

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический
диспансер»
ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со
СПИД и другими инфекционными заболеваниями»
АНО «Бюро по проблемам наркомании»



ПАРТНЁРСКАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ, ОСВОБОДИВШИХСЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

(практический опыт реализации на примере
г. Оренбурга и Оренбургской области)



УДК 613
ББК 51.1 (2Рос), 592
К26

Авторский коллектив: А.В. Карпец, С.В. Пхиденко, О.В. Маринец

«Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским Советом ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Рецензенты:

Аверьянов В.Н., д.м.н., профессор, первый заместитель министра - директор Департамента здравоохранения Минздравсоцразвития Оренбургской области;

Вяльцин С.В., к.м.н., главный врач ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

К Карпец А.В.

Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из мест лишения свободы: практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской области. / А.В. Карпец, С.В. Пхиденко, О.В. Маринец - Оренбург, Типография «Союз», 2010 г. — 126 с.

ISBN 978-5-903987-07-8

Предлагаемая региональная модель медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных лиц, освободившихся из мест лишения свободы, является результатом колективных усилий государственных и общественных организаций, осуществлявших трехлетний проект в Оренбурге и Оренбургской области. Данное издание рекомендуется для использования в повседневной служебной и профессиональной деятельности сотрудников пенитенциарных учреждений (медицинского персонала, психологов, воспитателей), организаторов здравоохранения, врачей центров СПИД и наркологических клиник, «равных» консультантов, специалистов по социальной работе, аутрич-работников и других сотрудников программ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции среди инъекционных потребителей наркотиков и работающих с осужденными и лицами, освободившимися из мест лишения свободы. Публикация подготовлена к изданию в рамках проекта Представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации «Поддержка программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании».

Издание этого руководства стало возможным благодаря поддержке Американского народа, оказанной через Агентство США по Международному Развитию (AMP США) в рамках программы Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИДом (PEPFAR). Ответственность за содержание несет АНО «Бюро по проблемам наркомании» и мнение авторов, выраженное в данном издании, может не совпадать с мнением AMP США или правительства США и Управления по наркотикам и преступности ООН.



RUSSIA



UNODC

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности

ISBN 978-5-903987-07-8

© А.В. Карпец, С.В. Пхиденко, О.В. Маринец
Дизайн, верстка, печать - ООО «Типография Союз», 2010
Тираж - 300 экз.



Вашему вниманию предлагается методическая разработка в области медицинского и социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из заключения. Эта работа — плод коллективных усилий различных государственных и общественных организаций, осуществлявших в течение 3-х лет проект по организации и развитию так называемого Социального бюро для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы.

Цель настоящей работы — описание региональной межсекторной модели медико-социального сопровождения лиц, освободившихся из мест лишения свободы (включая потребителей инъекционных наркотиков и лиц, живущих с ВИЧ).

В настоящей публикации содержится подборка материалов, необходимая для организации на муниципальном или региональном уровне службы медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые освободились из мест лишения свободы. Материалы предназначены для управленческих работников, специалистов в области здравоохранения и социальной помощи лицам, находящимся в местах лишения свободы и освобождающимся из них. Практическая необходимость внедрения системы медико-социального сопровождения осужденных, освобождающихся из тюрем, назрела давно. Эта система представляет собой межведомственную структуру, объединяющую Федеральную службу исполнения наказаний, органы здравоохранения и социального обеспечения, а также некоммерческие организации, предоставляющие разнообразные услуги осужденным после освобождения. В работе описывается практический опыт организации, координации, реализации, институциализации и оценки эффективности службы медико-социального бюро для освободившихся осужденных, включая потребителей инъекционных наркотиков и лиц, живущих с ВИЧ. Рассматриваются основные этапы междисциплинарной программы социального сопровождения командой специалистов, реализованные в Оренбургской области на основе клиент-центрированного подхода и метода индивидуального ведения случая (кейс-менеджмента). Опыт данной работы будет полезен не только медицинским работникам, психологам и специалистам социальных служб, но и менеджерам государственного и муниципального управления, а также сотрудникам общественных организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере оказания услуг для уязвимых групп населения.



Авторы разработки выражают искреннюю благодарность:

всем руководителям и специалистам, принимавшим активное участие в реализации проекта, и лично А.П. Тарнавскому, Р.Ш. Юсуфову, С.А. Гаврилину, А.А. Аникееву, А.В. Большакову, Н.А. Прошкину, В.В. Карпецу, В.Е. Герасимову, Г.А. Зебзеевой, С.А. Золотухиной, Н.Г. Ушаковой, К.П. Коваленко, В.П. Банникову, О.Р. Гизатуллиной, С.В. Вяльцину, Л.П. Брагировой, И.В. Тумасян, Т.В. Румянцевой, Д. С. Чеснокову, А.В. Бурлаку, Н.Р. Михайловой, А.Ф. Красникову, Е. В. Шастиной, Р.Ю. Митюкову, И.А. Верещак, Т.А. Колбиной, В.А. Зацепиной, Т.И. Норову, А.А. Кубатаеву;

сотрудникам организаций, на базе которых осуществлялся проект;

сотрудникам организаций, принимающим участие в реализации проекта и подготовке данной печатной работы: Представительство Управления по наркотикам и преступности ООН в РФ, УФСИН по Оренбургской области, ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», АНО «Бюро по проблемам наркомании», АНО «Новая жизнь», АНО «Гражданская воля», БФ «Равновесие-Оренбург», БФ «Позитивная инициатива»;

руководству УФСИН по Оренбургской области за административную поддержку и ценные рекомендации;

научным рецензентам проф. В.Н. Аверьянову и к.м.н. С.В. Вяльцину, а также начальнику медицинского отдела УФСИН по Оренбургской области А.А. Аникееву за неформальную оценку работы и важные замечания;

проректору по научной и инновационной работе ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» проф. Н.П. Сетко за поддержку и рекомендации.



Содержание

Список сокращений	6
Введение Проблема медико-социальной адаптации лиц, отбывающих наказания и освобождающихся из мест лишения свободы в свете реформирования уголовно-исполнительной системы (Р.Ш. Юсуфов)	7
Постановка проблемы (А.В. Карпец)	13
Эпидемиологические предпосылки проекта	16
Описание целевой группы проекта	
Проблемные области целевой группы осужденных на различных этапах сопровождения	20
Партнёрская (межсекторная) модель медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы (А.В. Карпец)	22
Общие подходы к разрешению проблем клиентов на разных этапах сопровождения	23
Создание партнёрства и планирование деятельности модели	24
Координация функционирования модели и взаимодействие партнёров	25
Технология междисциплинарного ведения случая (А.В. Карпец)	28
Описание этапов координированного ведения случая (А.В. Карпец, О.В. Маринец)	33
Особенности взаимодействия медико-социальных служб на этапе подготовки осужденных к освобождению (Н.А. Прошкин, С.В. Пхиденко, Н.Р. Михайлова, А.В. Карпец)	41
Подходы к образованию сотрудников проекта (С. В. Пхиденко)	46
Штатное расписание и функциональные обязанности персонала (А.В. Карпец)	50
Основные практические результаты функционирования модели в Оренбурге и Оренбургской области (А.В. Карпец)	51
Особенности оказания медико-социальной помощи освободившимся женщинам	54
(О. В. Маринец)	
Описание целевой группы проекта	55
Доступ к услугам проекта («точка входа в проект»)	55
Штат сотрудников, работающих с освободившимися женщинами	56
Активное социальное сопровождение	58
«Равное» консультирование	59
Группы взаимопомощи	61
Телефонное консультирование	62
Психологическая помощь	63
Формирование круга родственной поддержки	64
Результаты работы	64
Показательное координированное ведение случая сопровождения женщины	65
Координированное ведение случая сопровождения	65
Формы отчетности и документации (А.В. Карпец)	79
Мониторинг и оценка эффективности модели (С.В. Пхиденко, А. Кубатаев)	79
Перечень основных индикаторов оценки деятельности организаций, предоставляющих услуги	80
Оценка эффективности модели	82
Результаты анализа оценки удовлетворённости клиентов Медико-Социального бюро качеством предоставляемых услуг по медико-социальному сопровождению	89
Метод исследования	89
Характеристика выборки клиентов проекта для интервьюирования	90
Ограничения исследования	100
Влияние модели на развитие системы оказания медико-социальной помощи бывшим осужденным и практические выводы проекта (А.В. Карпец)	
Трудности и алгоритмы их преодоления (А.В. Карпец, С.В. Пхиденко)	103
Список использованной литературы и электронных источников	108
Приложения	111



Список сокращений

АРВТ — антиретровирусная терапия

ЛЖВС — лицо, живущее с ВИЧ-инфекцией или СПИДом

МиО — мониторинг и оценка

МЛС — места лишения свободы (исправительные колонии, СИЗО)

МСБ — медико-социальное бюро (социальное бюро)

НКО — некоммерческие (общественные) организации

ПИН — потребитель инъекционных наркотиков

ППМР — перинатальная профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

СИЗО — следственный изолятор

СМСС — специалист по медико-социальному сопровождению

УДО — условно-досрочное освобождение

УИС — уголовно-исполнительная система

УФСИН — Управление Федеральной службы исполнения наказаний

ФСИН — Федеральная служба исполнения наказаний



Введение

Проблема медико-социальной адаптации лиц, отбывающих наказания и освобождающихся из мест лишения свободы в свете реформирования уголовно-исполнительной системы

Противодействие распространению ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений деятельности российского здравоохранения. Инфекционный и социальный характер этого заболевания требует особых организационных подходов. Наиболее интенсивно в последние годы ВИЧ-инфекция распространялась в России среди потребителей инъекционных наркотиков. Эта группа чаще, чем население в целом, совершает преступления и попадает в места лишения свободы.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в тюрьмах, особенно в сочетании с наркозависимостью, проявляется острее и носит более интенсивный характер, чем в гражданском обществе, и поэтому требует решительного вмешательства. В местах заключения находятся около 11% всех учтённых в стране ВИЧ-инфицированных. Согласно официальным данным Министерства Юстиции Российской Федерации на конец 1-го полугодия 2009 г. в исправительных учреждениях и следственных изоляторах УИС содержалось около 54 000 ВИЧ-инфицированных, что составляет 6% от общего числа лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы. Наркозависимые осужденные с подтвержденным диагнозом составляют 6,7%; больные активной формой туберкулеза - 4,8%; инфицированные гепатитами В, С – 4,5%; страдающие психическими расстройствами - 8,1%.

Ежегодно в учреждения УИС России поступают порядка 7 тыс. ВИЧ-инфицированных лиц, у многих из которых ВИЧ-инфекция не была выявлена на свободе. Фактически, следственные изоляторы и исправительные учреждения УИС России выполняют несвойственную им функцию своеобразных «фильтров», выявляя социально-значимые заболевания у тех граждан, которые до поступления в места лишения свободы даже не подозревали о своем заболевании и в медицинские учреждения не обращались¹.

С позиции сегодняшнего дня особенно важно обратить внимание на отдельную группу осужденных – ВИЧ-инфицированных и страдающих зависимостью к наркотикам (в 90% данная патология сочетается). Во-первых, эта группа составляет немалую долю от всего контингента отбывающих срок и освобождающихся. Во-вторых, ВИЧ-инфицированные и больные наркоманией имеют высокий риск усугубления симптомов заболевания и требуют постоянного медицинского мониторинга как при любом хроническом заболевании. В-третьих, социальная значимость обоих заболеваний и высокие экономические затраты на их лечение обуславливают актуальность работы по поддержанию приверженности к медицинским и социальным программам, обеспечивающим стойкую ремиссию при данных видах патологии.

Актуальность проблем оказания полипрофессиональной помощи наркозависимым ВИЧ-инфицированным осужденным, отбывающим наказание в местах лишения свободы, обусловлена особенностью контингента, содержащегося в местах лишения свободы, характеризующегося индивидуально-психологическими свойствами, способствующими распространению ВИЧ-инфекции и затрудняющими проведение психологической коррекции и лечебно-профилактических мероприятий (психическими аномалиями, алкоголизмом, наркоманией, асоциальными морально-нравственными установками, низкой адаптационной способностью к жизни в социуме и т.д.)².

¹ Кузнецова А.С., Беляева В.В. Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе / Методическое руководство. – М.: 2006, 32 с.

² Мокрецов А.И., Новиков В.В., НИИ ФСИН России, 2006



Для того чтобы защитить здоровье населения в целом, в местах лишения свободы должны быть доступны такие же меры профилактики и лечения наркомании и ВИЧ/СПИДа, как и на свободе.

Большинство осужденных находятся в исправительных учреждениях недолгое время, после чего возвращаются к месту своего жительства, в свои микросоциальные сообщества. Ежегодно из мест лишения свободы освобождается в среднем около трехсот тысяч осужденных (например, в 2008 году освободилось 267222 человека), при этом более 30 % из них совершают повторные преступления. Существует прямая взаимосвязь между рецидивной преступностью и мерами социальной реабилитации³.

Повторные преступления в основном совершают лица, освобожденные из мест лишения свободы, оказавшиеся в «трудной жизненной ситуации» (неустроенные в бытовом и трудовом плане, страдающие социально значимыми заболеваниями, не имеющие паспорта, потерявшие социально полезные связи с семьей и родственниками). Понятие «трудной жизненной ситуации» закреплено в п. 4 статье 3 Федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»⁴. Трудная жизненная ситуация - это ситуация, объективно нарушающая жизнедеятельность человека (в том числе, лиц, освобожденных из исправительных учреждений), которую он не может преодолеть самостоятельно.

Согласно статье 1 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации целями уголовно-исполнительного законодательства являются исправление осужденных и предупреждение преступлений. Оказание осужденным помощи в социальной адаптации предусмотрено в качестве одной из основных задач уголовно-исполнительного законодательства (часть 2 статьи 1 УИК РФ). Главой 22 УИК РФ предусмотрено оказание исправительными учреждениями помощи освобождаемым от отбывания наказания.

В Российской Федерации вопросы оказания социальной помощи правонарушителям, решаемые службами probation, относятся к компетенции различных органов исполнительной власти, в том числе Министра России, органов местного самоуправления, учреждений здравоохранения, органов занятости и общественных организаций. Социальная реабилитация освободившихся осужденных направлена на предупреждение дальнейших преступлений и должна осуществляться путем оказания содействия осужденному в приобретении профессиональных навыков и получения образования, привлечения к трудовой и иной полезной деятельности, выработке жизненно важных умений, расширении социальных связей и позитивного социального опыта, повышении уровня социальной, психологической и медицинской адаптации, духовного развития личности⁵.

Одна из самых трудных задач, стоящих перед заинтересованными государственными службами — подготовить осуждённых, выходящих на свободу, к отказу от употребления наркотиков и повторного совершения преступления. В интересах всей исправительной системы и общества предоставить в этот переходный период лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, полноценную помощь и поддержку, которая обеспечила бы успешное возвращение к жизни на свободе. Немаловажную роль в адаптации бывшего заключённого играет эффективное лечение наркозависимости, специализированные медицинские услуги, доступность АРВТ при ВИЧ-инфекции, социальные и юридические услуги, поиск работы и профессиональное обучение, помочь в предоставлении жилья, психологическая помощь и др.

³ Из проекта предложений ФСИН России и Минюста России в Федеральное Собрание РФ о создании и организации деятельности Центров социальной адаптации, ФБУ НИИ ФСИН России, 2009 г.

⁴ФЗ № 195 от 10.12.1995 г.

⁵Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации», Управление исполнения наказаний, не связанных с лишением свободы, ФСИН России, 2009



Реализация медицинской составляющей комплексной реабилитации осужденных представляется важным элементом работы с рассматриваемой категорией граждан. Это связано с тем, что значительное число лиц, освобожденных из исправительных учреждений, страдают социально-значимыми заболеваниями (туберкулез, ВИЧ, наркомания, алкоголизм и др.). Как показали исследования, такие лица наиболее уязвимы в социальном плане, в ряде случаев они избирают способы адаптации, связанные с противоправным поведением. В наибольшей степени сказанное применимо к осужденным, страдающим наркоманией. Изучение факторов и мотивов совершения такими осужденными новых преступлений показало, что наибольшее значение среди них имеют микросоциальная дезадаптация и связи с криминогенным окружением.

Таким образом, деятельность, направленная на укрепление здоровья в сочетании с мероприятиями по социальной и психологической реабилитации, проводимые в комплексе, следует рассматривать как эффективное средство формирования социально- здоровой личности и профилактики совершения новых преступлений.

В процессе социально-психологической реабилитации осужденных и бывших заключённых реализуются несколько задач-функций:

- 1) *компенсаторная*: заключается в формировании у реабилитируемых стремления компенсировать социальный недостаток усиливением деятельности в той области, к которой они чувствительны и в которой имеют перспективы самореализации;
- 2) *стимулирующая*: направлена на активизацию просоциальной деятельности реабилитируемых;
- 3) *корректирующая*: связана с изменением личностного профиля реабилитируемых;
- 4) *регулирующая*: изменение степени участия реабилитируемых во внутригрупповых процессах и групповой деятельности.

Социально-психологическая коррекция способствует разрешению конфликтов реабилитируемых в актуальных диапазонах: «личность — общество», «личность — социальная среда», «личность — группа», «личность — личность». В итоге осуществляется оптимизация жизнедеятельности реабилитируемых в соответствии с нормами, принятыми в позитивном социальном окружении и в обществе.

Деятельность мультидисциплинарных команд на уровне личности клиента должна быть ориентирована на две стратегических цели:

- превенция девиантного и делинквентного поведения;
интервенция – вмешательство в личностное пространство реабилитируемых для минимизации (устранения) поведенческих форм, препятствующих их социальной адаптации.

Стратегическими целями этой работы являются: формирование конструктивной мотивации, совершенствование саморегуляции, повышение стрессоустойчивости и увеличение психофизиологического ресурса личности, расширение социальных связей и позитивного социального опыта личности, повышение уровня социально-психологической адаптации, коррекция механизмов и способов межличностного взаимодействия, содействие процессам личностного развития и реализации творческого потенциала реабилитируемых⁶.

⁶ Предложения в проект федерального закона «О внесении изменений в Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации», ФБУ НИИ ФСИН России, 2009



В июле 2006 г. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД и Министерство здравоохранения и социального развития России подписали дополнительное соглашение к протоколу о намерениях по сотрудничеству в рамках проекта «Координация в действии: применение «трех ключевых принципов» эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации». В рамках заключенного соглашения предполагалось развить систему медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, с целью улучшения им доступа к лечению и реабилитации наркомании и ВИЧ/СПИД в городах Санкт-Петербург, Оренбург, Ленинградской и Оренбургской областях. Представительство Управления по наркотикам и преступности ООН в Российской Федерации явилось ответственным агентством ООН за выполнение данной задачи.

Для эффективного функционирования медико-социального сопровождения необходимо было создать службу, которая бы на местном уровне продуктивно координировала работу системы медико-социального сопровождения и исполняла роль ресурсного центра по вопросам медико-социального сопровождения лиц, страдающих наркоманией и ВИЧ/СПИД, освобождающихся из мест лишения свободы. Выполнение такой работы стало возможным в рамках проекта «Помощь программам по профилактике ВИЧ/СПИД и наркомании» при финансовой и экспертной поддержке Представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации – Программа «Организация межведомственного медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных наркозависимых, находящихся в заключении и освобождающихся из мест лишения свободы».

Данная деятельность была осуществлена в 2007-2009 гг. в рамках некоммерческого проекта, реализуемого партнёрской сетью организаций на региональном уровне в Оренбургской области. Работа проходила в три фазы. На первом этапе была определена целевая группа, проведена оценка ситуации и сформирована сеть государственных и некоммерческих учреждений, заинтересованных в оказании помощи данному контингенту. На втором этапе было проведено обучение специалистов этих организаций, подписано официальное Соглашение о деятельности проекта и начата реализация программы медико-социального сопровождения осужденных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы. Третий этап был посвящён описанию (анализу) полученного практического опыта и комплексной оценке эффективности опробованных моделей, что нашло отражение в настоящей публикации.

Долгосрочной стратегической целью проекта явилось снижение уровня рецидивной преступности вследствие значительного улучшения качества жизни и социализации целевой группы. В качестве краткосрочных целей ставились: активизация взаимодействия специализированных служб, организация системы сопровождения «Медико-Социальное бюро», повышение уровня здоровья и адаптации на свободе лиц, освободившихся из МЛС, включая ПИН и ЛЖВС.

Основные целевые группы проекта – осужденные и лица, освобождающиеся из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС), а также сотрудники пенитенциарных учреждений и различных служб, осуществляющих медицинские и социальные услуги данному контингенту населения.

Направленность практической деятельности проекта состояла из:

- 1) координации и интеграции работы всех заинтересованных служб;
- 2) улучшения доступа ВИЧ-положительных и наркозависимых осужденных и лиц, освободившихся из МЛС, к наркологической помощи и лечению ВИЧ-инфекции, формирование приверженности терапии;



3) повышения уровня информированности осужденных и сотрудников исправительных колоний о ВИЧ-инфекции и наркомании, а также о медико-социальных услугах, предоставляемых в рамках проекта;

4) расширения спектра и улучшение качества медико-социальных услуг, предоставляемых лицам, освобождающимся из мест лишения свободы.

В рамках проекта оказывались следующие медико-социальные услуги и проводились мероприятия: направление на консультирование и лечение в СПИД-центре и наркологическом диспансере, другая медицинская помощь (в случае соматических заболеваний, при гепатитах и туберкулёзе), психологическая и духовная помощь, консультирование по принципу «равный — равному», социальная помощь (в том числе материальная), трудоустройство (в том числе обучение и профориентация), юридическая помощь, восстановление документов, телефонное консультирование осужденных и их родственников, образовательные тренинги и конференции для специалистов.

Результаты трехлетнего опыта работы пилотного проекта, описанные в настоящей публикации, позволяют уверенно констатировать, что в рамках существующего в Российской Федерации контекста возможна успешная организация межведомственного медико-социального сопровождения осужденных, освобождающихся из МЛС.

Для продуктивной реализации программ медико-социального сопровождения необходимы следующие условия: 1) поддержка местных органов власти; 2) официальное соглашение и программа взаимодействия с региональными органами УФСИН; 3) наличие координирующего рабочего органа программы сопровождения; 4) наличие партнёрской сети организаций, предоставляющих медицинские и социальные услуги для целевой группы.

Работа по подготовке к освобождению должна начинаться во время заключения не менее чем за шесть месяцев до выхода на свободу. Интенсивность этой работы желательно усилить за месяц до освобождения. Наилучшие результаты достигаются тогда, когда с осужденными в МЛС работают те же сотрудники медико-социального бюро, которые встретят его на свободе. Уровень доверия осужденных к программе значительно выше, если с ними работает человек, не имеющий формального отношения к системе уголовного наказания. Приверженность программе медико-социального сопровождения во многом обусловлена личными контактами и сформированными партнёрскими отношениями в системе «осужденный — специалист бюро» задолго до освобождения.

Установлено, что в деятельности медико-социального бюро наиболее востребованы социальные услуги. Бывшие заключённые охотно пользуются поддержкой в восстановлении документов, так как это «ключ» к получению медицинских и социальных услуг, гарантированных государством. Юридические услуги имеют большой спрос ещё до освобождения. Речь идёт не только о кассационных жалобах и справках для условно-досрочного освобождения, но и о заинтересованности в своих юридических возможностях и правах в отношении собственного здоровья. Осужденные мотивированы к получению информации о законах, касающихся социального обеспечения, лечения наркомании и ВИЧ-инфекции.

Важным направлением межведомственной работы является формирование мотивации к осознанному регулярному приёму антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированными лицами, как в пенитенциарной системе, так и после освобождения. Обучение специалистов и пациентов играет здесь большую роль. Актуальность этого вопроса будет только возрастать параллельно с увеличением количества осужденных, нуждающихся в назначении АРВТ. Нельзя забывать и о росте числа лиц, нуждающихся в паллиативной помощи и освобождающихся в связи с тяжёлыми осложнениями СПИДа.



Женщины, которые возвращаются из МЛС, нуждаются в разработке и предоставлении специальных программ и услуг, приближенных к их потребностям. Улучшение реинтеграции женской части целевой группы проекта достигается за счёт организации групп само- и взаимопомощи и предоставления услуг с учётом гендерной специфики.

Эффективность деятельности, описанной в работе программы межведомственного медико-социального сопровождения осужденных, освободившихся из МЛС, подтверждена анализом анкет удовлетворённости клиентов и мониторинговыми показателями проекта (см. Раздел «Мониторинг и оценка эффективности модели»).

Вопрос научной организации деятельности государственных органов при поддержке общественных институтов по оказанию комплекса медико-социальных услуг в процессе ресоциализации лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, на сегодняшний день является одним из приоритетных в развитии демократических преобразований Российского государства. В январе 2010 года это направление было обозначено Президентом России Д.А. Медведевым на коллегии Минюста России как одно из преспективных путей реформирования уголовно-исполнительской системы. Анализ создания и развития центров социальной адаптации для лиц, отбывших наказания в местах лишения свободы; описание моделей медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных осужденных, включая наркопотребителей и лиц, освободившихся из МЛС; выработка рекомендаций по совершенствованию оказания услуг ВИЧ-позитивным наркопотребителям, принимающим антиретровирусную терапию, а также рекомендаций по совершенствованию нормативно-правового поля в отношении организации медико-социальной реабилитации лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, позволят наиболее полно представить данный положительный опыт и интегрировать его в организационную структуру государственного устройства федерального и территориального уровней.

Юсуфов Р.Ш.
начальник отдела исследования проблем
медико-санитарного обеспечения осужденных
ФБУ НИИ ФСИН России,
кандидат медицинских наук



Постановка проблемы

Осуждённые и лица, освобождающиеся из мест лишения свободы, являются особой группой среди контингента уязвимого населения. Помимо проблем с законом, среди лиц, отбывающих наказание, широко распространены такие социально-значимые заболевания, как алкоголизм, наркомания, туберкулёз, гепатиты, психические расстройства.

Особого внимания заслуживает проблема сочетания психических и поведенческих нарушений у потребителей инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекция. Большинство инфицированных ВИЧ в России на конец 2007 г. (82,4% от лиц с известными причинами заражения) заразились при использовании нестерильного инструментария для внутривенного введения наркотиков. Хотя доля зараженных ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков среди новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции уменьшилась с 95,6% в 2000 г. до 63,7% в 2007 гг., однако в 2006–2007 гг. главным фактором риска инфицирования ВИЧ в России продолжало оставаться внутривенное введение наркотиков⁷.

В 2006 г. специализированными наркологическими учреждениями страны было зарегистрировано 517,8 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками. Из них 367,3 тыс. лиц употребляют наркотики инъекционным способом, что составляет 70,9% от общего числа зарегистрированных потребителей наркотиков⁸. Из общего числа зарегистрированных в России ПИН 11,8% были инфицированы ВИЧ в 2006 г. (в 2005 г. – 9,3%). Уровень инфицирования ВИЧ в 2006 г. среди ПИН, превышающий 5%, отмечался в 47 регионах (в 2005 г. таких регионов было 37), что составляет более половины субъектов РФ (59%). По данным Национального научного центра наркологии, более 20% ПИН инфицированы вирусом иммунодефицита человека в 16 субъектах России.

С конца 90-х годов прошлого века медицинские службы УФСИН столкнулись с сочетанной эпидемией инъекционной наркомании и ВИЧ-инфекции. В результате планового обследования лиц, поступающих в места лишения свободы, обнаруживается, что пораженность ВИЧ этой группы населения значительно выше, чем общей популяции. Преимущественно за счет ПИН зарегистрированная пораженность ВИЧ среди находящихся в заключении в России в период после 2000 г. колебалась на уровне 3–4%, в то время как в целом по стране она не превышала 0,25%⁹. В России по состоянию на конец 2002 года было зарегистрировано более 36 тыс. заключённых, живущих с ВИЧ или СПИДом (4% общей численности заключённых), что составило более 20% общего числа зарегистрированных случаев заболевания ВИЧ/СПИДом в стране¹⁰. Если в 1999 г. в местах лишения свободы находились 7500 инфицированных ВИЧ, то в 2007 г. количество ВИЧ-инфицированных выросло до 43 800 человек (Медицинское управление ФСИН, 2008). Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных в России составляла 4,9% в 2007 г.¹¹. Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных заключенных являлись ПИН и были инфицированы ВИЧ до поступления в места лишения свободы. По данным ВССВ (2006 г.), из 2823 опрошенных ПИН 15% отбывали наказание в местах лишения свободы неоднократно, 21% –

⁷ Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2006 года – декабрь 2007 года. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ. ЮНЭЙДС, 2008. С. 17.

⁸ Состояние наркологической службы и основные тенденции учтенной заболеваемости в Российской Федерации в 2006 году: Национальный научный центр наркологии Федерального государственного агентства здравоохранения и социального развития. Статистический сборник. Москва. 2006.

⁹ Методические рекомендации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2006 № 6834-РХ «Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения». Москва, 2006. С. 69-70.

¹⁰ ВИЧ/СПИД в местах заключения: Сб. методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико-санитарных работников в местах заключения. УНП ООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС, Нью-Йорк, 2009. С.8.

¹¹ Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2006 года – декабрь 2007 года. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ. ЮНЭЙДС, 2008. С. 21.



один раз¹².

По состоянию на 1 февраля 2010 г. в учреждениях УИС РФ содержалось 862,3 тыс. человек, в том числе: в 755 исправительных колониях отбывало наказание 724 тыс. человек; в 226 следственных изоляторах и 164 помещениях, функционирующих в режиме следственных изоляторов при колониях, содержалось - 129,8 тыс. человек; в 7 тюрьмах отбывало наказание 2,7 тыс. человек¹³.

Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 131 больница различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 59 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией.

На 31.10.2009 общее число ВИЧ-инфицированных в России составило 516 167 человек . В местах лишения свободы в это время находилось примерно 8% от общего числа зарегистрированных в стране случаев ВИЧ-инфекции.

Отдельно следует рассмотреть вопрос об оказании медико-социальной помощи осужденным женщинам. В 2009 году в учреждения пенитенциарной системы поступила 31 тысяча 461 женщина и на конец года в местах лишения свободы содержалось более 56 тысяч 800 женщин, что на 3 процента больше, чем годом ранее.

По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (2007) наркологические заболевания характеризуются значительным криминогенным потенциалом, их лечение является значимым фактором в системе профилактики повторной противоправной активности лиц, осуждённых за совершение преступления. Собственно наркологическая помощь в местах лишения свободы теоретически может быть предоставлена, но при этом основными условиями оказания любого вида медицинской помощи являются: 1) решение врача о необходимости лечения; 2) согласие пациента на проведение ему лечения. При отсутствии одного из этих условий лечение проводиться не может. До 2003 г. в соответствии с частью 1 статьи 97 и частью 2 статьи 99 УК РФ проводилось принудительное лечение от алкоголизма и наркомании. После внесения изменений в уголовное законодательство и отмены Федеральным законом № 162-ФЗ от 08.12.03 принудительного лечения, недобровольными формами оказания специализированной медицинской помощи осужденным с наркоманией являлись: 1) «обязательное лечение», проводимое по решению медицинских комиссий ФСИН; 2) обязательное лечение условно-осужденных, на которых судом может быть возложена «обязанность пройти курс лечения от наркомании»; 3) назначаемое судом амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Таким образом, лечение лиц с наркотической зависимостью на недобровольной основе проводилось только лицам, совершившим уголовные правонарушения, в отношении которых было вынесено соответствующее судебное решение¹⁵.

В связи с изменением в 1991-1993 гг. законодательства и разрушением существовавшей до распада СССР системы межведомственного учёта наркологических больных¹⁶, в настоящее время медицинские работники УФСИН располагают лишь косвенной информацией о наличии

¹² Исследование ВССВ «Поведенческие особенности ПИН» в 22 городах Российской Федерации, 2007.

¹³ Сайт УФСИН РФ (<http://www.fsin.su/main.phtml?cid=6>)

¹⁴ Сайт Федерального центра СПИД: <http://www.hivrussia.ru/stat/2009/10.shtml>

¹⁵ Клименко Т.В., Игонин А.Л., Дудин И.И., Агафонова С.С. Недобровольные формы оказания медицинской помощи осужденным с наркологическими заболеваниями / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. Алкоголизм (приложение к журналу). Вып.1. 2007. С.45-49.

¹⁶ Приказ №402/109 от 20 мая 1988 года МЗ СССР-МВД СССР «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учёта лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и других средств...»



или отсутствии диагноза химической зависимости у осужденного, что также ограничивает мотивирующую и лечебную антнаркотическую деятельность. В некоторых субъектах Российской Федерации на официальной основе создан механизм информационного взаимодействия наркологической службы и региональной системы УФСИН по учёту освобождающихся из МЛС. В частности, в Оренбургской области функционирует «Единый автоматизированный банк данных о лицах, допускающих немедицинское потребление наркотических, психотропных средств и причастных к их незаконному обороту»¹⁷.

В период 2008-2009 гг. ситуация с обеспечением терапии ВИЧ-инфекции в МЛС значительно улучшилась вплоть до реальной возможности предоставления АРВТ всем нуждающимся, но в ближайшей перспективе она вызывает обоснованные опасения в плане поддержания высокого уровня мотивации и приверженности как внутри исправительных учреждений, так и при выходе на свободу; механизмов непосредственной передачи препаратов от центров СПИД в систему УФСИН, а также вопросов поддержания должных объёмов финансирования и своевременности закупок необходимого количества препаратов.

Нет сомнений, что оказание специализированной наркологической помощи и лечение ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений пенитенциарного здравоохранения. Как известно, в Российской Федерации системы медицинской помощи до и после освобождения имеют разную ведомственную принадлежность и финансирование. В связи с этим возникают актуальные вопросы улучшения, во-первых, качества помощи в МЛС и, во-вторых, объёма и преемственности медицинских услуг для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы.

Шагом вперёд в объединении двух искусственных систем здравоохранения явился Федеральный закон от 25 декабря 2008 года¹⁸, который предусматривает участие органов государственной власти субъекта Российской Федерации в осуществлении полномочий в сфере деятельности уголовно-исполнительной системы (Приложение 3).

Важной проблемой является не только состояние здоровья, но и социальный статус бывшего осужденного. После освобождения, в повседневной жизни на свободе перед ним возникает масса социальных трудностей и препятствий. Нередкое отсутствие базовых гражданских документов (паспорта, страхового полиса и др.) не позволяет своевременно продолжить необходимое лечение. Нехватка денег и жилья толкает на новое преступление. Эти проблемы могут быть решены, если заключённый планомерно готовится к освобождению, получает системную информацию, что за воротами колонии его не оставят один на один с трудностями, что ему будет оказана всесторонняя поддержка.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 11 февраля 2009 г. в городе Вологде Министерством юстиции Российской Федерации и Федеральной службой исполнения наказаний подготовлен проект Концепции развития уголовно-исполнительной системы в Российской Федерации до 2020 года, предусматривающей принципиально иные подходы к исполнению наказаний в виде лишения свободы. Решаются задачи, направленные на либерализацию уголовно-исполнительной политики, гуманизацию исполнения наказания, созданы предпосылки для внедрения концептуально новой программы пенитенциарной деятельности. Реализуется курс на декриминализацию общества, расширение видов наказаний, альтернативных

¹⁷ Пункт 2.4.4.1. областной комплексной целевой программы «Профилактика правонарушений на территории Оренбургской области».

¹⁸ Федеральный закон от 25 декабря 2008г. 277-ФЗ. О внесении изменения в Закон Российской Федерации «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы».



лишению свободы, улучшение условий содержания осужденных и подследственных¹⁹.

С учётом того, что пенитенциарная система находится в процессе активного реформирования, она наращивает свой потенциал проведения профилактических и лечебных программ для заключённых под стражу, осуществления качественного мониторинга их реализации. Закрытый характер исправительных учреждений и компактность проживания в них лиц, в большинстве своем относящихся к различным группам риска, позволяет использовать возможности гигиенического, профилактического и медицинского влияния на пациента, создавая потенциальную возможность поправить здоровье осужденных, проводить с ними информационную работу, воздействовать на индивидуальную мотивацию и поведение. Масштабный опыт комплексной профилактической работы внутри пенитенциарной системы накоплен в результате реализации в десяти регионах нашей страны проекта «Глобус»²⁰, в частности, в результате проектов «Снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной Российской Федерации» и «Расширение доступа к программам профилактики и ухода при ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и в местах лишения свободы», реализованные организацией «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West, AFEW).

В настоящее время в России недостаточно разработаны методические и организационные вопросы подготовки к освобождению ВИЧ-инфицированных ПИН, в стадии pilotирования находится системная работа по адаптации бывших осужденных наркопотребителей к их последующей жизни на свободе. Переходный период освобождения можно назвать особо рискованным в плане рецидива наркомании и риска распространения ВИЧ-инфекции.

С позиции изменений, происходящих в процессе реформы службы исполнения наказаний, особенно важно обратить внимание на отдельную группу осужденных — ВИЧ-инфицированных и страдающих зависимостью от наркотиков (данные патологии часто сочетаются). Во-первых, эта группа представляет потенциальный риск распространения патологических паттернов наркоманического поведения для всего контингента лиц, отбывающих наказание и освобождающихся. Во-вторых, ВИЧ-инфицированные и больные наркоманией имеют высокий риск усугубления симптомов заболевания и требуют постоянного медицинского мониторинга (диспансеризации) как при любом хроническом заболевании. В-третьих, социальная значимость обоих заболеваний и высокие экономические затраты на их лечение обуславливают актуальность работы по поддержанию приверженности медицинским и социальным программам, обеспечивающим стойкую ремиссию при данных видах патологии.

Эпидемиологические предпосылки проекта

Пик заболеваемости инъекционной наркоманией в Оренбургской области пришёлся на 2000-2001 гг., вскоре после того, как в 1998 г. на нелегальный рынок наркотиков проник героин. В этот период в регионе отсутствовали программы третичной профилактики ВИЧ среди наркопотребителей, что быстро привело к эпидемической вспышке распространения ВИЧ через зараженный инструментарий для инъекций наркотиков.

Заболеваемость наркоманиями в Оренбургской области в 2009 г. составила 0,7 на 10 тыс. населения, распространённость – 13,8. Наиболее тревожная ситуация с заболеваемостью наркоманией в г.Новотроицк (2,7 на 10 тыс. нас.), г.Бугурслан (1,7), г.Бузулук (1,5), г. Орск (1,0). Под наблюдением наркологической службы области на конец 2009 г. состоит 2 423 пациента с син-

¹⁹ Сайт УФСИН РФ (<http://www.fsin.su/main.phtml?aid=2658>)

²⁰ Интернет-портал центра мониторинга и оценки проекта «ГЛОБУС» (<http://symona.mednet.ru/rus>)



дромом зависимости от наркотиков (код по МКБ-10: F11.2-9 – F19.2-9H), с употреблением наркотиков с вредными последствиями 3 206 человек (код по МКБ-10: F11.1-F16.1H, F18.1H-F19.1H). Впервые в жизни взято под наблюдение в течение 2009 года 146 лиц, страдающих наркоманией и 1 655 лиц, допускающих употребление наркотических веществ с вредными последствиями. По отчётым данным федерального статистического наблюдения в 2009 году в Оренбургской области было зарегистрировано 4 344 потребителей инъекционных наркотиков (из них – 417 женщин)²¹.

Первый случай ВИЧ-инфекции в области был зарегистрирован в 1996 году у больного с Украины, прибывшего для постоянного проживания. Начиная с 1998 года, заболевание стало регистрироваться среди коренных жителей. Все заразившиеся ВИЧ попадали под традиционные «группы риска» (потребители инъекционных наркотиков, их сексуальные партнеры).

В течение 2000 и 2001 годов были отмечены максимальные уровни регистрации впервые выявленных случаев ВИЧ-инфицирования.

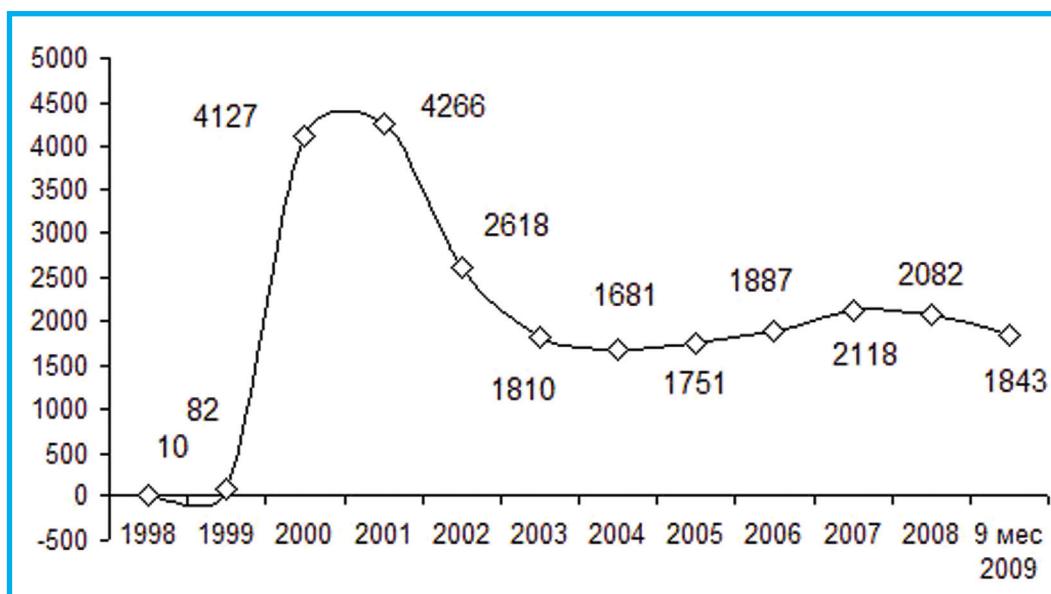
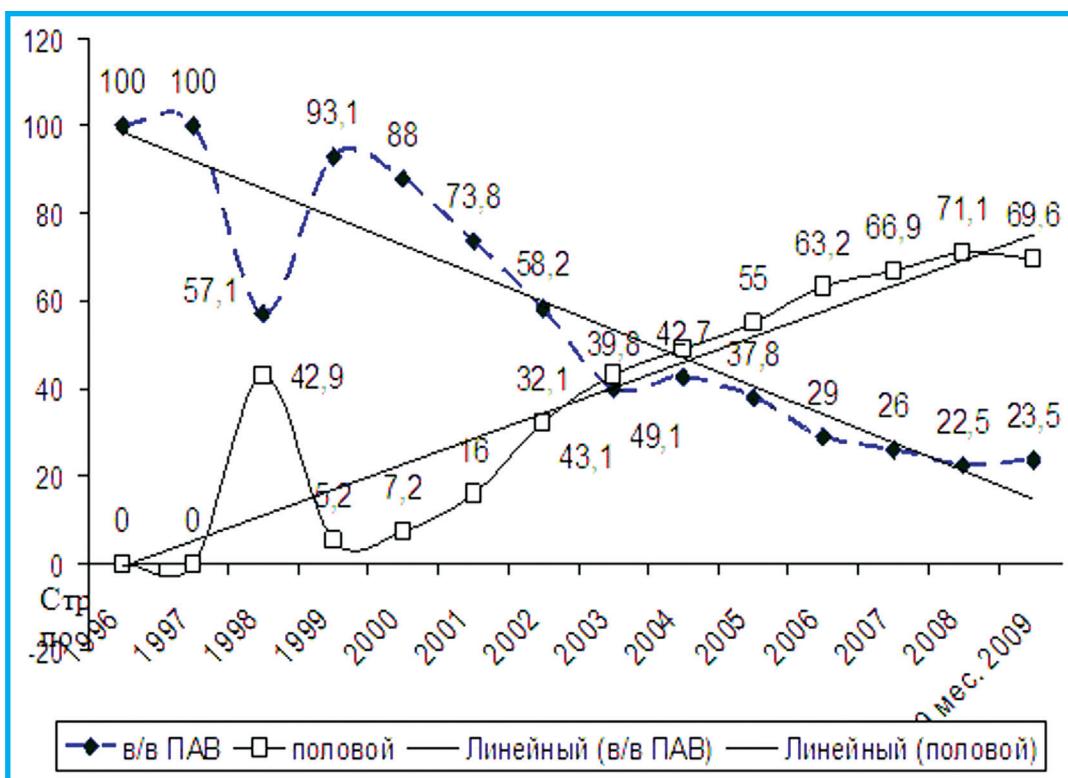


Рис.1. Распределение абсолютного числа впервые полученных положительных результатов на АТ к ВИЧ по годам в Оренбургской области (с 1998 по 9 месяцев 2009 г.г.)

По мере нарастания числа ВИЧ-инфицированных стала очевидна неоднородность эпидемического процесса ВИЧ, охватившего население различных территорий области. Эта неоднородность эпидемического процесса ВИЧ в различных территориях определяется реализацией доминирующего пути передачи. В территориях Центральной, Восточной и Северной зон области преимущественным путём передачи инфекции был парентеральный (использование нестерильного инструментария для внутривенного потребления наркотических веществ), в территориях Западной зоны – половой.

С 2000 года, вплоть до 2009 года, в области отмечается снижение числа лиц, заразившихся ВИЧ при употреблении наркотических веществ и рост заражённых половым путём. Это свидетельствует об активном вовлечении в эпидемический процесс всего населения и выходе ВИЧ за пределы традиционных «групп риска» (см. график ниже).

²¹ Данные годовой статистической отчётности ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» за 2009 год (форма №11, форма №37).



Обращает на себя внимание, что в 2009 году в Оренбургской области произошёл рост параметрального пути передачи ВИЧ.

Возрастная структура лиц с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция» на 01.10.09 года представлена следующим образом

Возраст 0-15 лет	Дети 0-15 лет	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60 лет
Удельный вес (%)	1,7	20,6	53,4	17,0	5,6	1,4	0,3

В 2008 г. в Оренбургской области было выявлено 2082 ВИЧ-инфицированных, из них 350 лиц, находящихся в местах лишения свободы (16,8% от общего числа выявленных случаев); а также 188 больных наркоманией (9%). В 2008 г. в учреждениях УФСИН Российской Федерации по Оренбургской области находилось 2370 ВИЧ-инфицированных, что составляет 25,8 % от всех лиц, состоящих на учете (по состоянию на 01.01.2009 г. в Оренбургской области по поводу ВИЧ-инфекции состояло на учете 8606 человек)²².

В 2009 году по числу ВИЧ-инфицированных Оренбургская область занимала второе место в Приволжском федеральном округе, восьмое место в Российской Федерации. На 01.10.09 года количество впервые выявленных случаев достигло 24 275²³. С начала эпидемии до 01.10. 09 года по различным причинам в области умерло 3019 человек с ВИЧ-инфекцией, в том числе 661 из них в стадии СПИД.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Оренбургской области, как и в Российской Федерации, продолжает устойчиво развиваться, поражая преимущественно молодых людей в возрасте до 30 лет.

²² ВИЧ-инфекция в Оренбургской области: информационный бюллетень. ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями». Оренбург, 2010.

²³ Сайт Оренбургского областного центра СПИД: <http://orenraids.ru/epid>



Продолжается феминизация эпидемии, происходит дальнейший рост числа пациентов со стадиями ВИЧ-инфекции, имеющими тяжелые осложнения и требующими проведения интенсивной госпитальной помощи и ухода, обеспечения антиретровирусной терапией. Увеличивается число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями; интенсифицируется половой путь передачи ВИЧ; продолжается активная передача ВИЧ среди потребителей наркотиков; в 2009 году произошёл рост доли передачи ВИЧ парентеральным путём; увеличивается число больных СПИДом и смертей от СПИДа.

Описание целевой группы проекта

Основная целевая группа реализованного проекта — лица, освобождающиеся из мест лишения свободы в Оренбургской области, включая ПИН и ЛЖВС.

В 2010 году в исправительных учреждениях и следственных изоляторах, дислоцированных на территории Оренбуржья, содержится более 16 тысяч лиц, приговорённых к лишению свободы и заключённых под стражу²⁴.

В структуру уголовно-исполнительной системы Оренбургской области входят три следственных изолятора, семь исправительных колоний (из них – две колонии общего режима, четыре колонии строгого режима, одна – особого режима, для содержания осужденных на пожизненное лишение свободы), пять колоний-поселений и одна воспитательная колония для содержания несовершеннолетних. В свете идущего реформирования пенитенциарной системы планируется перепрофилирование одной колонии-поселения в тюрьму усиленного режима и увеличение колоний-поселений для лиц, которые были осуждены за нетяжкие преступления.

Если различать оренбургских заключённых по срокам наказания, то примерно треть отбывает сроки до 3 лет лишения свободы. Чуть меньше – от 5 до 10 лет. Приговорённых к пожизненному заключению около 4%. Впервые в жизни получили срок 55%, второй раз попали в исправительные учреждения 25%, а рецидивистов, попадающих «за решётку» третий раз и чаще, примерно 20%. За незаконный оборот наркотиков отбывают наказание 13 % осужденных²⁵.

Большинство представителей целевой группы мужского пола являются жителями Оренбургской области и отбывают относительно небольшой срок наказания (несколько лет) в своём регионе.

В Оренбургской области нет женских исправительных колоний. Поэтому отдельную целевую подгруппу проекта составляли осуждённые женщины, которые отбывали наказание в других регионах России (Мордовия, Чувашия, Белгородская, Волгоградская, Ивановская, Челябинская, Самарская, Саратовская области, Удмуртия) и после освобождения возвращались домой. Доступного статистического учёта количества женщин, возвращающихся в Оренбургскую область после отбытия срока нет. По экспертной оценке сотрудников проекта их абсолютное число составляет примерно 100 человек в год.

Дополнительной целевой группой являлись сотрудники государственных и некоммерческих организаций, вовлечённых в процесс оказания медицинских и социальных услуг освобождающимся заключённым. Сотрудники УФСИН (медицинские работники, начальники отрядов и пси

²⁴ Юрист Оренбуржья №1(115) – 2(116). 2010. С.11.

²⁵ Интервью начальника УФСИН по Оренбургской области А. Тарнавского. Южный Урал. №19 (24441). 2010. С. 11.



хологи), специалисты гражданского здравоохранения/социального обеспечения, работники и работники НКО были плохо осведомлены об основных современных подходах к лечению химической зависимости и ВИЧ-инфекции. Они также нуждались в знаниях в отношении медико-социального сопровождения уязвимых групп населения.

Проблемные области целевой группы осужденных на различных этапах сопровождения

Основные проблемы клиентов, являющиеся своеобразными «мишенями» проекта, можно условно разделить на три области: до освобождения, во время освобождения и после освобождения. Рассмотрим их по порядку.

Проблемы целевой группы на этапе заключения и подготовки к освобождению (внутри МЛС)

Не все регионы России имеют ведомственные многопрофильные стационары для лечения заключённых, нет их и в Оренбургской области. Временные и организационные особенности предоставления консультаций узких медицинских специалистов, работающих в системе медицинской службы ФСИН, а также необходимость обновления материально-технической базы медицинских частей исправительных учреждений могут косвенно влиять на качество и своевременность диагностики, профилактики и лечения широкого спектра заболеваний среди заключенных. Иногда, несмотря на все предпринимаемые меры, состояние здоровья осуждённого значительно ухудшается, а патологический процесс принимает необратимый характер. Тогда возникает необходимость перевода осужденного из мест лишения свободы в специальное учреждение (или отделение) для оказания паллиативной помощи и ухода. При стремительном развитии терминальной стадии СПИДа время на организацию паллиативной помощи и ухода крайне лимитировано.

Для ВИЧ-инфицированных пациентов проблемной ситуацией является всё то, что связано с диагностикой и лечением ВИЧ. Здоровье ВИЧ-положительного заключённого с течением срока отбывания наказания может ухудшаться, поэтому необходим комплексный мониторинг состояния здоровья пациента, в том числе периодический контроль уровня CD4 клеток и вирусной нагрузки для своевременного назначения АРВТ. Если скрининг туберкулеза среди заключённых проводится посредством флюорографического исследования дважды в год, то обследование на парентеральные гепатиты практикуется недостаточно широко. Особую проблему представляет собой сочетание ВИЧ и вирусных гепатитов, что зачастую встречается именно у потребителей инъекционных наркотиков. Ряд осуждённых намеренно не принимают АРВТ, ожидая ухудшения своего здоровья и перевода из камеры в больничные условия с целью послабления режима содержания. У заключённых, уже получающих АРВТ, может снижаться приверженность лечению из-за развития побочных эффектов, обострения имеющихся психических расстройств, отрицательного влияния микроокружения .

Приверженность лечению – активное соблюдение человеком режима лечения. Подразумевает стремление человека лечиться, его участие в выборе схемы лечения и постоянный, регулярный прием препаратов, а также регулярное посещение врача и сдачу анализов.

Одна из ключевых проблем пенитенциарного здравоохранения – низкий уровень общей и детальной информированности осужденных о современных возможностях профилактики и лечения заболеваний, своих правах и обязанностях в отношении медицинского обследования и лечения. Осужденные недостаточно образованы в вопросах рискованного для здоровья поведения, живут зачастую домыслами и ложными фактами, передающимися из уст в уста.



И наконец, осужденные, готовящиеся к освобождению, не имеют полной информации о низкокороговых программах медицинской помощи и социальной реабилитации на свободе.

Проблемы целевой группы на этапе освобождения

У лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, имеется высокая внутренняя личностная и внешняя социальная потребность в индивидуальном медико-социальном сопровождении. В частности, исследование, проведённое АНО «Бюро по проблемам наркомании» на базе ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» (2005, 2008-2009) с использованием опросника «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ), показало, что помимо проблем с физическим и психическим здоровьем, потребителей наркотиков часто волнуют вопросы трудоустройства и взаимоотношений с семьей и близкими²⁶. Таким образом, актуальной является задача решения не только узко медицинских вопросов, но и психологических, трудовых, социальных, семейных аспектов и т.д.

Важной проблемой целевой группы, выявленной в ходе реализации проекта, было отсутствие у части осужденных документов (паспорта, регистрации) к моменту освобождения.

Отдельно следует рассмотреть ситуацию, когда наказание отбывается в одном регионе, а после освобождения клиент отправляется к месту своего проживания в другой субъект Федерации. При этом возникают вопросы организации преемственности в оказании разных видов медицинской помощи и социальных услуг, назначении и продолжении приёма АРВТ (например, в разных регионах РФ могут быть в наличии разные АРВ-препараты). Применительно к Оренбургской области, эта тема в 100% случаев касается всех женщин-оренбурженок, возвращающихся из исправительных учреждений других территорий в свои родные места (в Оренбуржье нет женских исправительных колоний).

Проблемы целевой группы после освобождения из мест лишения свободы

Управление медико-социальным сопровождением, точнее, последовательной системой патронажа освободившихся заключённых, с целью улучшения их доступа к лечению и реабилитации наркомании и ВИЧ находится в нашей стране на стадии раннего восстановления. Именно восстановления, так как в 1985-1988 гг. этот процесс активно формировался на уровне министерств и ведомств, но в начале 90-х годов прошлого столетия основательно разрушился вместе с политическими реформами. Поэтому ощущается системная нехватка механизмов межсекторного обмена персонифицированной информацией, оперативного предоставления бесплатных медицинских услуг, быстрого оформления и получения необходимых документов, обеспечения временным проживанием, юридического консультирования и трудоустройства.

Состояние здоровья многих ВИЧ-инфицированных наркозависимых, вышедших на свободу, характеризуется наличием сочетанных заболеваний, требующих непрерывного лечения. Наиболее социально-значимыми среди них являются ВИЧ-инфекция, туберкулёз, гепатиты, зависимость от различных психоактивных веществ и другие психические заболевания.

Несвоевременное восстановление документов (паспорта, страхового полиса, регистрации) у ряда лиц, освободившихся из заключения, практически полностью ограничивает их доступ к плановой медицинской помощи, получению минимального материального пособия, организа-

²⁶ Карпец А.В., Пхиценко С.В., Алексеева А.И. Оценка эффективности реабилитации наркозависимых лиц с применением интервью «Индекс тяжести зависимости» / Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. М., 24-27 ноября 2009. – С. 161-162.



ции временного проживания.

Возникает «порочный круг» проблем. Например, нельзя оформить получение паспорта, предварительно не оплатив штраф. В то же самое время невозможно получить материальное пособие для оплаты штрафа, не имея паспорта. Очевидно также и то, что бывший осужденный не сможет без документов быстро трудоустроиться и заработать материальные средства.

В Оренбургской области *отсутствуют временные общежития* («дома на полпути») для бывших осужденных, поэтому актуальной является проблема предоставления временного проживания для лиц без регистрации. У многих осужденных семьи давно распались, у них нет также реальной возможности проживать у родственников или друзей. В г. Оренбурге, в отличие от г. Орска Оренбургской области, нет центра для временного проживания лиц без определенного места жительства.

Перечисленные обстоятельства могут приводить к совершению бывшими осужденными новых правонарушений и росту рецидивной преступности.

Партнёрская (межсекторная) модель медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы

Бывший осужденный, освободившийся из мест лишения свободы, имеет комплекс проблем и бытовых трудностей в разных сферах жизнедеятельности: психическое и физическое здоровье, психологические и социальные трудности адаптации к жизни на свободе, затруднения во взаимоотношениях с родственниками, негативное отношение общества и др.

Для группы ВИЧ-инфицированных наркозависимых, вышедших на свободу, помимо общих проблем, остаются актуальными вопросы лечения и реабилитации хронических заболеваний. Актуальность разработки эффективного подхода к ведению случаев ВИЧ-инфекции и наркомании на современном этапе у этой группы пациентов не вызывает сомнений.

В связи с зачастую скрытым от общества наркопотреблением и наличием разнообразных страхов, мифов в отношении лечения ВИЧ-инфекции, специалисты сталкиваются с ситуацией, когда дорогостоящие антиретровирусные препараты имеются на складах, среди населения существует группа лиц, нуждающихся в АРВ-лечении по медицинским показаниям, а добровольная обращаемость в центры СПИД всё равно остаётся низкой. Следовательно, необходимы дополнительные специальные усилия по привлечению пациентов, страдающих наркоманией и ВИЧ-инфекцией в систему служб государственного здравоохранения. Одни медики справиться с этой задачей не смогут, поэтому в формировании эффективных программ лечения велика роль общей ментальности и уровня образованности населения, деятельности общественных организаций и объединений, наличие системы партнёрского консультирования, включающей индивидуальную поддержку и работу групп взаимопомощи, а также круг родственной поддержки пациентов.

