельдшер принимается на работу и увольняется руководителем организации в соответствии с действующим законодательством.
- 1.3. Фельдшером назначается опытная медсестра, имеющая навыки работы по в/в технике забора крови на все виды исследований, согласно направлению врача.
- 1.4. Непосредственно подчиняется руководителю проекта.

2. ОБЯЗАННОСТИ

Процедурная медсестра должна:

- 2.1. Знать и уметь оказать медицинскую помощь по жизненно важным показаниям (анафилактический шок, высокое АД, коллапс, судороги и т.д.), правильно, согласно инструкции по санитарно-эпидемическому режиму, содержать в чистоте рабочее место, 1 раз в неделю проводить генеральную уборку кабинета, проводить дезинфекцию воздуха в помещении кварцевой лампой по графику, проводить влажную уборку с добавлением моющих средств и дезинфицирующих растворов, готовить дезинфицирующие растворы в необходимом процентном соотношении и количестве для работы на 1 сутки, проводить дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию медицинского инструментария строго в соответствии с ОСТом 42-21-2-85 с дальнейшей утилизацией одноразового продезинфицированного инструментария.

2.2. Проходить 1 раз в год обучение технике постановки и чтения пробы Манту.

2.3. Проводить пробы Манту представителям целевой группы по показаниям.

2.4. Соблюдать технику безопасности при работе с аппаратурой, мед. инструментарием и инфицированным материалом.

2.5. Повышать свою квалификацию путем самоусовершенствования и на циклах повышения квалификации.

3. ПРАВА

3.1. Вносить предложения руководителю по вопросам, связанным с деятельностью проекта.

3.2. Принимать решения в пределах своей компетенции.

3.3. Совершенствовать формы и методы своей деятельности.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

4.1. За неисполнение (ненадлежащее исполнение) своих должностных обязанностей; за совершение в процессе осуществления своей трудовой деятельности правонарушений; за причинение материального ущерба, в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.

4.2. За совершение правонарушений в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____ / _____ /

(подпись)

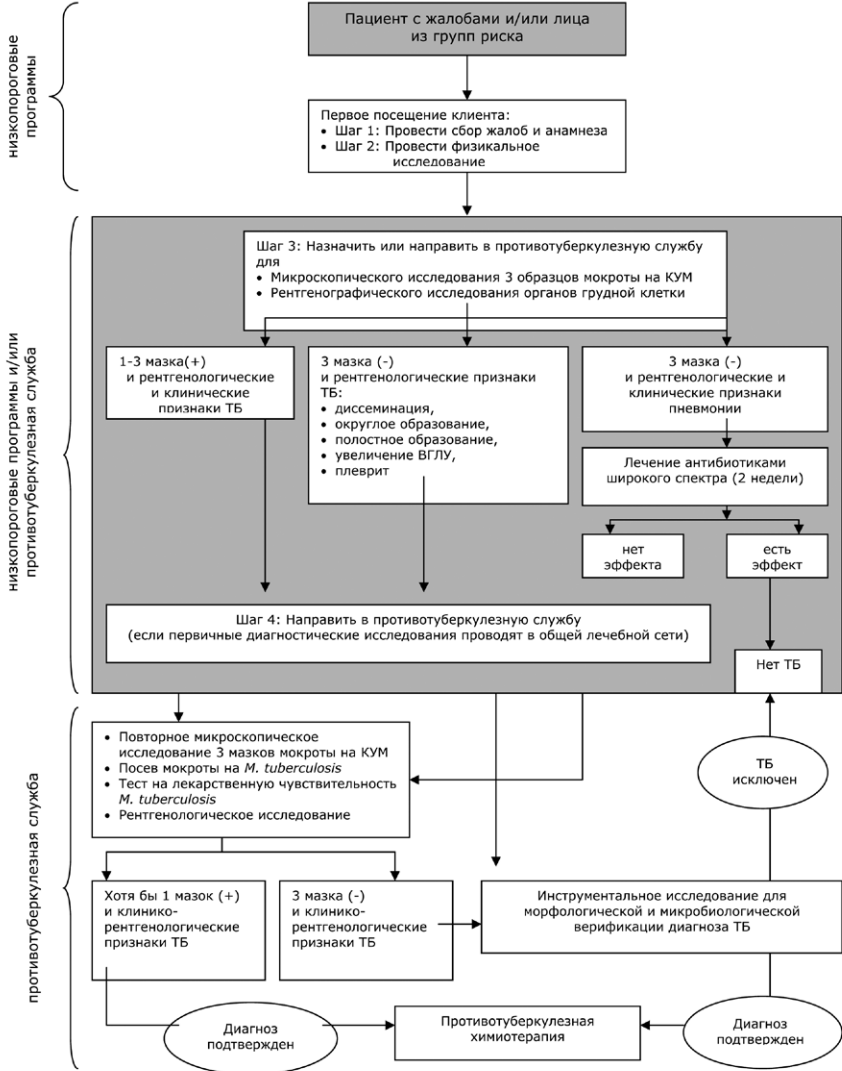
(расшифровка подписи)

Уровни инфекционного контроля

<p>1 уровень. Меры административного (организационного) контроля: ПОЛИТИКА И ПЛАНИРОВАНИЕ</p>
<p>Цель: профилактика передачи аэрогенной инфекции для снижения риска инфицирования среди сотрудников и пациентов</p> <p>Действия сотрудников:</p> <ul style="list-style-type: none"> • быстро <i>выявить</i> потенциально заразных больных ТБ; • <i>принять</i> своевременные меры по изоляции таких больных от общего потока пациентов; • <i>направить</i> больного в специализированную ТБ-службу для своевременного начала курса соответствующего лечения; • <i>следовать</i> плану инфекционного контроля своего учреждения.
<p>2 уровень. Меры по контролю за состоянием окружающей среды (МЕХАНИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ)</p>
<p>Цель: снизить концентрацию инфекционного аэрозоля в воздухе</p> <p>Действия сотрудников:</p> <p>максимально использовать возможности естественной вентиляции и контроль за движением воздушного потока (удалять воздух из помещений с людьми) в зонах присутствия больных ТБ и при сборе мокроты посредством:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проветриваний - применение оконных вентиляторов или систем вытяжной вентиляции для удаления загрязненного воздуха из изолированных помещений
<p>3 уровень. Индивидуальные средства защиты органов дыхания (РЕСПИРАТОРЫ)</p>
<p>Цель: защитить медицинских работников в тех ситуациях, когда меры административного контроля и контроля за состоянием окружающей среды не могут в полной мере снизить концентрацию инфекционного аэрозоля в воздухе</p> <p>Сотрудники должны:</p> <ul style="list-style-type: none"> • знать, что: <ul style="list-style-type: none"> - хирургические маски (матерчатые или бумажные) не защищают пользователя от попадания в организм содержащегося во вдыхаемом воздухе инфекционного аэрозоля; - матерчатые и бумажные хирургические маски, если их используют больные ТБ, могут предотвратить распространение микроорганизмов

- от бактериовыделителя к другим людям, так как они задерживают крупные частицы отделяемого возле носа и рта;
- без соответствующих мер административного контроля и контроля за состоянием окружающей среды респираторы НЕ способны адекватным образом защитить медработников от инфекции;
 - респираторы служат важным дополнением к другим мероприятиям инфекционного контроля;
 - направленно пользоваться респираторами, то есть использовать их в зонах высокого риска инфицирования, а именно:
 - в изолированных помещениях для больных ТБ;
 - при сборе мокроты или других процедурах, вызывающих у больного откашливание;
 - в секционных залах;
 - в кабинетах спирометрии;
 - во время экстренных хирургических операций у потенциально заразных больных ТБ.

Алгоритм выявления и диагностики ТБ



Приложение 9.

