



**ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ
В ПРОЕКТАХ
СНИЖЕНИЯ ВРЕДА**

ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В ПРОЕКТАХ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Лучшие практики внедрения в Украине

Доврачебная помощь в проектах снижения вреда. — К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. — 72 с.

Руководитель авторского коллектива:

Мирослава Андрущенко, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Идея: Павел Смирнов, Наталья Киценко, Мирослава Андрущенко, Людмила Шульга

Авторы: Мирослава Андрущенко, МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»
Владимир Киселев, независимый консультант,
Людмила Шульга, Елена Герман, Наталья Двинских

При написании пособия использовались материалы, предоставленные Сергеем Ботвинным (ВБО «Всеукраинская ассоциация общественного здоровья») и Максимом Демченко (БА «Світло надії», г. Полтава). Особая благодарность сотрудникам проектов за содержательные интервью и правки к финальному тексту, особенно Наталье Киценко, Александру Остапову, Валентине Павленко, Ирине Потаповой, Ларисе Высоцкой, Олегу Димарецкому, а также медицинским сестрам — Елене Таймасхановой, Елене Гуковой, Ольге Андрушковой, Лилии Осиповой, Татьяне Юхно, Наталье Севастиян, Алле Степановой, Ларисе Костиговой.



Публикация подготовлена и опубликована под руководством Отдела технической помощи МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» в рамках программы «Построение устойчивой системы предоставления комплексных услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп риска и ЛЖВ в Украине», при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с мнением Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией не принимал участия в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Тираж: 1000 экз.

Распространяется бесплатно.

Верстка: Лариса Конончук

Литредакция и корректура: Валентина Божок

Список сокращений

- ВИЧ** — вирус иммунодефицита человека
- ДКТ** — добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ
- НПО** — неправительственная организация
- ЖКС** — женщины, предоставляющие услуги коммерческого секса
- ИППП** — инфекции, передающиеся половым путем
- ЛЖВ** — люди, живущие с ВИЧ
- ЛПУ** — лечебно-профилактические учреждения
- МСМ** — мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами
- ОРВИ** — острая респираторная вирусная инфекция
- ВБО** — Всеукраинская благотворительная организация
- ЗПТ** — заместительная поддерживающая терапия
- ПИН** — потребители инъекционных наркотиков
- ПОШ** — пункт обмена шприцов
- СВ** — снижение вреда
- СПИД** — синдром приобретенного иммунодефицита

Оглавление

Введение	5
1. Преодолевая барьеры между группами риска и системой здравоохранения: опыт канадских «уличных медсестер»	7
2. Опыт Украины. Проект «Медицинские сестры в проектах снижения вреда» (2011–2012)	15
2.1. О проекте	16
2.2. Схема работы проекта	21
2.3. Специфика внедрения проекта в городах Украины: успехи и уроки	27
2.4. Результаты и перспективы	40
3. Проект «Патронажные медсестры» (опыт благотворительной ассоциации «Світло надії», г. Полтава)	48
3.1. О проекте	48
3.2. Адвокационная деятельность	50
3.3. Практические шаги проекта «Внедрение компонентов проекта Снижения Вреда в практику предоставления наркологической помощи»	54
3.4. Уроки и перспектива	60
Приложения	64
<i>Приложение 1. Литература, использованная при написании Раздела 1</i>	64
<i>Приложение 2. Что необходимо для внедрения компонентов Снижения Вреда в работу патронажной службы наркодиспансера</i>	65

Введение

В Украине проблема взаимоотношения органов здравоохранения и потребителей инъекционных наркотиков стоит достаточно остро. Медики далеко не всегда толерантно относятся к представителям данной уязвимой группы и, к сожалению, еще нередко случаи отказа от предоставления качественных услуг. Хотя в последнее время наметились определенные улучшения в данном направлении. Потребители же, в свою очередь, во многом вследствие устоявшихся стереотипов и отрицательного предыдущего опыта, редко обращаются за медицинскими услугами, особенно на ранних стадиях заболевания.

Потребление наркотиков само по себе представляет большой риск для здоровья человека. Большинство клиентов проектов снижения вреда имеют достаточно много различных заболеваний, но, как правило, со своими проблемами редко обращаются к врачу, занимаясь самолечением или прибегая к народной медицине. Причин для этого много. Это и боязнь получить отказ в предоставлении медицинской помощи, и нежелание раскрыть себя, и тяжелое финансовое положение.

Чтобы несколько улучшить существующую ситуацию, действующие в Украине проекты снижения вреда стараются включать в базовый пакет услуг, предоставляемый представителям всех уязвимых групп, медицинские услуги. Многие организации имеют договора о сотрудничестве с медицинскими учреждениями (как правило, профильными — региональными центрами СПИД, наркологическими, кожно-венерологическими и противотуберкулезными диспансерами).

Однако социальные работники, которые непосредственно сталкиваются с потребителями наркотиков «на первой линии» — на аутрич-маршрутах, не имеют медицинского образования и не могут консультировать клиентов по базовым медицинским вопросам, а переадресация часто происходит только в тяжелых случаях, когда состояние пациента угрожает его жизни.

Однако международный опыт и опыт пилотных проектов, которые работали в Украине, свидетельствуют о том, что существует возможность приблизить медицинскую помощь непосредственно к группам риска путем привлечения к работе на аутрич-маршрутах среднего медицинского персонала.

Данная публикация анализирует существующий зарубежный опыт предоставления доврачебных услуг на аутрич-маршрутах, а также описывает проекты, которые в настоящее время внедряются в Украине. Несмотря на то, что работа в данном направлении только началась, авторы

надеются, что описание лучшей практики может быть использовано при оказании доврачебных услуг представителям групп, наиболее уязвимых к инфицированию ВИЧ, а также улучшит их качество в рамках программ профилактики ВИЧ в Украине.



1. Преодолевая барьеры между группами риска и системой здравоохранения: опыт канадских «уличных медсестер»

Сестринский уход и обслуживание пациентов на улице¹, особенно бездомных и ПИН, практикуется сегодня во многих странах мира. Это самый первый и ответственный шаг на пути восстановления связи пациентов/клиентов с учреждениями системы здравоохранения и социального обеспечения, а также предоставления им жилья. Такие программы руководствуются принципами первичной медико-санитарной помощи, изложенными в Алма-атинской декларации 1978 года и других международных документах. Обычно они включают в себя три основных компонента: собственно **медико-санитарный** (оказание доступной первичной медико-санитарной помощи в удобных для пациентов/клиентов условиях, а также в дружелюбной и непредвзятой обстановке, расширение доступа целевой группы к меди-

цинской помощи и улучшение общего состояния здоровья ее представителей, их переадресация в медучреждения и службы социального обеспечения в целях улучшения социальных детерминант здоровья); **просветительский** (обеспечение медико-санитарного просвещения целевой группы) и **информационно-пропагандистский** (преодоление барьеров в реализации клиентами/пациентами своего права на здоровье, оказание им помощи в пользовании системой учреждений здравоохранения и социального обеспечения, а также защита их интересов и потребностей в рамках этой системы).

Основной упор делается на поддержание долгосрочных отношений с пациентами/клиентами, поскольку, в отличие от медицинских учреждений службы, занимающиеся аутич-

¹ Английский термин «*street nursing*».

работой сами устанавливают контакт с целевой группой, не дожидаясь, пока клиенты обратятся к ним за помощью. Такая форма предоставления услуг дает возможность охватить все группы социально незащищенных лиц, потребности которых зачастую коренным образом отличаются от потребностей, например, тех, кто включен в систему медицинского и социального страхования. Что, в свою очередь, предусматривает как прием пациентов в стационарных дроп-ин-центрах, так и оказание помощи нуждающимся на улицах мобильными выездными бригадами медицинских и социальных работников.

Поскольку в Украине проекты приближения медицинских услуг непосредственно к клиентам программ Снижения Вреда взяли за основу аналогичный канадский опыт, давайте рассмотрим его подробнее.

В 1960-х годах учреждение и развитие национальной системы медицинского страхования теоретически дало возможность доступа к медицинской помощи всем гражданам Канады — независимо от социальной и классовой принадлежности. Наряду с этим стало очевидно, что о равных возможностях доступа к благам здравоохранения говорить не приходится, поскольку социальные детерминанты

здоровья для различных слоев населения разные. Это неравенство в доступе к медицинским услугам и послужило толчком к развитию «уличной» формы сестринского ухода и обслуживания пациентов — в основном бездомных, ПИН и ЖКС — в канадских мегаполисах.

Основоположником движения «уличных медсестер» считается Ванкувер в провинции Британская Колумбия. Здесь, по воспоминаниям очевидцев, местная участковая медсестра Грейс Дональд после некоторых раздумий пришла к выводу, что маргинализированные слои населения не имеют возможности обращаться в кожно-венерологические диспансеры по целому ряду причин. В 1946 году она открыла своеобразную «кожвенклинику» прямо в городской тюрьме Ванкувера, куда часто попадали местные уличные «жрицы любви». С утра она успевала обслуживать от 40 до 50 пациентов, а во второй половине дня обычно наведывалась в дешевые гостиницы и дома терпимости, чтобы обследовать и оказать медицинскую помощь своим подопечным.

Культурная и особенно сексуальная революция 1960-х годов вызвали в Ванкувере невиданный доселе всплеск проблем. Основными из них были злоупотребление наркотиками,

нежелательная беременность, инфекции, передающиеся половым путем, и психологические личностные изменения. Для решения этих проблем отделом контроля за венерическими заболеваниями при Министерстве здравоохранения Британской Колумбии и Ванкуверским городским отделом здравоохранения был разработан совместный «проект предоставления медицинских услуг молодежи». Идея заключалась в том, чтобы каждый из четырех районов сосредоточения «проблемной» молодежи обслуживала одна квалифицированная медсестра, в обязанности которой входило оказание первичной медико-санитарной помощи, консультирование, раздача медикаментов и популярных тогда противозачаточных пилюль, а также переадресация пациентов в бесплатные клиники или амбулаторные отделения двух центральных больниц Ванкувера.

В 1971 году на такое уличное дежурство вышли первые медработники. «Уличные медсестры в джинсах», как их стали называть, ходили по улицам, заглядывали в парки, на пляжи, лечили и консультировали, попутно помогали избавиться от вшей, чесотки, оказывали помощь при передозировке наркотиков и направляли больных вирусным гепатитом в бесплатные клиники. Они понимали, что могут

устранять только симптомы, но не причины многих болезней, которые коренились в самой социально-экономической и политической природе существующей системы.

В это же время в Торонто, в провинции Онтарио, медсестры-добровольцы и врачи одной из центральных городских больниц стали оказывать помощь молодым людям при передозировке наркотиков, а также в лечении и профилактике ИППП. Дальнейшее развитие эта форма аутрич-работы получила в середине 1980-х годов благодаря инициативе общественной организации «Здоровье на улицах» (Street Health). Ее создали активисты из бездомных обитателей ночлежки при церкви Всех Святых и сочувствующие им прихожане, среди которых была медсестра Дилин Бейкер. Одной из первых в Канаде она заявила: *«Без привязки насущных потребностей выживания к адекватным доходам, жилью, питанию и т.д. оказание сестринской помощи на улицах так и останется бинтом, которым стараются перевязать проблемы нашего общества».* В результате совместных усилий в этом районе в 1986 году был открыт первый амбулаторный пункт сестринской помощи бездомным (nursing clinic, или nurse-led clinic), который вели на добровольных началах четыре

медсестры. Вслед за этим организация открыла еще несколько аналогичных центров для бездомных в других районах города, где им оказывали практическую медико-санитарную помощь, содействовали в получении медицинских страховых карт и помогали сориентироваться в лабиринтах существующей системы здравоохранения. В 1989 году «Здоровье на улицах» стала первой в Онтарио автономной организацией медицинских сестер, финансируемой министерством здравоохранения данной провинции.

Движение «уличных медсестер» в Торонто постепенно набирало силу, и на сегодня в городе их насчитывается уже более 40 человек. Их легко узнать по красным рюкзакам. Они оказывают медицинскую помощь бездомным, ПИН и ЖКС в пунктах сестринской помощи, дроп-ин-центрах, приютах и ночлежках, районных центрах здоровья и просто на улицах бедных кварталов, прибегая, например, к таким мобильным формам предоставления услуг, как микроавтобусы.

В Ванкувере в 1988 году при Центре по контролю за заболеваниями Британской Колумбии стартовала программа уличных медсестер по профилактике СПИД. Необходимость в ней была вызвана тем, что, будучи

портовым городом с продолжительной историей наркоторговли и наркопотребления, Ванкувер довольно рано столкнулся с проблемой распространения ВИЧ/СПИД среди ПИН и МСМ. Одной из первых инициатив программы стало открытие амбулаторного пункта сестринской помощи «Бьют» для всех желающих при Центре геев и лесбиянок в Уэст-Энде. Медсестры также наведывались в бани, бары и городские парки, предлагая бесплатное тестирование и медицинскую помощь собиравшимся там МСМ и ПИН. Вскоре круг клиентов и получателей программных низкопороговых услуг распространился и на другие категории местного населения, которые были лишены возможности регулярных медицинских профилактических осмотров и помощи. Сюда вошли ЖКС, бездомные, молодежь с улиц, представители группы риска из сообщества лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров, а также заключенные.

Сегодня в ванкуверской программе оказания сестринской помощи на улицах работают 12 медсестер. За более чем двадцатилетнюю историю своего существования из модели целенаправленного оказания медико-санитарных услуг она превратилась в комплексную программу наставничества и профессионального обучения,

которая охватывает всю территорию Британской Колумбии. Программа продолжает развивать и внедрять новаторские стратегии охвата и пилотные проекты в сотрудничестве с местным сообществом и партнерами из государственных служб здравоохранения.

В 2010 году ванкуверской программе была присуждена Международная премия в области прав человека и сестринского дела Международного центра. Награду, которую обычно вручают отдельным медсестрам, впервые получила целая команда в знак признания их уникального вклада в развитие новых форм сестринского ухода и защиты прав человека.