Многофакторные причины, обуславливающие многообразие проблемного состояния человека, который освободился из мест лишения свободы, требуют комплексного подхода к организации помощи данному контингенту населения. Этот подход может быть реализован на основе *биопсихосоциальной парадигмы* формирования устойчивой адаптации к жизни на свободе. Такая парадигма развивает неразрывность и взаимосвязанность биологических (генетических), психологических и социальных условий, обуславливающих качество жизни и здоровья индивида. Поэтому в нашей модели мы предприняли попытку улучшить *системное взаимо*



действие между разными секторами управления медико-социальными услугами, объединить в «равноправное целое» отдельные сферы работы с целевой группой, учесть потребности клиента и предоставить ему максимально возможный спектр услуг. В практической части реализации проекта мы применили межсекторальный принцип преемственной командной работы партнерских организаций. Конкретная деятельность специалистов с основной целевой группой осуществлялась по технологии координированного ведения индивидуального случая с учётом основных принципов и этапов предоставления услуг (см. ниже).

Общие подходы к разрешению проблем клиентов на разных этапах сопровождения

Практический опыт реализации проекта показал, что медико-социальное сопровождение осужденных, освободившихся из мест лишения свободы, должно строиться на основе следующих базовых принципов:

- биopsихосоциальный подход к сопровождению;
- системная координация и наличие ответственного органа управления сопровождением;
- равноправное партнёрство во взаимодействии участников сопровождения;
- этапный (последовательный) подход к сопровождению;
- командный (междисциплинарный) стиль работы.

В рамках организованной модели в медико-социальном сопровождении реализуются следующие последовательные этапы предоставления услуги (подробнее см. раздел «Технология междисциплинарного ведения случая», табл.1 «Описание этапов координированного ведения случая»):

- Открытие случая сопровождения
- Оценка случая сопровождения
- Разработка первоначального плана обслуживания
- Выполнение первоначального плана обслуживания
- Повторная оценка проблемного состояния клиента
- Корректировка плана обслуживания
- Выполнение усовершенствованного плана обслуживания
- Мониторинг состояния клиента
- Мероприятия по закрытию/переводу случая

Модель медико-социального сопровождения действует на основе следующих основных принципов предоставления услуги клиенту:

- Соблюдение прав пациента (клиента)
- Учёт потребностей и отстаивание интересов пациента (клиента)
- Межсекторальное взаимодействие (услуга предоставляется при участии разных секторов: государственного, муниципального, частного, некоммерческого и т.п.)
- Межведомственное взаимодействие (услуга оказывается на базе или при участии организаций различной ведомственной принадлежности)
- Междисциплинарное взаимодействие (командный подход — ведение случая осуществляется группой специалистов)
- Преемственность услуг на разных этапах сопровождения
- Супервизия (независимое экспертное наблюдение)
- Командное обсуждение случая



Поддержка персонала (профилактика профессионального выгорания)

Создание партнёрства и планирование деятельности модели

Создание партнёрской модели требует определённого времени, мотивационной готовности основных партнёров, наличия тесного практического межсекторного взаимодействия и проходит в *несколько последовательных этапов*. Кто-то из заинтересованных лиц или организаций должен проявить инициативу и взять на себя ответственность и координировать процесс формирования основного «ядра» партнёрства. Схематично процесс создания модели представлен на Рис.1.



Рис. 1. Этапы создания партнёрской модели медико-социального сопровождения

На первом этапе развития деятельности по созданию системы медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из МЛС, необходимо тщательно проанализировать уже существующие услуги, выявить актуальные потребности целевой группы и значимые пробелы в оказании помощи, сильные и слабые стороны взаимодействия секторов и ведомств, принимающих участие в социальном сопровождении. По результатам оценки готовится комплексный доклад. Лучше всего поручать оценку независимым научным организациям, специализирующимся на оценке качества медико-социальных услуг населению.

На основе результатов комплексного анализа ситуации активные участники партнерской сети вырабатывают *стратегический план работы, основные мониторинговые индикаторы проекта и первичную документацию* (план сопровождения, анкета клиента, журнал учета и др.), которые позволяют в будущем оценить эффективность мероприятий и проводить мониторинг проекта.

На следующем этапе проводится привлечение к участию в работе сети различных организаций, предоставляющих услуги целевой группе. Важность привлечения и включения той или иной службы (организации) в партнерскую сеть определяется с учётом проведенной ранее оценки.

Далее следует сосредоточиться на закреплении официального статуса партнёрской сети через проведение необходимых консультаций, разработку и подписание юридически выверенных соглашений.

В нашем случае активную заинтересованность в работе по данному направлению проявили 10 организаций: Управление Федеральной службы исполнения наказания по Оренбургской области, Управление социальной защиты населения Администрации г. Оренбурга, Центр занятости населения г. Оренбурга, ГУЗ «Оренбургский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями», ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», АНО «Гражданская воля», АНО «Новая жизнь», АНО «Бюро по проблемам наркомании», НФ «Позитивная Инициатива», Оренбургское областное отделение Российского Красного Креста. 31 августа 2007 года между данными организациями



было подписано *Соглашение о сотрудничестве* (см. Приложение 1), в декабре 2007 года к данному соглашению присоединилась ещё одна НКО — НФ «Равновесие-Оренбург». Вопрос о развитии проекта медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, был неоднократно рассмотрен на заседании *Межведомственной комиссии по профилактике алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции, противодействия незаконному обороту наркотиков при Администрации г. Оренбурга* и получил официальную поддержку органов власти, закреплённую решениями вышеназванной комиссии от 26.06.2007 и 29.01.2009. Для повышения эффективности партнёрского взаимодействия в состав комиссии был включён заместитель начальника Управления ФСИН по Оренбургской области.

Основой функционирования Оренбургской модели медико-социального сопровождения лиц, освободившихся из мест лишения свободы, является межсекторное Соглашение и деятельность партнерских организаций в рамках межведомственной комиссии при Администрации г. Оренбурга. К Соглашению о сотрудничестве приложены Протоколы согласования, в которых каждый участник Соглашения расписывает свои обязанности, спектр предоставляемых услуг и другие особенности работы в рамках достигнутых договорённостей. Текст подписанного сторонами Соглашения и Протоколов имеется у каждого члена партнёрской сети.

Координация функционирования модели и взаимодействие партнёров

В структуре модели 11 организаций г. Оренбурга предоставляют необходимые медико-социальные услуги для целевой группы проекта. Слаженная работа партнёров имеет в своей основе комплексную координацию.

В связи с тем, что модель является межсекторной, требуется высокий уровень координации представителей разных по юридической и профессиональной составляющей организаций (Рис.2). Эту координацию в нашем случае осуществляет *Межведомственная комиссия по профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции при Администрации г. Оренбурга*. В состав данной комиссии входят управленцы высшего звена местных подразделений федеральных органов (УФСКН, УФСИН), руководители специализированных региональных и муниципальных структур, главные врачи специализированных медицинских учреждений, религиозные деятели, а также представители трёх общественных организаций.

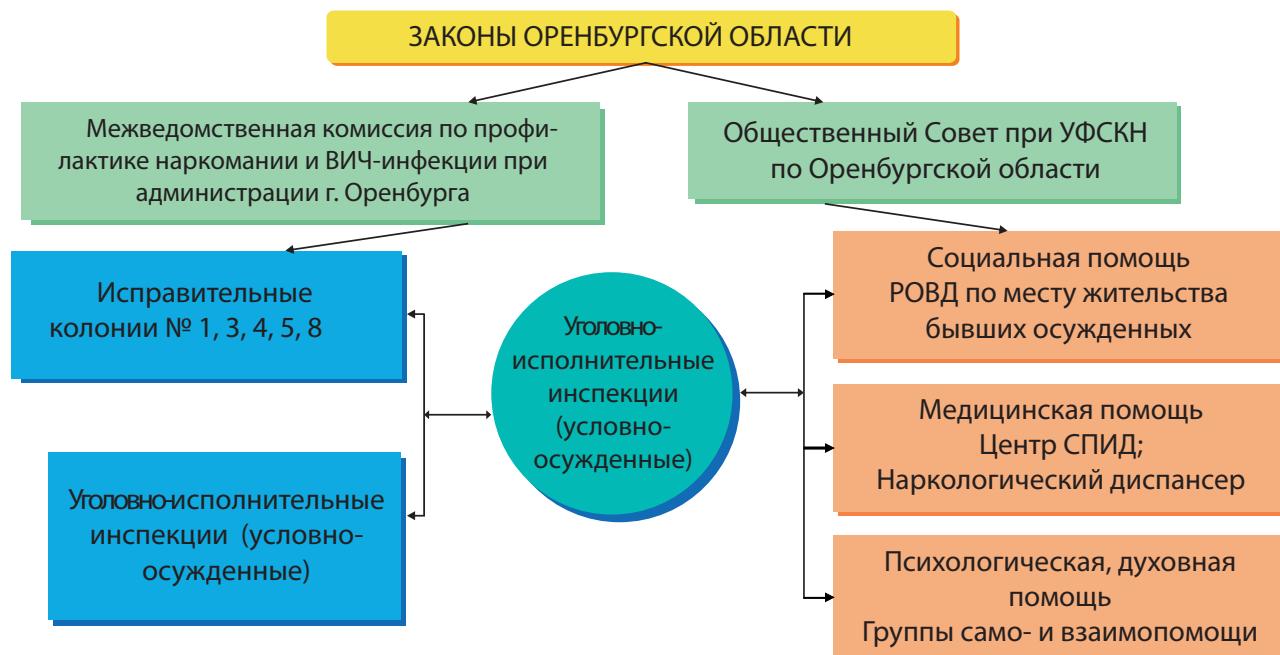




Рис 2. Схема партнёрской модели медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освободившихся из мест лишения свободы в Оренбургской области.

Кроме того, в заседаниях комиссии постоянно принимают участие депутаты городского Совета, ответственные работники администрации города, журналисты. Координация данного уровня касается прежде всего *выработки стратегии совместной деятельности, принятия согласованных решений и контроля за их исполнением*. Для программ работы с лицами, освободившимися из мест лишения свободы, особую важность представляют официальные договорённости с системой Управления федеральной службы исполнения наказаний, полномочия которой в управлении плане практически не пересекаются с муниципальными и региональными представителями. *Установление конструктивных рабочих взаимоотношений с УФСИН является важнейшей задачей этого уровня координации.*

Следующий уровень требует координации в плоскости полномочий организаций, предоставляющих услуги целевой группе. Данный блок является ключевым с точки зрения объёмов и качества проводимой работы, которые в конечном итоге влияют на полноту достижения поставленной цели и эффективность проекта. Наш опыт свидетельствует о том, что необходимо выделять отдельную ставку координатора «Медико-Социального бюро», наделённого соответствующим образованием и опытом проектной деятельности. Идеальным вариантом является работа координатора проекта на освобождённой основе с полной занятостью. Координатор партнёрской модели решает рабочие вопросы взаимодействия между разными секторами и ведомствами, планирует общую деятельность, систематизирует отчётность и проводит её регулярный анализ. Он также выступает основным докладчиком на различных заседаниях и представляет интересы «Медико-Социального бюро» во взаимоотношениях с УФСИН и органами исполнительной власти.

Следующий уровень координации представлен в системе взаимодействия персонала внутри отдельных организаций. Эту роль играет проектный менеджер, который отвечает за слаженную работу персонала, принимающего участие в оказании услуг целевой группе. Менеджер отвечает также за правильное ведение, сбор и предоставление отчётности координатору Медико-Социального бюро. Проектный менеджер разрабатывает план работы организации на основе общей стратегии развития модели и контролирует ход его реализации на своём уровне. На этом уровне менеджер уже работает с клиентом, но он не оказывает саму конечную услугу, а координирует организацию последовательного предоставления услуг специалистами, т.е. «ведёт, или сопровождает» случай. Координирующие функции менеджера кроме того интегрированы в работу междисциплинарной бригады специалистов.

Рутинный, но важнейший по значимости уровень координации возникает в сфере практической совместной деятельности специалистов, оказывающих услуги клиенту. Координирующая задача специалиста состоит в слаженном взаимодействии со своими подчинёнными (медсёстры, социальные работники и др.) и с другими членами команды (начальники отрядов, психологи колоний) в интересах клиента. Связать воедино комплексную помощь целевой группе невозможно без устойчивого взаимодействия в рамках вертикальных и горизонтальных связей внутри самой междисциплинарной команды специалистов.

Уровни координации модели и схема управления проектом представлены на **Рис 3.**

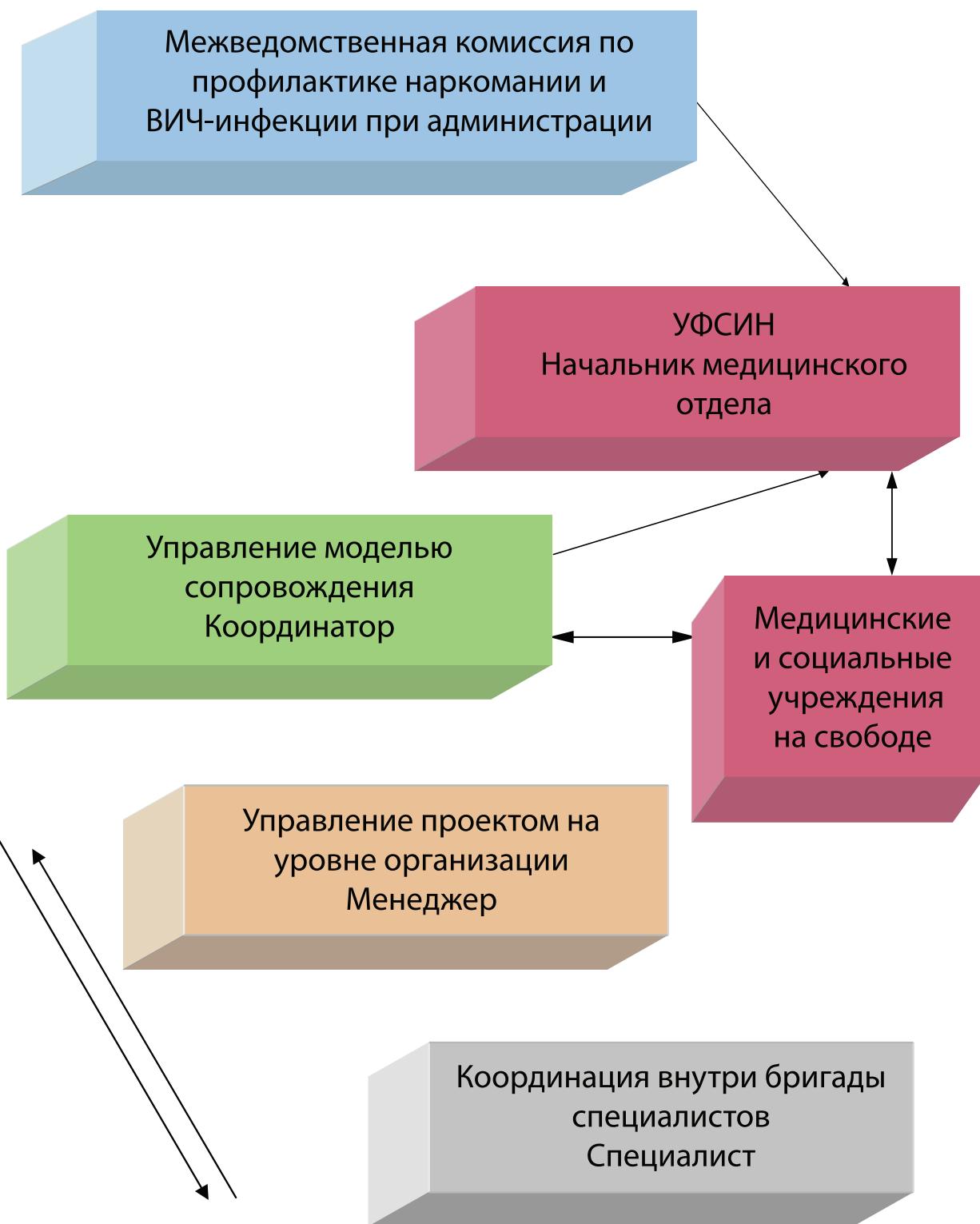


Рис. 3. Уровни координации партнёрской модели медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы в г. Оренбурге.



Технология междисциплинарного ведения случая

Практический опыт отечественных и зарубежных исследователей показал, что наилучших результатов по изменению качества жизни и здоровья ВИЧ-инфицированных наркозависимых можно достичь при содружественном подключении к этой работе разных участников лечебно-реабилитационного процесса. Новизна подхода заключается в том, что заинтересованные специалисты официально (по решению или приказу) или неформально (по устному соглашению) объединены в группу единомышленников и адресно «передают» пациента друг другу на последовательных этапах разносторонней помощи. Следовательно, соблюдается принцип преемственности оказания медико-социальной помощи. Члены этой небольшой группы часто вместе обсуждают конкретный практический случай, принимают согласованные решения и действуют по совместному плану и заранее оговоренным стандартным правилам.

В последнее время такую форму организации медицинской помощи называют **«междисциплинарное ведение индивидуального случая»** или **«сопровождение клиента мультипрофессиональной командой специалистов»**. В российском здравоохранении, в психиатрии-наркологии, в частности, давно известна так называемая «бригадная» форма работы с пациентом. Уместно привести опыт взаимодействия разных ведомств, существовавший в СССР, когда лечебно-профилактическая работа с наркопотребителями осуществлялась в тесном взаимодействии с трудовыми коллективами, учебными заведениями, органами правопорядка и исполнения наказания, общественными организациями. Отдельные нормативные документы посвящались сотрудничеству органов внутренних дел и наркологических учреждений²⁷. Механизм взаимодействия был чётко регламентирован, на потребителей наркотиков заполнялась информационно-поисковая карта, имелся прописанный в совместном приказе²⁸ порядок передачи клиента от наркологической службы в систему исполнения наказания и, при осуждении, обратно. Зарубежный опыт также показывает, что отдельных специалистов можно объединять между собой посредством специально подготовленных сотрудников, помогающих пациенту получить максимум информации о предоставляемых услугах, облегчить доступ к ним и скоординировать общую работу. В Российской Федерации современные зарубежные модели комплексного медико-социального сопровождения на основе индивидуального ведения случая (кейс-менеджмент) ранее разрабатывались и внедрялись для безнадзорных несовершеннолетних общественной организацией «Врачи-детям» в г. Санкт-Петербург (2007-2008)²⁹ и Американским международным союзом здравоохранения для ВИЧ-инфицированных в ходе программы «Лечение, уход и поддержка при ВИЧ/СПИД» в Оренбургской, Самарской, Саратовской областях и в г. Санкт-Петербург (2004-2008 гг.)³⁰.

В рамках данного подхода врачи и другие специалисты занимаются своими привычными функциональными обязанностями, а за организационные вопросы командного взаимодействия и контроль движения пациента отвечает выделенный сотрудник — менеджер. Основная функция этого члена команды — быть связующим звеном между специалистами и пациентом. Менеджер выясняет особенности случая и проблемной ситуации пациента (клиента), оценивает его потребности, устанавливает готовность клиента к получению медицинской или иной

²⁷ Приказ №768/116-ДСП от 3 июня 1986 года МЗ СССР-МВД СССР «Об улучшении взаимодействия органов здравоохранения и внутренних дел по раннему выявлению, учёту, активному наблюдению и лечению больных алкоголизмом в ЛТП, других учреждениях МВД СССР и после освобождения из них в наркологических учреждениях органов здравоохранения». Москва. 1986.

²⁸ Приказ №402/109 от 20 мая 1988 года МЗ СССР-МВД СССР «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учёта лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией». Москва. 1988. С.6; 10-11.

²⁹ Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / Под ред. Ю.В. Батлук, Р.В. Йорика, С.В. Суворовой. СПб.: Врачи-детям, 2009. 78 с.

³⁰ Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных (кейс-менеджмент). М.: Американский Международный Союз Здравоохранения (AMC3), 2008. 113 с.



помощи, направляет к специалистам и проверяет, получил ли он услугу, т.е. помогает ему быстрее и с меньшими трудностями получить максимально возможный спектр услуг. На английском языке такая технология помощи называется «кейс-менеджмент» (дословно «управление случаем»), а специалист, отвечающий за междисциплинарное взаимодействие и координацию, — «кейс-менеджером».

Важнейшая особенность данной методологии заключается в том, что в центре этой системы — пациент и его внутренние потребности, т.е. индивидуальный случай в целом, а не отдельно взятый ведущий патологический синдром или какое-либо заболевание. В этом существенное отличие модели «Медико-социального бюро» от традиционного «бригадного» подхода, где на первом месте стоит медицинский, психологический или социальный диагноз.

Менеджер по ведению индивидуального случая заболевания (кейс-менеджер) должен обладать хорошими коммуникативными навыками и знаниями в области предоставления помощи наркопотребителям и ВИЧ-инфицированным лицам, освободившимся из мест лишения свободы. Для этого на этапе формирования мультипрофессиональной бригады проводится целевое обучение менеджеров основам организации здравоохранения, принципам командообразования, особенностям работы с ВИЧ-инфицированными и наркозависимыми, мотивированию пациентов, работе с документацией и собственно методологии и навыкам медико-социального сопровождения. Также необходимо обучение всех других членов бригады современным технологиям работы по формированию приверженности специализированным программам лечения.

Междисциплинарное бригадное ведение индивидуального случая (кейс-менеджмент) при ВИЧ-инфекции — технология оказания помощи пациенту, основанная на координации предоставления услуг разными специалистами, работающими по определённым правилам в единой медико-социальной бригаде (команде).

В рамках такой технологии неразрывно связаны психологическое, медицинское (медицинско-лекарственное) и социальное сопровождение пациента. Неслучайно и наркомания, и ВИЧ-инфекция относятся к группе так называемых социально-значимых заболеваний. Поэтому все члены бригады, независимо от их статуса, воспринимают труд своих партнёров как равнозначный и одинаково важный для улучшения качества адаптации и поддержания приверженности клиента медико-социальному сопровождению

Мультипрофессиональная бригада создаётся по принципу практического взаимодействия между её специалистами во имя быстрого и эффективного решения проблем пациента. Известно, что в крупных и средних городах Российской Федерации имеется значительная территориальная удалённость специализированных учреждений друг от друга. Например, наркологический диспансер может находиться в одном конце города, а инфекционная больница в другом. Кроме того, штатная принадлежность специалистов к учреждениям разных ведомств, отсутствие совместных планов работы приводят к тому, что порой даже в небольших муниципальных образованиях врач психиатр-нарколог не знает, где и когда принимает врач-инфекционист, и наоборот. Актуальность объединения усилий подтверждается тем, что в устойчивой приверженности лечению наркомании и ВИЧ/СПИДа заинтересованы в одинаковой степени все специалисты мультипрофессиональной бригады.

В команде специалистов все роли чётко распределены. В самом простом виде в состав мультипрофессиональной бригады входят менеджер социального сопровождения, представитель медицинской службы ФСИН (по согласованию), врач-инфекционист, врач психиатр-нарколог



и социальный работник. Эффективность работы бригады значительно повышается, если она включает также должности психотерапевта, фтизиатра, психолога, юриста, медицинской сестры и «равного» консультанта. Должность «равного» консультанта занимает сотрудник, который является бывшим наркопотребителем или бывшим осужденным и воспринимается «своим» среди наркозависимых в силу наличия прошлого опыта преодоления проблем. В то же самое время «равный» консультант посредством своей работы способствует разрушению барьера, преодолению недоверия, доказывает собственным примером реальную возможность будущего выздоровления и адаптацию к существующим нормам общества.

«Равный» консультант – человек, как правило, ВИЧ-положительный, имеющий успешный личный опыт решения проблем, связанных с наличием ВИЧ-инфекции и/или наркомании, обладающий специальной подготовкой в области общественного здоровья, навыками консультирования и знаниями в контексте ВИЧ-инфекции/наркомании.

«Равный» консультант играет важную роль в бригаде, особенно в сложных случаях: низкая мотивация к лечению, отказ от АРВ-терапии, наркоманические и алкогольные срывы, рецидивы наркологического заболевания и т.п. Такой консультант незаменим при работе со скрытым контингентом наркопотребителей, потому что эта часть клиентов наименее мотивирована к получению медицинской помощи и негативно относится к взаимодействию с врачами и представителями любых официальных организаций.

Врачи, медицинские сестры и психологи занимаются своими функциональными обязанностями и применяют новые технологии взаимодействия с пациентом (партийёрский стиль взаимодействия, психологическое консультирование, поощрение побуждений, мотивационное интервью, когнитивно-поведенческое вмешательство и др.), при этом они не несут никакой дополнительной нагрузки. Социальный работник и, отчасти, юрист наделены функцией содействия в решении бытовых и жизненных проблем пациента и его семьи, таких как восстановление документов (паспорт, страховой полис и др.), назначение материального пособия, оформление инвалидности, переобучение и трудоустройство.

Юрист занимает в команде весомое место. Правовая консультация и поддержка — один из приоритетных запросов среди ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, освободившихся из мест лишения свободы, включая группу женщин с детьми. Сам по себе статус бывшего осужденного подразумевает потребность в юридическом сопровождении, однако на него накладывается также значительная юридическая составляющая всех аспектов наркомании и ВИЧ-инфекции.

Роль менеджера в этой команде — координация и организация слаженной и бесперебойной работы по предоставлению медико-социальных услуг пациентам на всех этапах оказания помощи. Менеджер регистрирует клиента, разрабатывает индивидуальный план медико-социального сопровождения, направляет к специалистам бригады и сопровождает каждый конкретный случай.

Функцию менеджеров могут с успехом выполнять сотрудники с высшим сестринским образованием, штатные специалисты по социальной работе или социальные работники медицинских служб при наличии соответствующего дополнительного образования.

Совершенно очевидно, что сопровождение целевой группы начинается не сразу после освобождения, а задолго до этого события. Поэтому в состав команды входят представители системы исполнения наказания. Этот вопрос необходимо согласовывать с руководством регионального УФСИН.



Для поддержания преемственности сопровождения необходим менеджер, координирующий работу по подготовке к освобождению (внутри МЛС). Наш опыт свидетельствует о том, что эту функцию может успешно выполнять заместитель руководителя медицинского отдела УФСИН. Эти задачи может также выполнять главный специалист по психиатрии или инфекционным заболеваниям медицинского отдела УФСИН. Однако непосредственную работу с осуждённым осуществляют начальники отрядов, психологи, медицинские работники.

Примерная схема персонала междисциплинарной бригады представлена на рис. 4.



Рис. 4. Рекомендуемый состав специалистов междисциплинарной бригады

В случае подготовки к освобождению женщин пространство межведомственного взаимодействия распространяется за пределы Оренбургской области и определяется степенью удалённости женских колоний.

Ведущий специалист бригады определяется проблемной ситуацией клиента и координируется менеджером индивидуального ведения случая. При актуализации наркологических проблем основную роль играет психиатр-нарколог, социальных — социальный работник или юрист, инфекционных — врач-инфекционист. На этапе ввода пациента в сопровождение и составления плана ведения случая большую роль часто играют партнёрский консультант, специалист или непосредственно менеджер медико-социального сопровождения.

Если рассмотреть основные этапы междисциплинарного бригадного ведения случая как процесса, то эта система будет выстраиваться через последовательные этапные действия, отражённые на следующей схеме (**Рис. 5**).

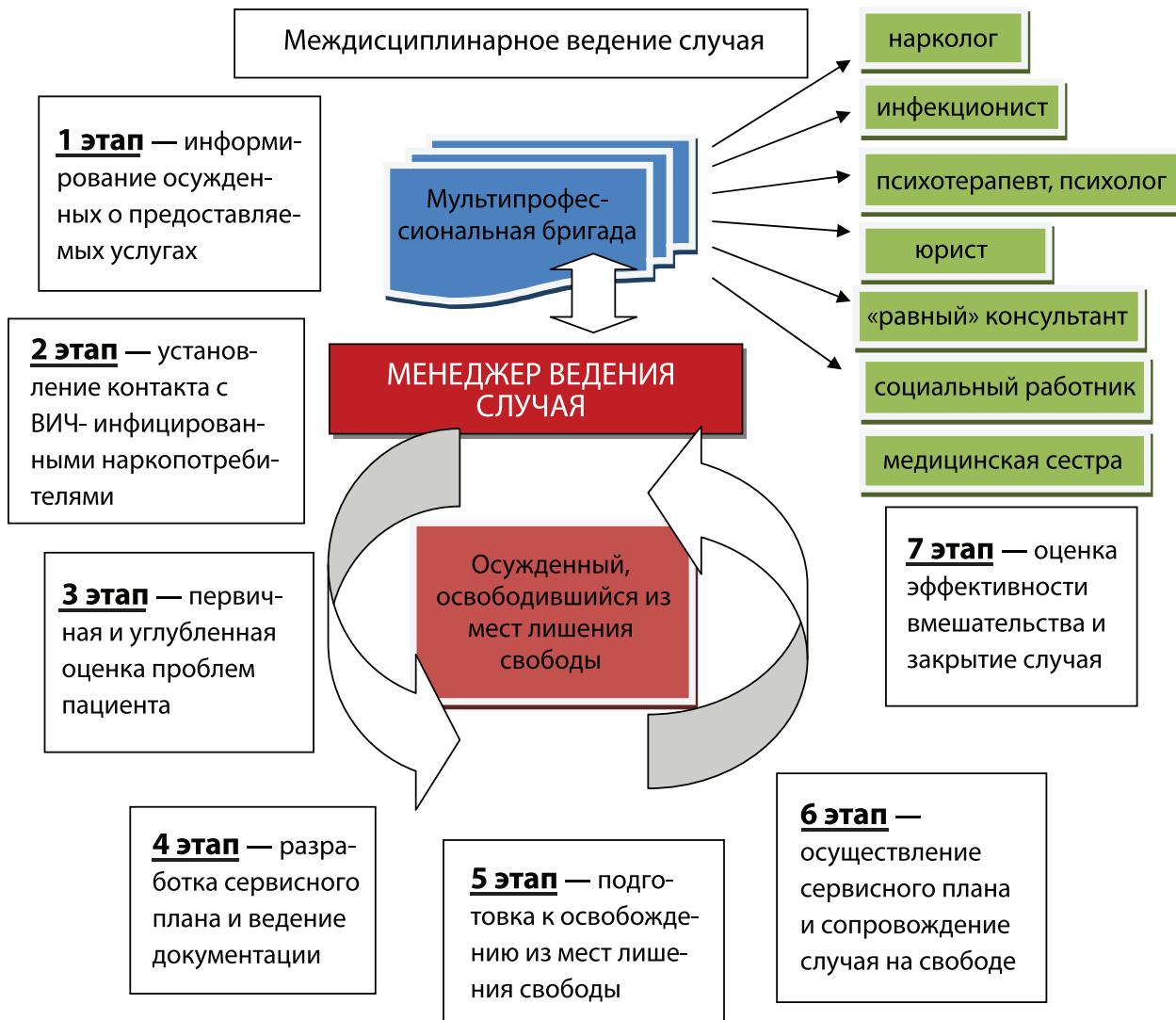


Рис. 5. Междисциплинарное ведение случая среди лиц в местах заключения и освободившихся из мест лишения свободы

В клиническом протоколе ВОЗ по лечению ВИЧ/СПИДа у потребителей инъекционных наркотиков (2006) особо подчёркивается, что медицинская помощь данному контингенту должна быть *преемственной* и *непрерывной* (через систему направлений), обеспечивающей взаимодействие между медицинскими учреждениями, социальными службами, семьями пациентов и общественными группами самих пациентов³¹. ВОЗ выступает за многопрофильный подход, причём мультипрофессиональная бригада на регулярных совещаниях должна обсуждать состояние лиц, получающих лечение и дальнейший план действий. Это необходимо для того, чтобы охватить и удержать в программе сопровождения максимальное количество пациентов.