Сбор анамнеза у пациентов с подозрением на ТБ

Симптомы ТБ	<p><i>Выясните, нет ли у пациента симптомов ТБ легких, включая:</i></p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>Симптомы со стороны органов дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кашель на протяжении 2–3 недель и более; - боль в груди; - одышка; - кровохарканье. </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> <p>Прочие симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - потеря веса; - утомляемость; - лихорадка; - ночные поты; - потеря аппетита. </td> </tr> </table> <p><i>Выясните, нет ли у пациента общих или локальных симптомов внелегочного туберкулеза:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Общие симптомы: потеря веса, лихорадка или ночные поты. • Местные симптомы зависят от того, какой орган поражен. Например: <ul style="list-style-type: none"> - при ТБ лимфатических узлов отмечают их припухлость, иногда с образованием свищей с гнойным отделяемым; - при ТБ суставов отмечают боль и припухлость суставов; - при туберкулезном менингите (обычно у детей) присутствуют головная боль, лихорадка, ригидность задних шейных мышц, сонливость; - кровь в моче при ТБ органов мочевого выделения 	<p>Симптомы со стороны органов дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кашель на протяжении 2–3 недель и более; - боль в груди; - одышка; - кровохарканье. 	<p>Прочие симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - потеря веса; - утомляемость; - лихорадка; - ночные поты; - потеря аппетита.
<p>Симптомы со стороны органов дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кашель на протяжении 2–3 недель и более; - боль в груди; - одышка; - кровохарканье. 	<p>Прочие симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - потеря веса; - утомляемость; - лихорадка; - ночные поты; - потеря аппетита. 		
Контакт с больным ТБ	<p><i>Выясните, не было ли у пациента контактов с имеющим подозрительные в отношении ТБ симптомы лицом или с больным ТБ дома, на работе, в часы досуга (в прошлом или в настоящее время)</i></p>		
ТБ в анамнезе	<p><i>Узнайте у пациента, устанавливали ли ему ранее диагноз инфицирования или заболевания ТБ; узнайте, не принимал ли он противотуберкулезные препараты. При ТБ в анамнезе следует рассмотреть возможность рецидива заболевания.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Если пациент ранее болел ТБ, выясните, когда и как он лечился. • Сбор этих данных будет необходим для правильного выбора режима химиотерапии в специализированной ТБ-службе: 		

	<ul style="list-style-type: none"> - такие пациенты имеют более высокий риск приобретенной лекарственной устойчивости к одному или нескольким препаратам; - риск развития лекарственной устойчивости наиболее высок, если в прошлом проводили неадекватное лечение или пациент не соблюдал рекомендованный режим химиотерапии.
Факторы риска заболевания ТБ	<i>Выясните, не относится ли пациент к одной или нескольким группам высокого риска развития ТБ.</i>

Сбор образцов мокроты

Для качественной диагностики туберкулеза очень важно правильно собрать образцы мокроты. Для проведения микроскопического исследования всегда следует собрать 3 образца мокроты, **даже если рентгенограмма грудной клетки без патологии**, но у человека имеется подозрение на туберкулез (например, продолжительный кашель с отделением мокроты).

Образцы мокроты

- Для сокращения числа визитов в медицинские учреждения образцы мокроты у каждого больного с подозрением на ТБ следует собрать в течение 2 дней клинического обследования, следуя одной из методик, описанных ниже (предпочтение следует отдать первой из них).
- В число образцов мокроты для первичного исследования входят:
 - два образца мокроты, которые собирают под непосредственным наблюдением медработника «на месте», во время посещения больным медицинского учреждения;
 - еще один образец, который больной собирает у себя дома, рано утром натощак, но после того, как он почистит зубы (чтобы в мокроту не попали частицы пищи).
- Для успешного микроскопического исследования нужно собрать качественный образец мокроты (не слюну!). Качественный образец — это:
 - чаще всего густая и слизистая мокрота, или
 - жидкая мокрота с частицами некротических тканей, или
 - мокрота от грязно-белого до грязновато-зеленого цвета (мокрота с кровью будет красновато-коричневой).

Методика № 1

Сбор первого образца мокроты (1-й день)	Сотрудник низкопороговой программы должен: <ul style="list-style-type: none">• При первом обращении клиента с подозрительными на туберкулез симптомами собрать у него под непосредственным наблюдением первый образец мокроты.• Объяснить пациенту необходимость трехкратного сбора мокроты и правила ее сбора в домашних условиях.• Выдать пациенту контейнер для сбора мокроты и объяснить, что мокроту нужно собрать в этот контейнер утром следующего дня и доставить образец в медучреждение.• Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).
Сбор второго образца мокроты (2-й день)	Клиент должен: <ul style="list-style-type: none">• Самостоятельно откашлять второй образец мокроты в выданный контейнер сразу после пробуждения (ранним утром, натощак, но после чистки зубов).• Как можно скорее доставить собранный образец в медицинское учреждение.
Сбор третьего образца мокроты (2-й день)	Сотрудник должен: <ul style="list-style-type: none">• Под непосредственным наблюдением собрать третий образец мокроты клиента, когда тот придет в низкопороговую программу и принесет второй образец мокроты, который он собрал утром в домашних условиях.
Методика № 2	
Сбор первого образца мокроты (1-й день)	Сотрудник низкопороговой программы должен: <ul style="list-style-type: none">• При первом обращении клиента с подозрительными на ТБ симптомами собрать у него под непосредственным наблюдением первый образец мокроты.• Объяснить пациенту необходимость трехкратного сбора мокроты.• Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).• Направить пациента на другие диагностические исследования (например, на рентгенографию) в противотуберкулезную службу и попросить его вернуться после того, как он пройдет эти исследования.

Сбор второго образца мокроты (2-й день)	<p>Сотрудник низкопороговой программы должен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • После того, как клиент вернется после проведения других исследований, собрать у него под непосредственным наблюдением второй образец мокроты. • Объяснить пациенту правила сбора мокроты в домашних условиях. • Выдать пациенту контейнер для сбора мокроты и объяснить, что мокроту нужно собрать в этот контейнер утром следующего дня и доставить образец в программу. • Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).
Сбор третьего образца мокроты (2-й день)	<p>Пациент должен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самостоятельно откашливать третий образец мокроты в выданный контейнер сразу после пробуждения (ранним утром, натощак, но после чистки зубов); • Как можно скорее доставить собранный образец в программу.

Инструктаж по сбору качественного образца мокроты

Используя приведенные ниже рекомендации, объясните больному, что он должен сделать, чтобы собрать качественный образец мокроты. Как наглядное пособие по сбору мокроты можно использовать рисунок.

Больному следует:

- Перед сдачей мокроты **прополоскать рот** водой, чтобы удалить частицы пищи и загрязняющую микрофлору ротовой полости (исключение составляет утренний сбор мокроты дома, перед которым он должен почистить зубы).
- **Сделать два глубоких вдоха**, задерживая дыхание на несколько секунд после каждого вдоха и медленно выдыхая. Затем вдохнуть в третий раз и с силой выдохнуть (вытолкнуть) воздух. Еще раз вдохнуть и хорошо откашляться.

- **Поднести контейнер** как можно ближе к рту и осторожно сплюнуть в него мокроту после откашливания.
- **Плотно закрыть** контейнер крышкой.
- **Вымыть** руки с мылом.

Направление на проведение микроскопии мокроты (ТБ 06).

После того как собраны 3 образца мокроты, поставьте на контейнерах (только не на крышке) идентификационный номер больного и отошли-те в лабораторию для проведения микроскопии на КУМ.



Медификация издания Толького областного противотуберкулезного диспансера и Merfin.

- Заполните верхнюю часть направления на проведение микроскопии мокроты (ТБ 06) (см. приложение 13).
- Приложите форму направления к 3 образцам мокроты больного (на все 3 образца мокроты, собранные у одного больного, заполняется только одно направление).

Инструкция по сбору мокроты

Условия сбора мокроты	Контейнер для сбора мокроты
<p>Рекомендации по сбору мокроты в медицинском учреждении:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мокроту надо собирать в специально оборудованной комнате (которая используется только для этих целей) с хорошей вентиляцией. 	<p>Для сбора мокроты необходим чистый контейнер из прочного материала, не пропускающий жидкости. Рекомендуется, чтобы контейнер был:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Сбор мокроты следует проводить при открытых окнах (в холодное время года — при открытой форточке); если специальной комнаты нет, то собирать образцы надо вне помещения, на открытом воздухе. • На дверях комнаты для сбора мокроты должен висеть знак, запрещающий входить в комнату другим пациентам или родственникам и напоминающий медработникам о том, что, входя в комнату, они должны надевать для защиты органов дыхания респиратор. • До отправки материала на микроскопию храните образцы мокроты в прохладном месте. В идеале образцы должны храниться в холодильнике (отдельно от продуктов). Мокроту можно хранить до 1 недели, но надо стараться отправить ее на исследование в лабораторию как можно скорее. <p>Рекомендации по сбору мокроты в домашних условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объясните пациенту, что мокроту надо собирать вне дома, на открытом воздухе, или, если он остается дома, откашливать мокроту в отсутствие других людей и перед открытым окном/форточкой. • Объясните пациенту, что он должен как можно скорее принести собранный образец в медицинское учреждение. 	<ul style="list-style-type: none"> • с широким горлышком (примерно 35 мм в диаметре); • прозрачным; • прочным; • с плотно закрывающейся крышкой; • из материала, на который легко наносится маркировка; • чистым, предпочтительно стерильным; • одноразового использования, из материала, который легко утилизировать (если позволяют ресурсы); • если используют контейнеры многоразового использования, то они должны быть изготовлены из толстого стекла и иметь завинчивающуюся крышку. <p>Для очистки и стерилизации контейнеры многоразового использования кипятите в воде с мылом, другим чистящим средством или дезинфицирующим веществом в течение по крайней мере 30 минут. Затем тщательно промойте контейнеры в чистой воде и стерилизуйте в сухожаровом шкафу.</p>
<p align="center">Безопасность сотрудников</p>	<p align="center">Инструкции и рекомендации для пациентов</p>
<p>Руководя действиями больного, который откашливает мокроту, соблюдайте правила инфекционного контроля.</p>	<p>Подробно опишите, для чего и каким образом нужно собирать мокроту, чтобы больной ясно представлял свои действия.</p>

<ul style="list-style-type: none">• Надевайте респиратор и резиновые перчатки.• Стойте позади больного или, если позволяют условия, выходите из комнаты, где больной откашливает мокроту, и наблюдайте за сбором мокроты через стеклянное окно в двери.	<p>Подробно опишите, для чего и каким образом нужно собирать мокроту, чтобы больной ясно представлял свои действия. Чтобы помочь больному собрать качественный образец мокроты, следует:</p> <ul style="list-style-type: none">• объяснить, как правильно собрать мокроту;• провести с больным подробную информационную беседу;• показать, как правильно собирать мокроту (см. далее);• подбодрить и поддержать больного морально.
--	---

Приложение 11.

