



**ОТКРЫТЫЙ
ИНСТИТУТ
ЗДОРОВЬЯ**

www.ohi.ru

Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков

Практическое руководство

**ПРОФИЛАКТИКА
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**

Практическое руководство

Москва

2006

В работе над данным документом принимали участие:

- Васильева Н. В. – директор Открытого Института Здоровья, г. Москва
- Бобрик А. В. – заместитель директора Открытого Института Здоровья, г. Москва
- Летягина В. А. – программный менеджер Открытого Института Здоровья, г. Москва
- Бадриева Л. И. – зав. отделом психо-социального консультирования ВИЧ-инфицированных и групп риска Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан
- Петунин Е. И. – руководитель Городского фонда по борьбе со СПИДом «СПИД-СТОП», г. Новороссийск
- Карпец А. В. – ассистент кафедры психиатрии и наркологии Оренбургской государственной медицинской академии
- Кириллова Л. Д. – главный врач Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, г. Липецк
- Панасенко Е.А. – координатор тренинг-центра СРО РБФ НАН, г. Балаково Саратовской области
- Дмитриева И.Н. - координатор тренинг-центра СРО РБФ НАН, г. Балаково Саратовской области

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Список сокращений	7
Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков	8
Программа «снижения вреда от употребления наркотиков»	10
Стационарный обменно-консультативный пункт	12
Аутрич-работа	15
Мобильный обменно-консультативный пункт	19
Первичная медицинская и социальная помощь ПИН	22
Материальное обеспечение подразделения программы «снижение вреда»	23
Кадровое обеспечение подразделения программы «снижение вреда»	24
Внутренний мониторинг и оценка работы программы «снижение вреда»	26
Программа медико-социальной специализированной помощи ПИН	28
Медицинская помощь	29
Информационное обеспечение программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков	33
Обучение персонала программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков ...	36
Управление программой комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков ...	38
Мониторинг и оценка программы комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков ...	40
Быстрая оценка ситуации с наркотиками	43
Кейс-менеджмент	46
Приложения	48
Список литературы	93
Ресурсы интернет	96

Введение

С середины 90-х годов в Российской Федерации стремительно распространяется эпидемия заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Число только зарегистрированных случаев превысило 280 тысяч человек, а реальное количество намного больше. На сегодняшний день около 80% всех случаев ВИЧ-инфицирования в России произошли при совместном употреблении наркотиков. Основная часть заражений половым путем также косвенно связана с употреблением психоактивных веществ, так как происходит, главным образом, среди партнеров наркопотребителей. Подавляющее число случаев вертикальной трансмиссии ВИЧ также происходит либо от наркопотребителей, либо от их половых партнеров. Всё это подчеркивает ключевую роль, которую сейчас играют потребители внутривенных наркотиков в эпидемиологии ВИЧ в России, и указывает на необходимость целенаправленных профилактических мероприятий для того, чтобы ограничить распространение вируса иммунодефицита из данной целевой группы в основное население. Однако, эффективная борьба с ВИЧ-инфекцией требует подходов и стратегии, отличающихся от традиционных моделей профилактики инфекционных заболеваний, поскольку вакцины против ВИЧ-инфекции до сих пор не существует, а заражение в основном происходит в результате деятельности, скрытой от посторонних глаз и не поддающейся простым запретам.

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

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

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

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

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

Учитывая наличие в России двойной эпидемии ВИЧ и наркотизации, а также руководствуясь рекомендациями ВОЗ, Совета Европы,

программы ООН по борьбе со СПИДом (ЮНЭЙДЗ) и агентства ООН по контролю за наркотиками (UNDCP), в 1998 году Институт «Открытое Общество» приступил к реализации комплексной программы под названием «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей внутривенных наркотиков». В 2001 году эта деятельность была поддержана грантом Министерства Международного Развития Великобритании. С 2003 года данная работа продолжается Открытым Институтом Здоровья (ОИЗ). В течение всех этих лет деятельность по «снижению вреда» тесно координировалась с федеральными структурами, в первую очередь с отделом профилактики ВИЧ/СПИДа Министерства Здравоохранения Российской Федерации. К настоящему времени в разных регионах России ОИЗ поддерживает более 40 проектов по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков, которые предоставляют достаточно универсальный базовый комплекс профилактических услуг. Около половины из этих проектов «снижения вреда» реализуются государственными организациями (СПИД-центры, наркологические диспансеры), другая половина – негосударственным некоммерческим сектором.

В данной работе сделана попытка обобщения уникального многолетнего опыта реализации инновационных проектов с акцентом на нормативную документацию, регулирующую деятельность программ «снижения вреда» в реальных российских условиях. При разработке методических рекомендаций широко использован опыт десятков регионов РФ, и по своей сути этот документ представляет собой систематизированную компиляцию лучших практик. Учитывая тот факт, что в ближайший год в России начнется реализация целого ряда крупных проектов по борьбе с ВИЧ/СПИДом (в рамках займа Всемирного Банка, грантов Глобального Фонда и пр.), ОИЗ выражает надежду, что данный документ будет востребован в нашей стране.

Список сокращений

АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МЗ	Министерство здравоохранения
МПОШ	Мобильный пункт обмена шприцев
МЮ	Министерство Юстиции
ООН	Организация Объединенных Наций
ПОШ	Пункт обмена шприцев
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
РКС	Работница коммерческого секса
РФ	Российская Федерация
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СПОШ	Стационарный пункт обмена шприцев

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

1. **Определение.** Программа комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (далее – Программа) – это комплекс мероприятий, направленных на противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции, а также снижение других негативных последствий для индивидуума и общества, связанных с инъекционным употреблением наркотиков.

2. **Основная Цель Программы** – предотвращение распространения ВИЧ-инфекции и других гемоконтактных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и перехода эпидемии ВИЧ-инфекции из популяции ПИН в слои населения, не употребляющие наркотики.

3. **Задачи Программы:**

- организация и проведение среди уязвимых групп ПИН целенаправленной работы по профилактике ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью при употреблении инъекционных наркотиков без медицинского назначения;
- привлечение ПИН к медицинским службам, осуществляющим профилактику, диагностику и лечение социально-значимых болезней, и к службам, оказывающим социальную помощь;
- организация облегченного доступа к медицинской помощи для ПИН, включающей как тестирование на ВИЧ-инфекцию и другие заболевания, так и лечение этих заболеваний;
- обеспечение ПИН-доступа к стерильному инъекционному инструментарию и другим профилактическим средствам для снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией, ИППП, другими гемоконтактными заболеваниями;
- профилактика среди ПИН-вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи, инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), туберкулеза, септических заболеваний, передозировок и др. путем воздействий, направленных на развитие навыков безопасного поведения ПИН в отношении сохранения личного и общественного здоровья;
- профилактика полового и вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-инфицированных ПИН;
- создание условий в общественной среде, способствующих предотвращению негативных последствий для здоровья, связанных с инъекционным употреблением наркотиков.

4. Целевые группы Программы:

- ПИН, состоящие и не состоящие на учете в наркологических службах;
- ПИН, оказывающие сексуальные услуги за плату (работники коммерческого секса, РКС);
- ВИЧ-инфицированные ПИН и больные СПИДом – люди, живущие с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС);
- ПИН, находящихся в местах лишения свободы;
- половые партнеры ПИН и ЛЖВС.

5. Группы опосредствованного воздействия Программы:

- медицинские работники (врачи-инфекционисты, наркологи и т. д.);
- сотрудники милиции;
- сотрудники системы УИН;
- журналисты;
- широкие слои населения;
- представители законодательной и исполнительной власти;
- члены семей ПИН/РКС/ЛЖВС.

6. Структурные компоненты Программы:

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



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

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

- информационную работу и образование широких слоев населения;
- обеспечение доступности социальных и медицинских служб для ПИН;
- активную информационную и образовательную работу по вопросам ВИЧ /СПИДа и вопросам здоровья среди ПИН;
- обеспечение ПИН стерильными инструментами для инъекций и дезинфицирующими средствами;
- предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию¹.

ПРОГРАММА «СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ»

1. **Определение.** Программа «снижение вреда» (далее – ПСВ) – это скоординированная работа государственных и негосударственных организаций на определенной территории, использующих низкопороговые технологии привлечения скрытых групп ПИН для уменьшения вредных последствий инъекционного употребления наркотиков. Отдельные организации, включенные в ПСВ, образуют **подразделения ПСВ**.

2. **Цель ПСВ** – профилактика ВИЧ-инфекции и уменьшение другого вреда, наносимого здоровью при инъекционном употреблении наркотиков, среди групп ПИН, которые труднодоступны для существующих медицинских и социальных служб, и привлечение этих групп ПИН к программе медико-социальной специализированной помощи ПИН.

3. Задачи ПСВ:

- установить контакт со скрытыми популяциями ПИН;
- установить и поддерживать контакты с ПИН и их окружением;
- стремиться к охвату профилактической работой новых популяций ПИН;
- оказывать ПИН необходимую медико-социальную помощь;
- способствовать обращению клиентов в медицинские и социальные службы;

¹ В настоящее время проведение заместительной терапии в РФ невозможно, согласно действующему законодательству.

- оказывать помощь в приверженности ПИН к соблюдению врачебных рекомендаций;
- распространять знания о сохранении здоровья;
- проводить обмен шприцев, распространение презервативов и других материалов защиты, а также профилактической литературы;
- установить и поддерживать тесные партнерские отношения со смежными медицинскими и социальными службами;
- изучать поведенческие риски ПИН, влияние на них различных факторов с целью планирования и модификации профилактических воздействий.

4. Формы организации работы:

- стационарные обменно-консультативные пункты (стационарные пункты обмена шприцев – СПОШ);
- мобильные обменно-консультативные пункты (Мобильные пункты обмена шприцев – МПОШ);
- аутрич-работа;
- первичная медицинская и социальная помощь ПИН.

5. Общие требования к подразделениям ПСВ:

- наличие условий (помещение, транспорт, персонал и др.);
- соблюдение санитарных правил и норм;
- обеспечение анонимности клиентов, конфиденциальности предоставляемой клиентами информации;
- обучение и подготовка персонала;
- организация управления персоналом;
- взаимодействие с имеющимися медико-социальными службами для ПИН;
- предоставление отчетности органам управления программой СВ;
- соблюдение действующего законодательства;
- согласование сути профилактической работы с правоохранительными органами и администрацией территории;
- наличие государственной регистрации;
- соответствие деятельности в области СВ Уставу организации.

6. Принципы взаимодействия подразделений ПСВ:

- за каждым из подразделений закрепляется определенная территория, где осуществляется его работа;
- координацию работы подразделений и взаимодействие с другими структурами программы осуществляют органы управления Программой;
- использование единых форм отчетности и мониторинга (приложения № 1–29).

Таблица 1. Примерная структура ПСВ в зависимости от численности населения, проживающего на территории

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

СТАЦИОНАРНЫЙ ОБМЕННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПУНКТ

1. Определение. Стационарный обменно-консультативный пункт (стационарный пункт обмена шприцев) – это структурный компонент подразделения ПСВ, который создается на базе оборудованных в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами помещений, где производится информирование ПИН по снижению риска инфицирования, обмен инъекционного инструментария и иная профилактическая деятельность среди ПИН. СПОШ может быть организован в структуре различных ведомств, организаций и учреждений любой формы собственности.

Обычно стационарные пункты организуются в том случае, если результаты экспресс-оценки показали, что в городе существует достаточно открытая наркосцена и/или существуют районы города, в которых проживает или собирается большое количество потребителей наркотиков (Д. Берроуз. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев./пер. с англ. – INRD 2000, 2002 стр. 70).

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

3. Задачи СПОШ:

- предоставление ПИН-информации по профилактике ВИЧ-инфекции, способах снижения риска для здоровья при употреблении наркотиков;

² Если протяженность территории, где планируется открыть МПОШ, превышает 20 км и имеется обоснование в необходимости МПОШ по результатам БОС, то он может быть организован на территории с населением 300 тыс.

- обмен использованных шприцев на стерильные, предоставление других материалов защиты;
- направление клиентов в медицинские и социальные службы;
- консультации специалистов (врачей, юриста, социального работника);
- организация забора крови на ВИЧ, гепатиты и другие инфекции;
- проведение до- и послетестового консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции.

4. **Место расположения СПОШ** должно удовлетворять следующим условиям:

- район, где располагается СПОШ, посещается большим числом ПИН;
- рядом со СПОШ отсутствуют отделы милиции, детские и учебные учреждения;
- изолированность клиентов СПОШ от других посетителей, не являющихся ПИН (пациенты поликлиник, больниц и др.), в целях соблюдения конфиденциальности клиентов СПОШ;
- СПОШ легко найти, нет сложности при входе и выходе (преимущество отдается первым этажам зданий с входом в СПОШ непосредственно с улицы).

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

6. **Преимущества СПОШ:**

- простота организации и контроля его работы;
- постоянство функционирования, что создает возможность для клиентов заранее планировать посещения СПОШ;
- предоставление возможности ПИН получить первичную медицинскую помощь.

7. **Ограничения СПОШ:**

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

8. **Требования к набору помещений СПОШ:**

- для приема клиентов, обмена шприцев;

- склад;
- для дезинфекции шприцев;
- для временного хранения дезинфицированных шприцев;
- процедурная;
- для консультаций специалистов;
- для проведения собраний проекта;
- для проведения мероприятий по обучению потребителей наркотиков способам профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов, и т. д.