³¹ ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2006. 84 с.



В Российской Федерации при осуществлении медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных пациентов с наркотической зависимостью, освободившихся из мест лишения свободы, необходимо наладить координацию работы, как минимум, пяти видов служб:

Государственная инфекционная служба и центры СПИД

Государственная наркологическая служба

Медицинская служба пенитенциарной системы (медслужба УФСИН)

Психологические и социальные службы разных секторов

Общественные организации, работающие в сфере наркомании, ВИЧ/СПИДа и паллиативной помощи (включая религиозные организации)

В качестве органа, контролирующего медико-социальное сопровождение, может выступать Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Факультативно в это взаимодействие можно включить институт врачей общей практики, фтизиатров, гепатологов. Данный способ междисциплинарного взаимодействия специалистов может быть закреплен ведомственными приказами региональных или муниципальных органов управления здравоохранением и социального развития. Межсекторное и межведомственное взаимодействие осуществляется на более высоком уровне. Например, в Оренбургской области на основании письма руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г. Онищенко от 13.05.2009 № 01/6484-9-32 был подготовлен совместный приказ, регулирующий вопросы мониторинга сведений о профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ, в том числе в пенитенциарной системе региона³². При подготовке официальных документов следует учитывать действующее законодательство о ВИЧ-инфекции и наркомании, в том числе и правила о неразглашении диагноза.

Описание этапов координированного ведения случая

Описание этапов координированного ведения случая медико-социального сопровождения лиц, освободившихся из мест лишения свободы (включая ПИН и ВИЧ-позитивных) представлено ниже в структурированной табличной форме.

³² Приказ «О предоставлении отчётной формы ежемесячного наблюдения реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу профилактика ВИЧ-инфекции. № 112/1 от 30.06.2009 МЗ и СР Оренбургской области. № 147-о.д. от 30.06.2009 УФС по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области. №3 от 30.06.2009 УФСИН по Оренбургской области.



Описание этапов координированного ведения случая медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных лиц, освободившихся из мест лишения свободы

Этап координированного ведения случая	Задачи этапа	Показания для клиента к прохождению этапа	Кто осуществляет деятельность по этапу	Как распределена ответственность между специалистами на данном этапе	Как организован контроль деятельности на этапе	Сроки осуществления деятельности на этапе	Ожидаемые результаты деятельности на этапе
Открытие случая			- Информирование клиентов и специалистов об услугах - Поиск целевых случаев - Регистрация случая - Получение согласия клиента на сопровождение	Доверенные врачи, специалисты различных служб, контактирующие с целевой группой. Медицинские работники, психологи системы ФСИН	- Координатор отвечает за контроль ведения документации, командообразование, обучение персонала	Несколько часов или дней (не более 3-х дней с момента запроса клиента)	- Клиенты и специалисты хорошо информированы о программе сопровождения и знают, какие услуги может предоставить программа
			- Наличие ряда целевых критериев соответствия программы: ВИЧ-инфекция, освобождение из мест лишения свободы, потребление инъекционных наркотиков и др.	- Узкие специалисты отвечают за информирование и первичное привлечение клиента к программе	- Анализ статистических показателей и мониторинговых индикаторов (например, сколько осужденных, сколько из них ВИЧ+ и ПИН, сколько человек согласились на сопровождение)		- Осужденные, готовящиеся к освобождению, имеют положительные отзывы и мотивацию к участию в программе



		вовлечению клиентов и разрушению их страхов, мифов и недоверия		
Оценка случая	- Выявление потребностей и проблемных зон клиента - Определить возможности программы для решения проблем клиента	Социальный работник, медицинский работник, «равный» консультант или специалист по координированному ведению случая (кейс-менеджер) - Соответствие запроса клиента возможностям программы	- Контроль ведения карт первичной и полной психосоциальной оценки клиента за этот этап является любой специалист команды, проводящий первичную оценку случая (для ПИН дополнительный инструмент – Индекс тяжести зависимости (ITZ/ASL))	Один – два дня - Определены проблемные зоны клиента, его потребности и соответствие возможностей программы запросам клиента
Разработка первоначального плана обслуживания	- Создать план ведения случая - Согласовать план с клиентом	- Согласие пациента (мотивация) на сотрудничество и разработку плана - Согласование плана с клиентом	- За составление и подписание согласия с планом отвечает кейс-менеджер, специалист по социальной работе - Согласие пациента на возможное разглашение информации о ВИЧ-статусе и наличии наркомании в рамках сопровождения	В среднем 2-3 очных встречи с клиентом - Контроль ведения бланков индивидуального плана сопровождения - Анализ соответствующих мониторинговых индикаторов проекта



		сопровождения			
Выполнение первоначального плана обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> - Определить время и место предоставления услуг (и) - Получить согласие клиента на выполнение услуг (и) - Предоставить услугу (и) - Обеспечить постоянный личный контакт с клиентом (очные встречи) или по телефону - Обеспечить сопровождение клиента к специалисту, предоставляющему услуги 	<p>- Психологическая готовность действовать (нахождение мотивации клиента на стадии принятия решений и действий)</p> <p>- Психологическая и физическая готовность клиента к получению услуг (и)</p>	<p>Специалист по координированному ведению случая (социальный работник, консультант, врачи), специалисты предоставляющие услуги</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Непосредственное ведение случая (патронаж, сопровождение к предоставителям услуг, посещение различных учреждений) осуществляют социальный работник или «равный» консультант - Сложные случаи обсуждаются на супервизионных встречах команды - Специалист по координированному ведению случая отвечает за связь клиента с отдельными представителями услуг (узкими специалистами), - Обеспечить личный контакт с клиентом (очные встречи) или по телефону - Обеспечить сопровождение клиента к специалисту, предоставляющему услуги 	<p>- Ответственный за данный этап сотруднику программы выполняет самоконтроль исполнения согласованного плана ведения случая</p> <p>- Сложные случаи обсуждаются на супервизионных встречах команды</p> <p>- Ожидается, что услуга (и) представлена вовремя, полностью и качественно.</p> <p>- Старший кейсменеджер анализирует сводные мониторинговые показатели (например, % дошедших до специалиста клиентов от общего числа направленных)</p> <p>- Сложные и нестандартные вопросы сопровождения</p>



		решает координатор проекта		
Повторная оценка	<ul style="list-style-type: none"> - Оценить план и степень его реализации - Вывить новые потребности и проблемные зоны - Подключить новых ответственных специалистов 	<p><u>Наличие новых или неразрешённых старых медицинских или социальных проблем, требующих оперативного решения</u></p> <p>- Соответствие запроса клиента возможностям программы или проекта</p>	<p>Специалист по координированному ведению случая (кейс-менеджер) совместно со специалистом команды, который выявил проблемную зону клиента</p>	<ul style="list-style-type: none"> - За данный этап отвечает специалист по координированному ведению случая (кейс-менеджер) - Анализ соответствующих мониторинговых индикаторов проекта
Корректировка плана обслуживания	<ul style="list-style-type: none"> - Обсудить с клиентом актуальность решения дополнительных проблем - Дополнить или изменить план сопровождения - Подписать новый план 	<p>- Согласие пациента на корректировку плана</p> <p>- Подписание нового плана</p>	<p>Специалист по координированному ведению случая</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Кейс-менеджер контролирует ведение бланков нового плана и анализирует наиболее часто встречающиеся варианты коррекции плана для последующего обсуждения среди специалистов проекта
Выполнение усовершенствования	<ul style="list-style-type: none"> - Определить время и место 	<p>Психологическая и физическая</p>	<p>Социальный работник,</p>	<p>Ответственный за данный этап</p>



инного плана обслуживания	предоставления услуги	готовность клиента к услугам - Получить согласие клиента на выполнение услуги - Предоставить услугу (и)	специалист по координированному ведению случая, специалисты, предоставляющие услуги - Обеспечить постоянный личный контакт с клиентом (очные встречи) или по телефону	случая (патронаж, сопровождение к предстаивителям услуг, посещение различных учреждений) осуществляет социальный работник или «равный» консультант - Специалист по координированному ведению случая отвечает за связь клиента с отдельными представителями услуг (узкими специалистами),
				сотрудник программы выполняет сам - контроль исполнения согласованного плана ведения случая - Старший кейс-менеджер анализирует сводные мониторинговые показатели (например, % дошедших до специалиста клиентов от общего числа направленных), - Сложные и нестандартные вопросы сопровождения решает координатор проекта



Мониторинг состояния клиента	- Оценить комплексное состояние клиента и степень его удовлетворённости программой	Официальное нахождение на сопровождении, а также прохождение его этапов	Социальный работник, специалист по координированному ведению случаев, специалисты – представители услуг.	Социальные работники, «равные» консультанты и узкие специалисты заполняют журналы регистрации случаев, подают отчётность кейс-менеджерам	Координатор проекта контролирует работу кейс-менеджеров и других специалистов на основе анализа мониторинговых показателей и проведения оценки степени удовлетворённости клиента услугами	1 очное исследование на входе в программу в течение 1-3 дней после получения запроса клиента, затем 2 исследования на выходе (оценка степени удовлетворённости предоставляемыми услугами + заключительная оценка психосоциального статуса клиентов)	Ожидается повышение качества жизни и адаптации клиента, снижение Индекса тяжести зависимости, снижение рецидивной преступности и рискованного в отношении ВИЧ поведения
			Системой мониторинга проекта управляет координатор.	Кейс-менеджеры собирают отчётность, подсчитывают показатели и сдают ежемесячно координатору количественные и содержательные отчёты	Кейс-менеджер контролирует отчётность социальных работников и узких специалистов	Координатор отвечает за общую отчётность и анализ основных мониторинговых показателей проекта	Как минимум 1 очная встреча с
Мероприятия по закрытию/	- Собрать в один файл рабочую	- Отказ клиента от сопровождения	Специалист по координирован-	За этот этап отвечают	Координатор проекта	Высокая степень	



переводу случая	документацию по сопровождению случая клиента на всех этапах	ному ведению случая - Выполнение первичного и скорректированного планов ведения случая - Написать резюме по закрытию случая	специалисты по координированному ведению случая	клиентом	удовлетворённости представляемыми услугами и хорошее впечатление о программе
		 - Несоответствие возможностей программы (проекта) запросам клиента - Направить клиента в другую программу (по актуальности)	контролирует работу кейсменеджеров и других специалистов на основе анализа мониторинговых показателей	От 3 до 10 дней	



Особенности взаимодействия медико-социальных служб на этапе подготовки осужденных к освобождению

Мероприятия на этапе подготовки к освобождению должны начинаться заблаговременно, примерно за 6 месяцев до выхода на свободу.

Цель деятельности на данном этапе, на котором значительно меняется привычный стереотип жизни осужденного, заключается в формировании и обеспечении высокого уровня оказания медицинской и социальной помощи при одномоментном переходе пациента (клиента) из ведомственной системы здравоохранения УФСИН в общегражданскую муниципальную и государственную систему предоставления медицинских и социальных услуг.

Частные задачи данного этапа:

- обучить персонал УФСИН методике подготовки осужденного к медико-социальному сопровождению в рамках Медико-Социального бюро;
- подготовить личность осужденного к предстоящему освобождению;
- дать общую информацию о существующей модели Медико-Социального бюро;
- дать частную информацию о предоставляемых услугах в рамках системы медико-социального сопровождения;
- сформировать доверие к программе;
- провести первичное индивидуальное и групповое консультирование клиентов внутри колоний;
- заполнить первоначальный план сопровождения;
- поддерживать контакт с клиентом путём очных консультаций внутри колонии или по телефону;
- при необходимости начать выполнение плана сопровождения ещё до освобождения (диагностические исследования, консультации узких медицинских специалистов, психотерапевтическая помощь, «равное» консультирование);
- повысить мотивацию клиента в отношении приверженности к программам АРВ-терапии и наркологического лечения.

Общей стратегией деятельности по подготовке пациента к освобождению является комплекс мероприятий по плавному и наименее «безболезненному» переводу осужденного к формированию адаптивной жизни после выхода из мест лишения свободы. Ранняя вовлечённость в программы медицинского и социального сопровождения позволит повысить оперативность получения услуг, улучшить качество жизни бывшего осужденного и, соответственно, снизить риск рецидивной преступности.

В реализованном нами проекте удалось достичь соглашения с компетентными органами УФСИН по Оренбургской области о работе внутри колоний сотрудников некоммерческих орга



-низаций. Систематическая работа осуществлялась менеджерами, психологами и социальными работниками в исправительных колониях №1, №4 и №8 г. Оренбурга и в исправительных колониях №3, №5 г. Новотроицка, Оренбургская область (с января 2009 г.). Кроме того, периодически проводилось консультирование родственников клиентов из СИЗО №1 (с апреля 2008 г.) и СИЗО №3 (с октября 2008 г.).

Профилактическая работа внутри колоний осуществлялась в тесном взаимодействии с медицинскими работниками, психологами и начальниками отрядов УФСИН. Сотрудники УФСИН заблаговременно готовили для встреч лиц (ПИН и ВИЧ+), которые освобождались в ближайшие 6 месяцев. На встречи приглашались также все желающие, у которых впереди имелись длительные сроки заключения.

Просветительская работа является краеугольным камнем профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании в местах лишения свободы. Профилактические мероприятия, направленные на противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа, проводятся силами «мобильной бригады», состоящей из менеджера социального сопровождения, врачей-специалистов: инфекционистов, врачей отделения профилактики, психотерапевта, нарколога, а также психологов и подготовленных консультантов.

Для обеспечения эффективного сопровождения клиентов с ВИЧ/СПИДом необходимо наладить рабочее взаимодействие между врачами-инфекционистами центра СПИД и медицинскими работниками УФСИН. Оптимальной схемой является регулярное посещение колоний штатным инфекционистом центра СПИД, который будет оказывать медицинскую помощь клиентам после их освобождения из МЛС. Для формирования у пациентов приверженности лечению и повышения эффективности работы в нашем проекте на должность менеджера социального сопровождения был принят опытный врач-инфекционист областного центра СПИД, который регулярно посещал колонии, обучал на рабочем месте медицинских работников УФСИН особенностям подачи экстренных извещений о выявленном инфекционном заболевании, ведению документации и консультированию. Врач-инфекционист центра СПИД проводил в исправительной колонии квалифицированное, качественное послетестовое консультирование, предоставляя эффективную поддержку осужденным при получении ими результатов обследования на ВИЧ и в последующий период. Осуществлялся первичный прием осужденных пациентов, где бралось согласие на дальнейшее наблюдение. На приеме проводился опрос и заполнялось оперативное донесение. Все пациенты, взятые на сопровождение, обследовались на параметры клеточного иммунитета, вирусную нагрузку, сдавали биохимический и клинический анализы, которые направлялись в центр СПИД. На основании полного обследования пациенту ставился клинический диагноз.

Осужденным предоставлялась развернутая информация по лечению ВИЧ, что позволяло принять обоснованное решение относительно показаний и начала АРВТ. В результате отношение ВИЧ-инфицированных осужденных к АРВТ менялось в положительную сторону. Проводилось консультирование по вопросам приверженности АРВТ, а также коррекция ранее назначенной схемы АРВТ. Пациенты узнав, что в колонии консультирует инфекционист из центра СПИД, были готовы прийти на прием, а также взять на себя ответственность за свое здоровье. Пациенты после освобождения сопровождались до центров СПИД, где продолжали наблюдение и непрерывное лечение.

В работе Медико-Социального бюро внутри исправительных колоний были использованы различные формы и методы профилактики, в частности *групповые тренинги*. Тренинги как форма обучения имеют существенные преимущества перед лекциями и семинарами. Они по-



-зволяют заключённым не только получить знания и навыки по вопросам ВИЧ/СПИДа в интерактивной форме, но и рассказать о своих проблемах и попробовать решить их. Одной из задач тренингов являлось повышение внутренней ответственности осуждённого за укрепление личного здоровья.

Групповой тренинг обычно проводился с 9.00 до 17.00 с перерывами.

Цель тренинга:

повышение уровня информированности по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД и наркомании среди лиц, находящихся в МЛС.

Задачи тренинга:

Предоставление участникам базовой информации о ВИЧ-инфекции.

Оценка риска заражения в учреждении.

Предоставление участникам информации о наиболее эффективных методах профилактики ВИЧ.

Формирование толерантного отношения к ЛЖВС.

Формирование навыков безопасного поведения.

Предоставление информации о системе медико-социального сопровождения бывших заключенных.

Предупреждение и профилактика рискованного поведения в отношении наркомании и ВИЧ-инфекции.

В первой части тренинга проводится анонимное анкетирование. После тренинга участники снова заполняют такую же анкету, кроме того, им предлагаются ответить на вопросы оценочной анкеты.

Цель анкетирования — сравнение уровня знаний до и после проведения мероприятия, оценка эффективности тренинга. Оценочная анкета позволяет определить уровень работы тренеров и степень востребованности тренингов.

В конце тренинга при наличии технической возможности и времени демонстрируется обучающий фильм по профилактическим аспектам ВИЧ-инфекции. Участники тренинга получают профилактические раздаточные материалы (печатную продукцию). Кроме того, после проведения тренинга проводится индивидуальное консультирование осуждённых по всевозможным превентивным вопросам, в том числе предоставляется информация о работе Медико-Социального бюро и координатах его сотрудников (список предоставляемых услуг, адреса, телефоны доверия).

При индивидуальной работе основными темами консультирования были следующие: «Жизнь с ВИЧ», «Приверженность АРВ-терапии», «Социальная помощь: восстановление документов, трудоустройство, выплата пособий и компенсаций», «Наркологическая помощь и



реабилитация».

Всем участникам предоставлялись информационные материалы о ВИЧ-инфекции и Медико-Социальном бюро. Печатные материалы, предназначенные для осужденных, красочно оформлены, информация в них изложена в доступной форме, поэтому они пользовались большим спросом. Вся печатная продукция (с информацией о Медико-Социальном бюро), изданная в рамках проекта, предоставлялась также через медицинский отдел УФСИН по Оренбургской области во все исправительные учреждения области.

После проведенных тренингов по согласованию с медицинским отделом и при участии психолога колонии для желающих углубить свои знания по проблеме наркомании и ВИЧ-инфекции проводились 2—3 часовые целенаправленные тематические профилактические мероприятия (иногда совместно с менеджером социального сопровождения). Отдельное консультирование проводилось для тех, кто нуждался в социальном сопровождении и получении дополнительной информации.

Например, в исправительной колонии №8 г. Оренбурга еженедельно проводились групповые консультации (количество участников: 7—15 осужденных), которые плавно переходили в индивидуальное консультирование. Общее время индивидуальной работы с клиентами внутри колонии составляло 2,5—3,5 часа. В исправительной колонии №4 работа осуществлялась 2 раза в месяц (в начале и в конце месяца). Во время групповой консультации собиралось в среднем 15 человек. Для осужденных, нуждающихся в помощи, после групповых занятий были организованы индивидуальные консультации.

Помимо работы с осужденными, проводилось просвещение и обучение персонала УФСИН. В рамках проекта было проведено три обучающих семинара для сотрудников исправительных колоний: психологов, медицинских работников и начальников отрядов.

Активное привлечение неправительственных организаций, врачей центров СПИД, участие самих осужденных в работе по укреплению здоровья, недискриминационное и гуманное отношение к лицам, являющимся носителями ВИЧ-инфекции или болеющим СПИДом, являются предпосылками эффективной реализации стратегии по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, повышения мотивации к лечению наркомании и ВИЧ/СПИДа у ПИН и ЛЖВС.

При проведении просветительской работы среди осужденных необходимо стремиться к реально достижимым изменениям в их взглядах и поведении как в период пребывания в исправительном учреждении, так и после освобождения.

В качестве иллюстрации практической работы по сопровождению приводим два показательных случая сопровождения.

Случай сопровождения №1

Клиент С., 1976 года рождения, ПИН, ВИЧ+.

Заключённый С., получил информацию о проекте в апреле 2008 года на групповой встрече в колонии, когда менеджер социального сопровождения провела консультирование группы осужденных, готовящихся к освобождению из колонии. На встрече в колонии клиент С. высказал недоверие менеджеру, общался формально, говорил, что никто ему не поможет, но информационные материалы о проекте и контактные данные менеджера всё же взял. Он рассказал менеджеру, что у него утерян военный билет, что для него «это очень важно», так как он участ-



-ник боевых действий в Чечне. Освободился из колонии 11 апреля 2008 года и в этот же день позвонил менеджеру социального сопровождения на телефон доверия. Во время индивидуальной консультации 15.04.2008 обозначились потребности клиента в социальной помощи и восстановлении документов. Клиент С. рассказал, что он не получает положенное пособие и социальную помощь из-за того, что удостоверение участника боевых действий им не было получено, так как он потерял военный билет. Благодаря оперативно оформленным сотрудниками Медико-Социального бюро запросам в военкомат по месту прежнего проживания и последующим техническим процедурам сопровождения, клиент С. получил военный билет уже через 10 дней после обращения к менеджеру социального сопровождения. Были написаны ходатайства в компетентные органы о назначении клиенту С. материальной помощи в связи с отсутствием работы. На восстановление документов и для прохождения медицинской комиссии для трудоустройства по запросу Медико-Социального бюро клиент дважды получал социальную помощь (через службу занятости г. Оренбурга и отдел социального обеспечения Промышленного района) в размере 1700 и 1000 рублей. После первых успешных шагов мотивация к сопровождению возросла, клиент обратился с потребностью найти работу и восстановить прописку. Оба вопроса были решены. 13 мая 2008 года была осуществлена прописка клиента. 4 июня 2008 года в результате социального сопровождения и взаимодействия с отделом кадров предприятия клиент был трудоустроен на тепловозоремонтный завод газоэлектросварщиком. В настоящее время работает на заводе. Медицинских и социальных проблем не имеет. Поддерживает связь с менеджером для получения психологической поддержки.

Таким образом, ключевой «точкой входа», поступления клиентов на медико-социальное сопровождение является консультация менеджера социального сопровождения внутри исправительных учреждений. Большое значение имеет так называемое «сарафанное радио», когда информация о проекте передаётся между самими представителями целевой группы.

Случай сопровождения №2

Клиент Ф., 1979 года рождения, ПИН, ВИЧ+.

В апреле 2008 года клиент впервые обратился за помощью к менеджеру социального сопровождения по телефону доверия после прочтения информационных материалов о проекте и по рекомендации других осужденный со словами: «Я знаю, что вы помогаете людям, мне в 2004 г. был выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», но анализы я больше никогда не сдавал. Я чувствую себя плохо, может быть, у меня уже СПИД». По запросу клиента Ф. менеджер провела индивидуальное консультирование клиента. Стало известно, что клиент является ПИН, инфицирован гепатитом С, ранее употреблял героин внутривенно. Получил консультацию психиатра-нарколога — сотрудника Медико-Социального бюро. От клиента поступил запрос на дополнительную литературу по теме наркомании, ВИЧ/СПИДа и гепатитов. Во время регулярных консультаций сотрудниками проекта клиент обеспечивался профилактическими брошюрами и памятками. Прочитал много литературы, показывал хорошую информированность о проблеме. В процессе сопровождения на этапе подготовки к освобождению пациенту была организована серия анализов его иммунного статуса. В июне 2008 г. клиент был осмотрен врачом-инфекционистом СПИД-центра, который сделал назначения и запись в медицинской карте, после чего клиенту выполнили необходимое обследование. Анализ выявил низкий уровень иммунных клеток, что явилось показанием к назначению АРВ-терапии. Каждый вторник клиент приходил на консультации сотрудников Медико-Социального бюро внутри колонии. В результате предпринятых согласованных действий в конце сентября 2008 года клиенту Ф. была назначена АРВ-терапия: комбивир и калетра. Был настроен на прохождение стационарной наркологической реабилитации после освобождения.



Подходы к образованию сотрудников проекта

С самого начала осуществления проекта значительное внимание уделялось подготовке кадров. Подготовка персонала к работе в мультипрофессиональной бригаде проводилась посредством обучения на семинарах, тренингах и стажировках на рабочем месте. С целью улучшения лечебно-профилактической и психосоциальной помощи лицам, освободившимся из мест лишения свободы, за период 2007—2008 было проведено обучение 137 оренбургских специалистов из различных ведомств:

(1) 6 представителей партнёрской сети (из команды управления проектом) прошли обучение на тренинге «Организация социального сопровождения и профилактика ВИЧ/СПИДа и наркомании среди лиц, освобождающихся из мест лишения свободы» (Алтайский Краевой Центр СПИД, 28—30 мая 2007, г. Барнаул, Алтайский Край). В процессе обучения представители г. Оренбурга ознакомились с опытом работы организаций партнёрской сети по медико-социальному сопровождению бывших осужденных (ЛЖВС-ПИН) в Алтайском крае. Участники тренинга рассмотрели механизмы межсекторного взаимодействия государственных учреждений и общественных организаций, схему адвокации мероприятий на уровне администрации Алтайского края, роль разработанных регламентирующих документов в организации медико-социального сопровождения пациентов.

В процессе тренинга была проведена практическая работа по формированию стратегии медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из пенитенциарных учреждений в г. Оренбург и Оренбургской области, определены имеющиеся ресурсы, ключевые учреждения партнёрской сети и возможный механизм межведомственного взаимодействия при организации сопровождения целевой группы. Выявлен блок проблем, связанных с организацией сопровождения целевой группы и намечены пути их решения в регионе. На тренинге были продемонстрированы возможности компьютерной программы по базе данных клиентов медико-социального сопровождения, разработанной в Алтайском крае, и оценена роль базы данных для преемственности в организации сопровождения, мониторинга и оценки программы. Были рассмотрены индикаторы эффективности программы по медико-социальному сопровождению лиц, освобождающихся из мест лишения свободы.

(2) Проведено 2 семинара по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и рискованного поведения в пенитенциарных учреждениях для специалистов ФСИН (АНО «Гражданская Воля»). обучено 47 специалистов.

На семинаре-тренинге «Профилактика ВИЧ/СПИДа и наркомании среди лиц, находящихся в местах лишения свободы» (9-11 июля 2007, г. Оренбург) прошли обучение 22 специалиста УФСИН: медицинские работники, психологи, воспитатели и начальники отрядов уголовно-исполнительной системы г. Оренбурга. В качестве тренеров на проводимом семинаре выступили сотрудники ГУЗ «ОО Центр СПИД», медицинского отдела УФСИН по Оренбургской области, Оренбургского областного наркологического диспансера. Целью данного семинара явилось повышение уровня информированности сотрудников УФСИН по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании в местах лишения свободы и организации медико-социального сопровождения лиц, готовящихся к освобождению. В процессе семинара был определен исходный уровень информированности сотрудников УФСИН по вопросам ВИЧ/СПИДа, предоставлена достоверная информация по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании среди осужденных, информация о ВИЧ/СПИДЕ, приверженности к АРВТ. Были рассмотрены основы медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных наркопотребителей, освобождающихся из мест лишения свободы.



На втором аналогичном тренинге (18-21 февраля 2008, г. Оренбург) было обучено 25 специалистов УФСИН. В процессе тренинга предоставлялась достоверная информация по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании среди осужденных. На этом семинаре были также рассмотрены темы «Наркотики и наркопотребление», «Наркотическая зависимость», «Социально-психологические проблемы ВИЧ-инфицированных ПИН», «Особенности оказания социальной помощи ПИН и ЛЖВ», «Виды групповой профилактической работы с осужденными». Особый акцент делался на том, что организация медико-социального сопровождения на территории г. Оренбурга должна стать инструментом преемственности в лечении, реабилитации, социальной адаптации ВИЧ-инфицированных ПИН, освобождающихся из пенитенциарных учреждений.