Инструкция по технике безопасности для аутрич-работника

«УТВЕРЖДАЮ»
руководитель

« » _____ 200__ г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Аутрич-работник при приеме на работу проходит первичный медосмотр (терапевт, флюорография, обследование на ВИЧ, гемокантактные вирусные гепатиты), затем первичный инструктаж на рабочем месте, затем проходит вводный инструктаж, повторный инструктаж не реже двух раз в году и внеплановый (при изменении условий труда, нарушениях техники безопасности и несчастных случаях), иммунизацию в соответствии с Законом «Об иммунопрофилактике», включая прививку против гепатита В.

1.2. Аутрич-работник обязан:

- руководствоваться должностными инструкциями;
- выполнять требования безопасности;
- знать координаты организаций и лиц, которым сообщается о возникновении производственной аварий.

ЗАПРЕЩЕНО

1. Разбирать самому шприцы, отсоединять иглы от шприцев.
2. Работать при обмене шприцев без перчаток.
3. Проводить забор мокроты в маленьких, плохо проветриваемых помещениях.

4. Проводить забор мокроты без специальной защитной одежды (маски, перчатки).
5. Пользоваться неисправными электророзетками и вилками.
6. Оставлять без присмотра под напряжением оборудование и электронагревательные приборы, держать вблизи них вату и другие легковоспламеняющиеся вещества.
7. Курить в помещении обмена шприцев.
8. Пользоваться неисправными штепсельными розетками, вилками, производить ремонт электрооборудования самому.
9. Принимать пищу на рабочем месте.

2. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕД РАБОТОЙ

- 2.1. Привести в порядок одежду: одежда должна быть хорошо подогнана, не иметь расстегнутых манжет.
- 2.2. Проверить и установить недостатки в содержании рабочего места с тем, чтобы рабочее место было не загромождено, имело свободные проходы, пол должен быть сухим и чистым, не скользким, помещение должно иметь достаточную естественную и искусственную освещенность и легко проветриваться.
- 2.3. Проверить исправность оборудования, инструмента, приспособлений. При этом особое внимание необходимо обратить на электроприборы, электрооборудование, на наличие и прочность заземляющих проводов.
- 2.4. Убедиться в наличии и целостности аптечки формы 50.

3. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ

- 3.1. Все манипуляции со шприцами, иглами осуществлять не торопясь, в перчатках, и как с потенциально инфицированным ВИЧ, вирусами гепатитов В и С.

3.2. Прием использованных шприцев от клиента проекта осуществляется в твердой труднопрокалываемой таре (пластиковая бутылка, канистра, контейнер).

3.3. Сбор использованных шприцев, игл осуществляется в пластиковый контейнер с крышкой и высланным изнутри одноразовым пакетом. Свободные края пакета загибаются за наружный бортик контейнера.

3.4. При наполнении контейнера на 2/3 свободные края заворачиваются внутрь, завязываются и сбрасываются в промежуточный накопительный контейнер для утилизации с маркировкой желтого цвета.

3.5. Не отвлекаться во время работы на посторонние разговоры и не перепоручать работу неподготовленным участникам проекта.

3.6. По окончании приема использованных шприцев от клиента вымыть руки в перчатках с мылом, снять перчатки, еще раз вымыть и приступить к отпуску шприцев и заполнению документов на отдельном столе.

3.7. Предложить клиенту вымыть руки перед получением новой партии шприцев.

4. В АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

4.1. Считать аварийной ситуацией прокол кожных покровов, попадание крови или жидкости из шприца на слизистые глаз или рта.

4.2. О каждом аварийном случае после ликвидации аварийной ситуации немедленно сообщить руководителю проекта и сделать запись в журнале травм и посттравматической профилактики.

4.3. Действия в аварийных ситуациях осуществлять в соответствии с утвержденной инструкцией.

4.4. При возникновении пожара — эвакуировать клиентов проекта, вызвать пожарную охрану по телефону 01, до ее прибытия принять возможные меры к тушению пожара при помощи первичных средств пожаротушения.

4.5. При тушении электроприборов применять только углекислотные огнетушители.

4.6. В случае вспышки одежды ни в коем случае не следует бежать, надо стараться как можно быстрее сбросить с себя загоревшуюся одежду или лечь на пол, плотно прижимаясь к нему.

4.7. При поражении человека электрическим током и прочих травмах действовать согласно инструкции по оказанию первой помощи пострадавшим от электрического тока и других несчастных случаев.

5. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПО ОКОНЧАНИИ РАБОТЫ

5.1. Вымыть руки с мылом, а при необходимости провести дезинфекцию.

5.2. Привести в порядок рабочее место, отправить накопительный контейнер с использованными шприцами на утилизацию и исключить доступ посторонних лиц.

5.3. Проверить выключение электросети и водоснабжения.

Невыполнение требований инструкции является нарушением трудовой дисциплины, и виновные несут ответственность за соответствующее нарушение: дисциплинарную, административную и уголовную, в порядке, установленном законодательством.

Приложение 12.

Инструкция по технике безопасности для консультанта

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. К самостоятельной работе допускаются консультанты, имеющие специальное образование, а при необходимости – специализацию.
- 1.2. К работе допускаются лица, не имеющие медицинских противопоказаний.
- 1.3. Все вновь поступающие на работу должны пройти первичный инструктаж, вновь принятый на работу должен пройти первичный инструктаж на рабочем месте, повторный – не реже двух раз в год и внеплановый – при изменении условий труда, нарушениях техники безопасности и несчастных случаях.
- 1.4. Консультант обязан:
 - руководствоваться должностной инструкцией;
 - выполнять требования безопасности;
 - владеть приемами оказания первой медицинской помощи.

ЗАПРЕЩЕНО:

1. Работать на неисправном медицинском оборудовании, неисправных приспособлениях, приборах, инструментах.
2. Пользоваться поврежденными и с истекшими сроками годности средствами индивидуальной защиты.
3. Проводить консультирование и забор мокроты у клиентов с подозрением на туберкулез без маски и перчаток.
4. Оставлять без присмотра под напряжением медицинское оборудование и электронагревательные приборы, держать вблизи них вату и другие легковоспламеняющиеся вещества.
5. Курить в помещении.

2. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕД РАБОТОЙ

- 2.1. Привести в порядок рабочую спец. одежду. Спецодежда должна быть хорошо подогнана, не иметь незаправленных концов и расстегнутых манжет.
- 2.2. Проверить и установить недостатки в содержании рабочего места с тем, чтобы рабочее место было не загромождено, имело свободные проходы, пол должен быть сухим и чистым, не скользким.

3. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВО ВРЕМЯ РАБОТЫ

- 3.1. Не оставлять без разрешения свое рабочее место.
- 3.2. Не отвлекаться во время работы разговорами.
- 3.3. Не поручать, хотя бы и на короткое время, выполнение своих обязанностей другим.
- 3.4. Работая, не загромождать свое рабочее место и проходы.
- 3.5. С медицинскими документами обращаться бережно, аккуратно.
- 3.6. Перед едой, после посещения туалета следует тщательно мыть руки с мылом, а при необходимости производить и дезинфекцию.
- 3.7. Не принимать пищу на рабочем месте.

4. В АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

- 4.1. Считать аварийной ситуацией прокол кожных покровов, попадание крови или жидкости из шприца на слизистые глаз или рта.
- 4.2. О каждом аварийном случае после ликвидации аварийной ситуации немедленно письменно сообщить руководителю проекта.
- 4.3. Действия в аварийных ситуациях:
 - 4.3.1. При проколах или **порезах кожи рук**:
 - снять перчатки

- выдавить кровь из ранки
- обработать поврежденный участок 70%-ным спиртом, *не растирая*
- обработать 5%-ным спиртовым раствором йода
- заклеить лейкопластырем
- надеть перчатки

4.3.2. При попадании крови или других инфицированных биологических жидкостей на кожу:

- снять инфицированный материал, *не растирая*, салфеткой, пропитанной 70%-ным этиловым спиртом
- обмыть водой с мылом
- повторно обеззаразить 70%-ным этиловым спиртом

4.3.2.1. **Слизистые носа** – промыть 0,05%-ным раствором марганцово-кислого калия из спринцовки.