9. Требования к оснащению СПОШ:

- столы и стулья для персонала и клиентов;
- материалы для распространения;
- шкаф хранения материалов;
- боксы или закрываемые непрокальваемые емкости для сбора использованных шприцев;
 - пинцет;
 - латексные и резиновые перчатки;
 - аптечка неотложной помощи;
 - инструкция по технике безопасности (приложения № 13, 13 «а», 14, 15, 16, 17);
 - журнал аварийных ситуаций;
 - журналы и бланки отчетности;
 - карточки и направления для клиентов (приложения № 12, 19, 20).

10. В случае, если в СПОШ проводится забор крови, то к помещению для ее забора и его оснащению предъявляются стандартные требования, существующие в медицинских учреждениях.

11. Дезинфекция шприцев производится сотрудником, прошедшим специальную подготовку, согласно Методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения, утвержденных Руководителем Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России 30.12.1998 г. № МУ-287-113 (Москва, 1998) (приложение №23).

12. Сбор, хранение и утилизация собранных шприцев производится в соответствии с Правилами сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений, утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 22.01.99 г. № 2 (СанПиН 2.1.7.728-99) (приложение №23).

13. В целях предупреждения заболеваний, связанных со сбором использованных шприцев, персонал обязан выполнять требования СанПиН 2.1.3.1376-03 (раздел XI, пункт 11.8), введенных в действие

Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 124 от 06.06.2003 г.

14. Правила работы персонала СПОШ:

- персоналу СПОШ запрещается производить обмен шприцев, давать рекомендации по менее опасному употреблению наркотиков, распространять профилактическую литературу, предназначенную для ПИН, лицам, которые не являются ПИН;
- при обращении клиента в СПОШ, персонал должен убедиться, что клиент является ПИН. Для того чтобы это сделать, персонал должен пройти предварительную подготовку;
- персоналу СПОШ запрещается производить обмен использованного инъекционного инструментария из медицинских учреждений, а также инструментария, не используемого ПИН, для предотвращения нецелевого использования инструментария;
- персоналу СПОШ запрещается прикасаться к использованным шприцам;
- в случае, если использованные шприцы упали на предметы, не предназначенные для их сбора, или на пол, персонал должен воспользоваться пинцетом для их перемещения в емкость для дезинфекции, предварительно надев резиновые перчатки;
- персонал СПОШ должен требовать от клиентов сдачи шприцев с надетыми на иглы колпачками;
- персонал СПОШ ведет учетно-отчетную документацию, ежедневно отчитывается перед координатором (менеджером-аутрич) подразделения (приложения № 18, 21, 22, 23,24).

АУТРИЧ-РАБОТА

1. Определение. Социальная аутрич-работа – это метод взаимодействия с закрытыми группами ПИН контакт с которыми через существующие службы здравоохранения затруднен. Аутрич-работа является обязательным структурным компонентом подразделения ПСВ. Аутрич-работа в местах сбора/проживания ПИН может проводиться как сотрудниками, не имеющими специального образования, так и специалистами (социальными работниками, врачами, средними медработниками, психологами, социологами). Нередко им помогают волонтеры из числа представителей целевых групп.

Обмен шприцев через аутрич проводится, если экспресс-оценка ситуации показала (Д. Берроуз. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев./пер. с англ. – INRD 2000,2002 стр. 70):

- большинство потребителей инъекционных наркотиков употребляют наркотики в квартирах;

- из-за усиленной работы правоохранительных органов потребители наркотиков боятся собираться вместе;
- потребители наркотиков проживают в разных районах города.

2. **Цель аутрич-работы** – обеспечение как можно более широкого доступа к закрытым группам ПИН, установление доверительных отношений для эффективного проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и других заболеваний среди ПИН с их максимальным охватом.

3. **Задачи аутрич-работы** (приложение № 4):

- поиск, установление и поддержание контактов с ПИН;
- сбор информации о практике опасного поведения ПИН и факторах, которые на него влияют;
- информирование и обучение ПИН практике менее опасного поведения;
- привлечение ПИН к СПОШ, МПОШ, к тестированию на ВИЧ и ИППП, программе медико-социальной специализированной помощи ПИН;
- обмен шприцев, распространение профилактической литературы, презервативов и других средств защиты;
- помощь врачам-специалистам в обеспечении доступа к ПИН;
- проведение информационной работы по предотвращению распространения инфекционных заболеваний среди ближайшего окружения ПИН, не употребляющего наркотики.

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

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

5. **Место проведения аутрич-работы** определяется условиями жизни ПИН, исходя из наибольшей вероятности встречи с ними в данной местности. На территории РФ это частные квартиры, улицы, подъезды домов, а также определенные отделения больниц, куда наиболее часто

попадают ПИН. Определение мест для аутрич-работы проводится при планировании ПСВ на основе предварительно проведенной оценки ситуации по инъекционному употреблению наркотиков на данной территории.

6. Руководство аутрич-работниками

Руководство аутрич-работниками осуществляет координатор подразделения ПСВ (приложение № 2) или менеджер-аутрич (приложение № 3):

- координатор (менеджер-аутрич) ежедневно ставит перед аутрич-работниками конкретные задачи, которые они должны выполнять в каждом месте работы, и контролирует их выполнение путем подробного ежедневного обсуждения событий;
- периодически координатор (менеджер-аутрич) посещает места аутрич-работы, осуществляя обратную связь с ПИН.

7. Трудовой распорядок аутрич-работника:

- аутрич-работник приходит в СПОШ к началу рабочего дня и повторно, после работы, но не позднее 1,5 часов до конца своего рабочего времени;
- в начале рабочего дня аутрич-работник получает необходимые для работы материалы. Совместно с координатором (менеджером-аутрич) уточняется его рабочее задание на день (место работы, что необходимо сделать в течение дня);
- после выполнения задания аутрич-работник возвращается на СПОШ, сдает собранные использованные шприцы, заполняет необходимую документацию, отчитывается перед координатором (менеджером-аутрич), обсуждает план работы на следующий день с координатором (менеджером-аутрич);
- перемещение аутрич-работника по городу происходит на общественном транспорте. Проездные билеты сохраняются и сдаются координатору (менеджеру-аутрич).

8. Преимущества аутрич-работы:

- возможность охвата большого числа ПИН за счет самостоятельного выхода на скрытые группы ПИН;
- получение информации о рискованной практике поведения и условиях жизни ПИН непосредственно в местах их сбора и проживания, что позволяет адаптировать профилактическую работу к конкретным местным условиям;
- возможность самостоятельно поддерживать контакт с наиболее закрытыми группами ПИН;
- работа с сетями ПИН и влияние на групповые нормы поведения;

- установление контактов с ближайшим окружением ПИН, не употребляющим наркотики (сексуальные партнеры, близкие), с целью вторичной профилактики инфекционных заболеваний среди них и подключения к сотрудничеству.

9. Ограничения аутрич-работы:

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

10. Оснащение аутрич-работника:

- сумка;
- удостоверение сотрудника и ксерокопия паспорта;
- достаточное количество профилактических материалов: стерильные шприцы разного объема, иглы разной длины и диаметра, презервативы, спиртовые салфетки и т.д.;
- профилактическая литература и информационные карточки (направления в медико-социальные службы) для клиентов (приложение № 11, 12);
- карточки участника ПСВ для клиентов (приложение № 10, 12);
- непрокальваемые контейнеры для сбора использованных шприцев;
- бланки для мониторинга;
- блокнот и ручка для записей;
- телефонная карта либо мобильный телефон;
- номер телефона координатора/менеджера-аутрич подразделения;
- аптечка для оказания помощи при аварийных ситуациях.

11. Правила аутрич-работы:

- работа сотрудников парами;
- иметь при себе удостоверение сотрудника (приложение № 10) и ксерокопию паспорта;
- иметь при себе телефонную карту либо, по возможности, – мобильный телефон;
- работать только на территории, на которой в это время аутрич-работник должен работать по плану, принятому совместно с координатором (менеджером-аутрич);
- ежедневно в условленное время являться на собрание подразделения; в исключительных случаях, при возникновении непредвиденных обстоятельств, когда аутрич-работник не может явиться на собрание, он обязан известить об этом координатора (менеджера-аутрич) по телефону;

- ежедневно сдавать собранные использованные шприцы на СПОШ;
- избегать опасных ситуаций;
- в случае, когда ситуация потенциально опасна или выходит из-под контроля, — немедленно покинуть место проведения работы, известить о происшедшем координатора (менеджера-аутрич);
- если ситуация требует вмешательства милиции — вызвать милицию, после чего немедленно поставить координатора (менеджера-аутрич) в известность о произошедшем;
- никогда не вступать в неформальные отношения с клиентами, не связанные с целями и задачами работы (одалживание денег, покупка, продажа вещей, сексуальные контакты и др.);
- соблюдать правила сохранения конфиденциальной информации о клиентах.

МОБИЛЬНЫЙ ОБМЕННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПУНКТ

1. **Определение.** Мобильный обменно-консультативный пункт (мобильный обмен шприцев) — это структурный компонент подразделения ПСВ, который создается на базе оборудованного в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами транспортного средства (чаще микроавтобуса). МПОШ организуется в городе тогда, когда существуют условия, определяющие необходимость и возможность его организации.

2. Условия организации МПОШ:

- большой размер города (число жителей превышает 300 тысяч, протяженность города составляет более 20 км);
- большая концентрация ПИН в определенных районах города, удаленных от мест расположения СПОШ;
- большая концентрация ПИН на определенных улицах (например, женщин, занимающихся проституцией и употребляющих инъекционные наркотики);
- возможность выделить автотранспорт и обеспечить его бесперебойную работу (ставка водителя, ремонт, обеспечение текущих расходов на автотранспорт, включая гараж);
- способность организации наладить привлечение значительного числа ПИН на МПОШ (наличие аутрич-работников, наличие опыта работы в снижении вреда не менее 2 лет).

3. **Цель МПОШ** – профилактика ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью при инъекционном употреблении наркотиков, среди групп ПИН, которые сконцентрированы в районах, удаленных от мест расположения СПОШ, и привлечение этих групп ПИН к программе медико-социальной специализированной помощи ПИН.

4. **Задачи МПОШ:**

- информирование и обучение ПИН практике менее опасного поведения;
- обмен шприцев;
- распространение профилактической литературы;
- распространение презервативов, спиртовых салфеток и других материалов защиты;
- направление ПИН в другие службы для получения помощи;
- проведение консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции до и после тестирования;
- аутрич-работа.

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

- консультирование ПИН специалистами (дерматовенеролог, нарколог, психолог, инфекционист, акушер-гинеколог и др.) (приложение № 6);
- забор материала для тестирования на ВИЧ, другие инфекции с проведением консультирования;
- оказание первичной медицинской помощи (например, перевязки);
- проведение тренингов в МПОШ с небольшим числом ПИН.

6. **Маршрут МПОШ** и время стоянок разрабатываются на основе предварительно проведенной оценки ситуации по распространению инъекционного употребления наркотиков на территории. Условиями выбора маршрута являются:

- большое число ПИН по ходу маршрута и в местах стоянок МПОШ;
- удаленность районов маршрута МПОШ от СПОШ;
- рядом со стоянками МПОШ отсутствуют детские учреждения и учебные заведения, отделы милиции.

7. **Организация работы МПОШ:**

- обеспечение стабильных маршрутов, фиксированного места и времени стоянок;
- в начале работы МПОШ аутрич-работниками проводится информирование ПИН, посещающих данный район, о месте и времени его работы;
- согласование маршрута МПОШ с правоохранительными органами.

8. Преимущества МПОШ:

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

9. Ограничения МПОШ:

- значительно повышает стоимость ПСВ за счет расходов на автотранспорт;
- возможные сбои в работе из-за поломок автотранспорта.

10. Требования к набору рабочих зон МПОШ:

- для обмена шприцев;
- для хранения материалов;
- для проведения консультаций;
- для забора крови;
- для персонала.

11. Требования к оснащению МПОШ:

- материалы для распространения;
- профилактическая литература и информационные карточки для клиентов (направления в медико-социальные службы);
- карточки участника ПСВ для клиентов;
- контейнеры (встроенные шкафы, тумбочки) для хранения материалов;
- боксы или закрываемые непрокальваемые емкости для сбора использованных шприцев;
- пинцет;
- латексные и резиновые перчатки;
- аптечка неотложной помощи;
- инструкция по технике безопасности;
- телефонная карта или мобильный телефон;
- удостоверения работающих на МПОШ-сотрудников и ксерокопии паспортов;
- бланки для мониторинга;
- блокноты и ручки для записей.

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

13. Санитарный режим на МПОШ должен исключать возможность инфицирования сотрудников и быть согласован с эпидемиологической

службой. На МПОШ должна иметься аптечка для оказания экстренной помощи при аварийных ситуациях.

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

15. **Правила работы персонала** МПОШ соответствуют правилам работы персонала СПОШ.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПИН

1. **Определение.** Первичная медицинская и социальная помощь ПИН – это структурный компонент подразделения ПСВ, который функционирует на базе СПОШ, МПОШ, либо оказывается ПИН на дому при условии соблюдения санитарно-гигиенических норм.

2. **Основная цель** специалистов, работающих в подразделении ПСВ, – это установление связи между ПИН медицинскими и социальными учреждениями, оказывающими им помощь, привлечение ПИН к программе медико-социальной специализированной помощи ПИН.

3. Задачи первичной медицинской и социальной помощи ПИН:

- консультирование ПИН специалистами;
- забор материала для тестирования ПИН на ВИЧ, другие инфекции;
- забор материала для тестирования на ИППП;
- перевязки.