Эта же группа специалистов приняла участие в однодневном тренинге «Вопросы стигмы и дискриминации при ВИЧ/СПИДе: медицинский, социальный и юридический аспект» (22 февраля 2008, г. Оренбург). Целью тренинга явилось повышение уровня информированности сотрудников УФСИН по вопросам стигмы и дискриминации, правам ВИЧ-позитивных, и юридическим аспектам проблемы.

(3) Организован семинар для волонтёров и социальных работников с целью формирования волонтёрской сети (СПБОФМСП «Гуманитарное действие», 27-31 августа 2007, г. Оренбург), на котором прошли обучение 11 человек. Целью семинара явилось повышение профессионального уровня сотрудников организаций, оказывающих медико-социо-психологические услуги для лиц, освободившихся из мест лишения свободы. В начале тренинга был выявлен уровень информированности волонтеров, равных консультантов и социальных работников по вопросам ВИЧ/СПИДа и наркотической зависимости; предоставлена основная информация о медицинских и социальных аспектах ВИЧ/СПИДа и употреблении наркотиков. Уделено внимание выработке общего понимания специфики профилактической деятельности в отношении ВИЧ/СПИДа и других социально-значимых заболеваний в данной целевой группе. Участники тренинга были ознакомлены с новыми методами аутрич-работы и приобрели необходимые навыки по формированию собственной мотивации на пролонгированное оказание консультативной помощи осужденным и лицам, освободившимся из мест лишения свободы. Участникам тренинга были предоставлены теоретические знания о механизмах медико-социо-психологического сопровождения и сформированы навыки консультирования в группах риска в области ВИЧ-инфекции, направленные на изменение рискованного поведения этих групп и более заинтересованное отношение к своему здоровью. Рассматривался вопрос профилактики профессионального «сгорания».

(4) 22 специалиста партнерских организаций прошли обучение на семинаре-тренинге «Улучшение институциональных возможностей системы оказания услуг лицам, освободившимся из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС) на основе клиент-центрированного подхода» (23-27 июня 2007, г. Оренбург). Участниками семинара стали специалисты Управления службы социальной защиты населения администрации г. Оренбурга, Оренбургского областного отделения «Российского Красного Креста», Оренбургского областного клинического наркологического диспансера, Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, сервисных НКО в области ВИЧ/наркомании, координаторы программ сопровождения осужденных из г. Оренбурга и г. Санкт-Петербурга, специалисты Оренбургского областного противотуберкулёзного диспансера, специалисты Центра занятости, Оренбургского областного кожно-венерологического диспансера, Областная социально-психологическая служба молодёжи.

Целью тренинга явилось повышение уровня информированности специалистов здравоохранения и сервисных организаций, оказывающих услуги лицам, освободившимся из мест ли-



-шения свободы, включая ПИН и ЛЖВС и улучшение эффективности работы в области медико-социального сопровождения.

В процессе семинара были рассмотрены цели, задачи и актуальность медико-социального сопровождения ВИЧ/СПИД инфицированных ПИН, освобождающихся из пенитенциарных учреждений. Рассмотрен информационный блок о законодательных основах в Российской Федерации, связанных с ВИЧ/СПИД по правам ВИЧ-позитивных осужденных наркотерапевтов (ПИН и ЛЖВС), освобождающихся из мест лишения свободы. Были рассмотрены вопросы до- и послетестового консультирования при обследовании на антитела к ВИЧ в повседневной практике врачей-специалистов, социальных работников, «равных» консультантов, психологов. В процессе работы были предоставлены теоретические блоки по законодательному обеспечению консультирования, теории консультирования, даны алгоритмы дотестового консультирования, алгоритмы послетестового консультирования при отрицательном, неопределенном и положительном результате лабораторного обследования. Затем последовали ролевые игры, где участники тренинга были в роли консультанта, консультируемого, супервизора. Были предложены типовые задачи, воспроизводящие различные ситуации консультирования разных половозрастных групп населения.

Далее внимание было уделено информации о клиент-центрированном подходе в работе с группами ПИН и ЛЖВС и схематическому представлению модели работы междисциплинарной команды специалистов. Определены связи между государственными структурами, клиентом, консультантом и выделено пространство для некоммерческих организаций.

В процессе тренинга был проведен мастер-класс по технике мотивационного интервью, консультированию на различных этапах изменения поведения клиента в процессе медико-социального сопровождения. Участники семинара получили теоретические знания и отрабатывали навыки когнитивно-поведенческих вмешательств в системе «специалист-клиент». Были рассмотрены новые методики работы с «трудными» клиентами. Обсуждения проходили в интерактивной форме и закончились конкретными выводами и предложениями.

Семинар-тренинг помог обучить участников и дать им навыки по медико-социальному сопровождению ВИЧ-позитивных наркотерапевтов (ПИН и ЛЖВС), освобождающихся из мест лишения свободы. Участники были не только проинформированы о «системе социального бюро» в г. Оренбурге, но и участвовали в обсуждении вклада их организаций в проект по медико-социальному сопровождению лиц, освобождающихся из МЛС в г. Оренбурге и потенцированию ресурсов городских организаций. Участники отметили приобретение нового опыта и навыков консультирования.

(5) В тренинге «Особенности лечения и формирования приверженности ВААРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов, находящихся в местах лишения свободы» участвовало 17 сотрудников УФСИН из Оренбургской области (24-26 марта 2008, г. Оренбург). Целью обучающего мероприятия явилось получение знаний и навыков по консультированию пациентов, находящихся в местах лишения свободы, по вопросам приверженности АРВТ и соответственно повышение качества услуг, доступных для людей, живущих с ВИЧ, находящихся в местах лишения свободы в Оренбургской области.

Тренинг был организован АНО «Новая жизнь», а команда тренеров включала специалистов из Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Республики Татарстан, ГУЗ «Оренбургский областной центр по борьбе со СПИД», Региональной общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ». В задачи тренинга



входило повышение уровня информированности сотрудников медицинских частей исправительных колоний в вопросах назначения ВААРТ, купировании возможных побочных эффектов терапии, об особенностях назначения ВААРТ при ко-инфекции ВИЧ/туберкулез. В процессе тренинга было уменьшено влияние мифов и ложных убеждений относительно ВИЧ-инфекции и антиретровирусной терапии, что имело своей целью снижение стигматизации и дискриминации целевых групп. Рассматривались вопросы развития взаимодействия между специалистами различных профилей (врачами, психологами, равными консультантами, социальными работниками и др.).

В ходе тренинга удалось:

Повысить информированность участников по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией и антиретровирусной терапией, а также по смежным вопросам (таким, как оппортунистические инфекции, туберкулез, вирусные гепатиты и другие).

Уменьшить уровень стигматизации представителей целевых групп (людей, живущих с ВИЧ, ПИН).

Достичь понимания участниками тренинга важности консультирования по вопросам ВИЧ/СПИД и по приверженности АРВТ, достичь понимания важности мультидисциплинарного и клиент-центрированного подхода к клиенту/пациенту; улучшить понимание ролей членов мультидисциплинарной команды.

Повысить мотивацию участников тренинга на проведение консультирования по вопросам ВИЧ/СПИД и приверженности АРВТ.

Отработать навыки консультирования по вопросу приверженности АРВТ в ходе практических сессий тренинга.

Уменьшить предпосылки для возникновения синдрома эмоционального «выгорания» среди участников тренинга.

Предоставить возможность для установления контакта со СПИД-сервисными организациями, включая неправительственные организации.

Способствовать установлению взаимодействия с руководством медицинской части ГУФСИН для совместного эффективного решения вопросов, связанных с предоставлением помощи людям, живущим с ВИЧ, находящимся в местах лишения свободы.

(6) 18 сотрудников партнёрских организаций прошли обучение на семинарах по вопросам мониторинга и оценки (МиО) системы медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы (ООО «Медальянс», 10 сентября 2007, 15 апреля 2008, г. Оренбург). На первом семинаре участники ознакомились с базовыми знаниями и методологией в области мониторинга и оценки, участвовали в составлении плана мониторинга и оценки программы медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы. Были обсуждены вопросы расчета и сбора основных индикаторов процесса, результатов и воздействия/эффекта. Слушатели получили базовые знания по определению понятия «индикатор», разбивки его на составные части, знания о единицах измерения индикаторов. Затем по каждому индикатору программы обсуждался источник данных, метод сбора данных, частота сбора данных, ответственный по сбору, передаче и контролю качества данных. На тренинге



участниками был определен минимальный набор данных для регулярного сбора информации, разработаны учетные формы проекта, определена роль организаций, выполняющих проект, в сборе данных, проведен инструктаж организаций по методологии и инструментам мониторинга и оценки. Затем в течение полугода проводились консультации для организаций проекта по улучшению предложенной методологии мониторинга и оценки.

На втором семинаре-тренинге по мониторингу и оценке в апреле 2008 г. был проведен обзор, разработанной в рамках проекта, схемы мониторинга и оценки программы по сопровождению, обсуждались рабочие вопросы определения показателей процесса и результата. Было проведено практическое занятие по заполнению откорректированной мониторинговой формы с использованием данных, полученных в рамках проекта с прошлой рабочей встречи. Обсуждались вопросы использования схемы МиО и учетных форм на практике, предложения по их улучшению или модификации. Второй семинар был также посвящен вопросам оценки эффективности проекта за 2008 год. Для этого был проведен обзор индикаторов конечных результатов, предложенных для измерения через анкетирование клиентов с оценкой удовлетворенности клиентов полученными услугами. Проведено обсуждение представленной черновой формы анкеты для клиентов, обсуждены вопросы выборки, процедуры интервьюирования, измерения показателей и анализа результатов. Проведено планирование опроса клиентов с использованием анкеты; выбор интервьюеров, определение необходимого инструктажа для интервьюеров, необходимости предварительного анализа на местах.

(7) 11 специалистов (врачи психиатры-наркологи, психологи, социальные работники) участвовали в семинаре-тренинге по оказанию наркологической помощи женщинам из уязвимых групп и применению подходов по улучшению привлечения пациентов в наркологические программы (12-14 августа 2008, г. Оренбург). Обучающий курс для наркологов и сотрудников социальных служб проводился международным экспертом г-жой Нэнси Пол (США).

(8) 5 оренбургских специалистов, включая руководителя медицинского отдела УФСИН по Оренбургской области, прошли стажировку на рабочем месте в «Социальном бюро» г. Санкт-Петербурга (НПО «Центр профилактики наркомании», 22-25 июля, 2008, г. Санкт-Петербург).

В случае институционализации таких структур как «Медико-Социальное бюро» для помощи ВИЧ-позитивным осужденным, освободившимся из МЛС, актуальным становится вопрос о создании эффективной государственной системы подготовки кадров (социальных работников, психологов, консультантов) в области медико-социального сопровождения бывших осужденных, включая лиц из групп риска (ЛЖВС, ПИН).

Необходимы (1) разработка стандартов для подготовки специалистов, работающих в системе медико-социального сопровождения; (2) создание специальных курсов подготовки социальных работников и психологов; (3) определение мест обучения как в системе государственных учебных заведений (кафедры последипломного обучения медицинских институтов, кафедры социальной работы университетов и т.д.), так и мест стажировки (НПО, ресурсные центры). Считаем важным включение тематики медико-социального сопровождения лиц из групп риска (ЛЖВС, ПИН), включая бывших осужденных, в программы последипломного обучения врачей СПИД-центров, инфекционистов, наркологов, работников УФСИН.

Штатное расписание и функциональные обязанности персонала

Для полноценного осуществления медико-социального сопровождения лиц, освободившихся из МЛС, необходима следующая штатная структура специалистов Медико-Социального



бюро:

Координатор (работает с полной занятостью, руководит деятельностью бюро, отвечает за стратегический менеджмент, взаимодействие проекта с административными органами всех уровней и секторов, проводит общий мониторинг и анализ эффективности работы).

Менеджер проекта в местах лишения свободы (по согласованию с руководством УФСИН ему вменяются функции организации и координации процесса подготовки к освобождению; отвечает за взаимодействие пенитенциарных учреждений с Медико-Социальным бюро и преемственность помощи).

Старший менеджер социального сопровождения — кейс-менеджер (отвечает за проектный менеджмент, регистрацию всех случаев сопровождения, ведёт общий журнал сопровождения и заполняет ежемесячные мониторинговые отчёты, организует работу консультантов бюро внутри колоний, по согласованию с администрацией УФСИН самостоятельно посещает колонии и организует непосредственное взаимодействие с менеджером и специалистами УФСИН; старший менеджер подчиняется и отчитывается о работе перед координатором).

Ответственные менеджеры социального сопровождения в партнёрских организациях (организуют работу по привлечению и оказанию медико-социальных услуг в рамках одной организации; взаимодействуют с другими организациями и направляют клиентов к доверенным специалистам; контролируют качество и объём полученных услуг).

Специалист по социальной работе (совместно с юристом разрешает сложные ситуации с восстановлением документов, назначением инвалидности, паллиативной помощи и др.).

Социальные работники (осуществляют сопровождение клиента по инстанциям, участвуют в паллиативной помощи и уходе, помогают написать заявление и т.д., обслуживают до 100 клиентов в месяц).

Консультанты (их основная функциональная задача состоит в повышении мотивации и приверженности клиентов программе медико-социального сопровождения).

Доверенные специалисты: психиатр-нарколог, инфекционист, фтизиатр, психотерапевт, психолог (работают в команде в качестве сотрудников, предоставляющих конкретные услуги, занимаются профессиональным оказанием медицинской и психологической помощи; взаимодействуют с другими членами междисциплинарной бригады через менеджеров или напрямую).

Юрист (проводит юридическое консультирование и оказывает поддержку по широкому спектру проблемных рабочих вопросов, возникающих у представителей целевой группы и членов команды).

Основные практические результаты функционирования модели в Оренбурге и Оренбургской области

Всю практическую работу Медико-Социального бюро мы рассматриваем как непрерывный процесс сопровождения клиента с момента начала подготовки к освобождению до закрытия случая. Практическая направленность работы сотрудников бюро состоит в том, чтобы нивелировать или сгладить «провалы» между разными ведомственными системами медицинской



и социальной поддержки клиента. Так как мы не в состоянии полностью убрать границы, разделяющие систему услуг внутри мест лишения свободы и на свободе, то необходимо выделить специфический блок деятельности по подготовке к освобождению. Это весь комплекс мероприятий, которые проводятся в исправительных колониях и СИЗО.

Итак, процесс привлечения осужденных к услугам в исправительных колониях начинается примерно за полгода до освобождения — компетентные сотрудники УФСИН проводят собственные подготовительные мероприятия и готовят лиц из целевой группы к встрече с менеджерами Медико-Социального бюро. Во время визитов менеджеров происходит групповое и индивидуальное консультирование осужденных, раздача буклотов и календарей с информацией о проекте и координатах организаций, оказывающих помощь после освобождения, номера телефонов менеджеров, в том числе телефонов доверия системы «равной поддержки». Данная работа фиксируется документально (см. раздел «Формы отчётности и документации»).

Основная часть запросов на сопровождение поступает менеджерам ещё из МЛС по телефону доверия или во время личных индивидуальных встреч с клиентами. После освобождения с клиентами, которые имеют потребность в услугах, происходит личная встреча менеджеров и/или социальных работников. Во время этой встречи заполняется пакет документов на клиента:

- информированное согласие клиента;
- индивидуальная анкета первичной оценки клиента;
- личная карта клиента Медико-Социального бюро;
- план индивидуального медико-социального сопровождения клиента.

Если клиент начал действовать по своему запросу, то он вносится в общий журнал сопровождения, который ведёт старший менеджер. В начале процесса сопровождения нередко необходимо посыпать запросы в различные инстанции, чтобы решить проблемы клиента с документами, регистрацией, трудоустройством, выделением социальной помощи и т.п.

Основные виды индивидуальных консультаций для лиц, готовящихся к освобождению и освободившихся осужденных:

профилактические консультации для осужденных, которые не являются ВИЧ-инфицированными;

консультации по вопросам наркологического лечения и реабилитации;

для ВИЧ-инфицированных осужденных — консультации по вопросам психологической или социальной помощи;

для ВИЧ-инфицированных осужденных, получающих АРВ-терапию — консультации по лечению;

консультации по вопросам восстановления документов;

консультации по вопросам получения социальной (в т.ч. и материальной) помощи;



консультации по вопросам формирования/поддержания приверженности АРВТ и лечению гепатитов;

консультации по вопросам трудоустройства.

Таблица 1. Основные результаты работы по медико-социальному сопровождению осужденных в пенитенциарном секторе Оренбургской области в 2007-2009 гг.*

Виды и показатели услуг/мероприятий	2007	2008	2009
Количество групповых занятий с осужденными по вопросам ВИЧ/СПИД и наркомании	9	22	61
Количество индивидуальных консультаций для осужденных по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании, реабилитации (включая вопросы психологической или социальной помощи)	167	320	834
Количество индивидуальных консультаций по подготовке к освобождению	102	230	394
Количество информационных материалов, распространённых в местах лишения свободы по вопросам ВИЧ/СПИД и медико-социального сопровождения	2300	4 600	8 500

*Систематическая работа осуществлялась в исправительных колониях №1, №4 и №8 г. Оренбурга (с августа 2007 г.) и в исправительных колониях №3, №5 г. Новотроицка, Оренбургская область (с января 2009 г.).

В рамках проекта была создана партнёрская сеть из 11 организаций, представляющих разные секторы и ведомства. Непосредственно на долгосрочном сопровождении кейс-менеджеров находилось 245 ВИЧ-инфицированных ПИН (из них 10% - женщины). Более 1650 клиентов получили различные медико-социальные услуги. Для клиентов проекта проведено 92 профилактических и образовательных мероприятия внутри МЛС. 137 специалистов из разных организаций приняли участие в обучающих семинарах и конференциях.

Клиентам проекта оказывались следующие медико-социальные услуги:

Восстановление и оформление необходимых документов (паспорта, регистрации и т.д.)

Организация и осуществление необходимой материальной и социальной помощи (единовременные денежные пособия, одежда, предоставление жилья, продуктовые наборы и т.д.)

Наркологическое лечение и долгосрочная реабилитация

Психологическая поддержка

Духовная поддержка

Индивидуальная информационная и моральная поддержка в рамках тематических консультаций, работа групп взаимопомощи ЛЖВС, консультации по телефону доверия

Назначение необходимых медицинских обследований



Назначение АРВ-терапии и формирование приверженности лечению

Организация профессионального переобучения

Трудоустройство

Консультации юриста

Психологическая поддержка родственников

Таблица 2. Основные результаты работы по медико-социальному сопровождению лиц, освободившихся из мест лишения свободы в рамках Медико-Социального бюро г. Оренбурга и Оренбургской области (2007 -2009 гг.).

Виды услуг	2007	2008	2009
Направление в Центр СПИД	91	250	380
Наркологическая помощь	15	29	48
Другая медицинская помощь	34	89	132
Психологическая помощь	90	129	193
Социальная помощь	60	112	163
Помощь с трудоустройством	14	54	62
Юридическая помощь	5	24	37
Восстановление документов	15	32	56

Особенности оказания медико-социальной помощи освободившимся женщинам³³

Одной из важных задач проекта является предоставление специализированных услуг женщинам, освободившимся из МЛС (включая ПИН и ЛЖВС), направленных на их социальную реинтеграцию и предупреждение возврата к рискованному поведению в отношении наркомании. Для достижения поставленной задачи была разработана и апробирована многокомпонентная программа по предоставлению женщинам информационной и моральной поддержки, вовлечение их в комплексную систему оказания медико-социальных услуг на основе клиент-центрированного подхода. В рамках реализованного проекта за данный раздел работы отвечала Автономная некоммерческая организация «Новая жизнь» (Оренбург).

Компоненты модели комплексной помощи женщинам, освободившимся из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС):

Кейс-менеджмент (активное сопровождение)

Консультативная поддержка по принципу «равный равному»

³³ В данной главе приведены количественные показатели по результатам работы проекта в период 2007-2008 гг.



Работа группы взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ

Телефонное консультирование

Психологическая поддержка ближайшего родственного окружения женщин.

Описание целевой группы проекта

Целевая группа проекта была представлена 22 женщинами, освободившимися из мест лишения свободы, имеющими опыт употребления запрещенных инъекционных наркотиков и проживающими на территории города Оренбурга. Возраст женщин составлял от 24 до 30 лет. По результатам медицинского обследования все клиентки были инфицированы ВИЧ, у большинства (90%) имелись сопутствующие заболевания — вирусные гепатиты В и С.

Важной особенностью региона является отсутствие на территории г. Оренбурга и Оренбургской области учреждений исполнения наказания, в которых содержатся осуждённые женщины. Женщины отбывают наказание в других регионах России, что значительно затрудняет доступ к ним на этапах перед освобождением для информирования о работе проекта и установления контакта.

Результаты интервью, проведенного с женщинами — участницами проекта, свидетельствовали о том, что в местах заключения отмечалась нехватка мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, особенностям лечения АРВТ, реабилитации наркозависимости. Как следствие, женщины не получали качественной информации по вопросам ВИЧ, имели низкую мотивацию к трезвости после освобождения. Данный факт подтверждают результаты анонимного опроса клиенток о наличие употребления инъекционных наркотиков сразу после освобождения. На вопрос анкеты «Употребляли ли Вы наркотики после освобождения?» 94% женщин ответили утвердительно.

Все женщины (100%) имели неполную, иногда искажённую информацию об особенностях профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, у них отсутствовали знания по вопросам контрацепции.

Психологические особенности целевой группы представлены большим спектром симптомов дезадаптации: от выраженного недоверия к окружающим людям, разнообразными страхами будущего на свободе, до депрессивных состояний и полной изоляции от общества. Психологическая нестабильность нередко приводила к желанию вернуться в привычный круг «приятелей»-наркоманов. Подобные рассуждения имели место у 98% женщин, клиенток проекта.

По результатам заполнения клиентками адресных опросников-анкет, было выявлено отсутствие родственного круга поддержки у 84% женщин: 11% женщин потеряли родителей в подростковом возрасте, 44% отметили непринятие родственниками факта наркомании и нахождения в местах лишения свободы, 29% женщин сообщили о наличие выраженной стигмы у родственников по поводу инфекции ВИЧ.

Доступ к услугам проекта («точка входа в проект»)

Доступ к услугам проекта женщинам, освободившимся из мест лишения свободы, осуществлялся по нескольким направлениям: через специалистов Центра СПИД, и через систему «рав-



ного» консультирования.

В начале работы проекта врачи-инфекционисты, социальные работники, психотерапевт Центра СПИД были оповещены об услугах, предоставляемых женщинам, освободившимся из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС). В поликлинике Центра СПИД был размещен стенд с информацией об услугах, предоставляемых командой специалистов, контактными телефонами. В результате налаженного взаимодействия со специалистами Центра СПИД обратились за услугами сопровождения 61% участниц проекта.

Основной формой информирования женщин на этапе перед освобождением из мест лишения свободы в других регионах России являлось «Информационное адресное письмо» (рассылка писем с информацией в исправительные колонии, в которых содержатся женщины из Оренбургской области).

Кроме того, кейс-менеджером проекта были отправлены бандероли по запросу ВИЧ-инфицированных женщин (ПИН + ЛЖВС), которые находятся в ФГУ ИК-28 (Волгоградская область, город Ленинск) и ИК-13 (Республика Мордовия, Зубово-Полянский район, поселок Парца), ФБУ ИК-5 (Республика Чувашия, город Козловка), ФБУ ИК-2 (Республика Чувашия, город Алатырь), ФБУ ИК-12 (Республика Удмуртия, город Сарапул), УЧ-398/18 (Ростовская область, город Азов). Бандероли содержали информационные брошюры по вопросам лечения АРВТ, особенностям ППМР, адресные листовки Социального бюро, а также несколько номеров газеты «Преодоление», посвященной вопросам здравоохранения и профилактики ВИЧ в пенитенциарной системе.

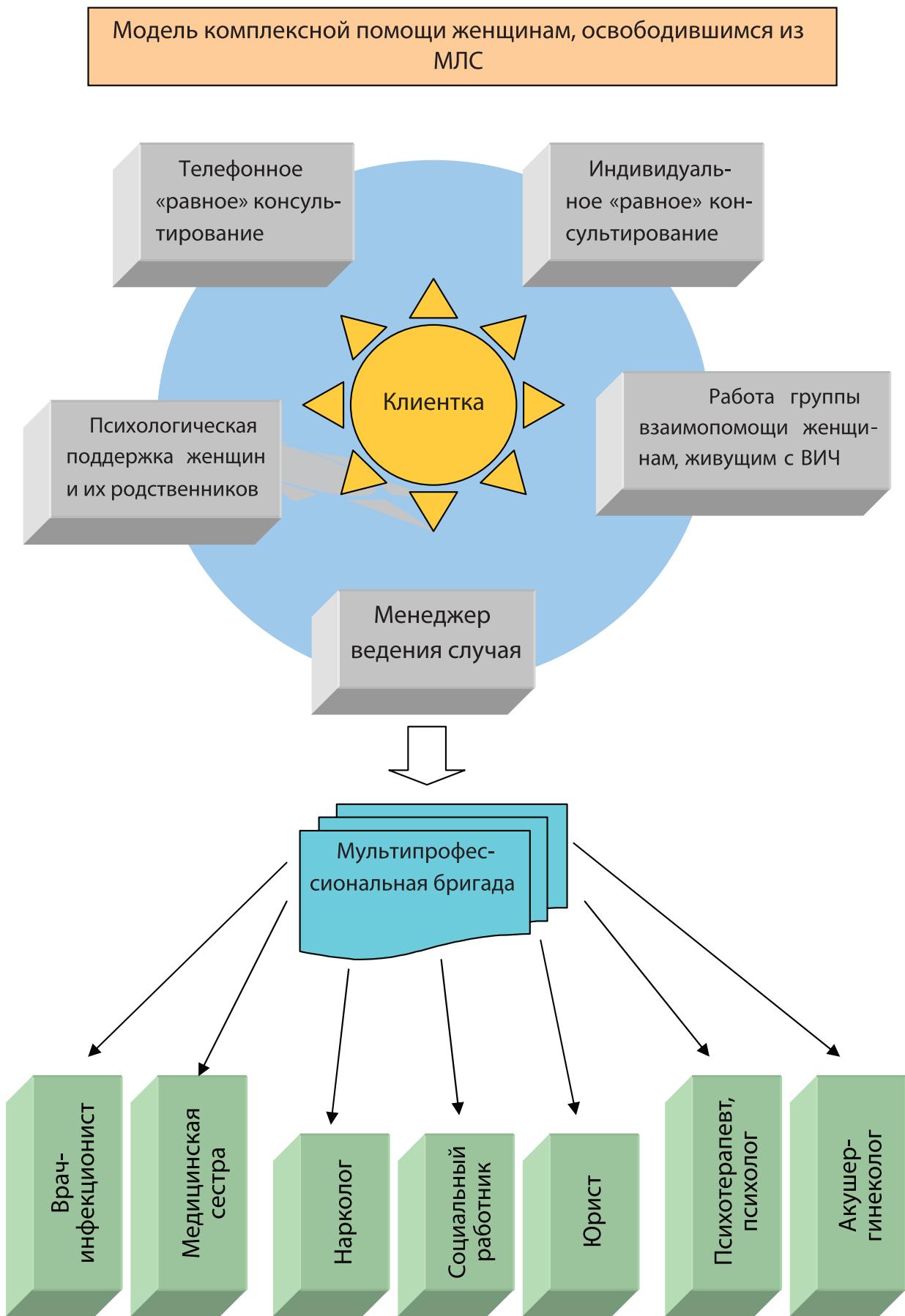
Информация о работе проекта также распространялась через «равных» консультантов на группе взаимопомощи ЛЖВС, по «сарафанному радио» — через знакомых женщин и мужчин, имеющих контакты (почтовые, телефонные) с женщинами, отбывающими наказание в местах лишения свободы. Таким образом, через систему «равной» поддержки в проект было вовлечено 39% женщин — представительниц целевой группы.

Штат сотрудников, работающих с освободившимися женщинами

Штатное расписание проекта включало четырех сотрудников — координатора, кейс-менеджера, «равного» консультанта и психолога.



Рис. 6. Модель комплексной помощи женщинам, освободившимся из МЛС





Активное социальное сопровождение

Основной формой работы с женщинами, освободившимися из мест лишения свободы (включая ПИН и ЛЖВС), является социальное сопровождение. Социальное сопровождение в рамках настоящего проекта подразумевает специализированную деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции на основе клиент-центрированного подхода, направленную на снижение степени поведенческих рисков в отношении ВИЧ-инфекции, наркомании и рецидивной преступности у клиенток, имеющих множественные медико-социальные проблемы и нуждающиеся в комплексном подходе к их решению. Целью социального сопровождения явилось улучшение состояния здоровья женщин, их адаптация к существующим общественным нормам, а также создание условий для проявления способностей женщин самостоятельно устроить собственную жизнь.

За период проектной деятельности (июль 2007 г. — июль 2009 г.) была оказана поддержка 22 ВИЧ-инфицированным женщинам ПИН, освободившимся из мест лишения свободы, 14 из которых получили различные услуги в рамках социального сопровождения. На основе анализа проблем, существующих у клиенток, сотрудниками организации были разработаны критерии включения в активное сопровождение женщин — представительниц целевой группы.

Критерии включения в сопровождение женщин (ВИЧ-инфицированных ПИН), освободившихся из мест лишения свободы

Отсутствие условий для удовлетворения жизненных базовых потребностей (жилья, еды, одежды).