4.3.2.2. **Глаза** – промыть 1%-ным раствором борной кислоты, используя пипетку или глазную ванночку. *Не тереть!*

4.3.2.3. **Слизистые рта и горла** – прополоскать 70%-ным этиловым спиртом или 0,05%-ным раствором марганцово-кислого калия.

4.3.2.4. **Одежду** – снять:

- обработать загрязненное место ветошью, пропитанной 3%-ным раствором хлорамина, двукратно, с интервалом в 15 минут
- замочить в дезинфицирующем растворе (например, в 1%-ном растворе хлорамина на 3 часа)
- обеззаразить перчатки 70%-ным этиловым спиртом

4.3.2.5. **Обувь** – обработать двукратным протираем через 15 минут ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств (например, 3%-ный раствор хлорамина).

4.3.2.6. **Пол, стены, мебель, оборудование:**

- загрязненное место залить дезинфицирующим раствором (6%-ный раствор перекиси водорода без моющего средства, или с моющим средством, или 0,4% ГКТ, или 0,6% НГК, или 4%-ным раствором формальдегида, или 3%-ным раствором хлорамина, или другими дез. средствами) на 60 минут
- протереть ветошью, смоченной дезраствором (если применяется 70%-ный этиловый спирт, протереть 3–5 раз)
- использованную ветошь сбросить в емкость с дезраствором (например, 1%-ным раствором хлорамина на 3 часа)

4.3.3. При возникновении пожара – эвакуировать клиентов проекта, вызвать пожарную охрану по телефону 01, до ее прибытия принять возможные меры к тушению пожара при помощи первичных средств пожаротушения.

4.3.3.1. При тушении электроприборов применять только углекислотные огнетушители.

4.3.3.2. В случае вспышки одежды ни в коем случае не следует бежать, надо стараться как можно быстрее сбросить с себя загоревшуюся одежду или лечь на пол, плотно прижимаясь к нему.

4.3.3.3. При поражении человека электрическим током и прочих травмах действовать согласно инструкции по оказанию первой помощи пострадавшим от электрического тока и других несчастных случаев.

5. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПО ОКОНЧАНИИ РАБОТЫ

5.1. Консультант должен снять специальную одежду, вымыть руки с мылом, а при необходимости провести дезинфекцию.

5.2. Привести в порядок рабочее место.

5.3. Проверить выключение электросети и водоснабжения.

Невыполнение требований инструкции является нарушением трудовой дисциплины, и виновные несут ответственность за соответствующее нарушение: дисциплинарную, административную и уголовную, в порядке, установленном законодательством.

Приложение 13.

Направление на микроскопию, посев, чувствительность к АБП ТБ-06

Код Лаборатории: <small>(заполняется лабораторией)</small>	Материал <small>(заполняется врачом):</small>						
	Мокрота	Мокрота ингаля	Моча	Ливор	Экссудат	Менструальная кровь	Прочие <small>(указать):</small>
Лабораторный №: <small>(заполняется лабораторией)</small>	№ пробы: (1, 2, 3) <small>(заполняется врачом):</small>		Дата поступления материала: <small>(заполняется лабораторией)</small>		Примечания:		
Фамилия:						2. Дата рождения	Пол:
Имя:	Отчество:						М Ж
Область: Томская	Населенный пункт:						
Район:	Улица:			Дом №:	№ квартиры:		
Диагноз:							

Кем направлен (вписать № участка или название районной поликлиники/стационара):

Участок №	Куратор района	Централизованная доставка из района	Стационар	МСЧ №	Из поликлиники №	Внегочное отд. диспансера
-----------	----------------	-------------------------------------	-----------	-------	------------------	---------------------------

Цель исследования:

Диагностика:	Диагностические больные направленные из общей лечебной сети
	Больные состоящие на ДУ по группе учета <small>(указать)</small> 0 III IV VII Из снятых
Контроль лечения: <small>(гр. ДУ Ia, Ib, IIa)</small>	Режим лечения: I 2A 2B 3 Dots+ Минздрав (АБП 2 ряда)
Послеобсервационное наблюдение:	Контрольные исследования после окончания основного курса лечения в процессе наблюдения по гр. ДУ Ia Ib IIa IIb Перевод в группу ДУ: III Связке с учета

Тип пациента:

Е. первые выявлен	Рецидив	После отрыва	После неудачи в лечении	Переведен	Хроник
-------------------	---------	--------------	-------------------------	-----------	--------

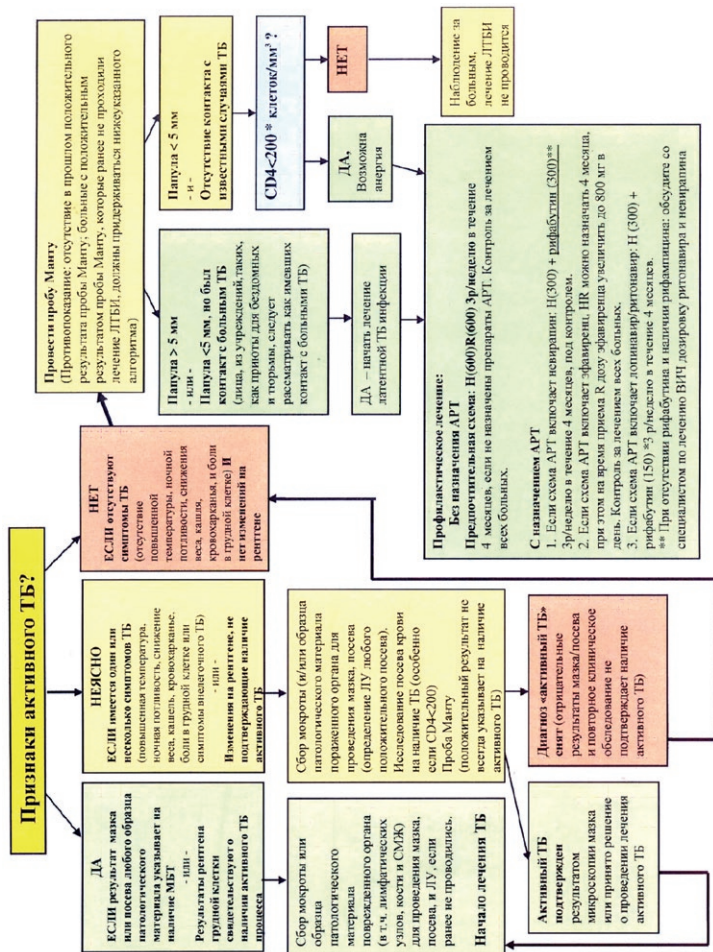
Месяц леч-я: _____ Дата напр-я на анализ врачом: День: _____ Месяц: _____ Год: _____ Врач: _____

Результаты исследований на отрывных талонах:

Талон № 3: Результат определения ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МБТ к АБП:	Выделена культура: Чел. Быч. Атип				
Лабораторный №: _____ № участка, район: _____ ФИО: _____	Препарат	Концентрация	Устойчивость	Чувствительность	Не делали
Дата поступ-я материала: День: _____ Месяц: _____ Год: _____	Изониазид	1 мкг/мл			
Результат ПОСЕВА: От 1 до 10 колоний (указать число колоний) _____	Рифампицин	40 мкг/мл			
до 20 колоний +	Стрептомицин	10 мкг/мл			
до 100 колоний ++	Этамбутол	50 мкг/мл			
Более 100 колоний (обильный рост) +++	Канамидин	50 мкг/мл			
Дата результата чувствительности: _____	Этионамид	50 мкг/мл			
Бактериолог: _____	Циклосерин	30 мкг/мл			
День: _____ Месяц: _____ Год: _____	Капреомицин	50 мкг/мл			
	Офлоксацин	2 мкг/мл			
	ПАСК	1 мкг/мл			
	Пиразинамид	200 мкг/мл			

Талон № 1: Результат МИКРОСКОПИИ	Талон № 2: Результат ПОСЕВА
Лабораторный №: _____ № участка, район: _____ ФИО: _____	Лабораторный №: _____ № участка, район: _____ ФИО: _____
Дата поступ-я материала: День: _____ Месяц: _____ Год: _____	Дата поступ-я материала: День: _____ Месяц: _____ Год: _____
Метод проведения микроскопии: _____	Результат: _____
Результат: _____	Отрицательный
Цель-Нильсена <input type="checkbox"/>	От 1 до 10 колоний (указать число колоний) _____
Люминесцентный <input type="checkbox"/>	до 20 колоний +
	до 100 колоний ++
	Более 100 колоний (обильный рост) +++
	Пророст
Для микроты внешний вид:	
Слизисто-гнойная <input type="checkbox"/> Окрашенная кровью <input type="checkbox"/> Слюна <input type="checkbox"/>	
Бактериолог: _____	Бактериолог: _____
Дата результата микроскопии: День: _____ Месяц: _____ Год: _____	Дата результата микроскопии: День: _____ Месяц: _____ Год: _____

Алгоритм работы по выявлению туберкулеза у ЛЖВ



Приложение 15.