4. **Первичная медицинская помощь** оказывается при наличии соответствующей лицензии, персонала с профильным медицинским образованием (работники среднего медицинского звена и врачи-специалисты) и при согласовании с органами госсанэпиднадзора.

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

6. Наиболее востребованные ПИН врачебные специальности:

- нарколог;
- специалист по ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам (инфекционист);
- хирург;

- дерматовенеролог;
- специалист по планированию семьи, акушер-гинеколог (для женщин-ПИН, особенно тех, которые занимаются проституцией).

7. В качестве **консультантов** могут быть привлечены:

- стоматолог;
- фтизиатр;
- другие врачи.

8. Наиболее востребованные ПИН **специалисты немедицинских профессий**:

- социальные работники (восстановление документов, регистрация и др.);
- юрист.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ «СНИЖЕНИЕ ВРЕДА»

1. За организацию материального обеспечения подразделения отвечает руководитель организации, на базе которого оно работает.

2. В соответствии с существующим законодательством Руководитель отвечает за:

- составление сметы расходов;
- поиск источников финансирования;
- организацию закупок;
- бухгалтерского и складского учета и отчетности.

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

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

При планировании закупок в начале работы потребности ПИН в материалах основываются на предварительно проведенной оценке ситуации по инъекционному употреблению наркотиков на данной территории. В дальнейшем, когда начата работа, оценивается востребо-

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

5. Закупка необходимого количества шприцев проводится из расчета 100 шприцев на одного клиента подразделения ПСВ в год.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПРОГРАММЫ «СНИЖЕНИЕ ВРЕДА»

1. Персонал подразделения включает следующие должности:

- координатор подразделения (специалист с высшим образованием, имеющий подготовку в области организации ПСВ) (приложение № 2);
- менеджер-аутрич (среднее, среднее специальное или высшее образование, имеющий опыт работы в ПСВ)(приложение № 3);
- аутрич-работник (социальный работник, требований к образованию нет)(приложение № 4);
- оператор СПОШ (социальный работник или работник со средним медицинским образованием);
- медицинская сестра;
- специалисты (врачи различных специальностей, психолог, юрист, специалист по социальной работе);
- санитарка (дезинфектор).

При наличии МПОШ его персонал включает:

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

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

2.1. Персонал СПОШ при 36-40 часовой работе в неделю³ включает, как минимум, одного постоянного сотрудника на полную ставку. Желательно

³ Продолжительность рабочего времени для работников в различных организациях устанавливается в соответствии со ст. 92 Трудового Кодекса РФ, ст. 22 ФЗ от 30.03.95 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», ФЗ от 18.06.-1 № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС от 25.10.74 № 298/П-22, постановлением Правительства РФ от 03.04.96 № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей».

тельно, чтобы на СПОШ работал медицинский персонал. Медсестра, осуществляющая забор крови, проводит и обмен шприцев. При посещаемости СПОШ более чем 70 клиентами в неделю, дополнительно к работе на СПОШ привлекается аутрич-работник либо другой персонал.

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

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

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

2.5. Координатор подразделения работает на полную ставку, если в подразделении имеется не менее 4 пунктов обмена шприцев (СПОШ или МПОШ), 5 аутрич-работников, 5 специалистов, оказывающих медико-социальную помощь ПИН.

Таблица 2. Штатное расписание подразделения ПСВ

Должность сотрудника	Число ставок	
	Минимум	Максимум
Координатор	0.25	1
Менеджер-аутрич	0	1
Аутрич-работник	1	5
Оператор СПОШ	0.5	4
Оператор МПОШ	1	2
Водитель МПОШ	0.5	1
Санитарка-дезинфектор	0.25	1
Медсестра	0	2
Инфекционист	0	0.5
Нарколог	0	0.5
Акушер-гинеколог	0	0.5
Дерматовенеролог	0	0.5
Хирург	0	0.25
Стоматолог	0	0.5
Специалист по социальной работе	0	1
Психолог	0	1
Фтизиатр	0	0.5
Юрист	0	0.5
ВСЕГО	3.5	22.75

ВНУТРЕННИЙ МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА РАБОТЫ ПРОГРАММЫ «СНИЖЕНИЕ ВРЕДА»

1. **Мониторинг** — это рутинный регулярный анализ функционирования программы на основании ежедневно собираемой информации о работе подразделения ПСВ.

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

3. **Количественные показатели** мониторинга подразделения ПСВ:

- число ПИН, впервые охваченных работой ПСВ (новые клиенты);
- обращаемость клиентов в подразделение (число всех обращений и контактов);
- число ПИН, обслуживаемых в определенный период времени (например, число людей, с которыми работали сотрудники в течение года);
- регулярность обращений клиентов (число клиентов, с которыми подразделение работает регулярно);
- число клиентов из особых целевых групп, с которыми работает подразделение (РКС, ЛЖВС и др.);
- возраст клиентов;
- социальное положение клиентов;
- пол клиентов;
- место проживания клиентов (город, район города);
- количество инъекционного инструментария, распространенного среди ПИН;
- количество собранного использованного инструментария;
- количество других распространенных материалов защиты (презервативы, спиртовые салфетки, вода и др.);
- количество распространенной профилактической литературы;
- число и вид медицинских услуг, предоставленных клиентам (тестирование, консультации);
- число клиентов, направленных в другие службы, и тех, кто туда реально обратился;
- число волонтеров, осуществляющих вторичный обмен шприцев и обучение ПИН;
- число ПИН, получавших шприцы через вторичный обмен шприцев.

4. Сбор количественной информации организуется путем заполнения бумажной (бланки) или компьютерной формы отчета о работе с каждым клиентом на СПОШ, МПОШ, каждым аутрич-работником.

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

6. Для определения числа клиентов подразделения за определенный промежуток времени (например, за год), при отсутствии компьютерной базы данных, используется следующий способ: с начала года сотрудники фиксируют число новых клиентов, т. е. ПИН, которые никогда не сталкивались с сотрудниками любых служб ПСВ прежде, а также клиентов, которые обратились в подразделение ПСВ впервые в новом году. Сумма указанных чисел по завершении года покажет число клиентов подразделения за год.

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

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

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

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

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

12. Сравнение показателей работы на протяжении определенных периодов времени (ежемесячно, ежегодно), сопоставление количественных показателей работы с качественными служит основой мониторинга и оценки работы подразделения. При этом показатели работы сопоставляются с показателями эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, другими показателями, дающими представление о распространении инъекционной наркомании, ИППП, других заболеваний на обслуживаемой территории.

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

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

ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПИН

1. **Определение.** Программа медико-социальной специализированной помощи ПИН – это организация доступной и качественной медико-социальной помощи ПИН в существующих учреждениях с учетом потребностей и возможностей пациентов, сопровождающаяся профилактикой ВИЧ-инфекции и другого вреда, наносимого здоровью инъекционным употреблением наркотиков.

2. **Цель** – оказание доступной, качественной медицинской и социальной помощи ПИН и профилактика ВИЧ-инфекции, а также другого вреда, наносимого здоровью инъекционным употреблением наркотиков, максимально возможному числу ПИН.

3. **Задачи** программы медико-социальной специализированной помощи ПИН:

- изучение потребностей и возможностей ПИН в получении медико-социальной помощи;
- анализ реальных условий функционирования существующих медико-социальных служб и сопоставление их с потребностями и возможностями ПИН в получении медико-социальной помощи;

- организация особого порядка оказания медико-социальной помощи для ПИН в профильных учреждениях, направленного на оказание доступной и качественной медико-социальной помощи и привлечение ПИН к соответствующим службам;

- включение в работу персонала профильных медико-социальных учреждений обязательного консультирования ПИН по профилактике ВИЧ-инфекции, другого вреда, связанного с инъекционным употреблением наркотиков, сопровождающегося выдачей профилактической литературы;

- обучение персонала профильных медико-социальных учреждений;
- взаимодействие медико-социальных учреждений с ПСВ.

4. **Основные принципы** организации медико-социальной специализированной помощи ПИН:

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

- **Бесплатность.** Это условие позволяет привлечь ПИН, которые не могут оплачивать медицинскую помощь.

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

- **Обеспечение конфиденциальности** ПИН при обращении в медицинские и социальные службы в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

- **Использование стационарозамещающих технологий** оказания медицинской помощи ПИН.

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

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. **Специализированная медицинская помощь** ПИН включает все виды медицинской помощи, оказываемой населению. Наиболее востребованные для ПИН являются следующие виды помощи:

- наркологическая;
- дерматовенерологическая;
- акушерско-гинекологическая;
- хирургическая;
- фтизиатрическая;
- психологическая;
- стоматологическая;
- специализированная помощь для больных ВИЧ-инфекцией;
- инфекционная служба (в связи с вирусными гепатитами);
- скорая неотложная помощь (оказание экстренной помощи при передозировках).

2. Организация наркологической помощи ПИН.

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

Необходимы разнообразные по форме, методам и объемам индивидуальные подходы к оказанию наркологической помощи в зависимости от мотивации и готовности ПИН.

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

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

Стационарная наркологическая помощь включает:

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

Амбулаторная наркологическая помощь включает:

- динамическое наблюдение;
- профилактическое наблюдение;
- консультативную помощь;
- реабилитационную помощь.

Важно при организации наркологической помощи ПИН:

- обеспечение бесплатной, в том числе анонимной, помощи ПИН;
- обеспечение для ПИН низкопороговой доступности наркологической помощи;
 - как можно раньше начинать работу по формированию мотивации на реабилитацию;
 - проводить до и после тестовое консультирование по ВИЧ-инфекции с выяснением индивидуальных рискованных стилей поведения и отработке навыков безопасного поведения;
 - в случае низкого реабилитационного потенциала ПИН и отказа от реабилитации осуществлять информирование о местных действующих программах снижения вреда;
 - проводить специальную подготовку персонала наркологической службы по программам снижения вреда, их целям и задачам, формированию социальной терпимости к ПИН;
 - установить контакт наркологической службы с местными программами СВ, реабилитационными центрами, терапевтическими сообществами, группами само- и взаимопомощи (ЛЖВС, анонимные наркоманы).

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

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

- организации наркологической помощи больным, нуждающимся в стационарном лечении в медицинских учреждениях ненаркологического профиля;
- организации диагностики и лечения сопутствующих заболеваний у больных наркоманией в стационарах наркологического профиля;
- организации мероприятий по планированию семьи и оказанию акушерско-гинекологической помощи наркозависимым женщинам;
- организации диагностики и лечения венерических заболеваний у трудно доступных групп ПИН;
- организации доступного тестирования на ВИЧ и консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции для ПИН.

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

- обеспечение консультации нарколога в день поступления больного наркоманией в стационар;
- проведение незамедлительных лечебных мероприятий по купированию абстинентного синдрома;
- наличие лицензии на право применять препараты из списка В;
- создание необходимого запаса препаратов, применяемых в лечении опиоидного абстинентного синдрома, а также для оказания неотложной помощи при передозировках опиоидами;
- предоставление возможности получения медицинской помощи ПИН в режиме дневного стационара.

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

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

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

- определение медицинских учреждений и медицинских работников, ответственных за проведение указанных мероприятий среди женщин-ПИН (центры планирования семьи, акушерско-гинекологические службы, женские консультации);
- обучение медработников учреждений, ответственных за проведение мероприятий среди женщин-ПИН и оказание им акушерско-гинекологической помощи;
- обучение женщин-ПИН методам планирования беременности;
- бесплатное предоставление приемлемой контрацепции;
- предоставление женщинам-ПИН быстрой и бесплатной диагностики беременности;

- организация проведения бесплатного прерывания нежелательной беременности со сведением к минимуму предварительных условий и организацией прохождения необходимых обследований в одном месте;
- обеспечение консультирования по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции для всех ВИЧ-инфицированных женщин.

8. Организация диагностики и лечения венерических заболеваний у труднодоступных групп ПИН включает:

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

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

- обеспечение достаточного количества учреждений, где проводится тестирование ПИН на ВИЧ-инфекцию;
- бесплатность тестирования;
- возможность пройти тестирование на анонимной основе;
- обучение персонала учреждений, где проводится тестирование на ВИЧ, консультированию ПИН до и после тестирования;
- обеспечение проведения консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции и другого вреда от инъекционного употребления наркотиков для всех ПИН, проходящих тестирование.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

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

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

3. **Задачи информационного обеспечения:**

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

4. **Методы информационного обеспечения:**

- создание и распространение печатных изданий для различных целевых групп программы;
- создание тематических веб-сайтов;
- создание аудио- и видеоматериалов;
- обеспечение организаций – участников Программы – базой данных адресов и координат связи;
 - широкое использование Интернета для осуществления связи между организациями – участниками Программы;
 - поиск и концентрация информации для распространения между организациями – участниками Программы в едином информационном центре (ответственная организация);
 - широкое использование существующих средств массовых коммуникаций.

5. Основой информационного обеспечения ПИН по вопросам ВИЧ-инфекции и других заболеваний, связанных с инъекционным употреблением наркотиков, является многократно повторяемая устная информация, которая поступает к целевым группам Программы от сотрудников ПСВ, программы медико-социальной специализированной помощи ПИН. Устная информация дополняется выдачей ПИН печатных информационных материалов по теме обсуждаемого вопроса.