Отсутствие необходимых документов (паспорт, регистрация, медицинский полис)

Комплекс медицинских проблем.

Отсутствие факта принятия диагноза «ВИЧ-инфекция»; отсутствие приверженности лечению АРВТ на стадиях прогрессирования заболевания.

Начало лечения АРВТ в местах лишения свободы.

Беременность.

Психологические проблемы (страх, одиночество, чувство безнадежности, выраженная тревожность), отсутствие или недостаток коммуникативных навыков.

Отсутствие родственной поддержки, наличие выраженной стигматизации женщины со стороны родственного окружения.

Следует подчеркнуть, что от эффективности и своевременности решения многочисленных проблем женщин зависит не только их здоровье, сроки жизни и благополучное продолжение существования в социальной среде, но и рождение ими здоровых детей, а также воспитание из них достойных членов общества.

В задачу сотрудников проекта входила не только оценка медико-социального статуса, но и сопровождение женщин при обращении к специалистам, предоставляющим услуги в рамках



работы мультипрофессиональной бригады: врачу-инфекционисту Центра СПИД, наркологу Областного наркологического диспансера, врачам различных ЛПУ города (гинеколог, терапевт, невролог, хирург), специалисту службы социальной защиты населения, специалисту бюро по трудоустройству, представителям различных религиозных конфессий, юристу, представителям паспортно-визовой службы. Данная система поддержки позволила привлечь необходимые ресурсы, эффективно в короткие сроки предоставить женщинам необходимую помощь в решении сложных жизненных проблем и качественную информацию по интересующим вопросам, оказать моральную поддержку на этапе сложной жизненной ситуации. Частота сопровождения определялась каждой женщиной и планировалась в зависимости от тяжести жизненной ситуации, и экстренности решения проблемы (см. ниже Таблица 4 «Показательное координированное ведение случая сопровождения женщины»).

Действия по предоставлению помощи в рамках междисциплинарного ведения случая предполагали последовательную реализацию следующих шагов:

установление контакта с женщиной;

первичная оценка потребностей и заключение контракта (подписание информированного согласия клиенткой проекта);

разработка плана ведения случая при активном участии самой женщины;

оказание помощи и ее координация;

переоценка случая с необходимой коррекцией плана ведения случая;

оценка эффективности и завершение работы.

Критерии завершения случая сопровождения:

наличие необходимых для жизни продуктов питания, одежды, жилья;

наличие основных документов: паспорт с регистрацией, медицинский полис. Если женщина воспитывает ребенка, тогда наличие свидетельства о рождении, медицинский полис ребенка;

отсутствие угрожающих жизни заболеваний в стадии обострения;

ремиссия зависимостей от наркотиков и алкоголя, высокая мотивация к поддержанию трезвости;

постановка на диспансерный учёт в Центре СПИД при наличии ВИЧ-инфекции;

регулярный прием АРВТ на фоне сформированной приверженности терапии при наличии поздней стадии ВИЧ-инфекции;

постановка на учёт в женскую консультацию при наличии беременности, высокая мотивация к химиопрофилактике передачи ВИЧ от матери ребенку;

отсутствие психологических кризисных состояний, компенсация психических расстройств.

«Равное» консультирование



Ввиду существующего недоверия к специалистам государственных учреждений, отсутствия адресной информации о предоставлении услуг, проблем в построении эффективных коммуникаций со специалистами у женщин — представительниц целевой группы, в рамках проекта была выбрана и апробирована модель привлечения и удержания клиенток через систему консультирования «равный - равному». Целью «равного» консультирования является моральная поддержка клиента и помочь в принятии личного информированного решения, связанного с ВИЧ/СПИДом. «Равный» консультант — это человек, имеющий личный опыт жизни с ВИЧ, опыт долгосрочного отказа от употребления наркотиков, а также качественной адаптации после освобождения из МЛС, прошедший специальное обучение по «равному» консультированию и обладающий всеми необходимыми знаниями и навыками для проведения эффективных консультаций.

Система «равного» консультирования включает в себя:

индивидуальную поддержку;

информирование по телефону доверия;

групповую работу (группы взаимопомощи ЛЖВС).

Получение услуг в системе «равного» консультирования позволило 6 женщинам обрести уверенность в себе, получить моральную поддержку и необходимую информацию по различным вопросам, что сформировало необходимую почву для самостоятельного решения жизненных трудностей без включения их в программу сопровождения.

В течение проектного периода «равным» консультантом проводилась индивидуальная консультационная работа с женщинами, освободившимися из заключения. Такое консультирование позволяло формировать качественный первоначальный контакт с женщиной на равных, создать атмосферу доверия для возможного выражения эмоциональных переживаний, формирования готовности принимать помощь и быть активной участницей собственных изменений в дальнейшем.

Задачи индивидуальных «равных» консультаций:

- информирование женщин, освободившихся из мест лишения свободы, о работе проекта;
- оказание моральной поддержки;
- предоставление информации по основным вопросам ВИЧ/СПИД;
- формирование и поддержание приверженности АРВТ;
- предоставление информации по вопросам перинатальной профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР), особенностям беременности у ВИЧ-инфицированных женщин, методам контрацепции;
- формирование мотивации к получению помощи у нарколога, поддержание мотивации к трезвости;
- информирование о правилах здорового образа жизни (питание, режим дня, особенностях



психического здоровья);

- информирование о работе группы взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ, вовлечение в работу группы;
- информирование об услугах, предоставляемых государственными и общественными организациями в рамках работы Медико-Социального бюро.

Важной особенностью формирования первого и последующих контактов с женщиной является выбор места консультаций. Наличие кабинета для индивидуальных консультаций позволяет создать психологически безопасное пространство во время встречи. Ввиду мобильности «равного» консультанта встречи с женщинами осуществлялись также на «нейтральной» территории в помещении поликлиники Центра по борьбе со СПИД, что значительно способствовало формированию приверженности получению медицинской помощи у ВИЧ-инфицированных женщин.

Всего за время работы проекта зарегистрировано 403 запроса на оказание «равных» консультаций, что показывает самую высокую востребованность данной услуги среди участниц проекта.

Анализ анкет по оценке качества предоставленных услуг показал, что 56% женщин, получивших помочь в рамках системы «равной» поддержки, а также медико-социального сопровождения, отмечают самую высокую удовлетворённость именно регулярной эмоциональной поддержкой со стороны «равного» консультанта на всех этапах решения проблем.

Группы взаимопомощи

Система «равного» консультирования включала также регулярное вовлечение клиенток в работу группы взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ. Группа взаимопомощи — это коллектив людей, объединенных общей жизненной проблемой или ситуацией. Целью работы группы взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ, является активное участие каждой женщины в поиске эффективных решений своей проблемы с опорой на взаимопомощь и обмен опытом на равноправной основе.

Встречи участниц группы проводились регулярно (каждый четверг, с 19.00 до 21.30 часов) в помещении АНО «Новая жизнь». В работе группы взаимопомощи принимали участие ВИЧ-инфицированные женщины, беременные и молодые матери с детьми. Для детей в помещении организовано специальное пространство, оснащенное детской мебелью, игрушками, развивающими играми для разных возрастов.

Задачи работы группы взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ:

1. Оказание моральной поддержки женщинам по принципу «равной» взаимопомощи.
2. Создание безопасного группового пространства, в котором женщины могут обсуждать свои проблемы.
3. Предоставление модели и обучение построению эффективной коммуникации в обществе с учетом индивидуальных особенностей (доверие, поддержка, ответственность и т.д.).



4. Предоставление возможности клиенткам самим оказывать помощь и поддержку, обмениваясь информацией на основе собственного опыта.

5. Повышение активности и вовлеченности женщин в процесс собственной социальной адаптации.

6. Предоставление информации по актуальным вопросам жизни с ВИЧ, особенностям ППМР, правовым вопросам; формирование готовности к лечению АРВТ, помощь в обретении жизнестойкости.

Заседания группы взаимопомощи проводили специально обученные фасилитаторы — женщины из числа «равных» консультантов. Специалисты приглашались на встречи участниц в качестве лекторов и тренеров по запросу активисток группы с целью предоставления специализированной информации по медицинским, психологическим, педагогическим и юридическим вопросам.

Темы, обсуждавшиеся на группе взаимопомощи женщин:

1. Работа с внутренней стигмой, «обретение внутренней силы»;

2. Стигма, дискриминация, толерантность в отношении людей, живущих с ВИЧ;

3. Приверженность АРВТ;

4. Особенности ППМР, вопросы контрацепции;

5. Вопросы воспитания и здоровья ребенка;

6. Особенности взаимоотношений с партнером;

7. Проблемы взаимоотношений с родителями, раскрытие ВИЧ-статуса;

5. Работа группы «Анонимные наркоманы», основные принципы программы «12 шагов» для зависимых людей, концепция снижения вреда;

6. Отношение Православной Церкви к ВИЧ-инфицированным людям.

Важной особенностью являлось присутствие на группах женщин, освободившихся из мест лишения свободы несколько лет назад, имеющих опыт продолжительного отказа от употребления инъекционных наркотиков, создавших семью и воспитывающих детей. Участницы проекта имели возможность не только получить опыт качественного решения социальных и психологических проблем, но и осознать благотворное влияние смены поведенческих стереотипов.

В работе группы приняли участие 17 женщин (186 посещений). 2 женщины стали сотрудниками организации АНО «Новая жизнь», 3 — оказывают волонтёрскую помощь.

Телефонное консультирование

Телефонное консультирование женщин, участвующих в проекте, осуществлялось постоянно. Можно выделить три основных этапа этой работы:



- на этапе установления контакта с женщиной;
- на этапе сопровождения;
- на этапе завершения плана сопровождения.

На этапе установления контакта, общение по телефону было необходимо для знакомства с женщиной, предоставления информации об услугах, оказываемых в рамках проекта, формирования мотивации к очной встрече, обсуждения возможного места встречи с учетом пожеланий клиентки, предоставления необходимой информации по вопросам ВИЧ.

На этапе сопровождения телефонные контакты использовались с целями обсуждения времени встречи с менеджером для совместных походов к специалистам междисциплинарной бригады, корректировки плана оказания услуг, получения информации от женщины о результатах оказания помощи специалистов, для получения дополнительной информации от клиентки в случае непредвиденного обострения проблемной ситуации.

На этапе завершения плана сопровождения, когда основные медико-социальные проблемы женщины решены и она может самостоятельно справляться с трудностями, нет необходимости в регулярных встречах. Телефонный контакт с женщиной происходил 1 раз в неделю с целью эмоциональной поддержки и укрепления уверенности в собственных силах и возможностях клиентки.

За период работы проекта было предоставлено 257 телефонных консультаций женщинам, освободившимся из мест лишения свободы.

Психологическая помощь

В рамках работы проекта женщинам, освободившимся из мест лишения свободы, предоставлялись также консультации психолога. Данная услуга оказывалась в помещении для индивидуальных консультаций АНО «Новая жизнь». Необходимость выделения услуги из общей системы работы мультидисциплинарной бригады была продиктована особенностями поведенческого реагирования женщин в стрессовых ситуациях и подтвердила свою значимость на этапе оценки количественных результатов работы проекта.

Задачи консультаций психолога/психотерапевта:

1. Оказание специализированной поддержки женщинам на этапе социальной дезадаптации сразу после освобождения.
2. Мотивация к получению медицинских услуг и формирование ответственного отношения к здоровью.
3. Мотивация к трезвому образу жизни.
4. Оказание психологической поддержки на этапах выстраивания отношений женщин с родственниками и детьми.
5. Помощь в формировании приверженности лечению АРВТ, ППМР у ВИЧ-инфицированных женщин.



6. Помощь матерям, воспитывающим малолетних детей, в формировании качественных отношений «мать — ребенок».

Всего за проектный период было осуществлено 57 психологических консультаций женщин по различным вопросам. Данный показатель занимает второе место среди запрашиваемых клиентками услуг после показателя запросов к врачу-инфекционисту Центра СПИД. В среднем каждая клиентка проекта посетила консультации психолога/психотерапевта от 2 до 3 раз.

Формирование круга родственной поддержки

С целью формирования круга родственной поддержки, укрепления и активизации внутренних ресурсов семей женщин, освободившихся из мест лишения свободы, проводились консультации психолога с родственниками: родителями, мужьями, сестрами, братьями.

Консультативная работа была направлена на:

- формирование толерантного отношения к стигматизируемой группе (лицам, освободившимся из мест лишения свободы, потребителям инъекционных наркотиков, ВИЧ-инфицированным);
- создание доверительных отношений, построенных на взаимной ответственности в созависимых семьях.

Консультации с родственниками проводились только с согласия женщины. Если женщина сообщала о своем отказе информировать родственников о чем-либо, например, о наличии ВИЧ-инфекции, тогда учитывались интересы клиентки и сохранялась политика конфиденциальности.

Темы психологических консультаций родственников женщин:

проблемы взаимоотношений в семье;

отсутствие качественной информации о ВИЧ-инфекции, наличие стигмы, проявляющейся как в отторжении женщины, так и в повышенной заботе о ее здоровье;

контролирующее созависимое поведение, мешающее поддержанию доверительных отношений в семье;

наличие зависимостей от алкоголя и наркотиков, мотивация на получение специализированной наркологической помощи;

разнообразные психологические проблемы: депрессия, апатия, высокая тревожность, раздражительность, наличие внутриличностных конфликтов.

Количественная оценка результатов работы проекта показала, что запрос на консультации психолога от родственников поступал чаще, чем от самих женщин. Всего за проектный срок проведено 130 консультаций родственников клиенток.

Результаты работы



Силами вышеуказанных сотрудников АНО «Новая жизнь» осуществлена комплексная поддержка 22 женщинам, освободившимся из мест лишения свободы, и их родственникам. В результате проведенной деятельности были оказаны услуги активного сопровождения 14 клиенткам проекта, из них завершили план сопровождения 4 женщины, которые в настоящий момент полностью адаптированы к условиям социальной жизни; 7 женщин продолжают находиться в системе оказания услуг, и получают необходимую поддержку; 2 женщины были сняты с сопровождения ввиду повторного ареста; 1 женщина трагически погибла в результате ДТП.

Количественные характеристики основных услуг, оказанных клиенткам проекта, в рамках медико-социального сопровождения представлены в таблице 3.

Таблица 3. Количественные характеристики итога сопровождения участниц проекта

Число женщин, получивших услуги в рамках программы комплексного сопровождения	14
Количество запросов на оказание услуг	403
Количество оказанных услуг	328
Число предоставленных услуг по видам:	
направления в Центр СПИД	81
психологическая помощь	57
медицинская помощь (включая осмотр гинеколога)	52
социальная помощь	49
получение документов	20
наркологическая помощь	19
юридическая помощь	18
трудоустройство	18
духовная помощь	15

Приведем пример медико-социального сопровождения женщины, освободившейся из мест лишения свободы (см. **Таблица 4**).

Клиентка К. (28 лет) освободилась из мест лишения свободы весной 2008 года. Состояла на учёте в Центре СПИД (ЦСПИД) с 2002 года, однако последний раз обследовалась у врача-инфекциониста в 2003 году. После освобождения была направлена к консультанту проекта АНО «Новая жизнь» через социального работника программы снижения вреда «Радуга» (АНО «Бюро по проблемам наркомании»).

Таблица 4. Показательное координированное ведение случая сопровождения женщины, освободившейся из мест лишения свободы (по данным первичной отчетной документации проекта АНО «Новая жизнь»)



Дата	Специалист	Предпринятые действия (на основе запроса и анализа потребностей клиентки)	Результат	Этапы координированного ведения случая
20.06.08	Консультант проектной команды	Знакомство. Представление информации об услугах проекта. Оценка потребностей клиентки. Регистрация случая.	Получение согласия клиентки на сопровождение.	Открытие случая
			Подписано «Информированное согласие клиента» на участие в программе. Направление кейсменеджеру проекта.	
20.06.08	Менеджер социального сопровождения	Знакомство. Выявление потребностей и проблемных зон клиентки.	Заполнена «Форма приема пациента в программу сопровождения».	Оценка случая
23.06.08	Менеджер	Создание совместно с клиенткой плана ведения случая. Он включил в себя следующие пункты: - оформление документов (паспорт, медицинский полис, СНИЛС, ИНН) — на руках справка об освобождении; - решение вопроса о регистрации (родительская квартира продана братом за время отбывания наказания клиенткой, родители умерли, брат уехал в неизвестном направлении); - юридическая помощь в решении вопроса о возвращении жилья; - получение материальной помощи в службе социальной	Составленный план сопровождения согласован и подписан клиенткой.	Разработка первоначального плана обслуживания



		<p>- защиты (нет денег на проезд, питается нерегулярно);</p> <p>- консультация нарколога (систематическое употребление в/в наркотиков, периодически алкоголя);</p> <p>- консультация инфекциониста Центра СПИД — оценка состояния здоровья.</p> <p>Обсуждены сроки и первоочередность реализации намеченных пунктов плана сопровождения.</p>	
03.07.08	Менеджер	<p>Сопровождение в паспортный стол для передачи необходимых документов на восстановление паспорта.</p>	<p>Документы сдали.</p> <p>За получением паспорта следует обратиться после 25.07.08.</p>
11.07.08	Консультация юриста	<p>Консультация по поводу возможного восстановления прав на жилье.</p>	<p>Необходимо собрать документы, перечисленные юристом, и с ними прийти на повторную консультацию.</p>
15.07.08	Консультант	<p>Моральная поддержка, мотивация на отказ от употребления ПАВ, предоставление информации о часах приема врача-нарколога.</p>	<p>От консультации нарколога отказалась. Считает, что «может бросить наркотики сама».</p>
15.07.08	Консультация врача-инфекциониста Центра СПИД	<p>Консультация о необходимости регулярного наблюдения в Центре СПИД (ЦСПИД), осмотр, выданы направления на сдачу анализов.</p>	<p>Сдача анализов намечена на 16.07.08 г. в 8.30 часов в поликлинике ЦСПИД.</p>
25.07.08	Менеджер	<p>Сопровождение в межрайонный центр социальной</p>	<p>Необходимо собрать</p>



		защиты населения с целью получения единовременного материального пособия.	Необходимо собрать документы для получения пособия, нужен паспорт.
26.07.08/ 20.08.08	Менеджер	Клиентка на телефонные звонки не отвечает.	
21.08.08	Консультант	Моральная поддержка, формирование приверженности регулярному наблюдению в Центре СПИД, особенности ППМР.	Сообщила о желанной беременности.
21.08.08	Кейс-менеджер	Сопровождение в паспортный стол. Поддержка в желании стать матерью. Мотивация на активное поведение в отношении решения социальных трудностей.	Получила паспорт.
29.08.08	Менеджер	На телефонные звонки не отвечает. Проживает с граждансским мужем. Часто меняют жилье, живут у знакомых. Совместно употребляют ПАВ. Беременность предположительно 10-11 недель. В Центре СПИД не обследована. Нет регистрации. Не работает. Родственников нет.	
15.10.08	Менеджер	Сопровождение на консультацию акушера-гинеколога Центра СПИД. Беременность 17 недель. Хочет прервать беременность. Гражданский муж умер. Жилья нет. Регистрации нет. Изредка подрабатывает коммерческим секс-работником на дороге. Этнодиически употребляет ПАВ.	Показаний к прерыванию беременности нет. Врачом направлена на дополнительное обследование в женскую консультацию. Медицинского полиса нет. Направлена в программу «Радуга» (снижение вреда) для перенаправления к



			Доверенному гинекологу программы.
16.10.08	Социальный работник программы снижения вреда «Радуга»	Сопровождение к доверенному гинекологу программы в женскую консультацию. Моральная поддержка, мотивация к трезвости.	Осмотрена врачом-гинекологом. Отказали в прерывании беременности. Направлена на УЗИ, сдачу анализов. Нет денег на проезд. Расстроилась. Сказала, что в ближайшее время приехать не сможет.
16.10.08/ 26.12.08	Менеджер	Телефон не отвечает. Место жительства неизвестно. По указанному адресу не проживает. За помощью специалистов не обращалась.	
29.12.08	Менеджер	Через «аутрич»-работников программы «Радуга» клиентку нашли, живущую в подъездах. Жилья нет. Зимней одежды нет. Ест редко. Беременность 28 недель.	Активный выезд в Южный район города для встречи с клиенткой.
29.12.08	Менеджер	На машине клиентка доставлена в поликлинику Центра СПИД. Дала согласие на продолжение участия в проекте. Повторная оценка плана сопровождения, выяснение актуальных проблем.	Купили продукты, накормили, привезли теплые вещи. Посетила консультацию гинеколога и инфекциониста Центра СПИД.
30.12.08	Менеджер	Совместно с клиенткой проведена корректировка плана ведения случая. Он включил в себя следующее: - оформление документов (медицинский полис, СНИЛС, ИНН);	Скорректированный план сопровождения согласован и подписан клиенткой.



	<ul style="list-style-type: none">- решение вопроса о временной регистрации;- получение материальной помощи в службе социальной защиты, подготовка документов для получения «материнского» пособия;- консультация инфекциониста Центра СПИД — оценка состояния здоровья, подготовка к ППМР, назначение АРВТ;- консультация гинеколога женской консультации, наблюдение по беременности;- консультация нарколога (эпизодическое употребление в/в наркотиков, периодически алкоголя);- юридическая помощь в решении вопроса о возвращении жилья;		
	<p>Обсуждены сроки и первоочередность реализации намеченных пунктов плана сопровождения.</p>		
01.01.09	Менеджер	Через соседей по телефону переданы поздравления с Новым годом. Положили деньги на баланс сотового телефона.	Выполнение плана обслуживания
08.01.09	Консультант	Моральная поддержка, информация о АРВТ, ППМР.	Перенаправлена к кейс-менеджеру проектной команды.
12.01.09	Менеджер	Сопровождение в Центр СПИД для сдачи анализов.	Анализы сданы после консультации врача-инфекциониста.
12.01.09	Менеджер	Сопровождение к социальному работнику Центра СПИД для получения информации о льготах, пособиях, перечне социальной службы	Встала на учет в социальной службе



		Необходимых документов для их оформления.	Центра СПИД, дала согласие на оформление пособия, решения вопроса с регистрацией в Оренбурге.
12.01.09	Консультация психотерапевта	Формирование приверженности АРВТ (дана информация об особенностях ППМР, режиме приема препаратов и посещений консультаций врачей Центра СПИД). Профилактика социального сиротства, формирование материнства.	Дала информированное согласие на лечение АРВТ, повторная консультация 15.01.09.
15.01.09	Консультация гинеколога женской консультации	Осмотр, уточнение срока беременности, направлена на дополнительные анализы, УЗИ.	Вступила на учет в женскую консультацию.
15.01.09	Менеджер	Сопровождение к врачу-инфекционисту Центра СПИД для получения информации о результатах лабораторных анализов, решения вопроса о начале АРВТ.	Не готов анализ вирусной нагрузки, направлена на клинико-экспертную комиссию поликлиники Центра СПИД 29.01.09 для решения вопроса о АРВТ.
15.01.09	Консультация психотерапевта	Мотивационное интервью (поддержка мотивации к трезвости), формирование приверженности АРВТ, эмоциональная поддержка.	Повторная консультация 29.01.09.
15.01.09	Консультант	Моральная поддержка, информация о ППМР, формирование приверженности АРВТ.	Выданы брошюры «Беременность и ВИЧ», «Особенности лечения АРВТ», «Позитивная жизнь».
15.01.09	Социальный	Предоставлен перечень необходимых документов для	Следующая консультация Выполнение плана



	рабочник	оформления социальных льгот и разовой материальной помощи	назначена на 27.01.09 обслуживания
16.01.09	Консультант	Моральная поддержка, информация о ППМР, формирование приверженности АРВТ	Приглашена на группу взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ, 22.01.09 в 19.00 часов.
16.01.09	Менеджер	Сопровождение в адресное бюро.	Получен документальный ответ о последнем адресе регистрации.
16.01.09	Консультация юриста	Консультация по поводу восстановления в правах на жилье.	После консультации клиентка решила отложить решение данного вопроса на период после родов.
17.01.09	Менеджер	Сопровождение в Православный Храм на беседу к отцу Дмитрию.	Получила духовную помощь. Осталась очень довольна.
19.01.09	Менеджер	Сопровождение в женскую консультацию для сдачи анализов.	Анализы сданы.
20.01.09	Менеджер	Помощь в переезде на квартиру (временно, бесплатно).	Жилье предоставили прихожане Протестантской Церкви совместно со специалистами ООО «Девора».
22.01.09	Консультант	Сопровождение на группу взаимопомощи женщин, живущих с ВИЧ.	Получила моральную поддержку, появилась



			Друзья.
27.01.09	Социальный работник Центра СПИД	Помощь клиентке в составлении заявления на комиссию в городскую Администрацию для решения вопроса о временной регистрации	Заявление составлено совместно с ходатайством от службы социальной защиты.
27.01.09	Консультант	Формирование приверженности АРВТ, моральная поддержка.	
28.01.09	Менеджер	Сопровождение на комиссию в городскую администрацию для решения вопроса о временной регистрации.	Вопрос будет рассматриваться 1 день, ответ можно будет получить 29.01.09.
29.01.09	Консультация психотерапевта	Профилактика социального сиротства, формирование материнства. Мотивационное интервью (поддержка мотивации к трезвости), формирование приверженности АРВТ, эмоциональная поддержка.	Повторная консультация назначена на 02.02.09.
29.01.09	Менеджер	Сопровождение в женскую консультацию на осмотр врача-гинеколога.	Врачом осмотрена, проблем с развитием беременности нет.
29.01.09	Менеджер	Сопровождение на комиссию в городскую администрацию для решения вопроса о временной регистрации.	Дали разрешение на временную регистрацию до 01.05.2009г.
29.01.09	Врач-инфекционист	Назначение АРВТ (ППМР).	Выполнение плана обслуживания
29.01.09	Консультант	Моральная поддержка, формирование приверженности АРВТ.	Назначена АРВТ. Получила препараты (комбивир, калетра) на 3 месяца.



02.02.09	Менеджер	Сопровождение в Центр СПИД на сдачу анализов (оценка эффективности АРВТ, кровь на показатели вирусной нагрузки, иммунного статуса).	Анализы сданы.
02.02.09	Консультация психотерапевта	Профилятика социального сиротства, формирование материнства. Мотивационное интервью (поддержка мотивации к трезвости), формирование приверженности АРВТ, эмоциональная поддержка.	Повторная консультация назначена на 16.02.09.
05.02.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ, моральная поддержка.	
06.02.09	Менеджер	Сопровождение в паспортный стол.	Получила временную прописку до 01.05.09г.
09.02.09	Менеджер	Сопровождение в администрацию округа для получения медицинского страхового полиса.	Получен медицинский страховой полис до 01.05.09г.
10.02.09	Консультация врача-инфекциониста	Информация о результатах анализов: иммунный статус (CD 4 — 490), биохимия, осмотр.	Продолжить прием АРВТ.
10.02.09	Социальный работник	Помощь в составлении заявления в городскую администрацию о возможности получения материального пособия.	Заявление составлено.
11.02.09	Менеджер	Сопровождение в Центр СПИД для сдачи анализов — биохимия крови.	Анализы сданы.
11.02.09	Менеджер	Сопровождение в женскую консультацию на УЗИ.	Прошла УЗИ, патологии нет, родится мальчик.
12.02.09	Консультация врача-гинеколога Центра СПИД	Осмотр, оценка приверженности АРВТ, информация об особенностях искусственного вскармливания ребенка, ППМР в родах.	



15.02.09	Менеджер	Сопровождение в Протестантскую Церковь на религиозное собрание прихожан.	Получила духовную поддержку.
15.02.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ, моральная поддержка.	
16.02.09	Консультация врача-инфекциониста Центра СПИД	Узнала результаты анализов, осмотр врача.	Продолжить прием АРВТ по прежней схеме.
16.02.09	Менеджер	Сопровождение в женскую консультацию, сдача анализов на определение группы крови.	Сдана анализы.
16.02.09	Консультация психотерапевта	Профилятика социального сиротства, формирование материнства. Мотивационное интервью (поддержка мотивации к трезвости), формирование приверженности АРВТ, эмоциональная поддержка.	Повторная консультация по запросу перед родами.
16.02.09	Социальный работник	Составление заявления на получение разовой материальной помощи.	Заявление составлено.
17.02.09	Консультант	Сопровождение на группу взаимопомощи ЛЖВС.	Группу посетила.
23.02.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ, моральная поддержка.	
25.02.09	Консультация гинеколога	Осмотр гинеколога в женской консультации.	Патологии нет.
08.03.09	Консультант	Поздравление с праздником 8 Марта.	Подарили цветы, детские вещи.
10.03.09	Менеджер	Сопровождение в Центр СПИД: сдача анализов, консультация инфекциониста, невролога, терапевта, фтизиатра, дерматолога.	Анализы сданы, осмотрена врачами.
12.03.09	Консультант	Моральная поддержка, беседа о выборе роддома, особенности АРВТ в родах.	