Оценка поведенческого риска

Код клиента

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата проведения

--	--	--	--	--	--	--	--

Пол

м

ж

Возраст _____

Есть ли 1) паспорт 2) прописка 3) страховой полис

Соответствуют ли фактический и юридический адреса 1) да 2) нет

Условия проживания

- 1) отдельная квартира
- 2) в коммунальной квартире
- 3) аренда жилья
- 4) у друзей
- 5) бездомный
- 6) другое

Семейная среда

- 1) благополучная семья
- 2) проблемная семья
- 3) живу вне семьи

Семейное положение

- 1) в браке
- 2) в гражданском браке
- 3) холост/не замужем

Наличие детей 1) да 2) нет

Занятость

- 1) постоянная работа
- 2) учеба
- 3) случайная работа
- 4) безработный

Образование

- 1) высшее
- 2) среднее специальное
- 3) среднее
- 4) неполное среднее
- 5) начальное

Обращались ли Вы в

- 1) ПНД ___да ___нет
- 2) КВД ___да ___нет
- 3) ПТД ___да ___нет
- 4) ЛПУ ___да ___нет

Состояли ли вы на учете 1) да 2) нет

Если да, то где именно 1) ПНД 2) КВД 3) ПТД 4) ЛПУ

Проходили ли вы обследование на:

- 1) ВИЧ
- 2) ТБ
- 3) ИППП
- 4) гепатит

Знаете ли вы результат теста

- ВИЧ ___да ___нет
ИППП ___да ___нет
ТБ ___да ___нет
гепатит ___да ___нет

Общались ли Вы на протяжении последнего года с больным ТБ?

- 1) да
- 2) нет

Общались ли Вы на протяжении последнего года с человеком, кашляющим более месяца?

- 1) да
- 2) нет

Отмечали ли Вы у себя в течение последнего месяца (отметить нужное):

- 1) слабость, утомляемость при обычных физических нагрузках
- 2) потерю веса
- 3) ночную потливость
- 4) кашель в продолжении более трех недель
- 5) увеличение температуры до 37–37,2° в течение месяца

Оценка рискованного поведения

- 1) использую только новые шприцы
- 2) использую свой шприц несколько раз
- 3) использую чужой шприц
- 4) использую общую посуду для приготовления
- 5) покупаю готовый раствор в шприце

Пытались ли вы отказаться от наркотиков?

- 1) да: 2) нет
самостоятельно
леч. учреждения

У вас:

- 1) один половой партнер
- 2) много случайных половых партнеров
- 3) гомосекс
- 4) нет полового партнера

Беременность 1) да 2) нет

Пользуетесь ли вы презервативом? 1) всегда 2) иногда 3) нет

Приходилось ли вам зарабатывать с помощью секса? 1) да 2) нет

Ваши половые партнеры за последние 3 месяца

- 1) ПИН или КСР
- 2) не употребляют наркотики
- 3) половых контактов не было

В какой помощи вы нуждаетесь?

- 1) медицинская
- 2) социальная
- 3) юридическая
- 4) психологическая

Факторы риска инфицирования и заболевания ТБ

<p>Факторы риска инфицирования</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжительный близкий контакт с заразным больным ТБ 2. Повышенная восприимчивость к инфекции <p>Группы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лица, проживающие в одной квартире или комнате с больным ТБ (например, в квартире, в студенческом общежитии, доме престарелых) • Работники здравоохранения • Заключенные, бывшие заключенные и работники пенитенциарных учреждений • Лица, злоупотребляющие алкоголем и/или употребляющие наркотики • Лица из социально уязвимых групп населения, например, бездомные, безработные, мигранты, ПИН, КСР
<p>Факторы риска развития заболевания</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие первичного инфицирования 2. Снижение защитных сил организма (иммунодефицит) <p>Группы риска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лица, недавно инфицированные <i>M.tuberculosis</i> (первые 2 года после заражения) • Лица с изменениями на рентгенограмме грудной клетки, указывающими на ТБ в прошлом • Лица с ВИЧ-инфекцией • Лица с подавленным в результате различных заболеваний иммунитетом (например, лица, получающие цитостатические препараты, лучевую терапию или кортикостероиды, страдающие сахарным диабетом, пептической язвой желудка или двенадцатиперстной кишки) • Активные курильщики • Лица пониженного питания (снижение массы тела на 10% и более ниже нормы) • Лица, злоупотребляющие алкоголем и/или наркотиками • Лица из социально уязвимых групп населения, например, бездомные, безработные, мигранты, ПИН, КСР • Заключенные, бывшие заключенные и работники пенитенциарных учреждений • Лица, проживающие в одной квартире или комнате с больным ТБ (например, в квартире, общежитии, доме престарелых)

Социальное бюро

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

Цель СБ — защита прав и интересов целевых групп, содействие их адаптации и ресоциализации путем оказания помощи в решении медицинских, социальных, психологических и юридических вопросов.

Задачи Социального бюро

1. Консультирование по вопросам социального обслуживания клиентов.
2. Оказание юридической помощи и поддержки.
3. Оказание психологической помощи в кризисных ситуациях.
4. Содействие в получении медицинской помощи.
5. Предоставление консультаций по вопросам профориентации, получения образования и трудоустройства.

Основные направления деятельности Социального бюро

1. Осуществление социального мониторинга на территории области.
2. Выработка предложений по совершенствованию системы социальной защиты клиентов.
3. Подготовка и распространение информационных материалов, обеспечивающих клиентам доступ к медицинским, психологическим и социальным службам.
4. Социально-психологическая помощь клиентам в адаптации к изменяющимся социально-экономическим условиям жизни.

5. Консультирование клиента, в том числе по вопросам предоставления медицинских, социально-психологических и юридических услуг.
6. Участие в привлечении государственных, муниципальных и негосударственных органов, организаций и учреждений, а также общественных и религиозных организаций к решению вопросов оказания социальной помощи клиентам и координация их деятельности в этом направлении.
7. Создание и поддержка партнерской сети.
8. Создание и ведение банка данных о клиентах, обратившихся в СБ за помощью, осуществление обмена необходимой информацией с заинтересованными государственными и общественными организациями и учреждениями.

Социальное бюро предоставляет следующие виды услуг:

1. Помощь в определении потребностей для решения проблем, связанных с практикой рискованного поведения;
2. Содействие в получении медицинской помощи в процессе отказа клиента от практики рискованного поведения (ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, ИППП, другие парентеральные инфекции и общесоматические заболевания);
3. Содействие в получении реабилитационной помощи в оптимальном для клиента режиме;
4. Оказание психологической поддержки и предоставление услуг консультирования на всех этапах;
5. Содействие в трудоустройстве и профессиональном обучении, юридическая помощь, защита прав.

Помимо перечисленного выше СБ «берет на себя» услуги, которых не оказывает ни один из участников партнерской сети, и в этом смысле выступает как средство ликвидации экстренных дефицитов в системе социально-психологической помощи клиентам.

Работа Социального бюро

1. Организация социального сопровождения клиента.
2. Составление вместе с клиентом индивидуальной программы достижения поставленной цели (пути, сроки, последовательность действий).
3. Предоставление клиенту возможности восстановить утраченные ранее навыки самоорганизации.

Функция контроля со стороны СБ призвана помочь человеку справиться с собственной организационной несостоятельностью. В этой связи СБ на начальных этапах берет на себя функции внешнего контроля за продвижением клиента к ресоциализации. Причем этот контроль строится на соблюдении принципов взаимоуважения, доверия и разделения ответственности.

АНКЕТА КЛИЕНТА

Карта № _____

Дата начала заполнения
«__» _____ 200__ г.

_____ название проекта.

Код участника

Пол м ж

возраст _____ лет

Прописка, регистрация

Постоянная регистрация

1. город
2. область
3. иногородний
4. иностранец
5. БОМЖ

Наличие временной регистрации в

1. есть
2. нет

Место жительства

- отдельная квартира/дом
- коммунальная квартира
- снимает квартиру/комнату
- у друзей/знакомых
- у полового партнера
- где придется
- иное _____

Совместное проживание

- один (одна)
- с родителями
- с супругом (ой)
- с другими родственниками
- с сожителем (нищей)
- иное (указать)

Семейное положение, дети

Семейное положение

- холост/не замужем
- гражданский брак
- разведен (а)
- официальный брак
- вдовец(а)

Наличие детей

- нет
- есть

→	количество детей	<input type="text"/> <input type="text"/>
→	возраст детей	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Дети проживают

- вместе
- отдельно

Беременность в настоящее время

- есть
- нет

Социальный статус, образование

Уровень образования

- начальное
- неполное среднее
- среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

Социальный статус

- учащийся
- рабочий
- служащий
- безработный
- другое _____

Наличие инвалидности

1. нет 2. есть → группа

Наличие основных документов

1. паспорт
2. полис ОМС
3. ИНН
4. свидетельство пенс. страхования
5. трудовая книжка

Инъекционное употребление наркотиков

Употребление инъекционных ПАВ за последние 12 мес.