Работают уличные медсестры и в известном ванкуверском центре «Sheway», который обслуживает беременных женщин и матерей, имеющих детей в возрасте до полутора лет. Клиенты «Шевэй» — это в основном ЖКС с длительной историей злоупотребления алкоголем и инъекционными наркотиками. Центр был создан в 1993 году при поддержке Ванкуверского прибрежного регионального управления здравоохранения, Совета по здравоохранению Ванкувера и Ричмонда, Ванкуверского общества охраны здоровья коренного населения и Министерства по делам детей и семьи Британской

Колумбии. До начала программы большинство ее клиенток не получали никакого дородового ухода, а их детей сразу же отдавали на попечение государства.

На западе Канады, в Квебеке, на проблемы некачественного обслуживания бездомных государственными и коммунальными учреждениями здравоохранения и, как следствие, рост числа ВИЧ-инфицированных в их среде также стали обращать пристальное внимание в конце 1980-х годов. Кроме того, здесь была замечена тенденция, когда муниципальные больницы «разгружали» свои койко-места за счет перенаправления больных бездомных пациентов в дроп-ин-центры, которые повсеместно открывались в крупных городах. Одним из первых таких центров стал организованный в 1887 году на общественных началах круглосуточный Dernier Recours Montreal — «Последняя надежда в Монреале». А уже спустя год местный бесплатный центр предоставления первичной медико-санитарной помощи в центре Монреаля имел в своем штате «команду по работе с бездомными». В 1989 году в этом районе начала работать программа обмена шприцев CACTUS (Centre d'Action Communautaire auprès des Toxicomanes Utilisateurs de Seringues — Общественный центр поддержки потребителей

инъекционных наркотиков), в штат которого первоначально входили медсестра и социальный работник на выезде. В 1996 году в связи с участившимися случаями инфицирования гепатитом С у монреальских ПИН организация «КАКТУС» начала аутрич-работу с ЖКС и трансгендерами. Сегодня Центр работает ежедневно с 21:15 до 04:00, а его медсестры и социальные работники продолжают обходы улиц и закоулков старого города, знакомясь с потенциальными клиентами и пациентами, добиваясь их доверия и уважения, обучая приемам более безопасного введения наркотиков, снижения риска инфицирования ВИЧ. Раздают одноразовые шприцы, презервативы, лечат абсцессы, трофические язвы, оказывают первую медицинскую помощь и психологическую поддержку, помогают наладить связь с учреждениями здравоохранения и социального обеспечения, берут анализы крови на ВИЧ и ИППП. Свою миссию они видят в том, чтобы помочь людям вновь обрести контроль над своей жизнью.

Эффективность и результативность приближения медико-санитарных услуг непосредственно к клиентам программ Снижения Вреда, аналогичным

описанным выше, следует оценивать не столько с точки зрения количественных, сколько качественных показателей. Это было принято во внимание при оценке ванкуверской программы уличных медсестер. Полученные данные показали, что люди, прежде всего, больше узнали о ВИЧ/СПИД, путях и рисках передачи ВИЧ/ИППП, способах профилактики и снижения вреда, имеющихся в наличии ресурсах/услугах. Сотрудницы программы убеждали и мотивировали клиентов применять полученные знания на практике. В свою очередь перемены в их поведении способствовали общему уменьшению случаев инфицирования в группе риска, повышению иммунитета, улучшению самочувствия.

Медсестры облегчали клиентам доступ к основной медицинской помощи и помогли связаться с соответствующими учреждениями здравоохранения и социального обеспечения. При этом увеличилось количество обращений в пункты добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) на ВИЧ, что способствовало более ранней диагностике и выявлению заболеваний. Например, по данным Центра контроля за заболеваниями Британской Колумбии, именно благодаря этой программе многие обитатели бедных районов Ванкувера прош-

ли тестирование и дальнейшее лечение ИППП и ВИЧ. Из всех положительных тестов на ВИЧ в 1998–1999 годах (3101 из 140 278) заслуга в выявлении 10% принадлежит именно уличным медсестрам. Это явное свидетельство успешной работы проекта.

После общения с сотрудницами программы клиенты чувствовали себя увереннее, стали больше доверять другим медицинским работникам. У них пробудилось чувство собственного достоинства и уважения к себе, появилась вера в свои силы и надежда на лучшее. Чувствуя внимание и поддержку, многие из них нашли в себе силы пройти детоксикацию в специализированных центрах, перейти на метадон или обратиться в пункты ДКТ. Они знали, что медсестры будут рядом с ними, если это необходимо, а также то, что их не оставят независимо от того, насколько успешными окажутся их попытки изменить свое поведение. Эта уверенность во многих случаях повлияла на решение этих людей принять активное участие в борьбе за собственное здоровье.

Общеизвестно, что своевременное обращение за медицинской помощью помогает избежать серьезных проблем. Внимательные медсестры вовремя выявляли у своих подопечных всевоз-

можные инфекции, абсцессы и лечили их на ранних стадиях. В некоторых случаях благодаря своевременному вмешательству удавалось предотвратить, например, риск развития эндокардита. Кроме того, сами клиенты стали серьезнее относиться к своему здоровью. Даже не отказываясь окончательно от приема наркотиков, многие из них чувствовали себя лучше, поскольку начали пользоваться более безопасными методами инъекций.

Сами клиенты, медсестры и другие участники программы отмечали снижение случаев заболеваемости и смертности, хотя дать количественную оценку достигнутому результату не брались. Клиенты отмечали улучшение самочувствия и считали, что многих из них от ВИЧ/СПИД уберегла именно помощь, оказанная в рамках этой программы. По их мнению, наблюдалось снижение случаев сероконверсии и заболеваний ИППП благодаря тому, что многие из них теперь пользовались презервативами и практиковали более безопасный секс.

Конечно же, исследователи, проводившие оценку работы ванкуверских уличных медсестер, как и сами медсестры, понимали, что одна программа не в состоянии существенно изменить ситуацию. Скорее ее следу-

ет рассматривать с точки зрения того вклада, который она вносит в достижение более весомых результатов на местном уровне. Структурные, социальные проблемы и недостатки существующей системы здравоохранения должны решаться комплексно, общими усилиями всех заинтересованных сторон — от органов власти до частного сектора и общественных организаций, которые обязаны использовать любую возможность для коор-

динации совместных усилий, установления партнерства и развития сотрудничества в области оказания медико-санитарной помощи. Программа уличных медсестер по профилактике СПИД получила высокую оценку Совета по здравоохранению Ванкувера и Ричмонда, который назвал ее удачным примером продуктивного партнерства и сотрудничества с клиентами и аналогичными проектами на местном уровне.

2. Опыт Украины. Проект «Медицинские сестры в проектах снижения вреда» (2011–2012)



2.1. О проекте

Период, когда только раздавались шприцы, прошел. Если мы хотим дальше менять отношение клиентов к своему здоровью, изменять их поведение на более безопасное — это и есть та следующая ступень, на которую помогает выйти наш проект. Важно то, что клиенты заинтересованы. Мы во многом сомневались, когда начинали, но ведь то же самое было с проектом по лечению ИППП. Сначала имели место опасения, что люди не пойдут лечиться — но они пошли. Важно подтолкнуть, дать направление — и человек пойдет лечиться. Просто необходимо помочь ему, рассказать, подстегнуть, порекомендовать правильное место. Но здесь следует менять не только клиента, но и сознание медицинских работников.

Елена, медсестра проекта, г. Севастополь

Проект «Медицинские сестры в проектах Снижения Вреда» в 2011 году реализовался Всеукраинской ассоциацией снижения вреда, а в 2012 — был пролонгирован для ВБО «Всеукраинская ассоциация общественного здоровья» при финансовой поддержке МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». Непосредственными его исполнителями были пять НПО из разных регионов Украины — «Дорога к дому» (Одесса, Измаил, Ильичевск), «Амикус» (Донецк, Макеевка), «Молодежный центр женских инициатив» (Севастополь), «Возвращение к жизни» (Кировоград), «Ассоциа-

ция Виктория» (Хмельницкий). В 2012 году эти же организации начали внедрение второй фазы проектной деятельности, но с меньшим количеством медсестер и большим упором на систематизацию опыта, оценку интервенции и обучение персонала.

В основу проекта был положен канадский опыт, который терпел некоторые изменения в процессе адаптации к работе в нашем обществе. Знакомство с интервенцией началось с просмотра фильма «Срез иглы», который был подготовлен Институтом открытого общества

и посвящен работе команды уличных медсестер в Ванкувере. Но творческая энергия инициаторов помогла создать интересную идею, которая была действительно своевременной для действующих проектов снижения вреда.

точного центра для временного пребывания бездомных. Увидеть специфику деятельности комнаты легального употребления наркотиков, окунуться в повседневную рабочую жизнь персонала уличных медсестер и пройти по основному ежедневному маршруту их следования.

Вопрос здоровья потребителей наркотиков всегда стоял остро. Но сейчас, когда появились новые наркотические средства, тот же «крокодил», например, и проблем со здоровьем стало еще больше (проблемы с зубами, костями и т.п.), идея стала еще более актуальной. Мы много и активно работаем в сфере противодействия ВИЧ, но другими аспектами здоровья потребителей наркотиков практически никто не занимается. Идея была озвучена, и мы ее подхватили.

*Сергей Ботвин, исполнительный директор,
«Всеукраинская ассоциация общественного здоровья»*

Для специалистов проекта отделом технической помощи был организован обучающий визит в Канаду. В Ванкувере участников визита принимала Канадская Ассоциация Медсестер. Во время стажировки украинцы получили возможность принять участие в практической работе уличных медсестер, познакомиться с работой легальной и нелегальных комнат потребления наркотиков, коьюнити-центра для наркозависимых, медицинских учреждений для ВИЧ-инфицированных, кризисного центра для женщин, круглосу-

Анализ ситуации показал несколько базовых аспектов, которые и легли в основу проектной деятельности.

- Во-первых, **базовая медицинская помощь на уровне медсестры для таких групп населения практически недоступна.** Украинские ВИЧ-сервисные организации внедряют много проектов по уходу и поддержке ЛЖВ, но они предназначены только для людей с положительным ВИЧ-статусом, а потребители наркотиков, которые не

инфицированы, но имеют множество заболеваний, связанных с их потреблением, — абсцессы, проблемы с венами, печенью, зубами и т.п., — помощь медработника в таких проектах получить не могут. Не секрет, что среди данной группы достаточно распространено самолечение, а это связано с большим риском для жизни — люди самостоятельно вскрывают себе абсцессы, лечат народными методами свои раны, спасаются от передозировки кустарными способами, которые не всегда эффективны, а зачастую и вредят. **Сделать медицинскую помощь доступной — главная цель проекта.**

- Во-вторых, проект ставил в основу своей деятельности **аспект изменения поведения**. Несмотря на то, что вопросы профилактики ВИЧ в данном проекте, на первый взгляд, и не были приоритетными, сам факт изменения отношения к своему здоровью играет немаловажную роль в формировании и более безопасного поведения, и, при необходимости, приверженности к лечению. Все ВИЧ-сервисные организации, прежде всего, работают в поведенческой сфере. И то, что на аутрич-маршруты вышли

медсестры, еще больше способствовало изменению поведения клиентов, так как они постепенно стали заботиться о собственном здоровье, у них появились определенные навыки, меняется отношение к жизни, появилась возможность получить доврачебную помощь. Это формирует отношение и к профилактике ВИЧ, ведь люди становятся более требовательными к себе, более внимательными к тем факторам риска, которые связаны с ВИЧ-инфекцией.

Для внедрения пилотного проекта были отобраны пять территориальных зон, где есть отделения Ассоциации из разных географических регионов Украины, отличающихся и наркосценой, и опытом сотрудничества с медицинскими учреждениями. Все организации, которые внедряли проект, имели многолетний опыт работы в сфере снижения вреда.

Основной целью реализации проекта стало улучшение здоровья ПИН путем привлечения медицинских сестер к работе по оказанию первичной доврачебной помощи в условиях аутрич. Проект дает возможность ПИН воспользоваться базовыми медицинскими услугами и, что особенно важно, призван дать доступ к консультациям по ме-

Специфика инфицирования такова, что на первом этапе ВИЧ «не болит», а когда начинает болеть — тогда уже часто бывает поздно думать о здоровье. А вот абсцессы и другие проблемы, связанные с потреблением наркотиков, человек на физическом уровне начинает ощущать раньше, чем последствия ВИЧ, и, таким образом, учится заботиться о своем здоровье. Он понимает — если вовремя лечиться или если не смог предупредить, но вовремя обратился к медсестре, то последствия будут менее серьезны. Меняется отношение к медицинской помощи как таковой. И это видно на практике. Мы проводим тестирование на ВИЧ экспресс-тестами у себя в организации — и клиенты готовы тестироваться, но если направляем в Центр СПИД для подтверждения диагноза — не хотят туда обращаться. Но вот что интересно. Когда наша медсестра, которая сама работает в Центре СПИД, приглашала приходиться туда к ней на перевязки — клиенты с удовольствием принимали эту помощь. И так постепенно начали разрушаться барьеры относительно этого медицинского учреждения, люди начали понимать, что ничего страшного там нет. А уже придя на перевязку, клиент может и сдать кровь на подтверждение диагноза. Это промежуточные ступеньки, моменты, которые в общем делают наш проект более эффективным.

Наталья Киценко, руководитель проекта, г. Одесса

дицинским вопросам, которые проводят специалисты, не предубежденно относящиеся к представителям данной целевой группы. Это во многом поможет клиентам не только своевременно получить доврачебные услуги, но и изменить свое отношение к здоровью. Одновременно проект имеет еще один положительный аспект — социальный работник, который работает вместе с медсестрой,

также получает базовые знания, может дать ответы на те вопросы, в которых раньше был некомпетентен.

Долгосрочной целью деятельности в этом направлении является улучшение здоровья представителей уязвимых групп населения путем привлечения обученных медицинских работников (медсестер/медбратьев) к работе по оказанию доврачеб-

ных услуг непосредственно «на территории» представителей групп риска.

Фактически данный проект дает возможность перевести стандартные услуги, которые оказываются в рамках базового пакета услуг для ПИН, на более высокую степень, мотивируя клиентов к получению медицинской помо-

щи на ранних стадиях заболевания (что уменьшает количество сложных и трудноизлечимых случаев) и повышая уровень их медицинской грамотности. Он также повышает их мотивацию к обращению в медицинские учреждения за квалифицированной помощью вместо самолечения.