13.03.09	Менеджер	Сопровождение в Протестантскую Церковь на религиозное собрание прихожан.	Получила духовную поддержку.
14.03.09	Консультант	Моральная поддержка по телефону.	
16.03.09	Менеджер	Сопровождение в Центр СПИД, информация о результатах анализов.	Продолжить АРВТ.
16.03.09	Консультация гинеколога женской консультации	Осмотр, направлена на стационарное лечение в роддом (схватки?).	Получила родовой сертификат.
16.03.09	Менеджер	Сопровождение в больницу, эмоциональная поддержка.	Выполнение плана обслуживания
16.03.09	Консультант	Посещение в больнице, моральная поддержка.	Передали продукты, вещи.
17.03.09	Консультант	Сопровождение на группу взаимопомощи ЛЖВС (выписали из больницы).	
18.03.09	Менеджер совместно с консультантом	Помощь в переезде на новую квартиру.	Получила отдельное жилье до 01.06.09.
19.03.09	Консультант	Моральная поддержка, вызов скорой помощи (схватки), сопровождение в роддом.	Поступила в роды.
19.03.09	Менеджер	Моральная поддержка по телефону.	Роды в 00.15 часов, родился сын, самочувствие хорошее.
20.03.09	Консультант	Моральная поддержка, поздравления от команды проекта, от группы взаимопомощи ЛЖВС.	
21.03.09	Консультант	Моральная поддержка по телефону, поддержка приверженности АРВТ.	



21.03.09	Консультация детского врача-инфекциониста Центра СПИД в роддоме	Осмотр ребенка, рекомендации педиатром роддома, беседа с клиенткой об особенностях ухода за ребенком, навыки купания, купания, утреннего туалета младенца.	Приглашена в Центр СПИД для получения искусственных смесей для ребенка после выписки из роддома.
23.02.09	Консультант	Моральная поддержка, поддержка приверженности АРВТ.	
24.02.09	Кейс-менеджер	Выписка из роддома, машина, подарки, помощь на дому, учились пеленать ребенка.	Условия для качественного ухода за ребенком удовлетворительные.
24.02.09	Консультант	Сопровождение на группу взаимопомощи ЛЖВС с ребенком (по желанию клиентки), поздравления.	
25.02.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ, моральная поддержка.	
25.03.09	Консультация детского врача-инфекциониста Центра СПИД	Особенности купания ребенка, обработка пуповины, кормление, рекомендации по искусственному вскармливанию, кратность наблюдения ребенка в ЦСПИД.	Выдана таблица «Сроки введения прикорнма». Выполнение плана обслуживания
25.03.09	Консультация психотерапевта	Психологическая поддержка, закрепление положительного настроя, поддержка приверженности АРВТ, профилактика рецидива наркомании, профилактика социального сиротства.	Повторная консультация 26.03.09.
26.03.09	Консультация психотерапевта	Психологическая поддержка, формирование активной жизненной позиции в решении бытовых и социальных проблем.	Повторная консультация 01.04.09.
26.03.09	Консультация гинеколога женской консультации	Осмотр.	Даны рекомендации.



26.03.09	Социальный работник	Дана информация клиентке о сроках социальных выплат по уходу за ребенком.	
27.03.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ, моральная поддержка, профилактика срыва.	
27.03.09	Менеджер	Посещение на дому, оценка бытовых условий.	Привезли детские вещи, памперсы, хлоподильник.
28.03.09	Менеджер	Сопровождение в ЗАГС, получение свидетельства о рождении ребенка.	Получено свидетельство о рождении ребенка.
28.03.09	Консультант	Поддержка приверженности АРВТ.	



Формы отчётности и документации

Для работы в системе Медико-Социального бюро необходим пакет формальных документов, заполняемых в процессе сопровождения клиента. Данные документы по аналогии с медицинской картой пациента должны храниться в архиве организаций, оказывающих медико-социальные услуги, и быть доступны специалистам при необходимости повторного сопровождения или оказания услуги.

Минимальный набор бумажных (электронных) форм делопроизводства для успешного функционирования модели состоит из 9 документов:

журнал групповой и индивидуальной работы в местах лишения свободы;

индивидуальная карта клиента;

анкета первичной оценки клиента «Оценка потребностей лиц, готовящихся к освобождению»;

информированное соглашение о сотрудничестве с клиентом с перечнем его прав и обязанностей;

план индивидуального медико-социального сопровождения клиента;

журнал клиентов, взятых на сопровождение;

бланк направления клиента на услугу (талон направления);

ежемесячная форма мониторинговой отчётности (мониторинговые индикаторы);

анкета заключительной оценки случая «Оценка удовлетворенности клиента предоставленной услугой».

В качестве дополнительных документов могут быть полезными следующие формы:

информированное согласие на разглашение медицинской или другой информации — подписывается клиентом при необходимости;

для наркозависимых клиентов — интервью «Индекс тяжести зависимости»³⁴;

отчёты о супервизии случая;

протоколы собраний рабочей группы организаций, участвующих в деятельности Социального бюро;

описание функциональных обязанностей сотрудников.

³⁴ Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. — М., Верди, 2009. — 128 с.



Мониторинг и оценка эффективности модели

С самого начала проекта была разработана единая методология и подходы к проведению мониторинга и оценки на проектном уровне. Данный раздел проекта был ориентирован на учёт современных международных принципов мониторинга и оценки в сфере ВИЧ/СПИДа³⁵. Велась работа по унификации процессов сбора, обработки и представления данных в рамках проекта, обсуждались основные индикаторы. В апреле 2008 г. был проведен семинар-тренинг для определения минимального набора данных для регулярного сбора, разработаны учетные формы проекта, определена роль организаций, выполняющих проект, в сборе данных, проведен инструктаж организаций по методологии и инструментам мониторинга и оценки. Затем в течение полугода проводились консультации для организаций проекта по улучшению предложенной методологии мониторинга и оценки.

Под **мониторингом** понимается регулярное отслеживание ключевых элементов эффективности программы посредством регистрации данных, систем отчетности организаций, связанных с оказанием услуг медико-социального сопровождения.

Мониторинг представляет собой непрерывное сравнение исполнения проекта с заданными индикаторами и запланированным графиком, использованием ресурсов, инфраструктуры и услуг для того, чтобы определить, осуществляются ли мероприятия проекта надлежащим образом и в соответствии с планом.

Мониторинг

Отвечает на вопросы «Сколько? Когда? Где? и Что?»

Определяет степень достижения установленных программой индикаторов.

Описывает процесс реализации программы (насколько хорошо выполняется программа).

Является регулярной процедурой в процессе реализации программы.

Основание для проведения мониторинга – реализация программы

Проводить мониторинг можно без данных оценки

Результаты мониторинга используются для улучшения реализации программы

Для мониторинга функционирования модели были разработаны ежемесячные отчётные формы, которые заполняются каждой организацией и сдаются координатору проекта для обобщения и анализа. Данные отчётные таблицы включают основные количественные индикаторы процесса, используемые для мониторинга программы. Анализ этих индикаторов позволяет контролировать объёмы выполненной работы и вносить корректизы в стратегию развития проекта.

³⁵ Общие принципы и основные понятия мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИДа. Серия рабочих материалов по мониторингу и оценке в области ВИЧ/СПИДа. Выпуск 1. ПроОНН, ЮНЭЙДС, 2004.



Перечень основных индикаторов процесса деятельности организаций, предоставляющих услуги

А. Индикаторы оценки работы с осуждёнными внутри колоний:

- количество групповых консультаций по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании, реабилитации среди ПИН/ЛЖВС, ПИН, ЛЖВС (количество участников и количество мероприятий);
- количество индивидуальных консультаций по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании, реабилитации среди ПИН/ЛЖВС, ПИН, ЛЖВС;
- количество индивидуальных консультаций по подготовке к освобождению;
- количество информационных материалов, распространённых среди осуждённых.

Б. Индикаторы оценки работы с осужденными после освобождения:

- количество осуждённых, которые встретились со службой медико-социального сопровождения после освобождения;
- количество услуг, полученных лицами, освободившимися из мест лишения свободы, (по направлению службы сопровождения) по видам:

услуги СПИД-центра,
наркологическая помощь,
другая медицинская помощь,
психологическая помощь,
социальная помощь,
решение жилищных проблем,
трудоустройство,
юридическая помощь,
восстановление документов.

Количественные значения данных индикаторов за 2007-2009 гг., представлены в главе «Основные практические результаты функционирования модели в Оренбурге и Оренбургской области» (Таблицы №1, №2).

Мониторинг хода выполнения услуг по медико-социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных бывших осуждённых проводится через организацию рабочих собраний, конференций, сбор ежемесячной мониторинговой и содержательной отчётности участников проекта. Кроме того, рассмотрение деятельности проекта включено в план работы Межведомственной комиссии по профилактике алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции, противодействию



ствия незаконному обороту наркотиков при администрации г. Оренбурга и заслушивается на её заседаниях.

Установлено, что на формирование эффективности медико-социального сопровождения конкретного случая могут влиять следующие группы факторов: индивидуальные, связанные с организацией модели сопровождения (медико-социальной помощи) и социальные. Эти факторы требуют внимательного отношения и анализа со стороны группы управления Социальным бюро для своевременной корректировки непосредственной деятельности.

Оценка эффективности модели

Оценка представляет собой совокупность видов деятельности, направленных на осуществление анализа проводимых мероприятий по достижению конечного результата программы.

Оценка предусматривает периодическое проведение качественного и количественного анализа результатов исполнения проекта, его уместность, эффективность и **воздействие на проблему в соответствии с целями и задачами проекта**. Оценка позволяет **измерить степень достижения хода реализации программы поставленных целей и задач**.

В хорошо построенных системах МиО мониторинг значительно содействует оценке. Очень важно выбрать ограниченное число индикаторов, которые будут действительно использоваться специалистами проекта.

Оценка

Отвечает на вопрос «Почему?»

Объясняет процесс реализации программы (хороша ли программа)

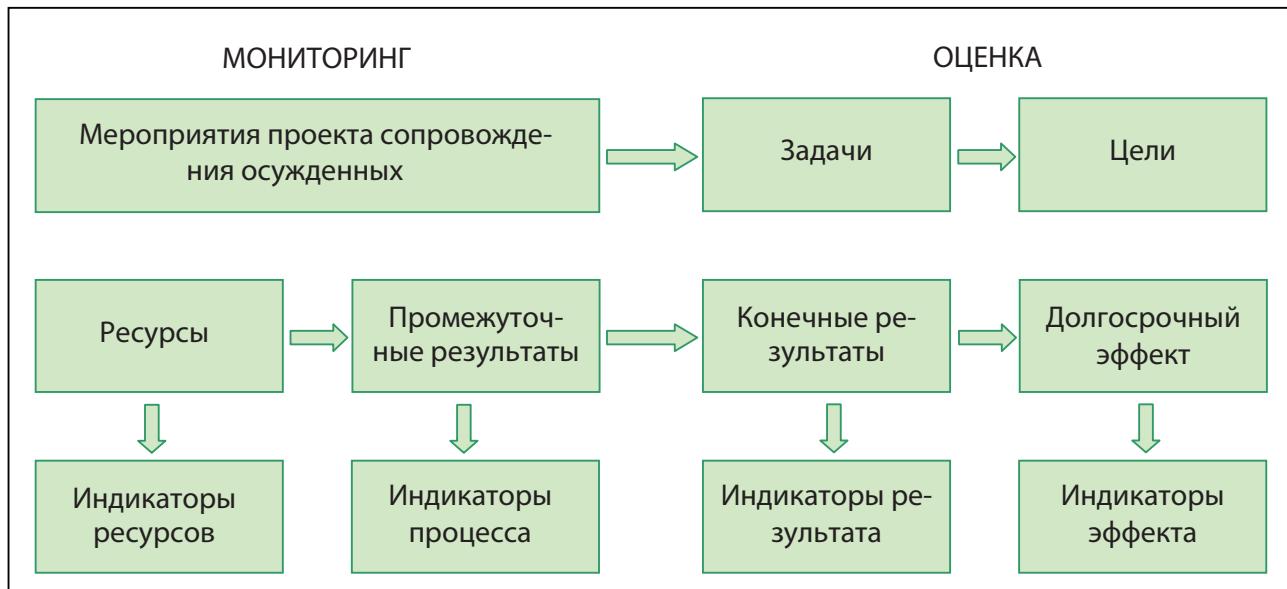
Является разовой процедурой, имеющей конкретный, ограниченный срок проведения на самых важных этапах реализации программы

Основание для проведения оценки – данные мониторинга

Проводить оценку очень трудно без данных мониторинга

Результаты оценки используются как для улучшения выполнения программы, так и для улучшения самой программы (изменение содержания, приоритетов, прекращение программы)

Качественный обобщенный анализ достигнутых результатов программы, проведенный в процессе итоговой оценки, позволяет дать рекомендации по изменению системного подхода и формированию нормативно-правового поля, обеспечивающего решение данной проблемы.



В 2008—2009 гг. группой «Медальянс» (руководитель - А.А. Кубатаев) была проведена **независимая оценка эффективности** результатов проекта по медико-социальному сопровождению лиц, находящихся в местах лишения свободы и освободившихся из мест лишения свободы (ВИЧ-инфицированных и ПИН) в Оренбурге и Оренбургской области.

Для анализа были выбраны **индикаторы воздействия** (рецидивизм, употребление запрещенных наркотиков и доступ к антиретровирусной терапии), а также **индикаторы результата**, касающиеся услуг медико-социального сопровождения осужденных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы (ВИЧ-инфицированных и ПИН): (1) повышение качества услуг и (2) улучшение координации оказания услуг.

Индикаторы процесса – количественные или качественные показатели, используемые для мониторинга программы

Индикаторы результата (достижения краткосрочных и среднесрочных задач) – количественные или качественные показатели, используемые для оценки программы

Индикаторы воздействия/эффекта (целевые индикаторы) позволяют оценить достижение долгосрочной цели программы

Для оценки этих индикаторов в рамках Программы мониторинга и оценки использовались следующие методы сбора данных:

анализ мониторинговых таблиц;

анализ документации учреждений, осуществляющих медико-социальное сопровождение;

выборочный аудит карт медико-социального сопровождения;

исследование по оценке удовлетворённости клиентов качеством предоставляемых услуг.



Индивидуальные анкеты для «Определения уровня удовлетворённости клиентов медико-социальными услугами» (см. Приложение 2) заполнялись менеджером социального сопровождения совместно с клиентами методом интервью. Данное анкетирование позволило не только оценить качество оказания медико-социальных услуг, но и степень адаптации бывших осужденных к жизни на свободе.

Ниже приведено описание основных индикаторов, разработанных и использованных для оценки эффективности модели:

ИНДИКАТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ/ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА:

1.1 Количество административных правонарушений или преступлений, совершённых клиентами в течение 6 месяцев после освобождения (характеризует уровень рецидивной преступности).

1.2 Процент клиентов с наркотической зависимостью в прошлом без рецидива в течение 6 месяцев после освобождения (характеризует возврат к злоупотреблению наркотическими средствами).

1.3 Процент клиентов, находящихся на антиретровирусной терапии, которые продолжают лечение по истечении 6 месяцев после освобождения (характеризует степень приверженности АРВТ).

По данным показателям можно косвенно судить о степени изменений поведения представителей целевой группы, таких как совершение повторных противоправных действий, злоупотребление запрещенными наркотиками, и готовность продолжать прием АРВТ (степень приверженности АРВТ).

ИНДИКАТОРЫ РЕЗУЛЬТАТА: ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ

2.1 Процент клиентов, удовлетворенных толерантным отношением к ЛЖВС-ПИН специалистов, осуществляющих медико-социальное сопровождение.

2.2 Процент клиентов, удовлетворённых качеством услуг медико-социального сопровождения.

2.3 Процент клиентов, устроившихся на работу в течение 6 месяцев после освобождения (от числа лиц, искавших работу).

ИНДИКАТОРЫ РЕЗУЛЬТАТА: УЛУЧШЕНИЕ КООРДИНАЦИИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1 Процент клиентов, обратившихся к специалисту по медико-социальному сопровождению (СМСС) после освобождения (из числа направленных).

3.2 Процент состоявшихся приемов у специалистов учреждений по оказанию медико-социальных услуг по направлению СМСС.

Ниже в Таблице 5 представлены индикаторы воздействия/ эффективности проекта, а также индикаторы результата, рассчитанные с помощью количественных данных. Многие индикаторы



торы, представленные ниже, состоят из числителя и знаменателя. В качестве **знаменателя** выступает количество клиентов, прошедших интервью в ходе исследования по прошествии 6 месяцев после освобождения. В качестве **числителя** используется количество клиентов, демонстрирующих определенное поведение (снижение криминальной активности, прекращение злоупотребления наркотиками, изменения отношения к своему здоровью, например, прием АРВТ, посещение социального бюро, и т.д.) в зависимости от той цели, для которой разрабатывался данный индикатор.

Таблица 5. Основные индикаторы, полученные в ходе оценки результатов проекта по медико-социальному сопровождению осужденных лиц, освободившихся из мест лишения свободы в г. Оренбурге и Оренбургской области

ИНДИКАТОРЫ	ИСТОЧНИК	ЧИСЛИТЕЛЬ	ЗНАМЕНАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	КОММЕНТАРИИ
ИНДИКАТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ/ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА					
1.1 Процент (уровень) административных правонарушений или преступлений, совершённых клиентами в течение 6 месяцев после освобождения	Опрос клиентов	Количество клиентов, не подвергавшихся аресту и не совершивших преступлений/ правонарушений (по собственному признанию) по истечении 6 месяцев после освобождения	32	Количество клиентов, прошедших интервью в ходе исследования по прошествии 6 месяцев после освобождения	50 64% Индикатор характеризует уровень рецидивной преступности
1.2 Процент клиентов с наркотической зависимостью в прошлом без рецидива в течение 6 месяцев после освобождения	Опрос клиентов	Количество клиентов с наркотической зависимостью без рецидива в течение 6 месяцев после освобождения	22	Количество клиентов с наркотической зависимостью, прошедших интервью в ходе исследования	50 44% Предполагалось, что все клиенты, проходившие интервью, имели наркотическую зависимость



ИНДИКАТОРЫ РЕЗУЛЬТАТА: ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ				
1.3 Процент клиентов, находящихся на АРВТ, которые продолжают лечение по истечении 6 месяцев после освобождения	Опрос клиентов	Количество клиентов на АРВТ по истечении 6 месяцев после освобождения	19	Количество клиентов, получавших АРВТ на момент освобождения, которые участвовали в интервью в ходе исследования
В числитель вошли 22 респондента, ответившие «Нет» на вопрос «Употребляли и Вы наркотики после освобождения?»			100%	Индикатор характеризует степень формирования и поддержания приверженности АРВТ у бывших осужденных
2.1 Процент клиентов, удовлетворенных толерантным отношением к ЛЖВС-ПИН специалистов, осуществляющих медико-социальное сопровождение	Опрос клиентов	Количество клиентов, сообщивших о хорошем или нормальном отношении со стороны специалистов, осуществляющих медико-социальное сопровождение	46	Количество клиентов, прошедших интервью в ходе исследования по прошествии 6 месяцев после освобождения
			92%	Учитывалось только отношение к клиентам со стороны специалистов, осуществляющих медико-социальное сопровождение.
				Не учитывалось отношение к клиенту со стороны специалистов партнерских организаций



2.2 Процент клиентов, удовлетворённых качеством услуг медико-социального сопровождения	Опрос клиентов	Количество клиентов, сообщивших об удовлетворённости качеством услуг медико-социального сопровождения	См. комментарий	Количество клиентов, прошедших интервью в ходе исследования по прошествии 6 месяцев после освобождения	См. комментарий	84%	Усредненный процент рассчитывается по данным Таблицы б (см. ниже)	
2.3 Процент клиентов, устроившихся на работу в течение 6 месяцев после освобождения	Опрос клиентов	Количество клиентов, устроившихся на работу в течение 6 месяцев после освобождения, из числа клиентов, искавших работу после освобождения	21	Количество клиентов, искавших работу после освобождения и участвовавших в интервью	37	57%	Для расчета индикатора учитывалось число свободившихся лиц, которые были мотивированы на трудоустройство и искали работу	
ИНДИКАТОРЫ РЕЗУЛЬТАТА: УЛУЧШЕНИЕ КООРДИНАЦИИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ								
3.1 Процент клиентов, обратившихся к специалисту по медико-социальному сопровождению (СМСС) после освобождения (из числа направленных)	Мониторинговые отчёты	Количество клиентов, посетивших СМСС после освобождения	238	Количество клиентов направленных к СМСС во время заключения	404	59%	Данный индикатор не может быть равен 100%, поскольку часть осужденных не проживает в г. Оренбург (10-15%) и после освобождения отбывает по месту жительства	
3.2 Процент	Мониторинговые	Количество	1041	Количество	1160	90%	Данный индикатор	



состоявшихся приемов у специалистов учреждений по оказанию медико-социальных услуг по направлению СМСС	отчёты	клиентов, посетивших учреждения по оказанию услуг по направлению СМСС	клиентов, направленных СМСС в учреждения по оказанию услуг
		клиентов, направленных СМСС в учреждения по оказанию услуг	отражает эффективность процесса сопровождения, координирования оказания услуг между организациями и поддержания мотивации клиентов к дальнейшей работе



Результаты анализа оценки удовлетворённости клиентов Медико-Социального бюро качеством предоставляемых услуг по медико-социальному сопровождению

Удовлетворённость пациентов качеством предоставляемых медицинских и социальных услуг все чаще считается важным аспектом оценки качества работы программы или службы в целом. Данное исследование было направлено на оценку некоторых индикаторов эффекта и индикаторов результата в рамках проектного мониторинга и оценку удовлетворенности услугами среди ВИЧ-позитивных клиентов с наркотической зависимостью, которые согласились участвовать в программе медико-социального сопровождения до и после освобождения из мест лишения свободы. Исследование включало 30 тестовых открытых вопросов (см. Приложение 2), которые дают возможность оценить демографические и поведенческие характеристики клиентов; общее состояние здоровья, злоупотребление психоактивными веществами, статус лечения и историю развития ВИЧ-инфекции; участие в мероприятиях и услугах, оказываемых до и после освобождения из мест лишения свободы; удовлетворённость качеством планирования выхода на свободу и медико-социального сопровождения до и после освобождения из мест лишения свободы; а также воспринимаемый успех в достижении целей, поставленных в рамках программы планирования выхода на свободу и медико-социального сопровождения.

После тестирования предварительного варианта анкеты в начале лета 2008 года, с июля 2008 года по март 2009 года было проведено исследование, в рамках которого в г. Оренбурге было опрошено 50 клиентов. Исследование проводилось среди участников программы медико-социального сопровождения, которая реализовывалась силами партнёрских организаций Медико-Социального бюро в рамках проекта. Участники исследования включали в себя ВИЧ-позитивных осужденных, злоупотреблявших психоактивными веществами.

Метод исследования

Одним из первых было принятие решения об использовании метода проведения интервью в целевой группе клиентов, которые были привлечены к участию в программе в 2008 году. Несмотря на желательность с точки зрения получения объективной картины, участие независимой третьей стороны в интервьюировании было признано нецелесообразным в связи с деликатным характером интервьюирования ВИЧ-позитивных клиентов с наркотической зависимостью, освободившихся из мест лишения свободы. Согласие на участие представителей данной целевой группы в исследовании в существенной степени зависело от доверия клиента к сотрудникам организации, проводившей интервью. После консультаций с организациями, осуществляющими реализацию проекта, было принято решение о том, что интервью будут проводиться представителем Медико-Социального бюро, который будет общаться с клиентом лично или по телефону, используя стандартный набор вопросов, чтобы исключить возможную непреднамеренную утечку конфиденциальной информации и повысить шансы на участие клиента в интервью.

Интервьюер отобрал клиентов, записавшихся на программу по медико-социальному сопровождению, по крайней мере, за 6 месяцев до проведения интервью. И хотя случайная выборка клиентов со связью по телефону или по почте была бы предпочтительнее, учитывая специфические условия и особенности целевой группы, данный вариант был признан нецелесообразным.

Клиентам, с которыми связывался интервьюер, было предложено выбрать другое время для



проведения интервью, если время первого контакта было для них неудобным. Обычно проведение одного интервью занимало менее одного часа.

При обработке данных учитывалось минимально необходимое количество анкет, обеспечивающее статистическую значимость полученных результатов, т.е. необходимое для обеспечения достаточной уверенности (95%-ная достоверность) в том, что 10%-ное различие в результатах по сравнению с предыдущим или последующим исследованием отражает реальные изменения, а не является случайным.

Характеристика выборки клиентов проекта для интервьюирования

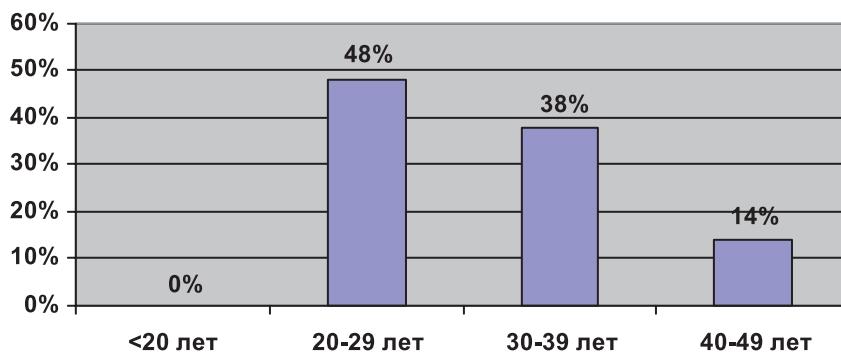
Из **52** человек, которым было предложено принять участие в опросе, **50** человек согласились на интервью при первом контакте, **2** человека от беседы отказались. Таким образом, при анализе учитывались ответы 50-ти человек. Только **16 %** опрошенных участвовали в интервью при личной встрече, а большинство клиентов (**84%**) предпочли интервью по телефону — из соображений удобства и в связи с деликатным характером предоставляемой информации. Мы предлагаем выбрать именно этот способ интервьюирования (по телефону) в качестве стандартного метода интервьюирования при дальнейших опросах клиентов.

Демографические данные

Большую часть выборки составляли мужчины, поскольку все пенитенциарные учреждения ФСИН в Оренбургской области являются мужскими исправительными учреждениями, а женщины, которым оказывались услуги по медико-социальному сопровождению, прибыли в Оренбургскую область из других регионов. Количество клиентов, посетивших специалистов по медико-социальному сопровождению и участвовавших в исследовании, составило 50 человек, из них 44 мужчины и 6 женщин.

Что касается возрастных групп, то возраст примерно половины всех клиентов (48% или 24 человека) составлял от 20 до 29 лет (Рис. 7). 38% респондентов (19 человек) принадлежали к возрастной группе от 30 до 39 лет, и 14% (7 человек) клиентов, участвовавших в исследовании, были старше 39 лет. Таким образом, средний возраст респондентов составлял около 30 лет.

Рисунок 7. Распределение респондентов по возрасту



По уровню образования респонденты распределились следующим образом: 22 человека (44%) имели профессионально техническое образование, 21 клиент (42%) - законченное среднее образование, 3 человека (6%) – незаконченное среднее образование, 2 клиента (4%) – законченное высшее образование, и 1 клиент (2%) – незаконченное высшее образование (Рис. 8)



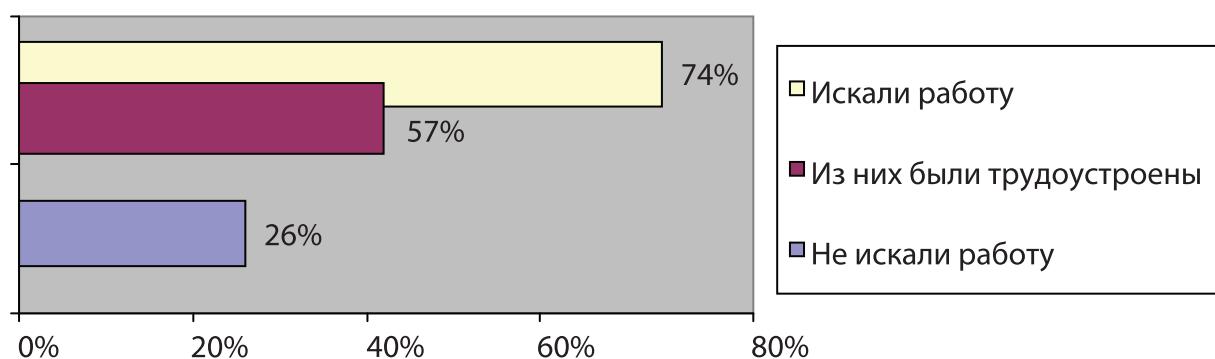
2 человека (2%) не ответили на данный вопрос.

Рисунок 8. Распределение респондентов по уровню образования



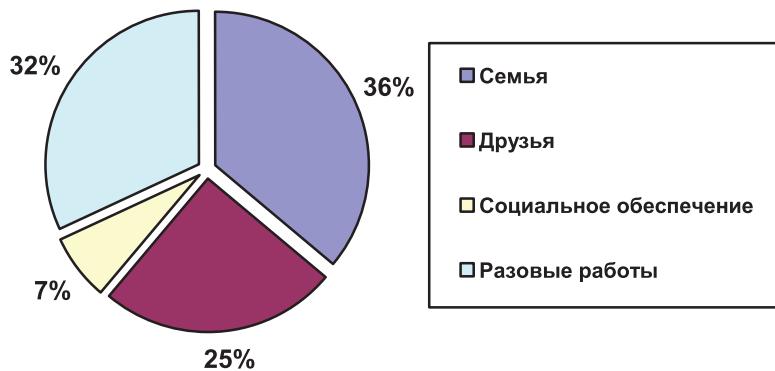
Среди 50 клиентов, прошедших интервью в ходе исследования по прошествии 6 месяцев после освобождения, только 37 человек (74% клиентов) искали работу после освобождения; 11 респондентов (22%) – не искали; и 2 респондента (4%) находились на группе инвалидности (Рис. 9). Из 37 клиентов программы, которые хотели найти работу, 21 человек были трудоустроены (57%), что является одним из индикаторов оценки качества медико-социального сопровождения в рамках мониторинга и оценки (Индикатор 2.3). Этот индикатор определяется количеством клиентов, устроившихся на работу в течение 6 месяцев после освобождения, из числа клиентов, искающих работу после освобождения. (Таблица №5 Основные индикаторы).