1. да (употреблял(а)) 2. нет → к разделу Е

Год начала употребления инъекционных ПАВ (не более 3 наименований)

Основные инъекционные ПАВ (не более 3 наименований)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> героин | 3. <input type="checkbox"/> винт |
| 2. <input type="checkbox"/> черное | 4. <input type="checkbox"/> джефф |
| 5. <input type="checkbox"/> колдакт | 8. <input type="checkbox"/> speed'ы |
| 6. <input type="checkbox"/> «качели» | 9. <input type="checkbox"/> кокаин |
| 7. <input type="checkbox"/> фенамин | 10. <input type="checkbox"/> иное _____ |

Состоит ли на учете в наркологическом диспансере в настоящее время

1. да с какого года → 2. нет

Лечение наркотической зависимости когда-либо

1. да 2. нет

Прохождение реабилитации когда-либо

1. да 2. нет

ВИЧ-инфекция

Обследование на ВИЧ-инфекцию

1. когда-либо
2. за последние 12 мес.
3. ни разу не обследован(а) → к разделу «вирусные гепатиты»

Результат последнего теста на ВИЧ

1. положительный
2. отрицательный
3. неопределенный
4. в работе

Год выявления ВИЧ-инфекции

Где выявили ВИЧ-инфекцию

Состоит ли на учете в СПИД-центре

1. да
2. нет → к разделу F

Наблюдается ли по ВИЧ-инфекции в настоящее время

1. да
2. нет → к разделу «вирусные гепатиты»

Где наблюдается по ВИЧ-инфекции в настоящее время

1. центр СПИД
2. иное (указать название)

Принимает ли АРВ-терапию

1. да
2. нет

Вирусные гепатиты

Обследование на гепатиты когда-либо

1. на гепатит В
2. на гепатит С
3. не обследован(а) → к разделу «туберкулез»

Наличие гепатита(ов)

1. гепатит В → год выявления
2. гепатит С → год выявления

Туберкулез

Обследование на туберкулез

1. да 2. нет

Если «да», то какое обследование проходили

1. флюорография 2. микроскопия мокроты 3. реакция Манту

Последнее обследование

1. 3 мес. назад 2. 6 мес. назад 3. 1 год назад 4. более 2 лет

Результат обследования

1. положительный 2. отрицательный 3. сомнительный

Наличие туберкулеза

1. есть → год выявления 2. нет

Получение лечения по поводу ТБ

1. да 2. нет

Прошли ли Вы полностью курс лечения?

1. да 2. нет

Состоите ли на учете в противотуберкулезном диспансере?

1. состоит 2. не состоит

Психические заболевания

Состоит ли на учете в ПНД в настоящее время

1. состоит → с какого года 2. не состоит

Личная информация о клиенте

1. Фамилия Имя Отчество

2. Дата рождения дд мм гггг

3. Адрес

4. Контактные телефоны

5. Лица, через которых можно передавать информацию телефоны

Нахождение в местах лишения свободы

1. да 2. нет

Сколько раз находился(лась) в местах лишения свободы

Наличие условных сроков

Является подозреваемым (ой)

Вынесено обвинение, будет суд

Досрочно освобожден(а)

Сервисный план (СП)

Варианты оценки качества: отлично / хорошо / удовлетворительно / неудовлетворительно.

Возможные причины неоказания услуги:

Дата вне-сения услуги в СП	На-звание услуги (исполь-зуйте список услуг)	Дата направ-ления	Организа-ция-провайдер	Результат услуги (оказана / не ока-зана)	Дата по-лучения резуль-тата	Оценка качества оказания / причина неоказа-ния

Стратегии повышения приверженности

1. Командная работа медицинских специалистов государственных служб по контролю ТБ/ВИЧ, социальных работников и «равных консультантов»

- Работать с одинаковыми целями
- Вместе принимать решения
- Нести совместную и индивидуальную ответственность
- Работать, разделяя задачи
- Открыто говорить о слабых и сильных местах, чтобы измениться и достичь соответствующего разделения задач
- Работать с одинаковыми целями
- Вместе принимать решения
- Нести совместную и индивидуальную ответственность
- Работать, разделяя задачи
- Открыто говорить о слабых и сильных местах, чтобы измениться и достичь соответствующего разделения задач

2. Интенсивная информационная работа с пациентом

- Установление контактов с пациентом и ближайшим окружением (друзья, родственники)
- Информирование о заболевании, необходимости лечения, цели лечения, сущности действия препаратов, возможных побочных эффектах и мерах купирования
- Формирование уверенности в эффективности лечения
- Формирование графика приема препаратов соответственно собственному стилю жизни

3. Активное использование потенциала «равных консультантов» и проекта снижения вреда

- Донесение объективной информации на доступном языке
- Выполнение роли «связующего звена» между врачом и пациентом
- Постоянное напоминание о необходимости начатого лечения
- Информационная, мотивационная работа с окружением
- Психологическая поддержка на всех этапах лечения

4. Демонстрация приверженности

- Регулярное посещение врача-инфекциониста
- Аккуратное прохождение лабораторного обследования
- Привлечение на обследование своего ближайшего окружения
- Социализация
- Соблюдение графика посещений ЛПУ для обследования

Стратегии оценки приверженности

1. Подсчет таблеток. При использовании этого метода оценки приверженности пациенты должны приносить флаконы с таблетками в лечебное учреждение для пересчета остающихся таблеток. Число пропущенных приемов препарата высчитывается по несовпадению ожидаемого числа остающихся таблеток с реально установленным. Оценка приверженности терапии на основании подсчета принятых таблеток производится по каждому препарату и суммарно по всей схеме.

2. Метод анкетирования. Может быть использован упрощенный вопросник для оценки точности соблюдения режима приема препарата (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ). Анкетирование пациентов проводится ежемесячно при посещении врача для получения препаратов на следующий месяц лечения и сдачи остатков лекарств. Вопрос 6 анкеты при первых двух посещениях врача (т.е. через 1 и 2 месяца лечения) предусматривает возможный пропуск лекарств за последний месяц лечения. Через 3 месяца терапии этот вопрос касается пропуска лекарств за 3 месяца лечения.

Упрощенный вопросник для оценки точности соблюдения режима приема препарата (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ)

Ф.И.О. _____

Номер визита _____ 2-3-4 Дата _____

Вопрос	ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ	
1. Забываете ли Вы когда-либо принять назначенное Вам лекарство?	Да	Нет
2. Бываете ли Вы иногда невнимательны в отношении приема лекарства?	Да	Нет
3. Прекращаете ли Вы принимать лекарства, если вдруг почувствуете себя хуже?	Да	Нет

4. Вспомните прошедшую неделю. Сколько раз Вы не принимали лекарство?	1 раз 2 раза 3 раза 4 раза больше 4 раз
5. Не пропускали ли Вы прием какого-либо из назначенных Вам лекарств в течение последних выходных дней?	Да Нет
6. Сколько было таких дней за последний месяц, когда бы Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день 2 дня 3 дня 4 дня 5 дней больше 5 дней

Для визита 4 вопрос № 6 касается 3 месяцев:

6. Сколько было таких дней за последние 3 месяца, когда бы Вы не принимали вообще никаких лекарств?	1 день 2 дня 3 дня 4 дня 5 дней больше 5 дней
---	--

3. При оценке приверженности пациентов лечению также можно ориентироваться на показатели вирусной нагрузки ВИЧ, при химиотерапии ТБ — положительной динамики рентгенографии.

4. Целесообразно осуществлять учет причин выбытия пациентов из лечения ВААРТ ежемесячно, в случаях лечения ТБ — еженедельно: отказ от терапии с указанием мотивов, неявка на визит, отмена терапии в связи с развитием серьезных нежелательных явлений, развитие беременности, смерть пациента с указанием причины (заболевание, несчастный случай, суицид, насильственная смерть).

Техники мотивационного интервьюирования

Избегать убеждения и аргументации

Очень важный принцип мотивационного интервьюирования (МИ) — избегать прямого убеждения и попыток что-то доказать в работе с клиентом. Не рекомендуется выдвигать доводы, которые противоречат мнению клиента, даже если он вообще отрицает или недооценивает свои проблемы, связанные с употреблением наркотиков. Очень часто консультант использует прямое убеждение для того, чтобы показать клиенту и доказать самому себе силу своих аргументов, свое превосходство, знание вопроса, или каким-нибудь иным способом доказать свою правоту. Прямое противостояние и убеждение клиента в чем-либо чаще всего приводят к сопротивлению и защите с его стороны. Задача специалиста — не пробиваться через стену отрицания проблемы клиентом, а обойти ее. МИ — это техника, позволяющая сформировать у клиента убежденность в необходимости изменений, не прибегая к прямому убеждению. Разговор должен проходить в мягкой, ненавязчивой манере и основываться на том, что решение об изменении образа жизни всегда остается за клиентом.