2.2. Схема работы проекта



Сильно болел муж, потом у меня стало совсем плохо с ногами. Я просто не знала куда обратиться — в поликлинике меня знают и видеть не хотят. Я пришла на ПОШ — спросила, что мне делать, — денег нет, помочь некому. Там мне сказали, что есть такой проект. И вот медсестра Лена пришла к нам домой — муж к тому времени уже не вставал. Она показала ему, как бинтовать ноги, мази дала, рассказала, как обрабатывать раны, — и помогло. К врачу уже идти не надо было. По больницам ведь ходить — безрезультатно. Только скажешь, что ВИЧ, на тебя сразу так посмотрят... А Лена к нам пришла. Теперь я знаю, что не надо тянуть до последнего, знаю, к кому обратиться в случае необходимости, и потом — я поняла, что хочется еще пожить...

Клиентка проекта, г. Донецк

Я медицинскую помощь всегда боялся получать — абсцессы сам вскрывал ножом. Потом соцработник мне рассказал, что есть такая медсестра Алла и направил меня к ней. Она все объяснила, дала пакет с медикаментами — и вот уже заживают раны... Сначала она мне все показала, теперь сам прихожу к ней — расспросить, что и как. Она ведь лучше знает. А в больницу не пойду — там много знакомых, «добрые люди» сразу разнесут новость. А сюда мне удобно приходить, потому что ничего не нужно объяснять.

Клиент проекта, г. Макеевка

Стратегия внедрения проекта предусматривает объединение усилий государственной медицины и общественного сектора с целью потенциально эффективного сотрудничества и решения как потребностей представителей групп риска в качественной медицинской помощи, так и возможностей официальной медицины в улучшении показателей состояния здоровья населения в целом. В рамках проекта предусмотрена следующая деятельность:

1. Организационный компонент. Главным в начале проекта было выбрать медсестер, которые желают работать с целевой группой, и заключить договора с медицинскими учреждениями о предоставлении услуг.

2. Образовательный компонент. В рамках данного компонента происходило обучение (тренинг) медсестер основам снижения вреда, специфике работы с ПИН, в том числе дава-

лась базовая информация о типичных для ПИН заболеваниях.

Цель тренинга: ознакомить медицинских сестер социальных служб, которые начинают работу в проекте, с теоретическими принципами и практическими методами реализации стратегии Снижения Вреда среди потребителей инъекционных наркотиков.

Задачи тренинга:

1. Сформировать представление о философии снижения вреда (СВ) как о методе вторичной профилактики нежелательных последствий любых рискованных форм поведения.

2. Обучить участников тренинга методам реализации стратегии Снижения Вреда среди ПИН.

3. Акцентировать внимание участников тренинга на роли медицинских работников (медсестер) в предоставлении услуг для ПИН, в частности первичной медицинской помощи и ДКТ.

4. Отработать комплексную модель сервиса для ПИН «Постоянный уход» (Continuum Care) как базовую модель для реализации проекта снижения вреда.

В ходе тренинга медсестры были обучены по следующим темам: философия Снижения Вреда; характеристика целевой группы ПИН; пакет услуг проектов Снижения Вреда; типичные заболевания ПИН — помощь и профилактика; проектная документация.

Кроме того, по мере возможности проекты обеспечили их специализированной литературой по работе с уязвимыми группами.

3. Медицинский компонент. Этот компонент был основной составляющей проекта и заключался в предоставлении услуг представителям уязвимых групп (прежде всего ПИН) на аутрич-маршрутах обученными медицинскими работниками, в том числе по доврачебному консультированию, профилактике передозировок, профилактике и лечению абсцессов. В каждом из пяти регионов работало по три медсестры, которые вместе с аутрич-работниками выходили на маршруты и консультировали клиентов.

Список препаратов, рекомендованных к использованию
уличными медсестрами

(из расчета на 1 медсестру в месяц)			
	Название медикамента	Единица измерения	Кол-во в месяц
1	Рукавички	пара	40
2	Вата	шт.	10
3	Спирт	шт.	1
4	Дезинфектант: стериллиум 100 мл	шт.	4
5	Халат медицинский	шт.	1
6	Бахилы	пара	10
7	Бинт широкий	шт.	27
8	Бинт узкий	шт.	15
9	Хлоргексидин	шт.	10
10	Лейкопластырь бактерицидный	шт.	10
11	Перекись водорода 3% 100 мл (пластик.уп.)	шт.	10

	Название медикамента	Единица измерения	Кол-во в месяц
12	Троксевазин 2%	шт.	10
13	Гепариновая мазь 25 г, туба	шт.	4
14	Левомеколь 40 г, туба	шт.	10
15	Цитрамон Форте №6	шт.	2
16	Бриллиантовый зеленый (карандаш)	шт.	4
17	Йод, раствор 5% 20 мл	фл.	4
18	Термометр электронный	шт.	1
19	Но-шпа 40 мл №20	шт.	2
20	Парацетамол таб. 0,325 № 12	шт.	4
21	Маска мед. нетканая, на резинках	шт.	12
22	Ватные палочки №100	шт.	2
23	Витамины Ревит	шт.	6
24	Лотки для перевязок	шт.	2
25	Эластичный бинт	шт.	4
26	Валидол табл. 60 мг № 10	шт.	5
27	Ихтиоловая мазь 10% 25 мг	шт.	2
28	Метилурациловая мазь 10% 25г	шт.	2
29	Димексид 50 мл	шт.	2
30	Уголь активированный табл. 0,25 №10	шт.	10
31	Хлорофиллипт, масл.раствор 25 мл	фл.	6
32	Глутаргин табл. 0,75 мг № 50	шт.	3
33	Фталазол таб. 0,5 мг № 10	шт.	12
34	Омепразол капсул. 0,02 г № 10	уп.	5
35	Сорбекс капсул. № 20	шт.	12
36	Банеоцин мазь, туба 20 гр	тюб.	3
37	Олазол (аэрозоль) 60 гр	шт.	2
38	Вундехил мазь 30 гр.	тюб.	1
39	Бинт эластичный сетч. трубчатый 25 см*3 см (нога, рука)	шт.	30
40	Нурофен табл. 200 мг № 12	шт.	1
41	Нимегезик табл. 100 мг № 10	шт.	1
42	Офлокаин мазь 15 гр	шт.	3

Каждый регион имел возможность самостоятельно выбирать медицинский персонал, поэтому некоторые из медсестер уже имели многолетний опыт работы в проектах Снижения Вреда. Некоторые встречались с представителями целевой группы только в помещении наркодиспансера, где работали. Несколько медсестер до этого практически не сталкивались с потребителями наркотиков и начинали работать фактически с «чистого листа». Также проект не давал географических ограничений, поэтому в Хмельницком и Севастополе медперсонал работал только в пределах одного города. В Донецкой области проект охватил города-спутники Донецк и Макеевку, в Одесской области география была пошире — кроме Одессы и Ильичевска медсестра работала также в Измаиле, который находится на расстоянии 240 км от областного центра.

Стандартный пакет услуг, которые предоставляли медсестры клиентам проекта, включал в себя следующие блоки:

- оказание первой доврачебной помощи;
 - консультирование по вопросам здоровья и лечения;
 - переадресация в действующие программы;
 - сопровождение к врачу непосредственно в ЛПУ;
 - мотивационное консультирование и сопровождение клиентов в мобильные амбулатории или соответствующие медицинские учреждения для прохождения ДКТ, обследование на ИППП/гепатиты.
- Наполнение стандартного пакета:
- Обработка ран, абсцессов, конечностей при флебитах, тромбофлебитах, обучение клиентов проведению обработки самостоятельно, обучение методам реабилитации после осложнений применения наркотических веществ внутривенно
 - перевязки, обучение клиентов проводить перевязку самостоятельно.
 - Информирование по вопросам сохранения здоровья, профилактике ИППП, ВИЧ-инфекции, ОРВИ, туберкулеза в быту.
 - Направление клиента к врачу.
 - Оценка жалоб и анамнеза, измерение температуры тела и артериального давления.
 - Консультации по вопросам снижения опасности для здоровья при введении наркотических веществ внутривенно,

- обращения к медицинским специалистам
- Мотивирование клиентов к обследованию на ИППП, туберкулез (ФЛГ, ОГК).
 - Обучение правилам пользования компрессионным трикотажем, наложения эластичного бинта.
 - Обучение оказанию неотложной помощи при критических состояниях до прихода медработника.
 - Обучение правилам приема лекарственных препаратов, правилам питания и соблюдения водного баланса.
 - Мотивирование клиентов обращаться в программы Снижения Вреда.
 - Обучение организации ухода на дому.
 - Медицинский осмотр.
 - Обучение правилам ухода за полостью рта, в т.ч. при признаках стоматита, гингивита, пародонтоза, кандидоза полости рта и др.
 - Сопровождение клиента к врачу, если необходимо.
 - Информирование об общественных организациях и их услугах, при необходимости перенаправление в эти организации.
 - Содействие в проведении необходимых обследований.
 - Обучение методам лечения народной медицины.
 - Инъекции.

Проектом предусматривалось, что медсестра будет работать в паре с соцработником, который имеет достаточный опыт работы с клиентами и которому они, как правило, больше доверяют. Однако в разных городах эта схема работала по-разному. В одних случаях, медсестра выходила в паре с соцработником на аутрич-маршрут по стандартному графику, в других — находилась на постоянном ПОШ. Было и так, что соцработники сначала выявляли потребность в услуге, а потом уже приглашали медсестру. Несмотря на различие в схемах, все формы работы оказались эффективными.

2.3. Специфика внедрения проекта в городах Украины: успехи и уроки



На сегодняшний день, может, мои слова звучат слишком пафосно, но мне действительно хочется помочь людям. Часто расстраиваешься, если ничего не можешь сделать. Пока же вижу позитивный настрой. Очень приятно, когда идешь по улице и слышишь: «Привет!» Хорошо, что люди знают, куда могут обратиться за медицинской помощью.

Лена, медсестра, г. Донецк

Несмотря на то, что проект был запланирован как работающий по единой схеме, каждая из внедряющих его организаций привнесла свою специфику с учетом местных условий. Тем более, что его руководители и не ставили целью унифицировать деятельность — преимущества пилотного проекта давали возможность испробовать различные подходы и оценить их эффективность. Поэтому каждый регион привнес что-то свое, и в результате это дает возможность определить главные успешные аспекты проекта и его определенные недостатки.

ДОНЕЦКАЯ ОБЛАСТЬ

В Донецкой области на первом этапе проект внедрялся в Донецке (две медсестры) и Маке-

евке (одна медсестра). **В этом регионе схема проекта работала следующим образом: соцработники формировали запрос к медсестре, исходя из потребностей клиентов, а график ее выхода — исходя из этих запросов.** Предусмотрены были также выезды с мобильной амбулаторией и, при необходимости, посещение клиентов на дому. Время от времени медсестры выходили с соцработником на аутрич-маршрут, но основная работа проводилась на стационарных ПОШ и в Центре СПИД.

Как пример успеха работы проекта медсестры называют то, что они смогли дать клиентам элементарные навыки медицинского ухода и гигиены, научили, как без привлечения врача можно облегчить состояние и не допустить осложнений — пользова-

Востребованность в услугах медсестер в регионе очень большая. Хорошо, что они обучили и социальных работников — ведь оценить состояние здоровья только по словам сложно. Также хорошо, что медсестра может прийти и на место оказания услуг, и на ПОШ или туда, где клиенты собираются. Так проще. Плохо то, что клиенты, как правило, обращаются уже тогда, когда помочь сложно или вообще невозможно. В больницу они не идут, да и врачи зачастую отказываются их принимать. Хорошо бы иметь очаги влияния в горздраве, облздраве — чтобы был человек, который мог влиять на это «хочу-не хочу» медицинского персонала. Сейчас они не очень мешают, но и не очень помогают. Смысл есть не только продолжать, но и расширяться — задействовать побольше медсестер — ведь город очень большой.

Социальный работник, БФ «Свитанок», г. Донецк

ние мазями, компрессионным трикотажем, ухаживание за венами. После первых месяцев работы уже можно было говорить, что отношение клиентов к своему здоровью стало несколько иным.



Из рассказов соцработников:

Когда я только начинал рассказывать клиентам о проекте — реакция была разной. Всякое было — как правило, начинают приводить всякие теории: это, мол, «палево», «всемирный заговор» и т.п., начинаются сомнения, подозрения. А вот если припечет, когда уже ходить не может — тогда другой разговор. У троих моих клиентов были абсцессы на ногах различной степени тяжести, они просто не могли выходить из дому. У одной женщины было очень большое нагноение, я видел это в динамике. К врачу никто и не думал обращаться. Известно всеобщее мнение о нашей медицине. А наши клиенты сами по себе не сахар и очень чувствительны к отрицательным проявлениям, пренебрежению, порицанию — ему еще ничего не сказали, а он уже напридумывал. А здесь появляется доверие.

Ведь раньше и мобильной амбулатории не доверяли. А теперь знают, что здесь предложат конкретную помощь. Позитив явный. Еще многое можно усовершенствовать... Но как бы там ни было, у Наташи, моей клиентки, ужасный шрам на ноге, но она бежит себе, бодрая и веселая ...

Эдуард, социальный работник, Союз «Амикус»

Я одного своего клиента просто уговорил к медсестре обратиться: у него в паху там все очень серьезно было. Я ему говорю: пойдешь, а он недоверчивый, просто параноик какой-то. Никому не верит. Ко мне еще придет, но если я куда его приглашаю — сразу видит засаду. Еле убедил. Пусть, мол, опытный человек посмотрит, посоветует чего. Алла, медсестра, приехала на ПОШ. Познакомил я их — он увидел, что она никого с собой не привела. Смотрю, он довольный остался, еще спрашивал, можно ли консультацию получить. Вроде и заживать начало, не жалуется. Я всех своих клиентов убеждаю вовремя обращаться за медицинской помощью. Они редко жалуются в разговоре, потому что знают: у всех все то же самое. Это их обычное состояние. Когда нарыв — тогда уже начинают просить мазь или консультацию. Желательно и дальше работать в этом направлении, даже расширяться. Одной медсестре сложно обойти целый город. В перспективе проект точно что-то изменит в отношении наших клиентов к своему здоровью. Наркоманы... Они очень недоверчивы. А общаясь с нами, становятся доверчивее. Понимают: хоть кто-то, хоть что-то для них делает. И они уже не отвергнутые, видят, что ими интересуются. Это поможет стать человеком — не бросили, значит, кому-то нужен, может, и не захочет на себе крест ставить...