6. Для эффективного информационного обеспечения ПИН требуется:

- обучение сотрудников ПСВ и Программы медико-социальной специализированной помощи ПИН особенностям эффективных методов донесения информации до целевых групп;
- реализация профессионального подхода к разработке печатных материалов (прохождение всех этапов подготовки материалов: изучение потребностей целевых групп по тематике планируемых материалов, подготовка и выпуск оригинал-макетов, апробация материалов в целевых группах, внесение изменений в информационные материалы, выпуск пробного тиража);
- практические рекомендации материалов должны учитывать территориальные особенности потребляемых наркотиков и поведенческие риски их употребления;
- обеспечение доступности и приемлемости информационных материалов (понятный язык, приемлемое оформление, востребованность и позитивное отношение к информации со стороны целевых групп ПИН);
- учет особенностей различных целевых групп ПИН;
- учет временных и финансовых затрат на издание информационных материалов;
- соответствие информационных материалов существующему законодательству.

7. Тематика информационных материалов для ПИН:

- профилактика ВИЧ, гепатитов среди ПИН;
- профилактика ИППП;
- профилактика передозировок;
- профилактика гнойных осложнений и заболеваний вен;
- контрацепция и планирование семьи;
- информация о законодательстве в области наркотиков и ВИЧ-инфекции;
- профилактика туберкулеза;
- информация о службах, оказывающих помощь ПИН;
- информация для ЛЖВС.

8. В целях соблюдения действующего законодательства сотрудники Программы при предоставлении информации, предназначенной для ПИН, обязаны удостовериться, что лицо, которому предоставляется эта информация, является ПИН.

ОБУЧЕНИЕ ПЕРСОНАЛА ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

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

2. **Цель обучения** – повышение эффективности выполнения цели Программы.

3. Задачи обучения:

- повысить уровень знаний и практических навыков персонала в области профилактики ВИЧ-инфекции, другого вреда, наносимого здоровью инъекционным употреблением наркотиков;

- улучшить качество информационной работы среди ПИН, проводимой персоналом Программы;

- улучшить качество предоставляемых Программой услуг и помощи для ПИН;

- улучшить процесс взаимодействия между организациями – участниками Программы;

- повысить качество сбора информации о работе Программы для ее оценки.

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

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

5. **Практическое обучение** персонала Программы проводится в Учебных центрах по «снижению вреда» либо на местах – в Программах, работающих в регионах РФ. В настоящее время учебные центры по «снижению вреда» работают в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Балаково при поддержке Открытого Института Здоровья.

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

7. Обучение персонала Программы можно организовать самостоятельно силами специалистов в области СВ, с привлечением сотрудников Программы, имеющих опыт работы, а также врачей-специалистов, юриста, социолога, психолога.

8. Программа обучения персонала включает следующие разделы:

- теоретические и организационные аспекты программ профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН;

- требования к организации медицинской и социальной помощи ПИН;

- ВИЧ-инфекция (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика);

- вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика);

- инфекции, передаваемые половым путем (этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика);

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

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

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

- передозировка (этиология, клиника, диагностика, оказание экстренной помощи);

- заболевания вен у потребителей инъекционных наркотиков (этиология, клиника, лечение, профилактика);

- этиология, клиника, лечение, профилактика воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки как последствий использования опасных практик инъекций;

- информация о службах, оказывающих помощь ПИН, и условиях ее оказания;

- способы установления и поддержания контактов с различными группами ПИН;

- особенности проведения информационной работы в различных целевых группах ПИН;
- этика и деонтология (правила работы с клиентами, соблюдение этических норм и конфиденциальности при профессиональной работе с ПИН);
- психосоциальные последствия положительного результата тестирования на ВИЧ; проведение до- и послетестового консультирования по профилактике ВИЧ-инфекции;
- правила безопасности при работе с использованным инъекционным инструментарием, порядок действий при аварийных ситуациях;
- законодательство в области наркотиков, ВИЧ-инфекции, охраны здоровья;
- быстрая оценка ситуации и реагирования;
- методы проведения социологических исследований;
- контрацепция и планирование семьи;
- лечение и профилактика ВИЧ-инфекции с применением АРВТ;
- организация и управление вторичным обменом шприцев.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

1. **Определение.** Управление Программой комплексной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН – это структурный компонент Программы, необходимый для обеспечения ее стабильной работы.

2. **Цель:** Обеспечение развития и стабильной работы Программы.

3. **Структура управления Программой:**

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

4. **Задачи органов исполнительной власти:**

- принятие стратегических решений о приоритетных действиях;

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

5. Задачи координационного совета:

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

6. Задачи руководителя Программы:

- развитие тактики работы Программы;
- организация проведения оценки ситуации по инъекционному наркопотреблению;
- организация мониторинга и оценки Программы;
- организация обучения участников Программы;
- организация технической и информационной поддержки;
- организация процесса обмена информацией;
- контроль обеспечения достаточного финансирования;
- обеспечение текущего взаимодействия организаций;
- обеспечение Программы людскими ресурсами.



Рис. 2. Схема управления Программой

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

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

1. **Определение.** Мониторинг и оценка Программы – это процесс сбора и анализа необходимой информации для определения результативности и эффективности мер, предпринимаемых для противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции. Мониторинг относится к рутинному, постоянному анализу повседневной работы, в то время как оценка – это эпизодическое определение общих достижений Программы.

2. **Основная цель мониторинга и оценки Программы** – выяснить, насколько предпринимаемые меры достаточны для того, чтобы противодействовать эпидемии ВИЧ-инфекции, и какая нужна их модификация. Иными словами, мониторинг и оценка – это инструменты для принятия информированных решений.

3. Задачи мониторинга и оценки Программы:

- изучение полноты мер воздействия Программы и охвата ими различных целевых групп ПИН;

- сопоставление предпринимаемых мер воздействия Программы с результатами эпидемиологического надзора второго поколения за эпидемией ВИЧ-инфекции;

- предоставление информации органам управления Программы для дальнейшего планирования политики и определения потребности в ресурсах.

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

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

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

- информация об обучении ПИН в ПСВ (обучение равными, добровольное тестирование на ВИЧ, предоставление консультирования и аутрич-работа);

- информация о предоставлении стерильного инструментария и презервативов (обмен шприцев, доступность инъекционного инструментария в аптеках, распространение презервативов и их доступность);

- информация о лечении и социальной помощи для ПИН (лечение наркомании, лечение заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, ИППП, другая медико-социальная помощь).

7. Результаты мониторинга работы Программы сопоставляются со следующими данными:

- эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции и контекстные факторы, определяющие ее распространение среди ПИН (число ПИН на территории, типы используемых наркотиков, распространенность практики обмена грязными шприцами и небезопасное сексуальное поведение, влияние законодательства и общественного окружения на рискованное поведение ПИН, знания о способах индивидуальной профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН);

- о последствиях употребления наркотиков для здоровья (распространенность и заболеваемость ВИЧ-инфекцией, гепатитами, ИППП среди ПИН, смертность, связанная с употреблением наркотиков).

8. Ключевые индикаторы оценки Программы.

- Индикаторы охвата ПИН за определенный период времени:

- общее число клиентов и число новых клиентов в ПСВ,

- общее число клиентов и число новых клиентов в программе медико-социальной специализированной помощи ПИН,

- число ПИН, имеющих постоянный доступ к стерильному инъекционному инструментарию как в ПСВ, так и в аптеках,

- число шприцев, распространенных в ПСВ на одного ПИН в год,

- число мест (включая аптеки), где стерильный инструментарий доступен для ПИН,

- доля ПИН от общего числа популяции ПИН, протестированных на ВИЧ за последний год,

- число подразделений ПСВ, основанных на обучении равными.

- Контекстные индикаторы:

- размер популяции ПИН (официальное учетное число и оценочное число ПИН),

- основные наркотики, используемые инъекционно,

- доля ПИН, использующих чужой шприц,

- доля ПИН, использующих презервативы,
 - доля ПИН, имеющих правильные знания о путях передачи ВИЧ-инфекции,
 - доля ВИЧ-инфицированных, заразившихся путем наркотического контакта,
 - доля ВИЧ-инфицированных, заразившихся от ПИН (половой, вертикальный путь).
- Индикаторы последствий для здоровья:
 - заболеваемость и распространенность ВИЧ среди ПИН,
 - число случаев СПИДа среди ПИН,
 - число ПИН, умерших от СПИДа,
 - распространенность гепатитов В и С среди ПИН,
 - распространенность ИППП среди ПИН.

9. На основе ключевых индикаторов разрабатываются конкретные показатели, а также их четкие стандартизованные числовые характеристики, которые позволяют разработать план сбора, обработки и интерпретации данных. Ключевые индикаторы могут быть дополнены рядом других показателей, включая социо-демографические данные.

10. Одним из важных индикаторов оценки Программы является вычисление охвата ПИН. Охват – это пропорция ПИН от оценочного числа всей популяции наркопотребителей на территории, которая была вовлечена в Программу (для сравнения Программ целесообразно иметь также абсолютные цифры охвата).

11. Следует разделять прямой, косвенный и эффективный охват ПИН.

- **Прямой охват** – это непосредственное воздействие на клиентов Программы со стороны ее сотрудников.

- **Косвенный охват** – это опосредствованное воздействие на ПИН, не контактировавших с сотрудниками, со стороны клиентов Программы (вторичный обмен шприцев, распространение информации равными).

- **Уровень эффективного охвата** определяется регулярностью посещения ПИН Программы, поскольку она направлена на изменение поведения ПИН, что требует многократного воздействия.

12. Общий охват вычисляется путем суммирования показателей прямого и косвенного охвата. В 1999 г. UNAIDS в качестве показателя охвата, необходимого для ограничения распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН, рекомендовало 60%, однако существуют данные, что программы «снижение вреда» могут быть достаточно эффективными и при гораздо меньшем охвате.

БЫСТРАЯ ОЦЕНКА СИТУАЦИИ С НАРКОТИКАМИ

1. **Определение.** Быстрая оценка ситуации с наркотиками (далее – БОС) – это метод сбора количественных и качественных данных для оценки характера и масштабов медицинских и социальных проблем с употреблением наркотиков для выработки решений по принятию соответствующих мер их адекватному решению.

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

3. Задачи БОС:

- четкое определение целевых групп (среди каких групп населения распространено употребление наркотиков, в чем заключаются основные проблемы, как распознать этих людей и т.д.);

- определение масштабов и характеристик проблемы злоупотребления наркотиками в конкретных условиях (например, оценочное число ПИН, их социальный и демографический портрет);

- выявление разных моделей потребления наркотиков (например, введение разных наркотиков путем инъекций, разные районы и места потребления, разные группы населения, вовлеченные в потребление, особенности факторов риска развития инфекций и других негативных последствий приема наркотиков в различных группах);

- выявление поведенческих рисков (какие типы инъекционного потребления наркотиков и сексуального поведения присущи местной популяции, наличие мифов о здоровье и т.д.);

- определение вредных для здоровья последствий (каков уровень распространенности ВИЧ и гепатитов В и С среди потребителей, передозировок, венерических заболеваний и т.д.);

- описание мер, которые были приняты или необходимы для минимизации вредных для здоровья последствий;

- выявление потребностей целевых групп (потребности в лечении и реабилитации, консультациях специалистов, насущные жизненные потребности: жилье, питание, образование и другие социальные нужды);

- определение наличия и адекватности лечения наркомании;

- определение характера и эффективности профилактических и иных мероприятий, направленных на решение проблемы (охват потребителей, предоставляемые услуги медико-социальными службами, эффективность лечения и реабилитации и т.д.);

- наличие системы мониторинга и анализа;
- оценка наличия средств, которые могут быть мобилизованы для мероприятий, направленных на решение проблемы;
- политические условия, каково их влияние на распространение наркомании и ВИЧ-инфекции;
- степень информирования лиц, ответственных за разработку политики, предоставление этим лицам подробной картины в области потребления наркотиков с предупреждением о возникновении новых (ожидаемых) тенденций и проблем;
- выработка стратегий, отвечающих нуждам целевых групп и местным условиям.

4. БОС проводится в соответствии с принципами «Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры», UNODCCP, Вена, 1999.

5. Специфические особенности БОС:

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

6. Для проведения БОС формируется местная исследовательская группа (команда) сотрудников, которые обладают базовыми знаниями в области социологических и эпидемиологических исследований

и опытом проведения исследований в области здравоохранения и имеют доступ к закрытым группам ПИН. Команда сотрудников объединяет от 3 до 10 человек и включает в себя людей с разными взглядами, опытом и личностными характеристиками. В универсальном виде команду могут составлять социолог, врач-нарколог, врач-инфекционист, представитель неправительственной организации, социальный работник и (или) активный потребитель инъекционных наркотиков.

7. Этапы БОС:

- Сбор и анализ существующей информации (вторичных данных), имеющихся в наличии официальных статистических данных, местных административных документов, приказов, постановлений, отчетов о деятельности и исследованиях, докладов, сообщений в СМИ, регистрационных журналов в больницах и т.п.

- Сбор первичных данных от различных категорий населения. Специальные методы сбора первичных данных среди целевых групп или «ключевых респондентов» включают в себя:

- глубинное интервью,
- структурированное и полуструктурированное анкетирование,
- наблюдение (необходимо смотреть, слушать и фиксировать, что особенно важно при оценке действий, навыков и рисков),
- фокус-группа (беседа-интервью с однородной социальной группой из 6-8 человек по заданной теме),
- групповая дискуссия (целенаправленный разговор в малой группе, по проблемам, интересующим исследователя).

- Обобщение полученных данных, их сопоставление или перекрестная проверка (триангуляция), оценка надежности и достоверности. На этом этапе подтверждаются или опровергаются различные гипотезы, возникшие при первом впечатлении о ситуации, подвергнутые потом критическому осмыслению с учетом полученных позднее данных (индуктивный анализ).

- Анализ и интерпретация данных, сопоставление количественных данных (цифровые показатели) с качественными (описательные характеристики).