Работать с сопротивлением

Когда изменения в поведении клиента приобретают достаточно выраженную форму, изменение поведения становится затруднительным, а иногда даже травматичным. Подсознательно личность стремится к избеганию когнитивного диссонанса и разрешению конфликта (амбивалентности, противоречий) с помощью различных психологических защитных построений, которые позволяют сохранить прежние формы поведения. Личность человека имеет специфические механизмы защиты. Они включаются при возникновении внутреннего конфликта (несоответствие между «я» и ролевым поведением при получении информации, не соответствующей представлению о себе, при нарушении групповых норм и правил). Возникновение внутреннего конфликта сопровождается сильным эмоциональным напряжением. Важно понимать, что сопротивление клиента направлено против изменений в восприятии себя и своей жизни, и «питается» оно его собственной тревогой. Прекращая сопротивление, человеку приходится смириться с нелицеприятными вещами и пережить ощущения, которых он всегда

пытался избегать или просто вытеснял из сознания. Мотивы сопротивления могут быть самыми различными: отсутствие убежденности в необходимости изменений, недовольство переменами, насаждаемыми извне, желание избежать неожиданностей, страх перед неизвестностью и возможной неудачей, нарушение установленного порядка, привычек, взаимоотношений, отсутствие уважения и доверия к консультанту. Проявления сопротивления многообразны, к наиболее часто встречающимся относятся:

- спор;
- частое прерывание беседы;
- игнорирование или невнимательность к процессу общения;
- отсутствие ответов на вопросы;
- абсолютный монолог;
- злость или раздражение, направленные на консультанта;
- обвинения и «перекладывание ответственности на других»;
- отрицание фактов или новых возможностей;
- пессимизм, неверие в возможность изменений;
- нежелание что-либо делать;
- несерьезное отношение к общению: поверхностная шутливость, переход на другую тему, перескакивание с темы на тему;
- ответы типа «да, но...».

Сопротивление проявляется и бессознательными попытками клиента поймать консультанта в «психологические» ловушки, что позволяет ему избежать осознания конфликта, имеющихся противоречий, укрепить имеющиеся механизмы психологической защиты и сохранить существующие формы поведения. К таким ловушкам относятся:

- вовлечение в спор или дискуссию;
- попытки добиться от консультанта признания, что ему помочь невозможно;
- попытки получить поддержку или поощрение тех его действий, которые консультант на самом деле не одобряет;
- попытки вызвать жалость;
- попытки лести, всяческого превозношения или же, наоборот, пренебрежительного (вплоть до негативного) отношения к консультанту;
- перекалывание ответственности за свое поведение или чувства на других, обвинения;
- попытки спровоцировать консультанта на принятие решения.

Следует помнить, что специалист часто сам провоцирует сопротивление, навязывая клиенту свои ценности, стереотипы, предубеждения, определенный стиль общения, выражая свое определенное отношение (например, излишнюю симпатию, утешение или раздражение) или же сообщая ему информацию, которую клиент не готов / не в состоянии воспринять. Наиболее часто консультант сталкивается с сопротивлением, когда он дает советы, «учит жизни», пытается заставить клиента признать то, что ему (консультанту) кажется очевидным, или же просто начинает говорить о клиенте с позиции «эксперта», который «бесспорно лучше» разбирается в его проблемах. Консультанту следует избегать действий, провоцирующих и усиливающих сопротивление со стороны клиента. Важно помнить, что чем больше клиент проявляет сопротивление, тем менее вероятно, что он будет меняться.

Для того, чтобы уменьшить сопротивление, консультанту необходима гибкость (продумать, что и как говорить и делать). Изменив тактику, можно существенно уменьшить сопротивление. Хорошая стратегия работы с сопротивлением состоит в «непротивлении сопротивлению»: не противостоять ему, не пытаться занять позицию и выиграть в ситуации «кто кого», а всячески проявлять понимание проблем и готовность рассматривать их с позиции собеседника. Это будет способствовать дальнейшему раскрытию клиента и эффективному продолжению

беседы. Исследования подтверждают, что подход, основанный на том, что консультант всеми возможными способами обходит сопротивление клиента, не прибегая к противостоянию, в большинстве случаев приводит к долгосрочным изменениям в поведении клиента.

Выражение эмпатии

Каждый консультант придерживается стиля консультирования, который он считает наиболее эффективным и адекватным для данного случая. Сопереживание представляет собой умение понимать других в процессе вдумчивого слушания. Это умение можно развивать. Оно требует повышенного внимания к каждому новому высказыванию клиента и постоянного формирования предположений по поводу смысла, который стоит за этим высказыванием. Теплота сопереживания и отражающее, вдумчивое выслушивание являются основными характеристиками метода МИ. Эти два компонента позволяют создавать доброжелательную атмосферу и стиль, в котором проходит все общение с клиентом. Сопереживание предполагает, что консультант на время консультирования видит мир глазами клиента, понимает то, что он думает и чувствует. Консультанту следует стремиться к большему пониманию переживаний клиента и принимать их без критики, осуждения или обвинения. Когда клиент чувствует, что его понимают, он раскрывается, начинает охотнее рассказывать о своей жизни, проблемах, обусловленных его образом жизни, об отношениях с окружающими и т.д. При этом консультанту вовсе не обязательно должен «нравиться» клиент, и он совсем не обязательно должен соглашаться со всем, что клиент говорит. Но внимание и проявленное уважение со стороны консультанта будут иметь решающее значение для понимания клиентом возможности дальнейших изменений. Основой данного метода является умелое отражающее слушание.

Поддержка уверенности в собственных силах

Вера клиента в то, что перемены к лучшему возможны, является важным условием успешности работы. Многим клиентам сложно поверить, что они могут начать и продолжать процесс изменения поведения. В данной связи основной задачей для консультанта является развитие и поддержка у клиентов уверенности в собственных силах, надежды, оптимизма и ощущения возможности довести начатое до конца. Вера консультанта в способность клиента измениться также в значительной степени обеспечит положительный результат. Повышать самостоятельность и уверенность клиента в изменениях консультант может путем

признания сильных сторон клиента, подчеркивая их в течение всей терапии. Стоит обсуждать с клиентом возможные варианты терапии и изменений, которые будут для него привлекательными, даже если он уже «выпадал» из какой-то программы и возвращался к проблемному поведению. Полезно также говорить о людях, которые в схожих ситуациях смогли изменить свое поведение. Можно привлекать их для беседы. В то же время необходимо, чтобы клиент осознал, что он сам отвечает за изменение своего поведения, а достижение устойчивого успеха начинается с небольших поступков. Процесс изменений, который только на первый взгляд выглядит как невероятный и безнадежный, можно разделить на вполне достижимые маленькие шаги по направлению к цели. Повысить самостоятельность клиента и его уверенность в себе может обучение. Правдивые, точные, представленные в доступной форме сведения помогут ему смягчить чувство стыда и вины.

Таким образом, цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, которое ведет к изменению проблемного поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений.

Основные приемы МИ:

- открытые вопросы,
- отражающее слушание,
- резюмирование,
- поощрение и поддержка.

Открытые вопросы

Все вопросы условно можно разделить на открытые и закрытые. К открытым вопросам относятся вопросы, на которые нельзя ответить кратко, несколькими словами. Такие вопросы поощряют других людей к разговору и позволяют консультанту получить максимум информации. Один из самых полезных открытых вопросов: «Вы могли бы привести конкретный пример?» К закрытым вопросам относятся вопросы, на которые можно ответить несколькими словами или предложениями. Они имеют преимущество в ситуации, когда необходимо сфокусировать

интервью на чем-то определенном или установить конкретный факт. Открытые вопросы часто начинаются со слов «кто», «что», «как», «каким образом» и т.д.

Открытые вопросы помогают начать, детализировать и обогатить интервью/консультацию, установить конкретные факты из жизни клиента. Они играют ключевую роль при всесторонней оценке проблемы («схема репортера»), помогают развивать новые темы для обсуждения, способствуют подчеркиванию и разъяснению спорных моментов, а также помогают клиенту в самораскрытии. Первое слово открытого вопроса часто является определяющим для характера высказываний клиента.

Открытые вопросы являются мощным стимулом развития разговора об изменениях: «Каким образом?», «Что еще вы заметили?», «Как еще вы могли это сделать?» и т.д.

В процессе консультации уменьшайте общее количество вопросов, старайтесь избегать вопросов, требующих односложных ответов, и увеличивайте количество открытых вопросов.

Отражающее слушание

Отражающее слушание (рефлексивное или активное слушание) имеет несколько уровней. Первый, простое отражение или отражение содержания — дословное или слегка перефразированное повторение высказываний, последних или отдельных, наиболее важных слов клиента. Более сложный, усиленный уровень отражения — анализ высказывания клиента и попытка передать его своими словами. Третий, наиболее глубокий уровень отражения — передача клиенту тех чувств, которые, по вашему предположению, скрываются за его словами. Основное внимание при этом уделяется эмоциональному аспекту.