Александр, социальный работник, Союз «Амикус»

СЕВАСТОПОЛЬ

В первой фазе проекта на базе Молодежного центра женских инициатив работали три медсестры. **Работа проходила в условиях полевых маршрутов в паре «соцработник-медсестра», график составлялся старшим соцработником на месяц, при этом маршруты менялись.** Медсе-

стры работали как на мобильной амбулатории (Инкерман, 5-й километр, сельские районы), так и на уличных ПОШ. Всего в организации десять аутичмаршрутов для ПИН. Медсестры бывали на каждом через определенный период времени (каждая имела 14 выходов в месяц). К определенным неудобствам они относят то, что график

выхода на маршруты формировался произвольно, то есть не было закреплённости конкретной медсестры за конкретным

ПОШ, поэтому практически они не имели возможности «вести» клиентов.

Из рассказов сотрудников:

Главное не в том, что у клиента нет денег на лечение. Деньги при необходимости они найдут. Вопрос в том, чтобы заставить их преодолеть недоверие к медицинским работникам, к лечению как таковому. И этот проект помогает.

Лена, медсестра проекта, МЦЖИ

Общее впечатление от проекта очень положительное. Главное, что клиенты обращаются за медицинской помощью. Успех мы видим в первую очередь в их заинтересованности. Они стали соглашаться на то, чтобы врач приехал на дом. Раньше такого не было. Стали слушать, спрашивать. Стали консультироваться. Клиент вышел из больницы с огромным списком дорогих лекарств — просит посоветовать, какие аналоги можно купить, чтобы действие такое же, но не так дорого. Ведь все мы знаем, что часто врачи выписывают лекарства конкретной фирмы с выгодой для себя. Появилось доверие к медработнику. А если есть доверие — человек придет за помощью снова. Мы можем сформировать мнение клиента, что не обязательно доктор плохой. Одна барышня сказала недавно: «Спасибо большое, к нам никто раньше так не относился...»

Ольга, медсестра проекта, МЦЖИ

ОДЕССКАЯ ОБЛАСТЬ

В Одесской области проект работает на базе БФ «Дорога к дому». Поскольку организация администрирует проекты Снижения Вреда не только в Одессе, но и в других городах области, кроме областного центра было решено внедрять проект в таких небольших городах, как Измаил

и Ильичевск. Несмотря на то, что администрирующая организация одна, в разных городах проект внедряется по-разному.

В одесском проекте работает медсестра из городского Центра СПИД, в функциональные обязанности которой входит также работа уличной медсестры. Это предполагает регуляр-

ные выезды с мобильной амбулаторией (вторник — четверг) и работу с социальными работниками на аутрич-маршрутах.

Также проводились визиты на дом (как правило, в сопрово-

ждении социального работника) и прием в кабинете на рабочем месте (иногда клиенты сами заинтересованы в этом, чтобы не светиться на улице или перед родителями дома).

Комментарий медсестры:

Клиенты активно приходят, только скажи, что здесь можно измерить давление, взять мазь. Но бывают и тяжелые случаи. Ведь наши стационары, когда слышат «ВИЧ-инфекция», сразу отказывают пациенту. К нам приходил молодой человек, которому отказали в стационаре, а состояние у него было уже очень тяжелое. Здесь, в своем кабинете, я чистила рану, перевязывала — хорошо, что есть опыт работы в хирургии. И хорошо, что соцработник знал, что можно привести его сюда. Нам очень важно не отпугнуть клиента, сформировать адекватное отношение к его здоровью. Обращаются по-разному. Когда клиент под кайфом, то здоровье его интересует в последнюю очередь. Но есть и такие, которым еще можно помочь. Случается — когда помочь уже невозможно. До сих пор перед глазами женщина — там были страшные раны... Я пыталась, но не смогла спасти ее, было уже слишком поздно. Вот что страшно.

Очень нужен хирург, гнойный хирург. Мне помогает врач, которая много лет работает в системе. У нее много контактов, через нее можно выходить на других врачей. Но на огромный город одна медсестра — это капля в море.

Важно, чтобы проект был не то чтобы длительным, но постоянным. Если взялись помогать, то нужно помогать до конца. Это мое мнение. Важно, чтобы была реальная востребованность, выработались определенные навыки — для этого нужно время. Клиенты должны знать, что им окажут помощь. Необходимо переубеждать, а для этого нужно быть не просто профессионалом, а обладать даром убеждения. У нас уже есть такие клиенты, которые просто приходят поговорить о своих проблемах со здоровьем, посоветоваться, к какому врачу пойти. И это очень хорошо.

Лилия, медсестра проекта, г. Одесса

В Ильичевске медсестра выходит ежедневно на маршрут вместе с социальным работником. В то время как он выдает шприцы, она консультирует по вопросам здоровья, может сделать на улице перевязку, осмотреть рану, дать мазь, измерить давление. Например, во время визита из шести человек, встреченных на аутрич-маршруте, все задавали вопросы о здоровье, все просили проверить давление. Задавали вопросы о гепатитах. Медсестра даже провела консультацию на тему «Передается ли гепатит ребенку, если у матери гепатит С».

Этих людей мы встретили на аутрич-маршруте в Ильичевске — молодая пара со своим другом. Социальный работник знает их давно, а с медсестрой они встретились впервые. Специально ждали, чтобы задать интересующие их вопросы. Молодую семью очень волновало, может ли передаться гепатит С, который есть у матери, их маленькому ребенку. Поговорили с медсестрой, договорились встретиться еще раз, ведь не на все вопросы им сразу смогли ответить... «Мне как-то легче стало, когда поговорила с медсестрой, — сказала девушка, — а то все копила, копила в себе... Патронажная медсестра из детской поликлиники просто боится к нам заходить, ей наговорили всякого. Теперь знаю, кого спросить, вопросов-то у меня много накопилось...» А молодой человек, приятель пары, попросил измерить давление, которое оказалось достаточно высоким. Пришлось медсестре рассказывать, чем рискуешь, когда не лечишь гипертонию. «Мне так приятно, что о тебе заботятся, — сказал парень. — У меня дома лежит аппарат для измерения давления, но я никогда им не пользовался, даже не знал, с какой стороны к нему подступить. Теперь буду знать, что мне он просто необходим!..»

Из рассказов сотрудников:

Я двумя руками за проект. Клиенты рады любой помощи — ведь они не пойдут к врачу и не скажут «у меня ВИЧ» или «я наркоман». Был у нас такой случай — молодой мальчик просто стоял и плакал. Как выяснилось, у него был нарыв в паху. Его все отталкивали, больница не принимала. Я поволокла его к одному врачу, к другому... Еле откачали. Жаль, что мы не во всем можем помочь, но то, что мы можем сделать, это уже хорошо...

Татьяна, медсестра, Ильичевск

Оказываемые нами услуги должны быть конкретными. Они могут быть и вне маршрута, но аутрич-маршрут в данном проекте — главное. Мы пошли по тому алгоритму, что заложен в самом проекте, но в нашей ситуации важно, что медсестра уже имеет опыт работы с целевой группой. Если медсестра никогда раньше не работала в проекте, она не сможет без соцработника, только он знает клиента, знает, как к нему подойти. Мотивировать к здоровому образу жизни — это наша высшая цель. Сейчас важно, чтобы клиенты обращались к нам как можно раньше. Если услуга будет доступна, тогда значительно проще пойти к медсестре, чем туда, где еще не захотят принять. Не все сразу поймут, что человеку нужно. По опыту видим, что к медсестре обращается больше мужчин, женщины как-то по-другому относятся к своему здоровью. Я анализировала реакцию женщин и мужчин на ВИЧ и другие заболевания в плане взаимодействия с медработниками и сделала вывод: доверие у женщин формируется сложнее, чем у мужчин, им легче пойти на прием к врачу. Для женщины это большая проблема. Необходимо больше работать с женщинами — это наши планы на будущее...

Ирина, руководитель направления в Ильичевске

Многие приходят к нам в офис и благодарят. График вывешен, известен. Приходит много людей. Многие с травмами, абсцессами, была клиентка после операции — приходила на перевязку. Значит, наша работа кому-то нужна, значит все не зря. Если приходят сюда — они уже изменили свое отношение к своему здоровью.

Медсестра проекта, Измаил

Измаил оказался единственным городом, где на начальных этапах внедрения сотрудники проекта не сразу приняли новую форму работы. В то время как медсестра, работающая на проекте, говорила о достаточно большом количестве клиентов, которые обращаются за доврачебной помощью, социальный работник относилась к данному проекту довольно скептически,

мотивируя тем, что в организации и так ежедневно, кроме понедельника, принимает врач-фтизиатр, которая проводит ДКТ и консультирует по другим медицинским вопросам, и многое, с медицинской точки зрения, решалось уже и раньше, поскольку выработались очень доверительные отношения клиентов с врачом.

В Измаиле медсестра принимала, как правило, в офисе, специфика наркосцены в городе (аутрич-маршруты проходят по точкам «разлива») не позволяла эффективно использовать работу в полевых условиях.

Именно пример Измаила показывает, как работа «уличных медсестер» постепенно изменяет отношение клиентов к медицинским учреждениям. Основное место работы медсестры — тубдиспансер, и если возникает потребность в сдаче анализов, она направляет клиентов в это медицинское учреждение, где сама и делает анализы. И люди идут, хотя раньше редко кто добровольно туда заходил.

В процессе работы у пятерых клиентов, которые обратились в проект для получения медицинской консультации по общим вопросам, возникло подозрение на наличие у них туберкулеза. Медсестра посоветовала им пройти флюорографию в тубдиспансере и сдать анализы, после чего направила на консультацию к врачу-фтизиатру. В результате все были госпитализированы для дальнейшего лечения. До этого они даже не подозревали, что у них туберкулез, объясняя кашель обычной простудой. Простому человеку, так сказать «с улицы», даже если есть желание, попасть к фтизиатру без направления терапевта невозможно. Люди, потребляющие наркотики, как известно, редко посещают поликлинику. А тут направление выдавалось напрямую, т.е. немного сократилась цепочка к получению медицинской помощи. Если бы они не обратились к медсестре, то явно бы не пошли к врачу.

Кировоградская область

В Кировограде проект выполнял благотворительный фонд «Возвращение к жизни». **В нем было задействовано две медсестры: из областного кожвендиспансера и областного отделения общества Красного Креста.** Поскольку они не имели опыта работы, поначалу социальные работники проекта снижения вреда помогли им адаптироваться в

общении с новыми пациентами. Барьер между целевой группой и медициной с каждой неделей становился все меньше, и через два месяца на рабочей встрече медсестры признались, что уже совершенно спокойно относятся к наркозависимым, более того, увидели в них беспомощных, запущенных и крайне нуждающихся в медицинской помощи больных людей. Это был их психологический перелом в работе с наркозависимыми.

Вначале я боялась наркоманов, в каждом видела потенциальную для себя угрозу. Все мои страхи развеялись, когда я увидела в них обыкновенных больных.

Алла, медсестра

Проект обмена шприцев в Кировограде работает с 2004 года. Сейчас трудно найти в городе инъекционного потребителя, который бы не слышал о действующем проекте. Но лишь только часть этой группы людей является его участниками. Существуют труднодоступные, закрытые для проекта группы, когда шприц и презерватив не представляют того интереса, ради которого

они готовы войти в проект. Появление доступной медицинской составляющей в корне изменило их отношение: только за пять месяцев работы уличных медсестер участниками проекта стало более 50 человек из этой категории потребителей наркотиков. Они открылись, благодаря чему основные принципы Снижения Вреда стали доступны и их ближайшему окружению.

Общественное здоровье — это в том числе и здоровье потребителей инъекционных наркотиков, которые в силу своего выбора стали, по сути, закрытой для медицины группой населения. Доступ к ней таких людей даже в уличных условиях позволяет улучшить их здоровье, обучить навыкам самопомощи, а иногда и сохранить жизнь.

А.Остапов, руководитель организации

Я услышал, что на ПОШ делают перевязки. Пришел в первый раз только с одной целью — чтобы медсестра мне помогла с моей ногой. Я уже забыл о том, что медики могут еще и нормально общаться. Медсестра Алла сделала мне перевязку и рассказала, как это правильно делать самому. Предложила вместе сходить к врачу. К врачу не пошел, но на ПОШ ходил через день. Спустя месяц боль в ноге прошла и язва затянулась. Спасибо тем добрым людям, которые все это пробили для таких как я в это тяжелое время.

Сергей, участник проекта

Хмельницкая область

В Хмельницком программа работала на базе «Ассоциации «Виктория», которая в выборе медицинских работников использовала подход «равный — равному».

являются и потребителями наркотиков. Именно на этом маршруте у нее никогда не возникало проблем с налаживанием контакта с клиентами, потому что там ее знали и принимали не только как медработника.



В проекте было три медсестры: две из наркодиспансера, а третья — женщина со сложной судьбой, бывшая клиентка организации, прошедшая реабилитацию, затем получившая медицинское образование и сейчас работающая медсестрой в инфекционной больнице. Она работала на аутрич-маршруте на вокзале, где находилось много ЖКС, которые одновременно

Поскольку в городе закрытая наркосцена, фактически вся работа велась на квартирах клиентов. Медсестра выходила на маршрут три раза в неделю вместе с соцработником по графику. Поначалу, особенно на маршрутах, где работали медсестры наркодиспансера, были определенные трудности — клиенты не воспринимали их, не хотели открываться, а медсестрам также

требовалось некоторое время, чтобы освоиться. Для медсестры из бывших потребителей адаптация происходила легче, но на следующем этапе реализации проекта было принято решение ее не привлекать. Поскольку она прошла реабилитацию, лучше не возвращать женщину в среду, где для нее существовал большой фактор риска.