- Написание отчета и построение логической временной схемы программы (расписанный по времени план работы с указанием мероприятий и ответственных лиц). Отчет должен быть ориентирован на заинтересованных лиц, т.е. написан простым и доступным языком, иметь наглядное выражение количественной информации в виде таблиц и графиков, а текст отчета не должен повторять ту информацию, которая уже содержится в таблицах. Основные разделы отчета могут быть следующими:

- введение и причины проведения БОС,
- цели и задачи БОС,
- методика проведения,
- основные результаты,
- обсуждение и рекомендации,
- библиография,
- приложения.

КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ

Определение понятия «кейс-менеджмент»:

Кейс-менеджмент – это рабочее соглашение между клиентом и кейс-менеджером, заключаемое на определенный период времени на основании определенных потребностей клиента. Задача кейс-менеджмента заключается в оказании помощи клиентам в получении необходимых услуг с целью облегчения проблем, вызванных жизнью с ВИЧ/СПИДом. Цель оказания услуг по кейс-менеджменту заключается в поддержании здоровья и благополучия клиента, его уверенности в себе и самостоятельности.

Мероприятия, составляющие кейс-менеджмент, включают в себя:

- Введение в оказание помощи.
- Оценку потребностей клиента на постоянной основе.
- Планирование оказания услуг на постоянной основе.
- Координацию оказания первичной помощи и направление на получение первичной помощи.
- Координацию других медицинских и вспомогательных услуг и направление на их получение.
- Мониторинг и динамическое наблюдение.
- Планирование выписки.

Стандарты

Сотрудники / Обучение

- Минимальная квалификация
- Ориентация
- Встречи
- Обязательное обучение для новых кейс-менеджеров
- Непрерывное обучение для кейс-менеджеров

Права и обязанности

- Конфиденциальность
- Согласие
- Процесс переживания горя

- Права и обязанности клиента
- Доступность

Своевременность оказания услуг / ведения документации

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

Наблюдение/проверка

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

Приложение № 1

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ ПСВ

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность руководителя проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку и опыт работы по стратегии «Снижение вреда» 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, требований по охране труда и технике безопасности.

4. ПРАВА

- 4.1. Предоставлять 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)

Приложение № 2

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ КООРДИНАТОРА ПСВ

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность координатора проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку и опыт работы по стратегии «Снижение вреда» среди уязвимых групп.

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

1.3. Координатор проекта непосредственно подчиняется руководителю проекта.

2. ФУНКЦИИ.

2.1. Руководство конкретными мероприятиями в рамках проекта.

2.2. Координация деятельности участников проекта при реализации мероприятий.

2.3. Планирование деятельности среди доступных и скрытых целевых групп проекта.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Осуществлять индивидуальный контроль работы сотрудников проекта и качества исполнения ими своих должностных обязанностей.

3.2. Обеспечивать организационно-методическую деятельность проекта.

3.3. Взаимодействовать со СМИ и общественными организациями.

3.4. Регулярно проводить анализ своей деятельности.

3.5. Подготавливать этапные и заключительные аналитические отчеты по работе проекта.

3.6. Осуществлять мониторинг всех аспектов качественного функционирования проекта.

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 эпидемиологического характера.

4.3. Повышать свою квалификацию по данному профилю работы.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

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

Ознакомлен:

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

**ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ
МЕНЕДЖЕРА СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ ПСВ**

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность менеджера социальных работников проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку по стратегии «Снижение вреда» среди уязвимых групп. Должен обладать знаниями и опытом работы 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 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 пунктов обмена.
- 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 предложение 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
СОЦИАЛЬНОГО (АУТРИЧ) РАБОТНИКА ПСВ**

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность социального работника проекта принимается сотрудник, имеющий подготовку по стратегии «Снижение вреда» среди уязвимых групп. Должен обладать знаниями и опытом работы 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 проекта производится приказом руководителя организации в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Социальный работник работает под руководством менеджера социальных работников проекта.

2. ФУНКЦИИ

- 2.1. Осуществление работы с целевыми группами проекта.
- 2.2. Ведение ежедневной учетной документации.
- 2.3. Проведение анализа проделанной работы.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Осуществлять выход и устанавливать контакт с целевыми группами вне ПОШ, направлять или приводить ПИН в ПОШ, 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, ИППП и гепатитов. 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 профилактики 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; сведений и документов, касающихся 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 правонарушения в процессе своей деятельности в пределах, определенных административным, гражданским, уголовным законодательством РФ.

Ознакомлен:

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 5

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-КОНСУЛЬТАНТА ПСВ

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность врача-консультанта проекта принимается специалист с высшим образованием, имеющим подготовку по специальности.

1.2. Назначение и увольнение врача-консультанта проекта производится 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 амбулаторное консультирование участников проекта, назначать лечение.

3.2. Участвовать в разработке информационной печатной продукции.

3.3. Проводить семинары с участниками проекта по своей специальности.

3.4. 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 программе «снижение 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)

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
СПЕЦИАЛИСТА ПО КООРДИНАЦИИ ПОМОЩИ**

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

1. ДОЛЖНОСТНЫЕ 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 ВИЧ-инфицированным.

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.

2.2. Наличие надлежащих навыков письменного и устного коммуникативного общения.

2.3. Наличие навыков ведения консультирования.

2.4. Хорошие организаторские способности.

Субординация:

Эта позиция подотчетна: _____

Приложение № 7

ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ ЛОГИСТИКА ПРОЕКТА

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.
дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.
дата

1. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. На должность логистика проекта принимается сотрудник, имеющий профессиональные навыки работы с офисной техникой и персоналом.

1.2. Назначение и увольнение логистика проекта производится приказом руководителя организации.

1.3. Логистик работает под руководством руководителя проекта.

2. ФУНКЦИИ

2.1. Обеспечение материалами тренингов и фокус-групп для клиентов проекта.

2.2. Ведение базы данных по статистике.

2.3. Обеспечение сохранности материалов, предусмотренных бюджетом проекта.

3. ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Работать с офисной техникой.

3.2. Заниматься делопроизводством в пределах своей компетенции.

3.3. Заниматься контролем над материальным обеспечением в рамках проекта.

3.4. Подготавливать нормальное функционирование рабочих мест для участников проекта, в том числе обеспечивать организацию тренингов и фокус-групп для клиентуры.

3.5. Предоставлять отчетные документы бухгалтеру и руководителю проекта.

3.6. Вести учет рабочего времени работников проекта.

4. ПРАВА

4.1. Получать данные по проводимым мероприятиям в рамках проекта для составления базы данных по статистике.

4.2. Вносить на рассмотрение руководителя проекта предложения по рациональному материальному обеспечению проекта.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

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

Ознакомлен:

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 8

ПРИМЕРНЫЙ ВАРИАНТ ТИПОВОГО ТРУДОВОГО ДОГОВОРА ПСВ

ТРУДОВОЙ ДОГОВОР № _____

город

« » _____ 200__ г.

«Организация», именуемая в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», в лице руководителя Фамилия Имя Отчество, действующего на основании Устава с одной стороны и Фамилия Имя Отчество, именуемый в дальнейшем «ПОДРЯДЧИК», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, а ПОДРЯДЧИК обязуется выполнить следующие услуги: _____

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ЗАКАЗЧИК обязан своевременно принять и оплатить ПОДРЯДЧИКУ предусмотренные Договором услуги.

2.2. ЗАКАЗЧИК имеет право контролировать качество и ход работ, обусловленных Договором.

2.3. ЗАКАЗЧИК имеет право отказаться от услуг ПОДРЯДЧИКА в любое время, уплатив ПОДРЯДЧИКУ часть установленной платы.

2.3. ПОДРЯДЧИК обязан 1 раз в месяц представить ЗАКАЗЧИКУ акт сдачи-приемки оказанных услуг.

2.4. ПОДРЯДЧИК обязан информировать ЗАКАЗЧИКА, по его запросу, о ходе выполнения услуг.

2.5. ПОДРЯДЧИК имеет право:

2.5.1. требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения обязательств, предусмотренных п. 2.1. Договора;

2.5.2. просить об отсрочке выполнения работ в связи с возникновением форс-мажорных обстоятельств;

2.5.3. принимать меры, направленные на усовершенствование выполнения услуг.

3. ПОРЯДОК СДАЧИ-ПРИЕМКИ РАБОТ

3.1. ПОДРЯДЧИК отчитывается о выполнении услуг 1 раз в месяц.

3.2. ЗАКАЗЧИК в течение 2 дней принимает работу и:

3.2.1. в случае качественного выполнения услуг подписывает акт сдачи-приемки оказанных услуг;

3.2.2. в случае некачественного выполнения услуг составляет перечень недостатков. Недостатки устраняются ПОДРЯДЧИКОМ в течение 5 дней;

3.2.3. в случае невозможности исправления выявленных дефектов, что влечет за собой исключения реального использования результатов услуг, ЗАКАЗЧИК имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор без оплаты всего объема выполненных работ.

4. УСЛОВИЯ РАСЧЕТА

4.1. ЗАКАЗЧИК производит оплату 1 раз в месяц в соответствии с установленным бюджетом.

4.2. Основанием для оплаты выполненных услуг является АКТ сдачи - приемки оказанных услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае нарушения сроков выполнения услуг или несоответствия качества результатов условиям Договора, которые повлекли для ЗАКАЗЧИКА убытки, ПОДРЯДЧИК возмещает их в полном объеме.

5.2. В случае невыполнения ЗАКАЗЧИКОМ, предусмотренных п.2.1. настоящего Договора условий, повлекших за собой срыв сроков выполнения работ ПОДРЯДЧИКА, срок сдачи работ переносится на период задержки.

5.3. ПОДРЯДЧИК несет полную материальную ответственность за сохранность предоставляемого ЗАКАЗЧИКОМ оборудования, материалов и другого имущества.

5.4. Все споры между СТОРОНАМИ, вытекающие из настоящего ДОГОВОРА, которые не могут быть урегулированы иным путем, рассматриваются в установленном законом порядке.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Отношения СТОРОН, вытекающие из настоящего Договора и неурегулированные ими, регламентируются нормами гражданского законодательства, действующими на территории Российской Федерации.

6.2. Работа выполняется в согласованное сторонами время.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его СТОРОНАМИ и действует с «__» _____ 200__ г. по «__» _____ 200__ г.

7.2. Изменения и дополнения вносятся в настоящий Договор только с согласия СТОРОН и оформляются в письменном виде. Все дополнения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.3. Досрочное расторжение Договора может иметь место по согласованию Сторон.

7.4. Одностороннее расторжение Договора может иметь место по инициативе ЗАКАЗЧИКА в случае нарушения ПОДРЯДЧИКОМ обязательств по Договору.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Ф. И. О. _____
ИНН _____
Дата рождения _____ Место рождения _____
Адрес(с индексом) _____
Паспорт (серия, №) _____ выдан (кем, когда) _____
Страховое свидетельство ПФ № _____
Тел: _____
_____ (подпись) «__» _____ 200__ г.

ЗАКАЗЧИК

«Организация»
Адрес: индекс _____ город _____
улица _____
Тел: _____ ИНН _____
Р/с в банке _____
_____ Фамилия И. О.
«__» _____ 200__ г.

Приложение № 9

ПРИМЕРНЫЙ ВАРИАНТ ТИПОВОГО ДОГОВОРА ПОДРЯДА ПСВ

ДОГОВОР ПОДРЯДА № _____

город _____ « _____ » _____ 200__ г.

«Организация», именуемая в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», в лице руководителя Фамилия Имя Отчество, действующего на основании Устава с одной стороны, и Фамилия Имя Отчество, именуемый в дальнейшем «ПОДРЯДЧИК», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, а ПОДРЯДЧИК обязуется выполнить услуги, не являющиеся Уставными задачами организации: _____

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ЗАКАЗЧИК обязан своевременно принять и оплатить ПОДРЯДЧИКУ предусмотренные Договором услуги.

2.2. ЗАКАЗЧИК имеет право контролировать качество и ход работ, обусловленных Договором.

2.3. ЗАКАЗЧИК имеет право отказаться от услуг ПОДРЯДЧИКА в любое время, уплатив ПОДРЯДЧИКУ часть установленной платы.

2.3. ПОДРЯДЧИК обязан 1 раз в месяц представить ЗАКАЗЧИКУ акт сдачи-приемки оказанных услуг.

2.4. ПОДРЯДЧИК обязан информировать ЗАКАЗЧИКА по его запросу о ходе выполнения услуг.

2.5. ПОДРЯДЧИК имеет право:

2.5.1. требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения обязательств, предусмотренных п. 2.1. Договора;

2.5.2. просить об отсрочке выполнения работ в связи с возникновением форс-мажорных обстоятельств;

2.5.3. принимать меры, направленные на усовершенствование выполнения услуг.

3. ПОРЯДОК СДАЧИ-ПРИЕМКИ РАБОТ

3.1. ПОДРЯДЧИК отчитывается о выполнении услуг 1 раз в месяц.

3.2. ЗАКАЗЧИК в течение 2 дней принимает работу и:

3.2.1. в случае качественного выполнения услуг подписывает акт сдачи-приемки оказанных услуг;

3.2.2. в случае некачественного выполнения услуг составляет перечень недостатков. Недостатки устраняются ПОДРЯДЧИКОМ в течение 5 дней;

3.2.3. в случае невозможности исправления выявленных дефектов, что влечет за собой исключение реального использования результатов услуг, ЗАКАЗЧИК имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор без оплаты всего объема выполненных работ.