Рекомендуется делать два-три отражения каждого ответа на ваш вопрос преимущественно в форме перефразирования, а не простого повторения.

Для того, чтобы помочь человеку продолжить говорить, используйте **простое отражение** — повторение последних, сказанных собеседником слов при возникновении длительной паузы.

Пример:

Клиент: Я долго не решался на этот разговор, но вот наконец я встретился с ней... (длительная пауза).

Консультант: Итак, вы наконец встретились с ней... (мимикой предлагаете клиенту продолжить мысль).

Чтобы помочь клиенту глубже рассмотреть те или иные вопросы, используйте избирательное отражение — повторение слов собеседника с ударением на те из них, которые вам представляются ключевыми для продолжения беседы. Для этого в русском языке их обычно переносят в конец предложения.

Пример:

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: Значит, вы не планируете в ближайшее время прекращать пить.

Акцентируется процесс прекращения пьянства.

Пример:

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: То есть в ближайшее время прекращать пить вы не планируете.

Акцент на планах, которые человек себе ставит.

Пример:

Клиент: Я не планирую прекратить пить в ближайшее время.

Консультант: Получается, что вы не планируете прекращать пить в ближайшее время.

Акцент на временные рамки.

Чтобы подчеркнуть противоречия между желаемой жизнью и реальностью, используйте двустороннее отражение — повторение противоположных мнений по вопросу, о котором говорит сам клиент.

Пример:

Консультант: То есть, с одной стороны, вы хотите каждую пятницу продолжать выпивать с друзьями и при этом хотите, чтобы в субботу утром у вас было хорошее самочувствие...

Важно отражать слова клиента именно в утвердительной форме, а не в вопросительной. Такое отражение поможет уточнить полученную информацию или получить новую, не задавая вопросов. Это особенно значимо при начале консультирования, когда клиент еще не доверяет вам. В это время клиента могут «напрягать» любые вопросы.

Резюмирование

Процесс резюмирования состоит в том, что консультант выделяет суть сказанного клиентом и затем излагает ее «своими словами». Резюмирование объединяет положительные и отрицательные чувства клиента по поводу собственного поведения и помогает ему осознать его противоречивость. Резюмирование может служить как хорошим началом, так и завершением встречи с клиентом и может помочь ему в переходе от одной стадии изменения к другой.

Поощрение и поддержка

Искренняя поддержка клиента развивает и укрепляет его самостоятельность и уверенность в собственных силах. Поддержка со стороны консультанта включает признание тех трудностей, которые пережил клиент. Выражая поддержку, консультант демонстрирует уважение к опыту и чувствам собеседника. Поддержка позволяет клиенту почувствовать себя более уверенно в мобилизации своих внутренних ресурсов для того, чтобы предпринимать действия и достичь изменений. Подчеркивание опыта клиента, указывающего на силу, успешность, поможет ему избежать разочарования и потери мотивации.

**Состав и распределение обязанностей специалистов
мультидисциплинарной команды**

Врач-инфекционист	Врач-фтизиатр	Врач-нарколог	Психолог	Социальный работник	Медицинская сестра	Равный консультант
<ul style="list-style-type: none"> - Проводит консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД - Назначает ВААРТ - Консультирует по вопросам ВААРТ - Участвует в развитии приверженности к ВААРТ 	<ul style="list-style-type: none"> - Проводит консультирование по вопросам ТБ - Проводит сбор анамнеза - Назначает обследование на ТБ - Назначает адекватную терапию ТБ - Консультирует по вопросам лечения ТБ - Участвует в развитии приверженности к химиотерапии ТБ 	<ul style="list-style-type: none"> - Проводит первичную и текущую диагностику состояния пациента; выявляет преморбидные особенности личности пациента, особенности клинической динамики его состояния, личный и социальный статус, уровень мотивации на получение помощи и реабилитационный потенциал - Обращает внимание на степень тяжести злоупотребления психоактивными веществами, проявления астенических, эмоциональных, мнестико-интеллек- 	<ul style="list-style-type: none"> - Проводит психологическое консультирование. При этом наиболее часто обсуждаются следующие темы: изменения жизненной ситуации пациентов, которые привносят ВИЧ-инфекция, психологическая зависимость от психоактивных веществ и трудности совладания с ней, сопутствующие проблемы, одиночества, страха, потери смысла жизни, взаимоотношений с другими людьми 	<ul style="list-style-type: none"> - Устанавливает эмоциональный и интеллектуальный контакт; способствует снижению тревожности, уменьшению выраженности страхов и опасений, обеспечивает поддержку, выявляет потребности - Изучает и анализирует социальную ситуацию пациента, проводит первичную и последующую диагностику - Определяет последовательность продвижения к результату 	<ul style="list-style-type: none"> - Беседует с пациентом с целью выяснения его образа жизни, состояния здоровья, жалоб и опасений - Заполняет медико-психологическую карту пациента - Формирует базы данных пациентов, состоящих на диспансерном учете - Осуществляет диспансерный учет пациентов, получаю- 	<ul style="list-style-type: none"> - Уважительно относится к пациентам, их ВИЧ-статусу, полу, возрасту, опыту употребления - Требуется психически и сексуальной ориентации - Соблюдает конфиденциальность - Помогает людям усвоить новые знания и навыки - Понимает различные аспекты ВИЧ-

	<p>туальных и поведенческих расстройств, готовность и мотивацию к лечению, зависимость, наличие семейной и социальной поддержки</p> <ul style="list-style-type: none"> - Выясняет наличие ранее пройденных пациентом реабилитационных программ, программ психологической и психотерапевтической помощи. <p>В комплексе предварительной подготовки цели целесообразно использовать методику мотивационного интервью, которая позволяет выяснить отношение пациентов к вопросам, связанным с употреблением психоактивных веществ, а также содействовать принятию позитивных решений в отношении изменения поведения. На этом</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Проводит психодиагностическое обследование, в том числе по запросу врача-нарколога, измеряет уровень тревожности, депрессивного состояния, уточняет личностные особенности пациента - Побуждает пациента к самостоятельной работе, «домашним заданиям»: ведению дневника чувств, самооценки своего психофизического состояния - Знакомится с его внутренней картиной болезни - Выявляет ведущие мотивы и установки, связанные с употреблением наркотиков и приемом ВААРТ 	<ul style="list-style-type: none"> - Предупреждает возможные препятствия - Определяет конкретные цели - Составляет план взаимодействия - Проводит индивидуальное и семейное консультирование - Проводит групповую работу с пациентами, отобранными для получения терапии, с их родными и близкими в виде отдельных и совместных занятий - Участвует в формировании групп самопомощи - Совместно с психотерапевтом / психологом оценивает выполнение пациентами графика намеченных посещений, их дисциплинированность и открытость 	<p>ших АРВТ, с целью контроля приема препаратов и формирования приверженности к АРВТ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Информирует пациента о диагностике и диспансерном наблюдении, связанном с ВИЧ-инфекцией, и услугах, предоставляемых другими специалистами, графика работы специалистов медицинского учреждения - Консультирует пациентов по телефону доверия - Устанавливает контакт с родственниками и его близким 	<p>инфекции и может обсуждать их непредвзято</p> <ul style="list-style-type: none"> - Умеет ясно выражать мысли достаточно простым языком - Умеет слушать других людей
--	---	---	--	--	--

		<p>этапе используются различные диагностические шкалы</p> <ul style="list-style-type: none"> - Заключение врача-нарколога и его рекомендации заносятся в амбулаторную карту пациента 	<ul style="list-style-type: none"> - Выявляет тех людей, мнение которых важно и которые могут повлиять на приверженность терапии - Обсуждает с пациентом «за» и «против» начала, продолжения терапии ВИЧ-инфекции - Подводит итоги - Осуществляет совместное консультирование с другими членами мультипрофессиональной команды - Заключение психолога и его рекомендации заносятся в амбулаторную карту пациента 	<p>- Осуществляет сопровождение пациентов и их ближайшего окружения. При реализации плана учитывает ценности и привязанности пациента, способствует расширению сотрудничества пациента со специалистами</p>	<p>окружением.</p> <p>Проводит диагностику проблем пациентом в его микро-социальном окружении</p> <ul style="list-style-type: none"> - Направляет пациента для оказания им необходимой помощи в другие ЛПУ 	
Клиент						

Приложение 22.

Образцы направлений к доверенным специалистам

<p>Название низкопороговой программы</p> <p>Направление код клиента</p> <table border="1" data-bbox="135 416 566 469"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>адрес учреждения, куда направляют клиента</p>											<p>Тебя ждут Ф.И.О. доверенного врача</p> <p>часы приема</p> <p>№ кабинета (вход со двора)</p> <p>тел: № _____</p>

**Москва
2009**