Наверное, с месяц все привыкали — медсестры к клиентам, клиенты к медсестрам. Предварительная работа очень важна в начале проекта, нереально сразу начать эффективно работать. И те, и другие поначалу были, как ежики, необходимо было время, чтобы все приспособились к работе. Клиенты были рады. Им нравилось, что о них заботятся, относятся не как к отщепенцам. Ведь для наркомана главное, чтобы его приняли таким, какой он есть. Постепенно все наладилось.

Социальный работник проекта

Медсестры и соцработники вспоминают о нескольких моментах, когда их помощь действительно спасла человеческую жизнь.

Одна клиентка на вокзале почувствовала острую боль в сердце и потеряла сознание. Девушки, которые оказались рядом, вызвали скорую помощь, но та не хотела ее забирать. Посчитали, что это просто пьяная женщина, бомж. Пришлось привлекать и медсестру, и сотрудников линейного отделения милиции. Таким образом, женщину удалось спасти.

Другой случай произошел на квартире клиента. Тот жаловался на резкую боль в животе, которая не проходила уже несколько дней. «Скорая» приезжала, но госпитализировать отказывались, мол, потребитель наркотиков, да еще и с ВИЧ-позитивным статусом. Помощь также не была оказана. Медсестре пришлось связываться с главным врачом больницы, чтобы больного приняли на лечение. Вместе с соцработником дождались «скорую», отвезли в приемный покой, а там пришлось делать срочную операцию. Оказалось, что у клиента прободная язва.

Очень много непредвиденных ситуаций случалось на аутрич-маршруте на вокзале, поэтому работа медсестры была здесь особенно сложной... Одной девушке стало плохо, у нее открылось кровотечение. Медсестра и соцработник отвезли ее к врачу-гинекологу, консультанту проекта, которая, осмотрев пациентку, сразу вызвала «скорую». В больнице ей срочно

оказали помощь — оказалось, что это осложненный выкидыш. Если бы в это время на маршруте не оказалось медика, все могло бы закончиться печально.

Приходилось медсестрам и сопровождать клиенток в роддом, особенно если у роженицы был ВИЧ-позитивный статус.

Особенно запомнился молодой парень, ноги которого были просто черными. Он не лечился, поскольку не верил, что ему еще могут помочь. Медсестра постоянно давала ему мази, следила, чтобы он их использовал, и клиент понял, что это все-таки помогает, настойчивость медсестры просто перевернула его мнение о лечении...

Первичная помощь дает мотивацию. Медработник для клиента — уже авторитет. Ира, медсестра, которая работала с нами на вокзале, просто сидела с клиентами и подолгу с ними разговаривала на разные темы. А они выговаривались. Ведь говорили о насущных проблемах, и их слушали. Постепенно появлялось ощущение нужности, заботы. Это нравилось. Ее уже ждали в определенное время. Она была ориентиром, светом в темном подземелье. Можно выкарабкаться из того дна, где они сейчас находятся, и стать такой, как Ира. Ведь многие помнили ее еще в те времена, когда она была такой же, как они.

Алина, руководитель направления

Контакт налаживался очень сложно. До этого я видела потребителей наркотиков только в наркодиспансере — там они совсем другие, агрессивнее. А на аутрич-маршруте мы на их территории, поэтому они ведут себя поспокойнее. Команда у нас сформировалась сразу, с соцработниками никаких конфликтов не возникало, но приходилось многому учиться, читать специальную литературу, что тоже занимало какое-то время. Важно, что теперь я чувствую внутреннее удовлетворение от работы в этом проекте. Мы готовы работать — и это главное. Иногда в городе встречаешь клиентов, они здороваются — и мне приятно видеть обратную реакцию со стороны тех, кому хочешь помочь, что свидетельствует о результатах проделанной работы. Когда тебя ждут люди, когда они меняются у тебя на глазах — это очень стимулирует.

Медсестра проекта

2.4. Результаты и перспективы

Главное, что несет этот проект. Это отношение к лечению, к нашей организации, к людям и формирование понятия того, что медицина помогает, приходит прямо к потребителям, и они перестают чувствовать себя отвергнутыми, а видят себя людьми, о которых заботятся.

Лариса Высоцкая, руководитель организации, г. Хмельницкий

Охват

Одним из самых важных для сотрудников проекта был вопрос охвата. Уже первый этап внедрения (2011 год) показал, что клиентов проекта, желающих получить доврачебные услуги, даже больше, чем предполагали разработчики. Так, в Донецке, за первые два месяца услугами медсестер воспользовались 64 человека. Медсестра проекта из Ильичевска отмечает, что за месяц ей приходилось давать до ста консультаций, большинство из них — одноразовые, но около 35–40% — это клиенты, требующие более длительного ухода и консультирования.

По итогам проекта, за год его реализации был достигнут достаточно большой охват клиентов — 1980 человек.

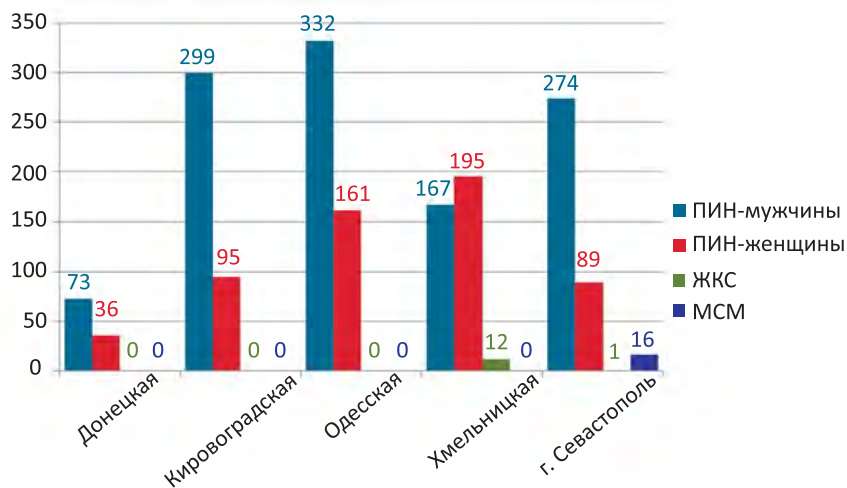
Проект в цифрах

Сводные данные по регионам показывают, что хотя все организации и имели примерно одинаковые стартовые условия, цифры охвата получились разные. В значительной мере тут, очевидно, сказались изначальные трудности, но общая тенденция заметна: самый большой охват был в Одесской области (493 клиента), самый низкий — в Донецкой (109). Все регионы, кроме Хмельницкой области, показали больший охват мужчин-ПИН, чем женщин-ПИН. В Хмельницкой области и Севастополе были охвачены и представители других целевых групп — ЖКС и МСМ.

**Сводный охват по 5-ти регионам первой фазы реализации проекта
(1.06.2011–31.12.2011)**

	Охвачено клиентов	Сделано визитов	Использовано перевязочных материалов	Роздано антисептиков	Проведено консультаций
Всего	1732	4525	6695	3740	10486
ПИН	1703	4420	6570	3691	10238
Мужчин	1135	3033	4456	2560	7043
Женщин	568	1387	2114	1131	3195
РКС	13	85	86	23	195
МСМ	16	20	39	26	53

Охват за период по регионам (01.06.2011–31.12.2011)



Сводный охват по 5-ти регионам второй фазы реализации проекта
(01.03.2012 — 31.07.2012)

	Клиентов	Уникальных клиентов	Визитов
Всего	1980	1980	3122
ПИН	1980	1980	3122
Мужчин	1332	1332	2091
Женщин	648	648	1031

Сводный отчет по консультациям и перенаправлениям по 5-ти регионам реализации проекта за обе фазы проекта

(данная таблица показывает наиболее востребованные услуги, оказанные в рамках проекта)

Вид деятельности	Количество оказанных услуг
Медицинская консультация	3073
Перевязка, обработка вен	2041
Измерение давления	3391
Измерение температуры	2161
Уход на дому	1016
Мотивирование и прохождение ДКТ и теста на ИППП	1312
Направление в ЛПУ/ к специалисту	465
Первая доврачебная помощь	555
Сопровождение в ЛПУ, предоставлена консультация/ тестирование (внутри проекта)	128
Уколы	87
Компресс	238
Госпитализация	26
Вызов участкового врача	3

Сотрудничество с лечебными учреждениями

В рамках реализации проекта подписаны двусторонние договора о сотрудничестве с ЛПУ:

- КЗ «Городская инфекционная больница» (г. Севастополь).
- Донецкий областной центр профилактики и борьбы со СПИД (г. Донецк).
- Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение «Городской противотуберкулезный диспансер г. Макеевка» (г. Макеевка).
- Кировоградская областная организация Общества Красного Креста Украины (г. Кировоград).
- Коммунальное учреждение областного кожно-венерологического диспансера (г. Кировоград).
- Хмельницкий наркологический диспансер (г. Хмельницкий).
- Инфекционная больница (г. Хмельницкий).

- Городской центр по профилактике и борьбе со СПИД (г. Одесса).

- Городская больница №2 (г. Измаил).

При этом сложно сказать, что первый год реализации проекта принес значительные результаты в плане налаживания сотрудничества с органами здравоохранения. Медсестры работали в проектах в свободное от основной работы время. Часто на это было устное согласие главного врача медучреждения, но фактически на аутрич-маршрутах они были не медицинскими, а социальными работниками, преимущество которых — специальное образование. Развитие сотрудничества с медучреждениями, налаживание общих интересов — это те задачи, которые проекту еще предстоит решать. Год реализации в Украине — это недостаточный срок, чтобы говорить об изменениях в системе государственной медицины. Но опыт проекта — это то, что в будущем сможет показать эффективность такого вида работы.

У нас есть договоренность с медицинскими учреждениями — подписаны договора, но не думаю, что главврачи поняли, о чем вообще идет речь. Была рабочая встреча в Донецке в начале проекта. Мы все рассказали, всех поставили в известность. Но со стороны чиновников, главврачей были возражения: как это медсестра сама, без врача может оказывать доврачебную помощь? Официально внедрять это будет сложно — нет разработанного механизма, стандарта предоставле-

ния медицинских услуг в условиях аутрич-маршрута. Если брать опыт Канады, который мы использовали, то там существует ассоциация медсестер, через которую все делается. Тем не менее, нужно попробовать, пытаться, хотя, возможно, это не уровень НПО.

Позитив данного проекта, прежде всего, в том, что медицинская помощь максимально приблизилась к клиенту — к тем, кто не в состоянии дойти до больницы или поликлиники. Но мы не можем говорить, что медицинские работники стали больше знать о проблемах целевых групп, хотя сотрудники проекта и рассказывают своим коллегам об этом. Информированность о компоненте есть, но о резонансе говорить еще рано.

Валентина Павленко, координатор проекта, г. Донецк

Успех и извлеченные уроки

Это очень важно. Классная штука! Когда узнал от соцработника на ПОШ, что теперь будут медицинскую помощь оказывать — радости было! Я в одно время тоже придерживался того, что пока не припечет, никуда не пойду. Сейчас немного изменился — возраст, жизнь, как говорится, заставила, да и медсестра многое рассказала. Очень важно, чтобы была опытная медсестра, а то пришлют девочку после института — ей наши наркоманы такого навешают... Важно до черты не доходить, особенно нынешней молодежи, нужно каким-то образом поменять логику мышления. Достучаться, пока человек еще на ногах... Вот поэтому этот проект и замечательный. Есть люди, которые сами будут приходить, сейчас таких много, их только подстегнуть. А о проекте еще просто мало знают, а как все узнают — толпа будет. Это очень нужное дело!

Клиент проекта, г. Донецк

Программа «Уличные медсестры в проектах снижения вреда» только начала внедряться в Украине, поэтому пока рано говорить о глобальных выводах из ее реализации. Но даже первые месяцы работы показали боль-

шую востребованность медицинских услуг и консультаций. Он может быть хорошим инструментом для привлечения клиентов к услугам и важным шагом в изменении рискованного поведения ПИН, формировании

их приверженности к лечению. Сейчас проект может послужить хорошей моделью для дальнейшей работы в данном направлении.

Переадресация

Как уже говорилось выше, специфика проекта предусматривает оказание доврачебных услуг в полевых условиях (на аутрич-маршруте и на дому) и переадресацию к оказанию медицинских услуг в лечебных учреждениях. Опыт первой фазы внедрения проекта показал, что если в полевых условиях оказываются все необходимые услуги, то с переадресацией возникают проблемы, прежде всего потому, что используется только существующий в конкретной организации порядок. Поэтому разные проекты имеют разные возможности направления клиентов для оказания медицинских услуг в стационарных условиях.

Например, медсестра проекта, работающая в Одессе, видит возможность направления клиентов в медицинские учреждения только через вызов участкового врача или через соцработника. В Севастополе отмечают полезность работающего в организации проекта по немедицинскому уходу. В Донецке, где одна из медсестер — сотрудник Центра СПИД, а вторая — кабинета

инфекционных заболеваний в больнице, стараются перенаправлять клиентов в свои лечебные учреждения, используя, в первую очередь, личные контакты. При этом проще всего работать с ВИЧ-позитивными, которые состоят (или могут быть поставлены) на учет в центре СПИД. В тяжелых случаях приходилось мобилизовать личные контакты и возможности всех местных НПО.

Самой острой проблемой, о которой говорили сотрудники всех проектов, является отсутствие налаженного механизма переадресации к хирургу — как наиболее востребованному специалисту для целевой аудитории проекта. Традиционно организации имеют налаженные отношения и договора о сотрудничестве с инфекционистами, дерматовенерологами, наркологами, реже — с терапевтами общего профиля и фтизиатрами. В ситуации, когда медсестрам проекта приходится регулярно сталкиваться с заболеваниями хирургического профиля, выход на врачей-хирургов необходим.

Опыт

Значение проекта в плане приобретения опыта сотрудниками сложно переоценить. Многие медсестры только в проекте непосредственно столкнулись с потребителями наркотиков, с

людьми с ВИЧ-позитивным статусом. Им пришлось во многом пересмотреть свое представление о целевой группе проекта — но все медсестры остались работать, никто не отказался, и это важно. Менялись и соцработники — выходя с медсестрой на регулярные маршруты, они многое от нее узнавали, ведь медицинских знаний многим не хватало. И главное — менялись клиенты, которые начали интересоваться доврачебной помощью и стали понимать, что им действительно могут помочь.