4. УСЛОВИЯ РАСЧЕТА

4.1. ЗАКАЗЧИК производит оплату 1 раз в месяц в соответствии с установленным бюджетом.

4.2. Основанием для оплаты выполненных услуг является АКТ сдачи-приемки оказанных услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае нарушения сроков выполнения услуг или несоответствия качества результатов условиям Договора, которые повлекли для ЗАКАЗЧИКА убытки, ПОДРЯДЧИК возмещает их в полном объеме.

5.2. В случае невыполнения ЗАКАЗЧИКОМ, предусмотренных п.2.1. настоящего Договора условий, повлекших за собой срыв сроков выполнения работ ПОДРЯДЧИКА, срок сдачи работ переносится на период задержки.

5.3. ПОДРЯДЧИК несет полную материальную ответственность за сохранность предоставляемого ЗАКАЗЧИКОМ оборудования, материалов и другого имущества.

5.4. Все споры между СТОРОНАМИ, вытекающие из настоящего ДОГОВОРА, которые не могут быть урегулированы иным путем, рассматриваются в установленном законом порядке.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Отношения СТОРОН, вытекающие из настоящего Договора и неурегулированные ими, регламентируются нормами гражданского законодательства, действующими на территории Российской Федерации.

6.2. Работа выполняется в согласованное сторонами время.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его СТОРОНАМИ и действует с «__» _____ 200__ г. по «__» _____ 200__ г.

7.2. Изменения и дополнения вносятся в настоящий Договор только с согласия СТОРОН и оформляются в письменном виде. Все дополнения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.3. Досрочное расторжение Договора может иметь место по согласованию Сторон.

7.4. Одностороннее расторжение Договора может иметь место по инициативе ЗАКАЗЧИКА в случае нарушения ПОДРЯДЧИКОМ обязательств по Договору.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
Ф.И.О. _____
ИНН _____
Дата рождения _____ Место рождения _____
Адрес регистрации с индексом _____
Паспорт (серия, №) _____ выдан (кем, когда) _____
Страховое свидетельство ПФ № _____
Тел: _____ (подпись)
«__» _____ 200__ г.

ЗАКАЗЧИК
«Организация»
Адрес: индекс _____ город _____
улица _____
Тел: _____ ИНН _____
Р/с в банке _____
_____ Фамилия И. О.
«__» _____ 200__ г.

Приложение № 10

ПРИМЕРНЫЙ ОБРАЗЕЦ УДОСТОВЕРЕНИЯ СОТРУДНИКА ПСВ

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

Приложение № 11

ПРИМЕРНЫЙ ОБРАЗЕЦ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПАМЯТКИ ПСВ

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

Приложение № 12

ПРИМЕРНЫЕ ОБРАЗЦЫ НАПРАВЛЕНИЙ ПСВ К СПЕЦИАЛИСТАМ

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

ИНСТРУКЦИЯ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ АУТРИЧ-РАБОТНИКА

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

_____ дата

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Социальный работник при приеме на работу проходит первичный медосмотр (терапевт, флюорография, обследование на ВИЧ, гемоконтактные вирусные гепатиты), первичный инструктаж на рабочем месте, 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. Социальный работник обязан:

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

Запрещено:

- Разбирать шприцы, отсоединять иглы от шприцев.
- Работать при обмене шприцев без перчаток.
- Пользоваться неисправными электророзетками и электровилками.
- Оставлять без присмотра под напряжением оборудование и электронагревательные приборы, держать вблизи их вату и другие легковоспламеняющиеся вещества.
- Курить в помещении обмена шприцев.
- Пользоваться неисправными штепсельными розетками, электровилками, самостоятельно производить ремонт электрооборудования.
- Принимать пищу на рабочем месте.

2. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕД РАБОТОЙ

2.1. Привести в порядок одежду: одежда должна быть хорошо подогнана, не иметь растянутых манжет.

2.2. Проверить и установить недостатки в содержании рабочего места с тем, чтобы рабочее место не было загромождено, имело свободные проходы, имело достаточную естественную и искусственную освещенность и легко проветривалось, пол должен быть сухим и чистым.

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 труднопрокальваемой таре (пластиковая бутылка, канистра, контейнер).

3.3. Подсчет использованных шприцев осуществляется на широком пластиковом лотке с применением корнцанга или удлиненного пинцета.

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

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

3.6. Не отвлекаться во время работы на посторонние разговоры и не перепоручать работу не подготовленным участникам проекта.

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

3.8. Настоятельно 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 (приложение № 13а).

4.3. Действия в аварийных ситуациях осуществлять в соответствии с утвержденной инструкцией (приложение № 13).

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 № 13а

Журнал учета травм персонала и клиентов программы «Снижение Вреда» и посттравматической профилактики

№ п/п	Сведения о персонале «СВ», получившем травму						Сведения о клиенте «СВ»						Противоэпидемические мероприятия				Дата и Ф. И. О. пострадавшего сообщения в ОПТБС	Подпись менеджера и руководителя «СВ»
	Дата регистрации	Ф. И. О.	Возраст, лет	Должность	Дата и час получения травмы	Характер повреждения	Сведения о прививках против ВПВ	Резул. послед. лабор. обслед. на маркеры ГВТ и ВИЧ	Ф. И. О.	Возраст	Домашний адрес	Код обследован *	Результаты лабораторного обследования на ВИЧ, HbSAg, анСV	Результаты лабор. исследования персонала, получившего травму	Назначено проф. лечение и иммунизация против гепатита В			
1	30.07.2003	Иванов	26	аутрич	30.07.2003 в 14.30	укол иглой	Привит против гепат. В в 2002 г. полностью	05.01.03 г. отпират	Кукшкин	21 Липецк, ул. 30-й Космодемьянской, 17	Код 102	ВИЧ, HbSAg, анСV 30.07.03 г. полож	30.08.03 г. отпират	30.10.03 г. отпират	30.01.04 г.	Проф. лечение АЗТ по схеме	30.07.03 г в 14.50	Полозов

Примечание:

*Код 102 – в/в наркотиков

Код 105 – КСР

Ответственным лицом за ведение журнала является менеджер-аутрич. Запись в журнале о травме может сделать сам травмированный сотрудник и сообщить руководителю проекта для расследования. Журнал является официальным документом, подтверждающим факт травмы и служит основанием для расследования обстоятельств и причин инфицирования сотрудника проекта. Расследование и учет профилирования проводится в соответствии с постановлением Правительства РФ от 15.12.2000 г. № 967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профзаболевания» и приказа МЗ РФ от 28.05.2001 г. №176 «О совершенствовании системы расследования и учета профзаболевания в РФ».

ИНСТРУКЦИЯ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ КОНСУЛЬТАНТА

«СОГЛАСОВАНО»
председатель ПК
_____ Фамилия И. О.
дата

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

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 вводный 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:

– Работать на неисправном медицинском оборудовании, неисправных приспособлениях, приборах, инструментах.

– Пользоваться поврежденными и с истекшими сроками годности средствами индивидуальной защиты.

– Оставлять без присмотра под напряжением медицинское оборудование и электронагревательные приборы, держать вблизи их вату и другие легковоспламеняющиеся вещества.

– Курить в помещении.

2. ТРЕБОВАНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕД РАБОТОЙ

2.1. Снять личную одежду; надеть сменную обувь халат, шапочку, маску.

2.2. Привести в порядок рабочую спецодежду. Спецодежда должна быть хорошо подогнана, не иметь не заправленных концов и расстегнутых манжет.

2.3. 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 загромождай 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. Пищу принимать в специально оборудованных для этих целей местах.

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.

Действия в аварийных ситуациях:

4.3. При проколах или порезах кожи рук:

- снять перчатки,
- выдавить кровь из ранки,
- обработать поврежденный участок 70% спиртом, не растирая,
- обработать 5% спиртовым раствором йода,
- заклеить лейкопластырем,
- одеть перчатки.

При попадании зараженного материала на:

4.3.1. кожу

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

4.3.2. слизистые носа

- промыть 0,05 % раствором марганцовокислого калия из спринцовки;

4.3.3. глаза

- промыть 1 % раствором борной кислоты используя пипетку или глазную ванночку. (**Не тереть!**);

4.3.4. слизистые рта и горла

- прополоскать 70% этиловым спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия;

4.3.5. одежду

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

4.3.6. обувь

- обработать двукратным протиранием через 15 минут ветошью смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств (например 3% раствор хлорамина);

4.3.7. пол, стены, мебель, оборудование

- загрязненное место залить дезинфицирующим раствором (6% раствор перекиси водорода без моющего средства, или с моющим средством,

или 0,4% ГКТ, или 0,6% НГК, или 4% раствором формальдегида, или 3% раствором хлорамина, или другими дезсредствами) на 60 минут;

- протереть ветошь, смоченной дезраствором (если применяется 70% этиловый спирт – протереть 3-5 раз).
- использованную ветошь сбросить в емкость с дезраствором (например 1% раствор хлорамина на 3 часа).

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. 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.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ДЕЙСТВИЯМ В АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

«СОГЛАСОВАНО»

председатель ПК

_____ Фамилия И. О.
дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.
дата

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ В АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ

разработана на основании приказа МЗ РФ № 170 от 16.08.01 и инструкции по противозидемическому режиму в лабораториях диагностики СПИД

Состав аварийной аптечки форма 50:

- 70% этиловый спирт;
- 5% спиртовой раствор йода;
- 0,05% раствор марганцевокислого калия (возможна замена одним из растворов: 1% водный раствор борной кислоты, 1% раствор азотнокислого серебра, 1% раствор протаргола);
- марлевые салфетки, бинты;
- бактерицидный пластырь;
- пластырь;
- глазные пипетки (не менее 2-х) – стерильные или продезинфицированные;
- ножницы;
- 5-6 напальчников.

1. При порезе или проколе инструментом, контактирующим с биологическими жидкостями кожи рук или рук в перчатках необходимо:

1.1. Снять перчатки, поместить их в дезраствор.

1.2. Если кровь идет – не останавливать, если нет – выдавить несколько капель крови.

1.3. Обработать поврежденный участок 70 % спиртом, не растирая.

1.4. Вымыть руки под проточной водой с двукратным намыливанием.

1.5. Обработать ранку 5% спиртовым раствором йода.

1.6. Заклеить рану лейкопластырем.

1.7. Сменить перчатки.

1.8. Обратиться к врачу- инфекционисту центра СПИД.

2. При попадании биологических жидкостей (кровь, сперма, слюна, грудное молоко и т.д.):

2.1 На незащищенную кожу: обработать кожу 70% спиртом, вымыть дважды с мылом под проточной водой, повторно обработать 70% спиртом. При массивном загрязнении кожи кровью и другими биологическими жидкостями промыть под проточной водой с последующей обработкой 70% этиловым спиртом, обмыванием загрязненного участка проточной водой с двукратным намыливанием и повторной обработкой 70% этиловым спиртом.

2.2. В нос – промыть струей воды и закапать 1% раствор протаргола или обработать 0,05% раствором марганцевокислого калия.

2.3. В глаза – промыть струей воды и закапать 1% водный раствор борной кислоты или 1% раствор азотнокислого серебра или промыть 0,05% водным раствором марганцевокислого калия.

2.4. В рот – прополоскать водой, а затем 1% водным раствором борной кислоты или 0,05% раствором марганцевокислого калия или 70% этиловым спиртом.

2.5. Обувь – обработать двукратным протиранием через 15 минут ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

2.6. Пол, стены, мебель, оборудование:

– загрязненное место залить дезинфицирующим раствором (6% раствор перекиси водорода без моющего средства, или с моющим средством, или 0,4% ГКТ, или 0,6% НГК, или 4% раствором формальдегида, или другими дез-средствами) на 60 минут

– протереть ветошью, смоченной дезраствором (если применяется 70% этиловый спирт- протереть 3-5 раз);

– использованную ветошь сбросить в емкость с дезраствором (например деохлора).

3. Дезинфицирующие средства, использовать согласно отраслевого стандарта «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы» ОСТ 42-21-2-85, или приказа МЗ СССР № 408 от 12.07.89 г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране».

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

Приложение № 16

**ПРИМЕР ТИПОВОГО ПРОТОКОЛА ПО ПРОВЕРКЕ ЗНАНИЙ
ПО ОХРАНЕ ТРУДА**

ПРОТОКОЛ № 1

Заседания комиссии по проверке знаний по охране труда сотрудников «Организации»

В соответствии с приказом руководителя учреждения от дата № комиссия в составе

Председателя: менеджер социальных работников Фамилия И.О.
и членов комиссии:

Социальный работник Фамилия И.О.

Социальный работник Фамилия И.О.

Провела проверку знаний по охране труда социальных работников в объеме, соответствующем их должностным обязанностям:

Фамилия И. О.	Должность	Результат проверки знаний	Очередная проверка	Подпись проверяемого
	социальный работник	сдал	очередная	

Председатель комиссии: _____ Фамилия И.О.

Члены комиссии: _____ Фамилия И.О.