Перспективы проекта с позиции координатора

Наталья Киценко стояла у истоков проекта и сейчас является координатором направления в Одесской области. Ее мысли о проекте очень хорошо демонстрируют успех работы по данному направлению и очерчивают перспективы того, в каком направлении развиваться в будущем.

Одной из главных целей проекта было изменить отношение медицинских работников к потребителям наркотиков, преодолеть известную всем дискриминацию. Удалось ли нам это? Ситуация в Измаиле оказалась очень интересной: там клиенты начали приходить к медсестре

в тубдиспансер, чтобы получить консультацию по профилактике ТБ. Сначала сотрудники этого лечебного учреждения не очень доброжелательно отнеслись к этому, но потом поняли: те, кто приходит к медсестре, — это клиенты диспансерного наблюдения, которых они пытались найти. Вот они приходят сами, и не нужно никакого патронажного наблюдения. Оказалось, что эта услуга облегчает им работу, так как появилось связующее звено, направляющее клиентов в диспансер. Это показало серьезный фактор привлечения наших клиентов в государственные медицинские учреждения.

Конечно, минус в том, что медсестра работала в свободное время как частное лицо. Это не было сотрудничество с медицинским учреждением, до этого еще далеко. Необходимо наладить систему такой работы, но это не уровень НПО и задача не одного года. Нужно выработать алгоритмы, вводить изменения в должностные инструкции, добиться нового названия в должностном классификаторе — «медсестра Снижения Вреда». И так, работы в этом направлении еще очень много.

Это уже задача третьей фазы проекта. Пока что мы накапливаем успешный опыт, чтобы озвучивать его на координационных советах и внедрять в систему об-

щественного здравоохранения. Наша глобальная цель — донести до существующей системы здравоохранения тот факт, что без учета потребностей ПИН и без заботы об их здоровье не будет общественного здравоохранения. Нужно разработать государственные программы и учесть специфику работы в структуре госучреждений, но спустя год от начала реализации говорить об этом рано.

Мы довольны, что эта услуга появилась — люди получили помощь. На этом уровне мы выполнили свою задачу. Теперь действительно нужно сделать это на государственной основе и расширять деятельность, ведь пять регионов — очень мало. Подобные проекты должны работать по всей Украине.

Клиенты привыкли, они ждут медсестер, проект продолжает работать. Одной из главных его заслуг можно считать то, что мы разработали очень хорошие модели, которые учитывают местную специфику. Но все они действительны. И все же мое мнение таково: дальнейшее развитие этого направления возможно только в том случае, если его будут развивать сами медсестры и их организации. Ведь и проблеме взаимоотношения с органами здравоохранения легче решить, если инициатива идет из медицинских кругов. Сейчас

важно показать, насколько хороша и действенна эта модель, выйти из регионального уровня на национальный — и тогда у подобных проектов будут очень большие перспективы.

Перспективы проекта с позиции менеджера

Людмила Шульга, руководитель отдела технической помощи МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Работа медсестер в проектах Снижения Вреда — это пример успешной адаптации канадского опыта. Интервенция доказала, что услуги по оказанию доврачебной помощи пользуются большим спросом и положительно влияют на качество жизни и удержание клиентов в проектах. Поэтому работа аутрич-медсестер будет рекомендована для включения в перечень основного пакета услуг проектов Снижения Вреда.

Мы также надеемся, что данный вид деятельности позволит обратить внимание государства на оказание низкопороговых услуг представителям уязвимых к ВИЧ групп, что в свою очередь даст возможность наладить работу социальных работников на базе медучреждений.

3. Проект «Патронажные медсестры» (опыт благотворительной ассоциации «Світло надії», г. Полтава)

3.1. О проекте

Как уже упоминалось в предыдущем разделе, одной из главных проблем, с которыми столкнулся проект «Медицинские сестры в проектах Снижения Вреда», был тот факт, что профессиональные медсестры на аутрич-маршрутах фактически не имели права оказывать медицинскую помощь на рабочем месте и работали в проекте в свое свободное время. Практически они были обычными социальными работниками, но с медицинским образованием, что помогало консультировать по различным аспектам, связанным с лечением и уходом. Полтавская организация «Світло надії» пошла другим путем. Ее сотрудники задумались над той

же проблемой — необходимости оказания медицинской помощи клиентам, прежде всего потребителям наркотиков. Но внедрять этот компонент в аутрич-работу они решили путем сотрудничества с областным наркодиспансером. При каждом наркологическом диспансере существует служба патронажных медсестер, прямой обязанностью которых является обход клиентов на дому, чтобы мотивировать их прийти в диспансер и пройти медосмотр. Возникла идея — привлечь тех медсестер, которые посещают потребителей наркотиков, к работе на аутрич-маршруте, т.е. включить в их работу элементы Снижения Вреда.

Главными целями деятельности по данному проекту, по мнению его руководителей, были следующие:

- внесение изменений в Положение про патронажную службу, внесение изменений в должностную инструкцию врача-нарколога и медицинской сестры, которые привлечены к деятельности патронажной службы наркодиспансера;
- доступ проекта СВ к базе данных всех зарегистрированных потребителей в городе/области;
- последующее привлечение пациентов наркодиспансера — потребителей наркотиков — в проект как клиентов СВ;
- обучение медработников патронажной службы проводить консультирование по принципам Снижения Вреда с целью дальнейшего предоставления подобных услуг по СВ самостоятельно (в ситуации, когда финансирование проектов Снижения Вреда внешним донором будет прекращено).

3.2. Адвокационная деятельность

Поскольку вовлечение сотрудников государственного медицинского учреждения в работу общественной организации на официальной основе невозможно без согласования с руководством и изменения должностных инструкций, очень важно было подписать договор с диспансером и предусмотреть включение услуг по Снижению Вреда в перечень видов деятельности, за которые отвечает определенное отделение.

Все это требовало серьезной адвокационной деятельности, поэтому непосредственному внедрению проекта предшествовала напряженная подготовительная работа.

В рамках первой фазы внедрения проекта проводилась следующая деятельность:

- изучение возможностей наркологической службы, нормативной базы, потребностей клиентов службы;
- разработка методических рекомендаций по работе патронажной службы;
- разработка и утверждение на уровне областного наркологического диспансера и областного управления здравоохранения нового положе-

ния по работе патронажной службы и новых должностных инструкций врача и медицинской сестры, расширив функции как самой службы, так и ее работников;

- введение в алгоритм работы патронажной службы совместной работы социального работника и медсестры патронажной службы.

Стратегия действия организации заключалась в постепенном движении вперед путем решения взаимосвязанных промежуточных задач.

1. Разработка методических рекомендаций по работе патронажной службы.

Для разработки рекомендаций была создана рабочая группа, в которую вошли врачи-наркологи областного наркодиспансера и специалисты ассоциации. В ходе совместной работы были внесены необходимые коррективы как в само положение, так и в должностные инструкции врача, медсестры и социального работника. После согласования изменений главным врачом наркологического диспансера был издан соответствующий приказ.

2. Разработка программы для обучения медперсонала наркодиспансера для дальнейшего проведения тренингов.

3. Обучение участковых врачей и медсестер. Благодаря поддержке главного врача областного наркодиспансера была обеспечена возможность участия в обучении всего персонала (в том числе из районных центров области). В ходе обучения было проведено три семинара-тренинга с участием главных врачей районных отделений наркодиспансера, районных наркологов и медсестер патронажной службы. Всего к программе подготовки были привлечены 20 врачей-наркологов и 37 медсестер.

4. Внесение коррективов в программу курсов повышения квалификации медсестер, которые проводятся на базе медицинской академии. В программу (общая продолжительность 182 часа) была включена тема Снижения Вреда (24 часа учебного времени). Всего в программу вошли «новые» темы общей продолжительностью 40 часов, а именно:

- Основные положения и компоненты программы Снижения Вреда — 4 часа.
- Программа заместительной терапии — 14 часов.
- Мультидисциплинарный подход в лечении больных наркоманией — 6 часов.

- Особенности работы патронажной службы по реализации мероприятий программы Снижения Вреда — 24 часа.

5. Введение компонента Снижения Вреда в практику патронажной службы.

Прежде всего, была создана мультидисциплинарная комиссия в составе участкового врача-нарколога, участковой медсестры, социальных работников — консультантов по вопросам зависимости и аутрич-работника.

Таким образом, фактически возникла новая, с точки зрения функциональных обязанностей, патронажная служба с расширенным перечнем услуг. Служба, ориентирующая свою работу не только на полный отказ от употребления наркотических веществ, но и признавая тот факт, что есть люди, которые еще не готовы бросить употребление наркотиков и требуют соответствующих услуг.

Организации удалось также добиться того, чтобы часть рабочего времени социального работника оплачивалась наркодиспансером (официальное трудоустройство на 0,5 ставки), также наркодиспансером предоставлялись в небольшом количестве медикаменты, необходимые для работы проекта.

Изменения в нормативных документах, введенные во время внедрения проекта

Дополнения в «Должностную инструкцию участкового врача-нарколога наркологического диспансерного отделения»:

2.21. Проводит работу по реализации программы Снижения Вреда среди инъекционных потребителей наркотиков:

2.21.1. Осуществляет интеграцию компонентов Снижения Вреда в работу патронажной службы наркодиспансера:

- предоставляет пациенту информацию об услугах и организациях, которые их предоставляют;
- проводит индивидуальные консультации по профилактике передозировок;
- предоставляет пациенту информацию по лечению постинъекционных осложнений: абсцессов, тромбофлебитов, трофических язв;
- предоставляет пациенту информацию о лечении ВИЧ, гепатита, туберкулеза;
- способствует взаимодействию наркологической диспансерной службы с областным центром борьбы со СПИД, противотуберкулезным диспансером;
- привлекает к работе в программе средний медицинский персонал, социальных работников.

2.21.2. Обеспечивает осуществление мероприятий программы Снижения Вреда в соответствии с утвержденным протоколом.

Дополнения в «Должностную инструкцию участковой медицинской сестры наркологического диспансерного отделения»

2.10. Проводит работу по реализации программы Снижения Вреда среди инъекционных потребителей наркотиков:

2.10.1. Осуществляет интеграцию компонентов Снижения Вреда в работу патронажной службы наркодиспансера:

- предоставляет пациенту информацию об услугах и организациях, которые их предоставляют;

- проводит индивидуальные консультации по профилактике передозировок;
- предоставляет пациенту информацию по лечению постинъекционных осложнений: абсцессов, тромбофлебитов, трофических язв;
- предоставляет пациенту информацию о лечении ВИЧ, гепатита, туберкулеза.

2.10.2. Оказывает медицинскую помощь по лечению последствий инъекционного употребления наркотиков.

2.10.3. Осуществляет мероприятия программы Снижения Вреда в соответствии с утвержденным протоколом.

Дополнения в Положение о наркологическом диспансерном отделении.

В раздел «Задачи и функции наркологического диспансерного отделения», в часть об основных задачах отделения добавлена строка:

- «Внедрение в практику компонентов Снижения Вреда».

3.3. Практические шаги проекта «Внедрение компонентов проекта Снижения Вреда в практику предоставления наркологической помощи»

Внедрение проекта в Полтаве началось после подписания договоров и определения функциональных обязанностей членов мультидисциплинарной команды. По правилам наркодиспансера патронаж является обязательным. Районные медсестры обходят свой участок, но это происходит достаточно формально — они могут застать или не застать клиента, и главная их задача — мотивировать его на прекращение употребления наркотика, что не всегда воспринимается им адекватно. Патронажные медсестры не были обучены принципам Снижения Вреда, они не умели консультировать — здесь во многом помог соцработник.

Как это работает?

По правилам наркодиспансера один раз в три месяца состоящих на учете потребителей наркотиков должна посетить патронажная медсестра. Она же составляет список для посещения на основании медицинских карточек пациентов — как правило, в него включают тех, кто давно не посещал наркодиспансер,

кто только выписался из стационара, кто только поставлен на учет. Все, кто включен в список, — активные потребители, не клиенты программ заместительной терапии и не находящиеся в состоянии ремиссии. Выход на патронаж один раз в неделю входит в функциональные обязанности медсестры, но в рамках проекта вместе с ней на маршрут выходит и социальный работник-шофер. Это во многом облегчает работу медсестры, так как наркодиспансер транспортом ее не обеспечивает, а затраты на бензин покрываются из грантовых средств. По словам соцработника, команда проезжала в день минимум 50 км, даже с учетом того, что медсестра старалась подобрать на патронаж клиентов приблизительно по одному маршруту.

Общение происходит по следующей схеме: медсестра представляется, что она из поликлиники, объясняет, что правила пребывания на учете предполагают регулярный патронаж, спрашивает, нет ли проблем со здоровьем, мотивирует на реабилитацию или детоксикацию.

Социальный работник рассказывает об услугах по Снижению Вреда, которые предоставляет его НПО, интересуется, является ли пациент клиентом проекта СВ, есть ли у него клиентская карточка, предлагает расходные материалы (шприцы, салфетки), рассказывает об услугах организации. В разговоре параллельно определяются проблемные моменты и то, как деятельность организации может быть полезна клиенту. Фактически такой совместный визит является пер-

вичным патронажем, он просто определяет наличие клиента и его заинтересованность. На вторичный и последующий патронажи выходит уже, как правило, другой соцработник, который подписывает соглашение на участие в программе, определяет проблемы и организует ведение случая, необходимость привлечения других специалистов или мотивирует на участие в группах самопомощи, которые проходят на базе организации.

Это первичный патронаж, просто определение потребностей. Зачастую клиенты сразу не идут на контакт — у них все хорошо, они молодые, никакой помощи не требуется. Но когда соцработник приходит во второй раз, они становятся более разговорчивыми, уже определяются проблемы. На вторичном визите оформляется карточка, подписывается договор. Первый визит ознакомительный, это как точечная разведка. Во время патронажа мы выявляем много новых клиентов, которые даже не слышали о нашей организации, хотя город и маленький. Бывает по-разному — иногда клиент не проявляет никакой заинтересованности, а родственникам это важно, так как они давно хотели что-то предпринять, просто не знали, куда обратиться. По средам у нас группы для созависимых. Приходит много людей — родители ведь хотят, чтобы их дети выздоровели.

Сергей, социальный работник

Случаи из практики

Визит к клиенту, который болен — болит спина, проблемы с позвоночником от потребления винта. Он плохо себя чувствует, но не идет на контакт, отвечает неохотно, визит патронажной команды ему явно неприятен. Но отец-пенсионер, который живет с сыном, очень заинтересован

в том, чтобы хоть как-то помочь сыну. Медсестра консультирует, какие медикаменты можно принимать, попутно выясняется, что те обезболивающие препараты, которые клиент сам себе назначает, ему противопоказаны, определяет, к какому врачу следует обращаться. Такого специалиста нет в наркологии, поэтому теперь очередь соцработника определить необходимость переадресации, рассказать, как и в чем может помочь организация. Клиент никогда не проходил тест на ВИЧ, поэтому и соцработник, и медсестра консультируют его по поводу теста, где можно его сделать. Большого интереса это не вызывает, но отец очень заинтересован. «Нужно что-то делать, все равно необходимо искать какие-то пути к спасению, — обращается он к соцработнику. — Раньше родители давали взятки, чтобы милиция не забрала, чтобы на учет не поставили, а сейчас я готов последние деньги отдать, чтобы сына забрали на лечение и спасли. Хорошо, что люди проявили заботу, сам бы я вряд ли что-то мог сделать». Постепенно налаживается и контакт с клиентом — соцработник, в прошлом тоже потребитель, находит общие темы. И команда уходит, оставив координаты врача, организации и договорившись о следующем визите. «Может, что-то и удастся сделать, — суммирует соцработник, уже выйдя из квартиры. — Если есть поддержка со стороны семьи, да и мы поможем, может, спасем парня... А ведь он бывший спортсмен, играл за местную футбольную команду, я его помню еще с тех времен. Загубил жизнь, но надо спасать...»

Организация «Світло надії» очень нам помогает. Ведь просто работая в наркодиспансере, я могла только направить клиента к нам. Но его интересуют не только наркологические проблемы — ему и на лечение надо, и юридическая помощь требуется, и по другим вопросам проконсультировать. Я много лет работаю, но сама раньше многого не знала. Как новая форма работы такой совместный патронаж очень важен, и очень хорошо, что вся деятельность прописана в договоре с наркологией. Самой медсестре тяжело ходить по квартирам — это ведь достаточно опасно, а так все-таки мужчина с тобой. Когда только начинали ходить, всякие истории были — и выгоняли нас, и на порог не пускали. Сейчас клиенты поспокойнее, даже если мы у них не были до этого — «цыганская почта» сработала, уже кто-то рассказал. И я очень изменилась — теперь могу и без Сергея (соцработника) выходить на маршрут — и рассказать все, и телефоны дать, и в организацию перенаправить. Такая деятельность очень полезна. Это новая форма работы. Ведь как было раньше? Приходили к пациенту и приглашали

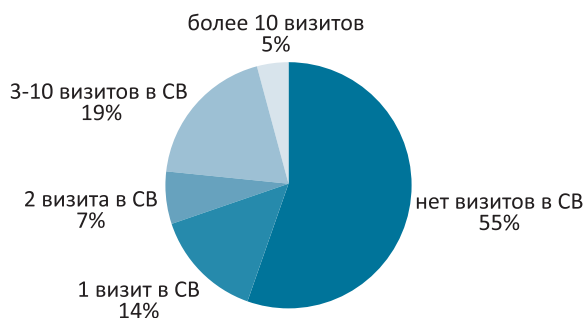
на прием к врачу. Что мы могли предложить? Сказать, чтобы не принимал наркотики, ходил к врачу, прошел курс лечения и тогда его снимут с учета... Теперь перед больным есть выбор — или ты лечишься, или идешь на реабилитацию, или на ЗТ, или употребляешь, но делаешь это безопасно, будучи клиентом Снижения Вреда.

Светлана, медсестра проекта

Сотрудничество соцработников и медицинских сестер в данном проекте является взаимовыгодным. Именно благодаря патронажу часто удается выйти на новых клиентов, которые не являлись раньше участниками программ Снижения Вреда. Как правило, это представители труднодоступных групп — молодежь, стимуляторщики, которых поставили на учет из-за привода в милицию или в медучреж-

дения. За 21 месяц внедрения проекта направлением было охвачено 337 человек, из них 229 (68%) ранее не были зарегистрированы как клиенты программ СВ, что дало организации существенное увеличение охвата. Хотя из них 55% потом не посещали организацию вне рамок патронажа, некоторое количество стало постоянными клиентами.

Визиты клиентов, зарегистрированных на Патронажной Службе в проект СВ



Однако даже такой небольшой процент говорит о возможности выхода на новые группы и новых клиентов. Сотрудники проекта вспоминают ситуации, когда приходилось оказывать серьезную помощь — как медицинскую, так и социальную. Одному из клиентов, привлеченных через патронаж, удалось присво-

ить группу инвалидности. Без помощи организации это было бы достаточно сложно.

Совместные выходы на патронаж помогают и медсестрам — не единичными были случаи, когда они не могли никак заставить того или другого пациента, а соцработники их знали по проекту СВ.

Почему мало клиентов обратилось в организацию? Пришло в проект около четверти из тех, кого привлекли через патронаж. Это неплохая цифра. Остальные не пришли не потому, что не захотели. Часто это лежачие больные, которые редко выходят из дому. Проект не решает непосредственно проблемы лечения — медсестра может перевязать рану, посоветовать, куда обратиться, но если есть потребность в дальнейшем лечении или социальном сопровождении — это уже задача соцработника. Первичный патронаж определяет потребности — если нужно что-то большее, тогда формируется запрос, ведется кейс клиента. Но он уже по-другому относится и к нам, как организации, и к медсестре, и медицине вообще — понимает, что его никто не будет перевоспитывать, а просто хотят помочь. Это очень важно. Еще немаловажно, что у нас заключен договор с наркологией. Теперь Снижение Вреда — прямая обязанность медсестры, даже если проекты прекратят работу. Но работать еще нужно, важна интеграция идеи Снижения Вреда в государственную наркологическую службу. И важно, чтобы это работало постоянно. Разовые выходы — нерегулярная помощь. Конечно, это стоит денег, но необходимо работать в этом направлении. Наркология тоже нуждается в реконструкции. Патронажная бригада может решить много вопросов, и в такой форме, как мы ее внедряем, — это состыковка интересов наркологии с интересами НПО. Тот патронаж, который существовал в наркологии, устарел, он не решал проблем клиента — кроме консультаций по химической зависимости не мог ничего предложить. Но этот пробел может восполнить программа Снижения Вреда. А сама медицинская сестра способна оказать минимальные услуги, что делает услугу качественнее. Важно найти юридические основания — наркология может выделить медсестру, проект СВ — соцработника и раздаточные материалы. Но нужно прописать так, чтобы это работало и после завершения проектов.

Олег, социальный работник организации

Плюсы и минусы

Преимущества проекта:

- Организация может привлечь новых клиентов в проекты Снижения Вреда. Как правило, на учет в наркологию в последнее время становятся молодые люди, которых определяют по обращению из медучреждений, милиции — потребители стимуляторов, других психоактивных веществ — те, кто относится к достаточно закрытым группам и на кого сложно выйти путем традиционного аутрич.
- При посещении на дому в сопровождении медработника повышается доверие к сотруднику НПО, что особенно важно на первых этапах налаживания контакта.
- Часто бывают ситуации, что сам клиент и не заинтересован в услугах СВ, но это интересуется его родителей, близких — они могут получить контактную информацию проекта СВ, помощь в устройстве клиента на лечение, а также поучаствовать в группах созависимых и т.п.

- Бывают ситуации, когда сотрудничество взаимовыгодно — если медсестра не смогла найти клиента, а соцработник знает о нем (работая в условиях небольшого города).

Проблемы:

- Сложно заставить клиента дома — как правило, патронаж проводится утром (с 8.00 до 11.00 или вечером, когда более реально заставить клиентов или их родственников).
- Трудно попасть в квартиру — на двери большинства подъездов коды, многие квартиры, где проживают потребители наркотиков, не подключены к этой системе, приходится звонить соседям, ждать, пока кто-то откроет дверь. На это уходит много времени.
- Высок риск неблагоприятных ситуаций — патронажная команда идет в незнакомую квартиру, могут быть и случаи неадекватной реакции. Однако пока таких неприятных ситуаций на маршрутах не было.

3.4. Уроки и перспектива

Уже сейчас сотрудники проекта могут с гордостью сказать, что стратегия сработала. Во-первых, работа такой службы дает доступ к большой клиентской базе (все люди, которые находятся на учете в наркодиспансере), то есть существует возможность выхода на труднодоступные для традиционной аутич-работы группы (например, молодежь, которая самостоятельно редко идет в проекты СВ, но состоит на учете, если они попадают в больницу или задержаны милицией). Во-вторых, такая деятельность является актуальной и пользуется спросом — клиенты быстрее идут на контакт с врачом и медицинской сестрой, когда приходят вместе с социальным работником, которому традиционно больше доверяют. В-третьих, весьма положительным фактором является мобильность проекта — услуги предоставляются как на базе поликлиники (диспансера), так и на дому клиента.

Следует отметить, что работа с патронажной службой является

одним из необходимых шагов для обеспечения жизнедеятельности проектов Снижения Вреда в будущем, так как это мощный ресурс для предоставления качественных услуг ПИН и выхода на труднодоступные группы даже после завершения финансирования. Кроме того, благодаря работе службы можно выходить на такую целевую группу, как ПИН, которые самостоятельно прекратили систематическое употребление наркотических веществ и перешли на алкоголь, но при этом эпизодически употребляют наркотики. Такие клиенты часто отказываются обращаться в проекты СВ, поскольку считают, что они уже не потребители. Эту группу можно смело назвать группой риска в плане передозировок — ведь часто это случается именно после длительного перерыва в употреблении. Поэтому в перспективе желательно проведение информационной работы с данной категорией клиентов, а также закупка и распространение среди них Налоксона.

Следующие шаги

Следующим шагом в деятельности организации была презентация опыта работы коллегам из других НПО и представителям МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» на ежегодной рабочей встрече грантеров Альянса, где обсуждались возможности внедрения подобной практики в других городах Украины. Сотрудниками организации был разработан типовой проект «Введение компонентов программы Снижения Вреда в практику оказания наркологической помощи». С 2011 года Полтавским межрегиональным ресурсным центром, который действует на базе БФ «Общественное здоровье», введен учебный модуль «Интеграция основ Снижения Вреда в деятельность наркологической службы». Опыт Полтавы успешно начала внедрять Сумская организация «Клуб Шанс».

Выводы

Главный вывод внедрения проекта совместной работы патронажных медсестер наркодиспансера и социальных работников общественной организации состоит в том, что, несмотря на общую «кризисную» ситуацию в медицинской отрасли, наркологическая служба способна изменяться в соответствии с потребностями пациентов (хотя бы на региональном уровне). Для этого нужны, во-первых, прагматичная позиция и профессиональное видение ситуации (осознание «собственной выгоды» от программы) со стороны руководителя службы, во-вторых, наличие в регионе инициативной НПО, способной работать в партнерстве с медиками. Однако результативная деятельность по данному проекту невозможна без серьезного предварительного адвокационного компонента, а также хорошо налаженных связей с медицинскими учреждениями региона.

Сравнительный анализ предложенных моделей

Предложенные модели, несмотря на похожую идеологию — приближение медицинских услуг к потребителям инъекционных наркотиков, имеют разные подходы и схемы реализации.

Каждый из примеров имеет положительные стороны и ограничения. Проанализировав особенности обеих моделей, вы сможете сделать выбор в пользу того или иного метода работы, который наиболее отвечает требованиям вашего региона.

	«Медицинские сестры в проектах Снижения Вреда»	«Патронажные медсестры»
<i>Цель</i>	Улучшение здоровья ПИН путем привлечения медицинских сестер к работе по оказанию первичной доврачебной помощи в условиях аутрич	Интеграция элементов СВ в общую систему наркологической помощи путем внедрения программы в практику патронажной службы наркологического диспансера
<i>Особенности привлечения медсестер</i>	Основное место работы медсестры — любое ЛПУ. Медсестра является частным лицом, социальным работником, проводящим медицинские манипуляции. Привлекается в проект в свободное от основной работы время	Привлекаются медицинские сестры наркологического диспансера. Медсестра является представителем ЛПУ. Привлекается к сотрудничеству с проектами в рабочее время, выполняя свои функциональные обязанности патронажа пациентов
<i>Предварительный этап</i>	Требует согласования с ЛПУ о предоставлении медицинских услуг клиентам проекта: подписание договоров о совместной деятельности, определение специалистов для переадресации клиентов	Требует адвокативной деятельности по внедрению компонента СВ в практику патронажной службы: внесение изменений в Положение о наркологическом диспансерном отделении;

	«Медицинские сестры в проектах Снижения Вреда»	«Патронажные медсестры»
		«Должностную инструкцию участкового врача-нарколога наркологического диспансерного отделения»; «Должностную инструкцию участковой медицинской сестры наркологического диспансерного отделения»
<i>Медицинские препараты</i>	Предоставляются проектом	Предоставляются частично проектом, частично наркодиспансером
<i>Место предоставления услуг</i>	Аутрич-маршрут, мобильная амбулатория, стационарный ПОШ, на дому	Мобильная амбулатория, на дому
<i>Клиенты</i>	Постоянные клиенты проекта, которые приходят на аутрич-маршруты	Пациенты, состоящие на учете в наркодиспансере, становятся новыми клиентами проекта
<i>Выход на новую целевую группу</i>	Не дает, так как услуга направлена на постоянных клиентов проекта	Дает возможность, так как не все пациенты, состоящие на учете в наркодиспансере, являются клиентами проектов СВ
<i>Обучение медсестер</i>	Требуется предварительный 3-дневный тренинг	Включается в программу курсов повышения квалификации
<i>Переадресация</i>	В ЛПУ	В другие услуги проекта СВ

Приложения

Приложение 1.