_____ Фамилия И.О.

Приложение № 17

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ ЖУРНАЛА ПО УЧЕТУ ИНСТРУКТАЖА ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Дата	Ф. И. О. инструктируемого	Должность инструктируемого	Инструктаж первичный повторный внеплановый	№ инструкции или ее наименование	Ф. И. О. Должность инструктирующего	Подпись		Стажировка на рабочем месте			
						Инструктирующего	Инструктируемого	Кол-во смен	Стажировку прошёл	Знания проверил, допуск к работе произвел	

Приложение № 19

ПРИМЕРНЫЙ ОБРАЗЕЦ КАРТОЧКИ КЛИЕНТА ПСВ

<p>Карточка № ____ Участника проекта «Название проекта»</p> <p>Действительна до <u>дата</u> «Организация»</p> <p>М.П.</p>	<p>РАБОТА ПРОЕКТА СОГЛАСОВАНА С АДМИНИСТРАЦИЕЙ ГОРОДА И УПРАВЛЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ</p> <p>При задержании клиента проекта – звоните адвокату Фамилия И. О., тел: _____</p> <p><u>Правила участия в проекте:</u> 1) приноси на обмен шприцы с иглой, промытые водой и разобранные; 2) обмен производится 1:1; 3) приходи в проект без наркотиков.</p>
---	--

Приложение № 20

ПРИМЕРНЫЙ ОБРАЗЕЦ ЛИЧНОЙ УЧЕТНОЙ КАРТОЧКИ КЛИЕНТА ПСВ

Личная карточка клиента

ИН		3	
ВАЛ02МАР78			
дата	кол-во	дата	кол-во
05.04.04	35/32		
17.04.04	23/23		

Личная карточка клиента

ИН		7/мес.	
КОН11ОЛЬ89			
дата	кол-во	дата	кол-во

ИН – кодировка по именам, виду наркотика и возрасту

3 – количество шприцев на день

7/мес. – количество шприцев в месяц

Приложение № 22

Программа снижения вреда

ПРИМЕР ЕЖЕНЕДЕЛЬНОЙ ВЕДОМОСТИ УЧЕТА РАСХОДОВАНИЯ МАТЕРИАЛОВ И КОНТАКТОВ
ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА РАСХОДОВАНИЯ МАТЕРИАЛОВ И КОНТАКТОВ

« _____ » 2004 г. место работы _____ район _____ Ф. И. О. сотрудника _____

Дата, ИН	Впер- вые	Шприцы		Выдано		Соц. статус			Направлен			Приме- чание		
		слано	выдано	през.	дез. салфетки	раб.	уч.	н/орг.	на ВИЧ	гинеколог	дерматолог		терапевт	нарколог
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
09.04.04 г.	перекресто													
АННОПЕН69	+													

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРАВИЛАМ СБОРА, ХРАНЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ
ИСПОЛЬЗОВАННОГО ИНЪЕКЦИОННОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ**

«СОГЛАСОВАНО»

Главный врач ГЦСЭН

_____ Фамилия И. О.

дата

«УТВЕРЖДАЮ»

руководитель организации

_____ Фамилия И. О.

дата

ИНСТРУКЦИЯ

по Правилам сбора, хранения и удаления отходов класса «Б»
в «организации»

На основании Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в соответствии с «Положением о государственном санитарно – эпидемиологическом нормировании», Сан ПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений», методических указаний по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения МУ-287-113 и с целью предупреждения распространения в «ОРГАНИЗАЦИИ» вирусных гепатитов «В» и «С», ВИЧ-инфекции и других инфекционных заболеваний,

Отнести к отходам класса «Б» потенциально инфицированные отходы – шприцы и иглы. Количество отходов составляет количество шприцев и игл в день.

Ответственным за сбор отходов класса «Б» является социальный работник (Ф.И.О.).

1. Сбор отходов класса «Б» проводить после обязательной дезинфекции одним из методов, предусмотренных в МУ-287-113 (физическим – кипячение, паровым или воздушным, или химическим – использование дезинфицирующих средств по приложению № 2), например: методом погружения в дезинфицирующий раствор (шприцы и иглы дезинфицировать в отдельных герметично закрытых емкостях с полным погружением). Для дезинфекции использовать раствор деохлора (1 таблетка на 7 литров воды), время экспозиции 60 минут.

2. Собрать отходы класса «Б» после дезинфекции в герметичную одноразовую упаковку желтого цвета и промаркировать: «Опасные отходы. Класс «Б». «организация». Дата и фамилия ответственного за сбор отходов».

По заполнению пакета на 3/4 (в 15.00 часов) надеть марлевую повязку, резиновые перчатки, удалить из пакета воздух. Сбор острого инструментария (иглы) после дезинфекции проводить отдельно в твердую герметичную пластиковую упаковку.

3. Хранить отходы класса «Б» в герметичных емкостях, в естественных условиях, не более 24 часов.

4. Удаление отходов. Заполненные герметичные промаркированные пакеты доставить в контейнер и перегрузить в него.

5. Контейнер службы спецавтохозяйства доставляет на мусоросжигательный завод.

Приложение № 24

**АКТ
СДАЧИ – ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**

Мы, нижеподписавшиеся, «Заказчик» в лице должность «организация» Фамилия Имя Отчество и «Исполнитель» Фамилия Имя Отчество составили настоящий акт в том, что по Договору №__ от «__» _____200__ г. выполнены и приняты следующие услуги:

Услуги выполнены в установленные сроки с надлежащим качеством.

Работу сдал _____
(подпись)

Работу принял _____
(подпись)

«__» _____200__ г.

Дополнительное соглашение № _____
к договору № _____ от «__» _____ 200__ г.

город

«__» _____200__ г.

Согласно утвержденной сметы расходов и акта сдачи – приемки оказанных услуг, установить Исполнителю Фамилия Имя Отчество денежное вознаграждение за работу в Проекте с _____ по _____ в размере _____ / _____ /руб.
(прописью)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ЗАКАЗЧИК:

_____/_____/_____
(фио)

руководитель «организации»

Фамилия И.О

Приложение № 25

СОГЛАШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ УСЛУГ ПО СОЦИАЛЬНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ

Настоящее соглашение заключено между _____, именуемой в дальнейшем «Центр», в лице директора _____ и _____, именуемый в дальнейшем «Клиент».

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

Предметом соглашения является организация Центром индивидуальной программы медико-социального сопровождения Клиента.

2. ОБЯЗАННОСТИ ЦЕНТРА

Центр обязуется:

2.1. организовать индивидуальную программу медико-психологической и социальной реабилитации Клиента;

2.2. осуществлять социальное сопровождение Клиента на всех этапах реабилитации;

2.3. организовать доступ Клиента в получении услуг, необходимых для решения проблем, связанных с последствием злоупотребления наркотическими и другими психоактивными веществами;

2.4. гарантировать неразглашение информации о Клиенте, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

3. ОБЯЗАННОСТИ КЛИЕНТА

Клиент обязуется:

3.1. предоставлять Центру достоверную информацию о себе, о своей жизненной ситуации, истории наркологического заболевания и состоянии здоровья;

3.2. своевременно выполнять рекомендации и сообщать о достигнутых результатах сотрудникам Центра;

3.3. своевременно информировать сотрудников Центра о вновь возникающих проблемах;

3.4. соблюдать регламент оказания услуг Центром: явка на консультации только в трезвом состоянии, очные консультации проводятся только по предварительной записи по телефону, в случае невозможности явиться на назначенную консультацию, Клиент обязан заблаговременно предупредить об этом сотрудников Центра и сообщить о причинах неявки;

3.5. сотрудничать с Центром в рамках программы социального сопровождения в течение не менее 12 месяцев.

4. ПРАВА ЦЕНТРА

Центр имеет право:

4.1. отказать Клиенту в предоставлении услуг в случаях нарушения Клиентом его обязанностей (предусмотренных п.3 настоящего соглашения) по отношению к Центру;

4.2. отказать Клиенту в предоставлении услуг, если его запросы являются противозаконными;

4.3. предоставлять информацию о Клиенте третьим лицам, только в случаях, предусмотренных законодательством.

5. ПРАВА КЛИЕНТА

Клиент имеет право:

5.1. участвовать в мероприятиях, проводимых Центром для клиентов программы социального сопровождения;

5.2. обращаться к директору Центра с замечаниями и предложениями по организации программы социального сопровождения;

5.3. расторгнуть данное соглашение в одностороннем порядке.

Директор _____

ФИО _____

подпись

Ф.И.О.

Подпись

Дата

Ф.И.О. и подпись сотрудника, заключившего соглашение

Приложение № 26

**ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ КЛИЕНТА
НА ПЕРЕДАЧУ И ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О НЕМ**

Название организации

Адрес организации и телефон

Имя клиента

Дата рождения

Адрес и телефон

Я _____ (имя клиента) даю согласие на участие в программе Социального Бюро Центра профилактики наркомании, передачу и получение информации о моем здоровье и социальном статусе _____

_____ (названия организаций и лиц, которым может передаваться или у которых может запрашиваться информация). Данная информация может быть использована только с целью оказания мне необходимой медицинской, психологической и социальной помощи и поддержки.

Информация обо мне, которая может передаваться и запрашиваться:

Информация обо мне, которая не может передаваться или запрашиваться:

Срок действия данного соглашения: до _____ (дата окончания действия соглашения). Действие данного соглашения может быть остановлено в любое время по моему желанию.

Имя и подпись клиента _____ дата _____

Имя и подпись сотрудника организации,
предоставляющей помощь _____ дата _____

Подпись доверенного лица клиента
(родителя, опекуна, или любого другого лица,
имеющего юридическое право представлять
интересы клиента) _____ дата _____

Приложение № 27

ПЛАН ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ КЛИЕНТУ

Карта № _____

Код участника _____

Важность	Цель	Мероприятие	Ответственное лицо	Временные рамки	Результат	Удовлетворенность клиента (обратная связь)

подпись клиента

дата

подпись менеджера

дата

КАРТА КЛИЕНТА

Карта № _____ Дата начала заполнения « ____ » _____ 200__ г.

Первичный контакт установлен в _____ (название проекта)

код участника пол М Ж

возраст, лет _____

А. Прописка, регистрация

A1. Постоянная регистрация

1. Балаково
2. Саратовская область
3. иногородний
4. иностранец
5. БОМЖ

A2. Наличие временной регистрации в Балаково

1. есть
2. нет

A3. Место жительства

1. отдельная квартира/дом
2. коммунальная квартира
3. снимает квартиру/комнату
4. у друзей/знакомых
5. у полового партнера
6. где придется
7. иное _____

A4. Совместное проживание

1. один(на)
2. с родителями
3. с супругом(ой)
4. с другими родственниками
5. с сожителем(ницей)
6. иное (указать) _____

В. Семейное положение, дети

V1. Семейное положение

1. холост/не замужем
2. гражданский брак
3. разведен(а)
4. официальный брак
5. вдовец(а)

V2. Наличие детей

1. нет
2. есть → количество детей
→ возраст детей

V3. Дети проживают

1. вместе
2. отдельно

V4. Беременность в настоящее время

1. нет
2. есть

С. Социальный статус, образование

C1. Уровень образования

1. начальное
2. неполное среднее
3. среднее
4. среднее специальное
5. незаконченное высшее
6. высшее

C2. Социальный статус

1. учащийся
2. рабочий
3. служащий
4. безработный
5. другое _____

C3. Наличие инвалидности

1. нет
2. есть → группа

C4. Наличие основных документов

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

D. Инъекционное употребление наркотиков

D1. Употребление инъекционных ПАВ за последние 12 мес.

- да (употреблял(а))
- нет → к разделу E

D2. Год начала употребления инъекционных ПАВ

D3. Основные инъекционные ПАВ (не более 3 наименований)

- героин
- черное
- винт
- джефф
- колдакт
- «качели»
- фенамин
- speed'ы
- кокаин
- иное _____

D4. Злоупотребление алкоголем в последние 12 мес.

- да
- нет

D5. Состоит ли на учете в наркологическом диспансере в настоящее время

- да → с какого года
- нет

D6. Лечение наркотической зависимости когда-либо

- да
- нет → к п. D8

D7. История лечения зависимости

Наименование учреждения	Вид лечения	Год	Результат

D8. Прохождение реабилитации когда-либо

- да
- нет → к п. D10

D9. Прохождение реабилитации

Наименование учреждения	Вид лечения	Год	Результат

D10. Наличие в прошлом ремиссий длительностью 6 мес. и более

- да
- нет → к разделу E

кол-во ремиссий длительностью 6 мес. и более , последняя ремиссия в г.

максимальное воздержание от всех видов ПАВ

ремиссия в настоящий момент (отметить, если находится в ремиссии)

E. ВИЧ-инфекция

E1. Обследование на ВИЧ-инфекцию

- когда-либо
- за последние 12 мес.
- ни разу не обследован(а) → к разделу F

Ж. Правонарушения, судимости

J1. Привлекался(лась) ли когда-либо к ответственности

- 1. да, к административной → к разделу J2
- 2. да, к уголовной → к разделу J3
- 3. не привлекался

J2. Административные правонарушения

Год	Характер правонарушения/Статья	Итог

J3. Уголовные правонарушения

Год	Характер правонарушения/Статья	Итог

J4. Нахождение в местах лишения свободы

- 1. да → к разделу J5
- 2. нет → к разделу J6

J5. Сколько раз находился(лась) в местах лишения свободы

J6. Наличие условных сроков

J7. Является подозреваемым(ой)

J8. Вынесено обвинение, будет суд

J9. Досрочно освобожден(а)

К. Образование, занятость, опыт работы

K1. Наличие специальности(ей) – название

опыт работы

1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>

5. специальностей не имеет

K2. Наличие постоянной работы в настоящее время

- 1. есть → место работы
- 2. нет → должность

K3. Обучение, курсы

Наименование учебного заведения Год окончания Наличие диплома/свидетельства

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

K4. Заболевания, ограничивающие возможность трудоустройства

- 1.
- 2.
- 3.
- 4. не имеет таких заболеваний

К5. Наличие дополнительных навыков

1. владение компьютером
2. наличие прав категория стаж вождения, лет
3. знание иностранных языков, указать какие

К6. Пожелания по трудоустройству

1. временная
2. постоянная
3. по совместительству

Л1. Соглашение о предоставлении услуг подписано « ___ » _____ 20__ г.