Литература, использованная при написании Раздела 1

- Baker D. (1989). *Street Health Nursing Philosophy*. Unpublished paper, Toronto, Canada.
- Buswell-Robinson Ch. & Anderson E. (2002). Street Nursing. *American Journal of Nursing*, 102 (1), 73, 75, 77.
- Carrière G. (2008). Linking Women to Health and Wellness: Street Outreach Takes A Population Health Approach. *International Journal of Drug Policy*, 19 (3), 205-10. Epub 2008 May 12.
- Durham L. & Hancock H. (2006). Critical Care Outreach 1: An Exploration of Fundamental Philosophy and Underpinning Knowledge. *Nursing in Critical Care*, 11 (5), 239-247.
- Hagedorn S. & Ekegren K. (2002) Caring for Street Youth: A Nursing Challenge. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 7 (1), 34–37.
- Hardill K. (2006). From the Grey Nuns to the Streets: A Critical History of Outreach Nursing in Canada. *Public Health Nursing*, 24 (1), 91–97.
- Hilton B., Thompson R., Moore-Dempsey L.,. (2001). Urban Outpost Nursing: The Nature of the Nurses' Work in the AIDS Prevention Street Nurse Program. *Public Health Nursing*, 18 (4), 273–280.
- Hayter M. (2005). Hutchinson K Reaching Marginalized Young People Through Sexual Health Nursing Outreach Clinics: Evaluating Service Use and the Views of Service Users. *Public Health Nursing*, 22 (4), 339–346.
- Pauly B., Goldstone I., McCall J., Gold F., Payne S. (2007). The Ethical, Legal and Social Context of Harm Reduction, *Canadian Nurse*, 103 (8), 19–23.
- Ruiterman T. & Biette G. (1973). Street Nurses in Blue Jeans. *Canadian Nurse*, 69 (1), 34–37.
- Shortt S., Hwang S., Stuart H., Bedore M., Zurba N. & Darling M. (2008). Delivering Primary Care to Homeless Persons: A Policy Analysis Approach to Evaluating the Options. *Healthcare Policy*, 4 (1), 108–122.
- Tuazon N. (2010). Community Outreach: Moving Beyond Hospital Walls. *Nursing Management*, 41 (5), 32–36.
- А также статьи в открытом доступе из <http://www.harmreductionjournal.com/>

Приложение 2.

Что необходимо для внедрения компонентов Снижения Вреда в работу патронажной службы наркодиспансера

Введение

В настоящее время употребление наркотических веществ стало важной медицинской, социальной и психологической проблемой. Количество потребителей наркотиков в нашей стране находится на постоянном значительном уровне. Лица, употребляющие наркотики внутривенно, составляют значительное количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИД. Внутривенный путь введения также способствует распространению вирусных гепатитов.

Чрезвычайно быстрое распространение ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков обычно связывают со следующими факторами:

- отсутствие знаний о ВИЧ и СПИД среди потребителей наркотиков;
- нехватка стерильных инструментов для инъекций;
- наличие социальных механизмов быстрого и активного распространения инфекции среди потребителей наркотиков.

Необходимость новых подходов к проблеме наркомании очевидна. Традиционный для нашей страны взгляд на наркоманию как на серьезную болезнь, требующую обязательного лечения, безусловно, обоснован. Однако бесспорно и то, что существует значительная часть потребителей наркотиков, которые по собственному желанию вряд ли когда-нибудь обратятся за медицинской помощью. Также существуют те, кто, несмотря на пройденное лечение, возобновил употребление наркотиков. Эти люди оказываются вне сферы влияния любых медицинских служб. Именно они и представляют собой группу наибольшего риска как в отношении заболеваний, передающихся через совместное использование шприцев и игл, так и совершении противоправных действий, связанных с употреблением наркотиков, особенно в плане привлечения новых потребителей, что способствует дальнейшему развитию наркомании.

Одним из пока «нетрадиционных» подходов к проблеме употребления наркотиков, направленных на снижение опасности, которую она несет в себе, является внедрение рядом неправительственных организаций пилотных проектов по внедрению элементов программы Снижения Вреда в практику существующей наркологической службы.

Цель

Интеграция элементов Снижения Вреда в общую систему наркологической помощи путем внедрения программы в практику патронажной службы наркологического диспансера.

Задачи

Задача 1.

Расширение спектра услуг наркологической службы путем внедрения компонентов Снижения Вреда в работу стационарных отделений наркологического диспансера и сайтов ЗПТ в пределах области.

Для разработки протокола создается рабочая группа во главе с главным врачом диспансера, в состав которой входят два врача-нарколога, два эксперта от НПО и два волонтера/социальные работники из числа ПИН.

Рабочая группа выполняет следующие задачи:

1. Разработка и утверждение изменений и дополнений в положение о стационарном отделении и патронажной службе наркологического диспансера.
2. Разработка и утверждение соответствующих изменений и дополнений в должностные инструкции медперсонала (участковый врач-нарколог, патронажная медсестра).
3. Разработка программы обучения медперсонала согласно концепции Снижения Вреда.

Программа обучения имеет целью ознакомить медперсонал со следующими темами:

- Стратегия Снижения Вреда как фактор эффективного ответа на эпидемию ВИЧ/СПИД.
- Риски передозировки после рецидива и возвращение к употреблению наркотиков.
- Профилактика передозировок.
- Особенности консультирования пациентов по профилактике передозировки.
- Мультидисциплинарный подход в решении проблем ПИН.
- Модели социального сопровождения.
- Работа с ближайшим окружением.

В ходе обучения планируется провести один семинар (6 часов) для главных врачей и заведующих отделениями, а также два семинара-тренинга (2 дня по 8 часов) — для районных врачей-наркологов (желательно включить этот пункт в программу переподготовки медперсонала наркологической службы на следующий год).

Задача 2.

Введение элементов Снижения Вреда в практику работы патронажной службы областного наркологического диспансера. Предоставление услуг не менее 100 клиентам.

Учитывая тот факт, что существующая на сегодня система патронажной службы создавалась в первую очередь для диспансерно-динамического наблюдения за пациентами, мониторинга их состояния здоровья и формирования мотивации к лечению, необходимо расширить спектр этих задач, добавив следующие:

- улучшение информированности пациентов о факторах риска для здоровья;
- содействие изменениям, позволяющим пациенту избежать рискованного поведения;
- закрепление позитивных изменений в поведении пациентов.

Конечной целью проекта должна быть обновленная, с точки зрения функциональных обязанностей, патронажная служба с расширенными функциями, которая ориентирует свою работу не только на полный отказ от употребления наркотических веществ, но и признает тот факт, что есть люди, которые еще не готовы прекратить их употребление и требуют соответствующих услуг.

Такой подход создает ряд преимуществ: во-первых, работа такой службы обеспечивает доступ к большой клиентской базе (все люди, которые находятся на учете), таким образом можно выходить на любые группы (женщины, мужчины, молодежь, употребляющие «винт», «ширку» и пр.); во-вторых, такая деятельность является актуальной и пользуется спросом (клиенты быстрее идут на контакт с врачом и медицинской сестрой, если они приходят вместе с социальным работником), клиенты нуждаются в предлагаемых нами услугах; в-третьих, мобильность — услуги оказывают как на базе поликлиники диспансера, так и непосредственно по месту жительства клиента.

Услуги будут предоставляться на базе поликлиники наркологического диспансера с понедельника по пятницу с 8:00 до 18:00; патронажная служба будет осуществлять от 20 до 30 выездов в неделю.

Перечень услуг:

- *Выдача наборов Снижения Вреда* (шприцы, презервативы, салфетки). Каждому клиенту будет предоставлено пять шприцов, пять салфеток и 10 презервативов, а также, как дополнительный мотивационный фактор, — медикаменты (мази троксивазин, левомеколь, спасатель, стрептоцидовая мазь, витамины, бинт, аспирин и т.д., исходя из возможностей проекта Снижения Вреда).
- *Предоставление информационных материалов*. Все клиенты получают информацию об организациях социальной направленности и услугах в городе и другие информационные материалы.
- *Консультационные услуги*. Клиентов будут консультировать по вопросам безопасного употребления наркотиков, личной гигиены, путей передачи ВИЧ, услуг в городе, о работе групп самопомощи, услугах и необходимости прохождения ДКТ, профилактики передозировок.
- *Сопровождение — вторичный обмен*. Сопровождение клиентов в медицинские учреждения, в том числе стационарные отделения, государственные организации и социальные службы, а также в соответствующие НПО (по необходимости клиента). В случаях «вторичного обмена» сопровождается «варщик» или владелец помещения, проводящие вторичный обмен. Социальный работник должен контактировать (не реже одного раза в месяц) со всеми клиентами, получающими услуги по этому направлению. В случае отсутствия такой возможности социальный работник выдает «стандартный пакет услуг» «варщику». Вся деятельность фиксируется в ведомостях, журналах переадресации и консультаций (ежедневно).
- *Переадресация*. Если возникает потребность в услугах, которые выходят за пределы компетенции работника или не входят в стандартный набор общих услуг ПОШ, социальный работник обеспечивает переадресацию клиента (договаривается со службой, куда переадресовать такого клиента) и делает соответствующую запись в журнале переадресации. Контроль за результатом переадресации является обязательным компонентом социального сопровождения.

Переадресация клиентов может также осуществляться в пределах программной деятельности организации: на ПОШ, ГЦ, группы самопомощи,

тренинги для ПИН, консультации специалистов, а также другие виды услуг и организации.

- *ДКТ на ВИЧ, диагностика и лечение ИППП.* Все клиенты будут мотивироваться для прохождения ДКТ, им предоставляется информация о расписании и месте осуществления ДКТ на ВИЧ, диагностики и лечения ИППП. Экспресс-тестирование на ИППП/ВИЧ/гепатит осуществляется медицинской сестрой, врачом по направлению работника проекта Снижения Вреда. Вся деятельность фиксируется в ведомостях, журналах переадресации и консультаций (ежедневно).
- *Патронажные посещения.* В работе патронажной службы (первичный патронаж) задействованы врач-нарколог, медицинская сестра, акушер-гинеколог, социальный работник. При первичном посещении клиенту предоставляется «стандартный пакет» и подписывается соглашение (при его согласии) на участие в мероприятиях программы. После чего социальный работник, подписавший соглашение, передает информацию социальным работникам, работающим на ПОШ, которые теперь должны сопровождать такого клиента. Обязательным компонентом программы должен стать патронаж социальными работниками клиентов с открытой формой ТБ, находящихся в стационарных отделениях, где им оказывается стандартный пакет услуг.
- *Организация и проведение досуга.* Проведение совместных мероприятий с клиентами (дни рождения, отдых на природе, занятия спортом). Проводится работниками проекта Снижения Вреда с целью психологической разгрузки и поддержки клиентов.

Кроме того, клиент программы имеет возможность получить следующие виды услуг:

- **Медицинские:**
 - ✓ назначение лечения;
 - ✓ назначение обследования;
 - ✓ профилактика сопутствующих заболеваний;
 - ✓ тестирование на ВИЧ/ИППП (ДКТ).
- **Социально-экономические:**
 - ✓ оказание помощи в оформлении группы инвалидности, субсидий и получении материальной помощи;

- ✓ предоставление гуманитарной помощи;
- ✓ мотивирование и содействие в трудоустройстве.
- Информационные:
 - ✓ консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на получение социальных услуг в государственных, муниципальных и негосударственных учреждениях;
 - ✓ оказание помощи в оформлении документов для трудоустройства, получении паспорта и других документов, имеющих юридическое значение.
- Юридические:
 - ✓ предоставление информации, необходимой для преодоления сложных жизненных обстоятельств (проведение индивидуальных или групповых консультаций);
 - ✓ предоставление информации профилактического содержания о ВИЧ/ СПИД, ИППП, туберкулезе, гепатите и других вредных последствиях злоупотребления ПАВ и т.д. (проведение индивидуальных или групповых консультаций);
 - ✓ предоставление клиентам необходимой информации о возможности получения необходимой помощи в других учреждениях и партнерских организациях (проведение индивидуальных или групповых консультаций).

Персонал проекта

Работу по внедрению программ Снижения Вреда среди инъекционных потребителей наркотиков (из числа пациентов, в том числе патронажной службы) осуществляют члены мультидисциплинарной команды (МДК).

Состав МДК:

- медицинские работники диспансера (участковый врач-нарколог, участковая медицинская сестра/фельдшер);
- социальные работники и консультанты (из числа работников НПО).

Участковый врач-нарколог осуществляет оказание наркологической помощи согласно своих должностных полномочий в соответствии со стандартами наркологической помощи и внедряет следующие элементы программ Снижения Вреда:

- информирование, профилактика заражения ВИЧ, гепатитом, туберкулезом;
- консультирование и тестирование на ВИЧ/СПИД;
- профилактика передозировок;
- профилактика и лечение абсцессов, флебитов;
- информирование о социальных и медицинских услугах на территории района обслуживания;
- назначение реабилитационных мероприятий, детоксикации или сопровождающего лечения при тяжелом состоянии.

Участковая медицинская сестра осуществляет предоставление медицинской помощи согласно своих должностных полномочий в соответствии со стандартами наркологической помощи и внедряет следующие элементы программ снижения вреда:

- информирование, профилактика заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом;
- информирование о правильной, безопасной технике инъекций и профилактике заражений (абсцесс, флегмоны, бляшки, трофические язвы, сепсис);
- информирование о правильном использовании и утилизации шприцов;
- профилактика, уход за абсцессами;
- обучение навыкам первой неотложной помощи в случае передозировки;
- информирование о социальных и медицинских услугах на территории района обслуживания.

«Необычность» нового подхода состоит в том, что медицинская сестра при посещении пациента на дому, а также во время приема в поликлинике кроме «обычных» услуг предоставляет минимальный пакет программ Снижения Вреда (шприцы, презервативы, спиртовые салфетки, ИВС), а также проводит консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД. Участковой медсестре предостав-

ляются соответствующие инструкции по учету предоставленных услуг клиентам согласно стандартов, принятых Международным Альянсом, контроль за выполнением деятельности возлагается на руководителя проекта.

При осуществлении патронажа вся информация заносится в учетную документацию в соответствии со стандартами Международного Альянса по ведению отчетной документации программ Снижения Вреда.