Приложение № 29

АНКЕТА «ОЦЕНКА ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РИСКА»

Анонимное социологическое исследование

Вся предоставленная информация анонимна и конфиденциальна

1. Код клиента

Дата проведения

2. Пол
 М Ж

9. Наличие детей
 да нет

3. Возраст
 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24
 25 старше 25 лет

10. Занятость
 постоянная работа
 учеба
 случайная работа
 безработный

4. Есть ли
 паспорт
 прописка
 страховой полис

11. Образование
 высшее
 среднее специальное
 среднее
 неполное среднее
 начальное

5. Соответствует ли фактический и юридический адрес
 да нет

12. Обращались ли вы в
ПНД да нет
КВД да нет
ПДТ да нет
ЛПУ да нет

6. Условия проживания
 в отдельной квартире
 в коммунальной квартире
 аренда жилья
 у друзей
 бездомный
 другое

13. Состояли ли вы на учете
 да нет
Если да, то где именно
ПНД КВД
ПДТ ЛПУ

7. Семейная среда
 благополучная семья
 проблемная семья
 живу вне семьи

14. Проходили ли вы тестирование на
ВИЧ ТБ
ИППП гепатит

8. Семейное положение
 в браке
 в гражданском браке
 холост/не замужем

15. Знаете ли вы результат теста
ВИЧ да нет
ИППП да нет
ТБ да нет
гепатит да нет

16. Употребляете ли вы наркотики
 да нет

17. Оценка рискованного поведения

- использую только новые шприцы
- использую свой шприц несколько раз
- использую чужой шприц
- использую общую посуду для приготовления
- покупаю готовый раствор в шприце

18. Пытались ли вы отказаться от употребления наркотиков?

- да
 - самостоятельно
 - леч. учреждения
- нет

19. У вас

- единственный половой партнер
- много случайных половых партнеров
- гомосекс.
- нет полового партнера

20. Беременность
 да нет

21. Пользуетесь ли вы презервативом?

- всегда
- иногда
- нет

22. Приходилось ли вам зарабатывать с помощью секса?
 да нет

23. Ваши половые партнеры за последние 3 месяца

- наркозависимые или РКС
- не употребляют наркотики
- половых контактов не было

24. В какой помощи вы нуждаетесь?

- медицинская
- социальная
- юридическая
- психологическая

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу. 25-27 июня 2001 г.
2. «ВИЧ/СПИД и права человека». Международные руководящие принципы. Третья Международная консультация по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Женева, 25-26 июля 2002 г.
3. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. 1996 г.
4. Обзор программы ООН СПИД. 1996 г.
5. «Руководящие принципы сокращения спроса на наркотики и Меры по укреплению международного сотрудничества в борьбе с мировой проблемой наркотиков». Политическая декларация специальной сессии Генеральной Ассамблеи, посвященной совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков 8-9 июня 1998 г.
6. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. ВОЗ (Европейское региональное бюро), Копенгаген, 1998 г. – 27 с.
7. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. Сборник тематических исследований. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. Управление ООН по контролю над наркотиками и предупреждению преступности. ООН, Нью-Йорк. 2001 г. –111 с.
8. Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» 24.02.1995 г.
9. Федеральный закон «О внесении дополнения в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» 18.07.1996 г.
10. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
11. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Сборник под общей редакцией академика РАМН, д.м.н., профессора Т.Б. Дмитриевой. Издательство Спарк, Москва. 2002 г.
12. Постановления Главного санитарного врача Российской Федерации № 28 от 09.09.2002 г. и № 2 от 14.01.2004 г. «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
13. Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения № МУ-287-113. Утверждено руководителем департамента госсанэпиднадзора Минздрава России 30 декабря 1998 г.
14. Об усилении мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ. Приказ МЗМП РФ № 293 от 19.07.1996 г.
15. О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в ЛПУ наркологического профиля» – указания МЗМП РФ от 05.02.1996 г. № 10.04./6 –19.
16. Решение коллегии Минздрава РФ от 25 марта 1997 г. «О заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России и мерах по ограничению ее распространения».
17. Международная гуманитарная НКО «СПИД Фонд Восток-Запад». Сборник основных документов для руководящих органов и политиков «Межведомственная координация и национальный и региональный отклик на эпидемию ВИЧ и СПИДа в Российской Федерации». Москва, Российская Федерация. 2003 г.
18. У. Э. Батлер. ВИЧ/ СПИД и злоупотребление наркотическими средствами в России: программы снижения вреда и российская правовая система. Лондон. 2003 г.
19. Организация объединенных наций. Управление по наркотикам и преступности. «Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению» Нью-Йорк. 2003 г.

20. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Материалы по вопросам лечения наркомании Управления по наркотикам и преступности ООН. 2003 г.
21. Оценка распространенности – косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков». Модуль 2 Инструментария ГПО. Управление по наркотикам и преступности ООН. 2003 г.
22. Берроуз Д. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев. Руководство для стран Центральной и Восточной Европы и Новых Независимых Государств бывшего Советского Союза. 2000 г.
23. Саранг А., Очерет Д., Ли В. Снижение вреда. Пособие для аутрич-работников и волонтеров программ снижения вреда от употребления наркотиков. Рабочая версия. СПИД Фонд Восток-Запад, Москва, Россия. 2002 г.
24. Сергеев Б., Саранг А., Кобзева В. Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации. Работа программ профилактики: менеджмент персонала и проведение работы аутрич. Пособие для менеджеров программ. СПИД Фонд Восток-Запад. Москва, Россия. 2002 г.
25. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Создание и проведение проектов среди секс-работниц. Руководство. Москва. 2000 г.
26. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию. Руководство. Москва. 2001 г.
27. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь». Проведение оценки нужд. Руководство. 2003 г.
28. Валентик Ю.М., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков. Программа унифицированного курса для последипломного образования. Москва. 2003 г.
29. Валентик Ю.М., Савченко Л.М. Профилактика ВИЧ/СПИД среди лиц, потребляющих наркотики. Пособие для врачей. Москва. 2003 г.
30. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. Т. 1, т.2. Москва. Изд-во Медпрактика. 2002 г.
31. Шкарин В.В., Соринсон С.Н. ВИЧ/СПИД-инфекция. Двадцать лет спустя после начала пандемии. Нижний Новгород. Изд-во НГМА. 1999 г.
32. Беляева В.В. Консультирование при инфекции ВИЧ. Пособие для врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами. Москва. 2001 г.
33. Дейв Берроуз и соавт. Профилактика ВИЧ/СПИДа среди лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем.(пособие для врачей) Москва. 1999 г.
34. Врачи без Границ. Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в РФ. Руководство по проведению обучения. Апрель 1999 г.
35. Бадриева Л. Карчевский Е. Построение сети добровольцев: вторичный обмен шприцев, обучение равных равными. Материалы к тренингу «Повышение эффективности программ снижения вреда». Казань. 2001 г.
36. Врачи без Границ – Голландская секция. Снижение вреда: концепция, теория, практика. Дополнительные материалы для чтения. Апрель 1999 г.
37. Врачи без границ. Снижение вреда: теория и практика. Сборник статей. Москва. 2000 г.
38. Д. Берроуз. Роль программ снижения вреда от употребления наркотиков в профилактике передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Москва. 2000 г.
39. А.Толопило. Социально-правовая поддержка наркозависимых и ВИЧ-позитивных лиц. Справочно-методическое пособие. Одесса. 2003 г.
40. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Предоставление лечения и помощи ВИЧ-положительным потребителям инъекционных наркотиков. Сборник статей. Москва, Российская Федерация. 2003 г.

41. Методические рекомендации для врачей «Диагностика и лечение ВИЧ-инфекции» МЗ РФ, ЦНИИ Эпидемиологии. Российский Федеральный Научно-методический центр профилактики и борьбы со СПИДом. Москва. 1999 г.
42. Покровский В.В., Е.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение». М. Гэзар Медицина. 2000 г.
43. Профилактика ВИЧ-инфекции (Методические рекомендации). СПб.: Издательство «Бостон- спектр», 2000 г. – 100 стр.
44. Стимсон Дж. В., Керк А.Д. Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции среди наркоманов, вводящих наркотики инъекционно. Планирование и проведение локальных мер против заражения ВИЧ (Руководство для местных отделений). Центр исследований наркотиков и здорового поведения, Лондон. 1992 г.
45. Руководство по экспресс-оценке и реагированию на ситуацию с инъекционным потреблением наркотиков. ВОЗ. 1998 г.
46. Использование дифференцированных программ обучения по проблеме ВИЧ/СПИД на додипломном и последипломном этапах образования врача. М. ГОУВУНМЦ. 2001 г.
47. Подготовка среднего медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля по профилактике ВИЧ-инфекции у потребителей наркотических веществ. Пособие для врачей. Москва. 1999 г.
48. Рекомендации по проведению добровольного обследования населения на наличие антител к ВИЧ. Москва. 1997 г.
49. Т. Роудз, Л. Михайлова и соавторы. «Профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в г.Тольятти, Самарская область, Россия» Основные положения результатов экспресс-оценки. 2002 г.
50. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Обучение стратегиям профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации. Работа программ профилактики: менеджмент персонала и проведение аутрич-работы. Сборник дополнительных материалов для чтения. Апрель 2002 г.
51. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости. Принципы оценки работы по охвату целевой группы. Руководство для специалистов-практиков. Перевод СПИД Фонд Восток-Запад, Москва, РФ. 2002 г.
52. Международная гуманитарная НГО «СПИД Фонд Восток-Запад». Принципы оценки работы по охвату целевой группы. Руководство для специалистов – практиков. Москва, Российская Федерация.
53. Управление Организации Объединенных Наций по контролю над наркотиками и предупреждению преступности. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры. Сентябрь 1999 года. Вена.
54. Т.Родс. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика. Совет Европы. Страсбург, 3 февраля 1997 г.
55. А.Холопайнен. Подход к превенции злоупотребления наркотиками и лечению наркоманий как к проблеме общественного здоровья. Тезисы докладов 2-й Международной научно-практической конференции «Профилактика потребления психоактивных веществ», Санкт-Петербург. 2003 г. – с.63-66.
56. Hepatitis C:A hidden epidemic (Drugs in focus: Biomonthly briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon. – N 11. – 2003.
57. К.Малиновская – Семпрук. Новаторские программы, направленные, на уменьшение вреда, в странах Центральной и Восточной Европы, а также в новых независимых государствах. Обзор современной психиатрии (специальный выпуск). – № 8 (4). – 2000 г. – с. 8 – 15.

РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТ

1. Фонд «Открытый Институт Здоровья Населения», <http://www.ohi.ru>.
2. Информационно-ресурсный центр организации «Врачи Без Границ»,
e-mail: infocenter@msfholru.org.
3. НКО «СПИД Фонд Восток-Запад»,
e-mail: info@afew.org, веб-сайт: <http://www.afew.org>.
4. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), e-mail: unaids@unaids.org,
веб-сайт: www.unaids.org.
5. Департамент общественной информации Организации Объединенных Наций.
e-mail: mediainfo@un.org, веб-сайт: www.un.org/ga/aids.
6. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине,
e-mail: offis@aidalliance.kiev.ua, <http://www.aidalliance.kiev.ua>.
7. Региональная общественная организация «СПИД инфосвязь»,
e-mail: infoshare@glasnet.ru, <http://www.hiv-aids.ru>.
8. Просветительский центр «Инфоплюс», e-mail: infoplus@aid.ru,
веб-сайт: www.infoplus.aids.ru.
9. Институт «Открытое общество», «Международная программа снижения вреда»,
e-mail: ihrd@sorosny.org.
10. Журнал «Шаги», e-mail: shagi@hiv-aids.ru.
11. Журнал для организаций «Круглый стол», e-mail: editor@hiv-aids.ru.
12. Корпорация «Медицина для Вас». Крупнейший веб-сайт в России, посвященный общим вопросам медицины, <http://www.medlux.ru>.
13. <http://harm.reduction.org.ua/> — содержит большое количество информационных материалов на русском и украинском языках о снижении вреда от употребления наркотиков.
14. <http://www.depart.drugreg.ru/> — официальный сайт Департамента госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Российской Федерации.
15. <http://www.family-planning.ru/> — сайт Российской ассоциации «Планирование семьи». Большое количество информационных материалов о методах планирования семьи, инфекциях, передаваемых половым путем, и методах профилактики.
16. <http://www.hepatit.ru> — сайт Ассоциации гепатологических центров. Содержание: информация о вирусах гепатита, методах профилактики и лечения.
17. <http://www.narcom.ru/> — русский народный сервер против наркотиков.
Предложение: запрещение наркотиков и полный отказ от употребления наркотиков. Информация о вредных для здоровья последствиях употребления наркотиков.
18. <http://www.hipp-europe.org/> — веб-сайт проекта ВОЗ «Охрана здоровья в тюрьмах».

Открытый Институт Здоровья

Россия 115533, Москва, проспект Андропова, д. 22

Бизнес-центр «Нагатинский»

Тел: +7 (495) 755-53-56, факс: +7 (495) 118-71-29

Эл.почта: ohi@ohi.ru,

веб-сайт: <http://www.ohi.ru>



Материалы разработаны
по заказу Федеральной
службы по надзору в сфере
защиты прав потребителей
и благополучия человека
Открытым Институтом
Здоровья в рамках
«Приоритетного
национального проекта
в сфере здравоохранения»
в 2006 году