Рисунок 9. Распределение по уровню занятости среди клиентов программы, которые искали работу



Многие клиенты (61%) по-прежнему нуждались в материальной поддержке со стороны близких и друзей (Рис. 10).

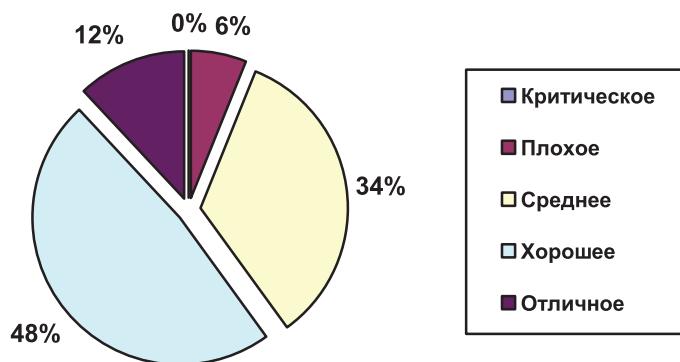
Рисунок 10. Источник дохода при отсутствии работы



Состояние здоровья и употребление запрещенных наркотиков

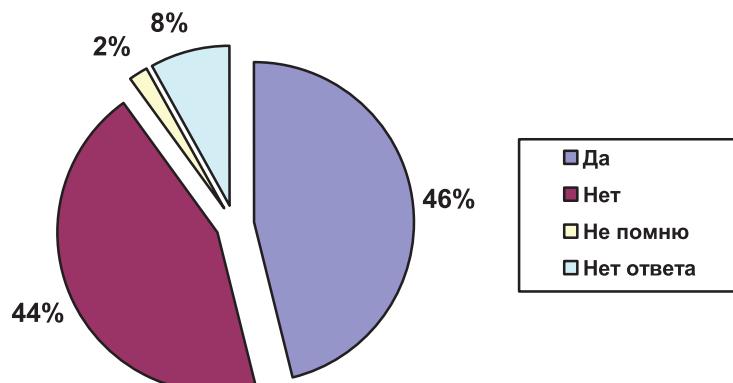
На вопрос опросника «Как бы Вы оценили свое состояние здоровья в настоящее время?» 48% респондентов (24 человека) ответили, что считают состояние своего здоровья хорошим и ни один клиент не считал его критическим. Достаточно большое количество клиентов (в общей сложности - 40%) назвали состояние здоровья средним (34%, 17 человек) или плохим (6%) (Рис. 11).

Рисунок 11. Как бы Вы оценили свое состояние здоровья в настоящее время?



На вопрос «Употребляли ли Вы наркотики после освобождения?» положительно ответили почти половина респондентов - 46% (23 человека), 44% опрошенных (22 человека) - ответили отрицательно и 5 клиентов (10%) – воздержались от ответа на данный вопрос (Рис. 12).

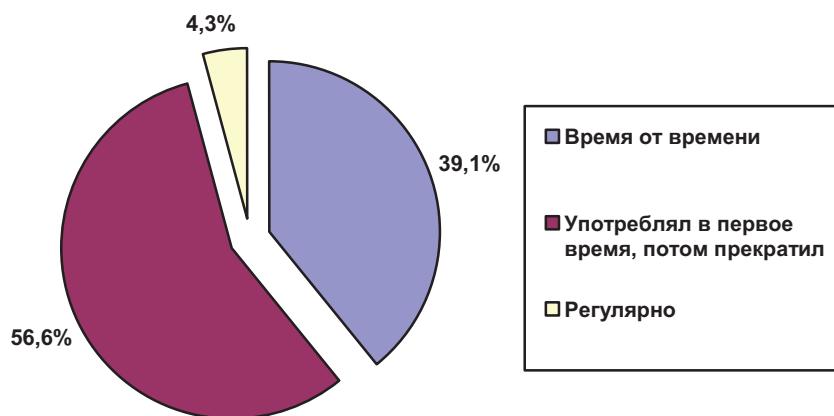
Рисунок 12. Употребляли ли Вы наркотики после освобождения?





Респондентам, ответившим положительно, (23 человека) на вопрос об употреблении наркотиков, был задан вопрос о частоте их употребления в течение последних 6 месяцев (Рис. 13). Более половины этих респондентов (56,6%) (13 человек) сообщили, что употребляли наркотики в первое время после освобождения и прекратили употребление в дальнейшем. Всего один респондент (4,3%) сообщил о регулярном употреблении наркотиков, а 39,1% опрошенных (9 клиентов) сообщили, что употребляли запрещенные наркотики время от времени в течение последних 6 месяцев после освобождения (Рис. 13).

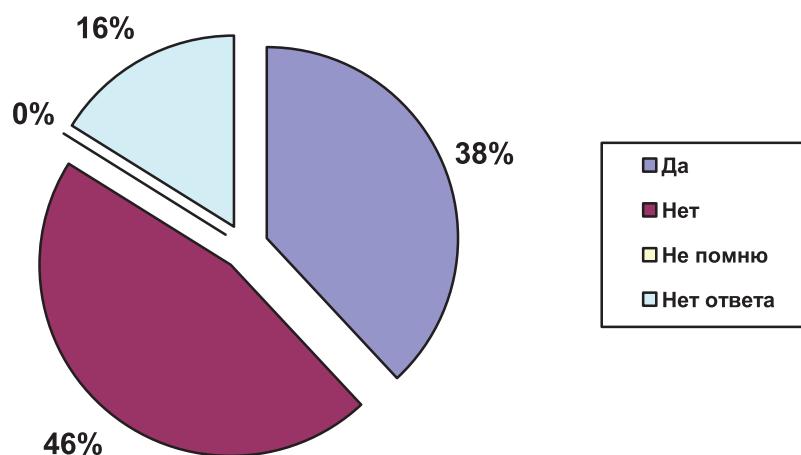
Рисунок 13. Как часто Вы употребляли наркотики в течение последних шести месяцев?



ВИЧ и антиретровирусная терапия

На вопрос опросника «Принимаете ли Вы сейчас антиретровирусную терапию (специфическую терапию, связанную с Вашим ВИЧ-положительным статусом)?» 19 клиентов программы медико-социального сопровождения (38% от общего числа респондентов) ответили положительно (Рис. 14). 23 клиента (46%) не получали АРВТ во время исследования, 8 респондентов (16%) не ответили на данный вопрос.

Рисунок 14. Получаете ли Вы в настоящее время антиретровирусную терапию (АРВТ)?



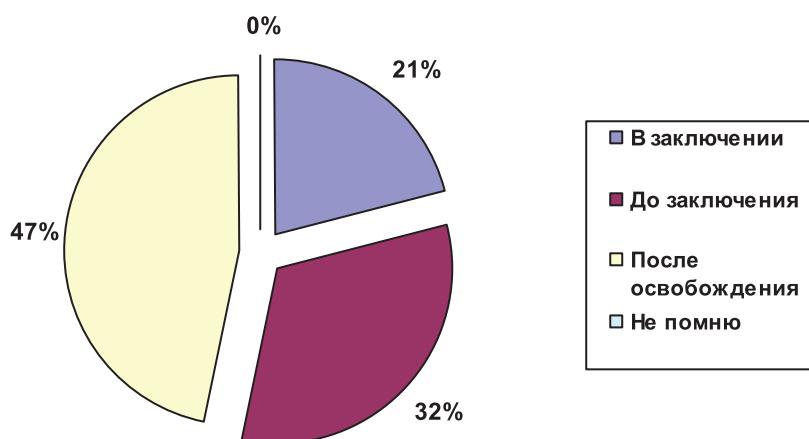
Из 19 человек, получающих АРВТ на момент исследования (Рис. 15):

- 6 респондентов (32%) начали получать АРВТ до вынесения приговора;



- 4 человека (21%) начали получать АРВТ в местах лишения свободы;
- 9 респондентов (47 %) начали получать АРВТ после освобождения при поддержке программы медико-социального сопровождения.

Рисунок 15. Если Да, то когда Вы начали получать АРВТ?

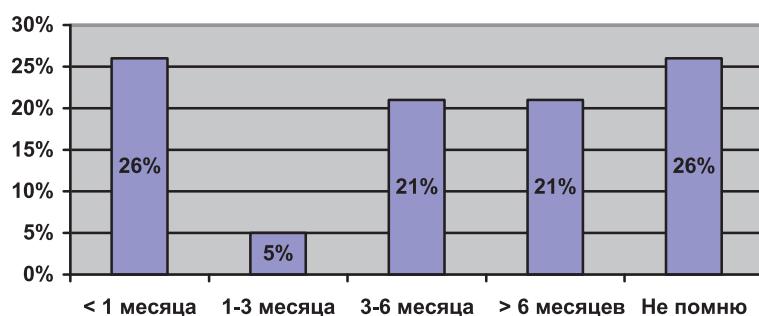


На вопрос интервью «Как долго Вы принимаете АРВ-препараты?» 52 % (10 человек) от числа клиентов, получавших АРВТ, ответили, что начали получать лечение антиретровирусными препаратами в течение последних 6 месяцев (Рис. 16). 21% клиентов получали АРВТ более 6 месяцев и 5 респондентов (26%) затруднялись назвать дату начала терапии.

Таким образом, всего на момент исследования АРВТ получали 19 клиентов, и почти все они получали лечение, по крайней мере, в течение 6 месяцев после освобождения из мест лишения свободы. Лиц, отказавшихся от приема терапии, выявлено не было. Это свидетельствует о высокой эффективности работы службы медико-социального сопровождения по обеспечению приверженности лечению ВИЧ-положительными осужденными в течение переходного - от жизни в местах заключения к жизни на свободе – периода.

Таким образом, Индикатор 1.3 «Процент клиентов, находящихся на АРВТ, которые продолжают лечение по истечении 6 месяцев после освобождения» был равен 100% (см. Таблица 5). Данный индикатор является одним из основных индикаторов результата/ эффективности службы медико-социального сопровождения.

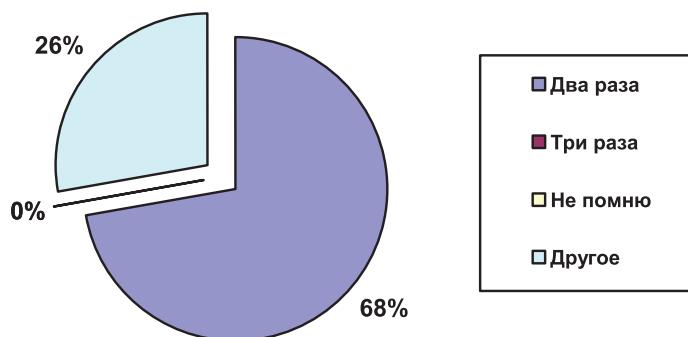
Рисунок 16. Как долго Вы получаете АРВТ?





На вопрос интервьюера «Сколько раз в день Вы принимаете АРВ-препараты?» 68% респондентов ответили, что используют двухразовую схему приема АРВТ (Рис. 17).

Рисунок 17. Сколько раз в день Вы принимаете антиретровирусные препараты?



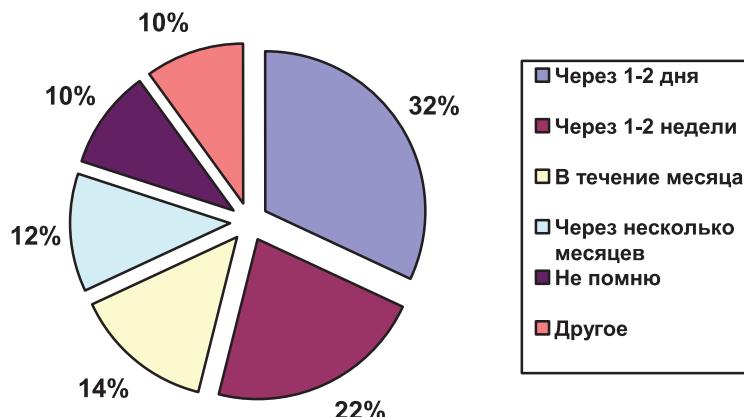
Большинство клиентов, участвовавших в исследовании, подтвердили, что специалист по медико-социальному сопровождению постоянно напоминал им о важности соблюдения схемы приема АРВ-препаратов, что является еще одним показателем высокого качества консультационных услуг, оказываемых специалистами по медико-социальному сопровождению и учреждениями по оказанию услуг в связи с ВИЧ.

Пользование услугами, качество услуг

Мониторинговые отчеты продемонстрировали достаточно высокие показатели количества обратившихся за услугами по направлению специалиста по медико-социальному сопровождению. 59% осужденных, участвовавших в программе в местах лишения свободы, воспользовались услугами Социального бюро по медико-социальному сопровождению после освобождения из МЛС. Из них 54% встретились со специалистом по медико-социальному сопровождению (СМСС) в течение первых двух недель после освобождения из мест лишения свободы, что говорит о высоком качестве консультационных услуг по повышению мотивации, которые сотрудники проекта оказывали клиентам в местах лишения свободы (Рис. 18).

На вопрос интервьюера «Через какое время после освобождения Вы обратились в Медико-Социальное бюро?» 16 человек (32%) ответили, что в течение 2-3 дней; 11 респондентов (22%) - в течение 1-2 недель, 7 клиентов (14%) – в течение 1 месяца после освобождения из МЛС, и 32 % респондентов (16 человек) дали другие варианты ответов (Рис. 18).

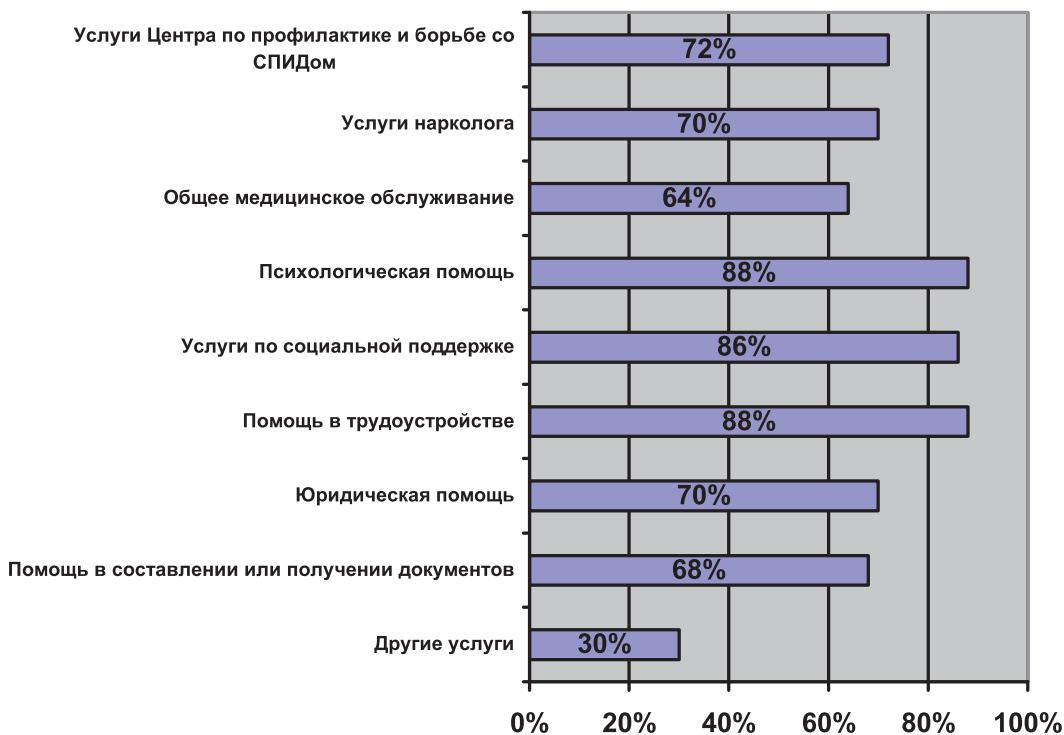
Рисунок 18. Срок, в течение которого клиент посетил социальное бюро после освобождения





На Рисунке 19 показано, какие услуги по медико-социальному сопровождению были перечислены клиентами в качестве доступных. На первом месте оказались услуги по трудоустройству (88%) и психологическая помощь (88%), далее следовали услуги по оказанию социальной поддержки (86%), консультации, оказываемые специалистами центра по профилактике и борьбе со СПИДом (72%) и врачами-наркологами (70%), помощь в получении документов (68%).

Рисунок 19. Предлагались ли Вам следующие услуги после освобождения из мест лишения свободы?



Большинство опрошенных клиентов (94%, 47 человек), подтвердили, что помощь и услуги были оказаны, хотя 4% клиентов указали, что помощь была недостаточной.

Следующие два рисунка (Рис. 20, Рис. 21) демонстрируют оценку отношения к целевой группе со стороны специалистов Социального бюро и специалистов других учреждений (партнерских организаций), оказывавших услуги по медико-социальному сопровождению.

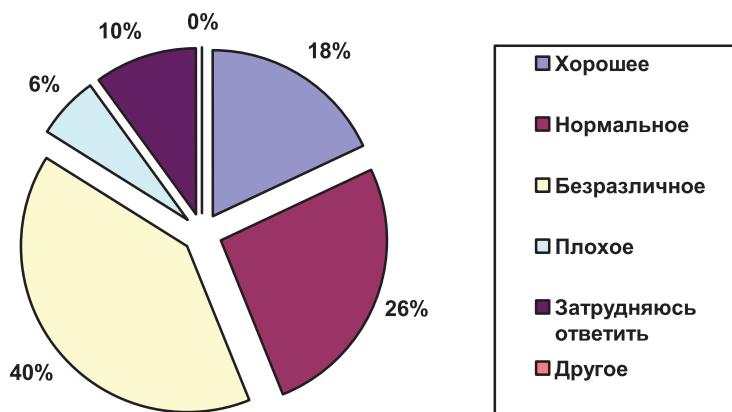
Рисунок 20. Каково было отношение к Вам со стороны представителя Медико-Социального бюро?





Большинство респондентов - 92% (46 человек) сообщили о хорошем, толерантном отношении специалистов по медико-социальному сопровождению (Рис. 20). Таким образом, Индикатор 2.1 Количество клиентов, сообщивших о хорошем или нормальном отношении со стороны специалистов, осуществляющих медико-социальное сопровождение составил 100% (см. Таблица 5 и Рис. 20)

Рисунок 21. Каково было отношение к Вам со стороны специалиста другого учреждения по оказанию услуг, кроме Медико-Социального бюро?



Несмотря на то, что специалисты Медико-Социального бюро продемонстрировали недискриминационное и толерантное отношение к клиентам (в сумме 100% респондентов отмечали хорошее или нормальное отношение), ситуация с другими (партнерскими) учреждениями по оказанию услуг немного отличалась. 40% респондентов (20 человек) характеризовали отношение специалистов других учреждений, оказывающих услуги как безразличное, а 6% опрошенных сообщили об откровенно плохом отношении. Процент затруднившихся с ответом был достаточно высок (10%), что свидетельствует о наличии проблем с отношением к клиентам в партнерских учреждениях по оказанию услуг. И хотя специалисты по медико-социальному сопровождению ведут эффективную работу по стимулированию дальнейшего участия клиентов в программе, негативное отношение к клиентам на уровне учреждений по оказанию услуг может свести на нет эти усилия и привести к росту числа клиентов, прекративших участие в программе. В этом аспекте важной представляется работа с доверенными врачами в партнерских организациях, которые толерантно относятся к целевой группе.

В рамках исследования была проведена более глубокая оценка удовлетворённости клиентов качеством консультирования и поддержкой, оказываемой в рамках программы медико-социального сопровождения (Таблица 6). Клиенты были больше всего удовлетворены консультированием по социальным вопросам (98%) и помощью по направлению к другим специалистам (96%), эмоциональной поддержкой и психологическим консультированием (90%); затем по уровню удовлетворённости следовали консультирование по вопросам медицинского обслуживания (88%) и помощь с трудоустройством (84%). Менее всего клиенты были удовлетворены качеством юридических консультаций и услуг, оказываемых лицам с алкогольной зависимостью. Аналогичные показатели отмечались и в графе «Не обсуждали». Беспокойство вызывает тот факт, что 20% клиентов сообщили, что с ними не обсуждалась проблема употребления наркотиков. Данные Таблицы 6 были использованы для расчета Индикатора 2.2 Процент клиентов, удовлетворённых качеством услуг медико-социального сопровождения (см. Предыдущая глава, Таблица 5). Индикатор 2.2 рассчитывался как среднее арифметическое уровня удовлетворённости клиентов разными видами услуг (сумма значений колонки «Удовлетворен» в Таблице 6 была разделена на 9 (количество видов оцениваемых услуг в данном исследовании)).

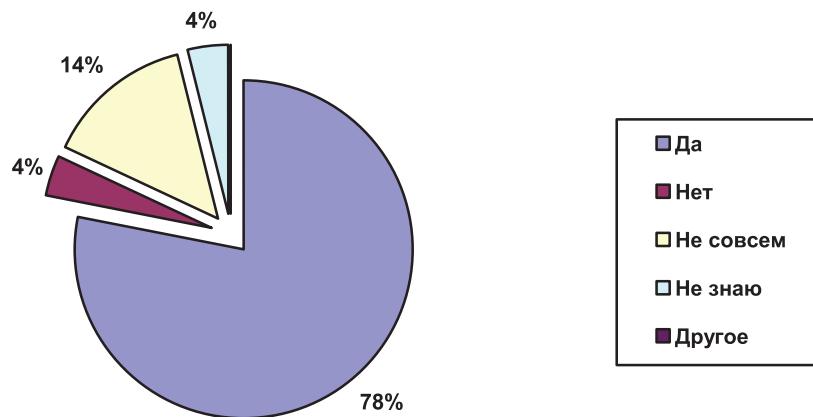


Таблица 6. Уровень удовлетворённости качеством консультирования и поддержки, оказываемой в Медико-Социальном бюро

	Оренбург		
	Удовлетворен	Не удовлетворен	Не обсуждали
Психологическое консультирование	90%	0%	10%
Консультирование по вопросам состояния здоровья	80%	0%	20%
Консультирование по проблемам, связанным с употреблением наркотиков	76%	4%	20%
Консультирование по проблемам, связанным с употреблением алкоголя	76%	2%	22%
Консультирование по социальным вопросам	98%	0%	2%
Консультирование по юридическим вопросам	68%	2%	30%
Помощь с трудоустройством	84%	4%	12%
Консультирование по вопросам медицинского обслуживания	88%	0%	12%
Услуги по направлению к специалистам	96%	0%	4%
Усредненная оценка	84%	1,4%	14,6%

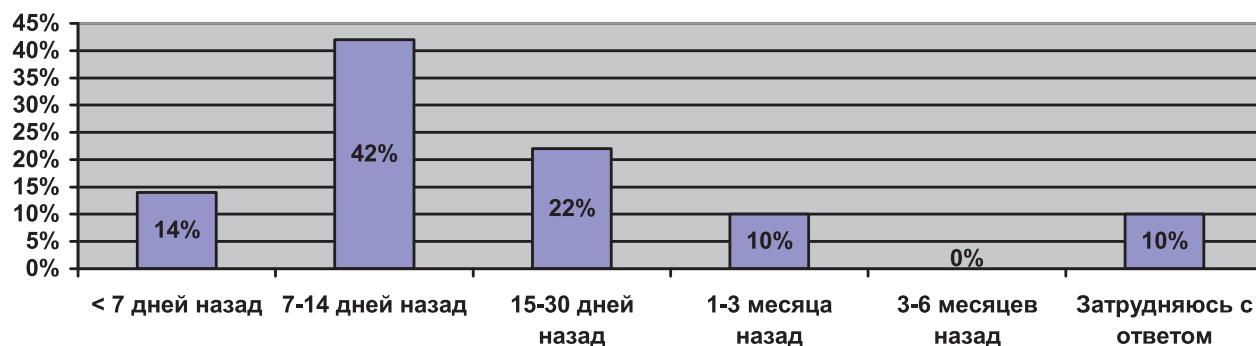
В целом, 78% респондентов (39 клиентов), чей план по медико-социальному сопровождению был выполнен, сочли его успешным (Рис. 22). Учитывая субъективный характер ответов на вопрос об успешности завершения плана, для дальнейшего мониторинга и оценки целесообразно уточнить, что в нашей ситуации под «успешным завершением плана медико-социального сопровождения» подразумевалось достижение хотя бы одной из поставленных целей.

Рисунок 22. Считаете ли Вы свой план по медико-социальному сопровождению выполненным?



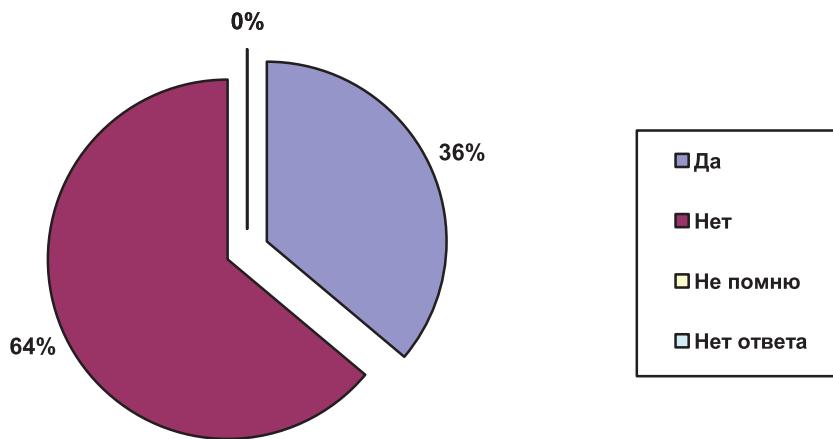
Следующий рисунок демонстрирует высокий уровень взаимодействия между специалистами по медико-социальному сопровождению и клиентами: 56% опрошенных клиентов (28 человек) сообщают, что встречались со специалистом по медико-социальному сопровождению в течение двух недель до интервьюирования (Рис. 23).

Рисунок 23. Когда Вы последний раз виделись со своим специалистом по медико-социальному сопровождению?



Следующей важной информацией, касающейся одного из индикаторов воздействия/эффективности реализации проекта, являются данные об уровне рецидивной преступности среди клиентов, пользовавшихся услугами по медико-социальному сопровождению. Рецидивизм определялся как совершение административного правонарушения или преступления (по признанию самого клиента) и/или подтверждение факта ареста или задержания по поводу совершения преступления или административного правонарушения (по признанию самого клиента) в течение 6 месяцев до проведения интервью. В процессе интервью было зарегистрировано 18 признаний (36% респондентов), в совершении преступления или административного правонарушения, 5 из которых привели к определенным правоприменительным действиям (Рис. 24). Количество клиентов, не подвергавшихся аресту и не совершивших преступлений/правонарушений по истечении 6 месяцев после освобождения, составило по данным самоотчетов 64% (Рис. 24). Эти данные используются для расчета Индикатора 1.1 Процент (уровень) административных правонарушений или преступлений, совершенных клиентами в течение 6 месяцев после освобождения (Таблица 5).

Рисунок 24. Совершали ли Вы административное правонарушение или преступление или подвергались задержанию или аресту за совершение административного правонарушения или преступления в течение последних 6 месяцев?



В ответах на открытые вопросы (что осталось нерешённым, что сделано, что нуждается в улучшении) наиболее распространёнными ответами были:

- из нерешенных проблем чаще всего отмечались следующие: «наркозависимость», «трудоустройство», «место проживания», «состояние здоровья» и «образование»;
- из проблем, в решении которых специалисты по медико-социальному сопровождению оказали наибольшую помощь, чаще всего упоминались «трудоустройство», «психологическое консультирование» и «доступ к социальным услугам».

В целом ответы на вопросы, допускающие разные варианты ответов, свидетельствуют о высоком уровне удовлетворённости и благодарности клиентов за услуги, организованные специалистами Социального бюро по медико-социальному сопровождению.

Ограничения исследования

Несмотря на то, что исследование показало большую ценность информации, полученной от клиентов в целях мониторинга и оценки в свободной форме и в структурированном формате, был отмечен ряд ограничений, которые необходимо учитывать при последующем применении и распространении данного инструмента.

Наиболее существенное ограничение связано с тем, что вряд ли какой-либо иной независимый интервьюер, кроме представителя службы медико-социального сопровождения, сможет получить согласие на интервью у клиента с ВИЧ-инфекцией, бывшего в заключении, имеющего наркозависимость и целый набор материальных и социально-бытовых проблем. В рамках проекта можно попытаться создать группу самопомощи из числа бывших осужденных, которые могли бы проводить независимые внешние (сторонние) исследования; в противном случае на результаты исследования может влиять субъективность исследователя, услуги которого в настоящий момент подвергаются оценке.

Другим существенным ограничением является нехватка количества клиентов с аналогичными характеристиками, которые не участвуют в программе медико-социального сопровождения (контрольной группы), что желательно для проведения сравнения. Такой дополнительный механизм сравнения сделал бы оценку более сложной и дорогостоящей, поэтому, если сравнительный анализ в ближайшем будущем неосуществим, целесообразно определить цели по каждому выбранному индикатору и добиваться достижения этих целей в процессе реализации проекта. Кроме того, целесообразно ознакомиться с международными контрольными данны-



ми об аналогичных услугах, предоставляемых аналогичным группам клиентов, чтобы компенсировать отсутствие возможностей для сравнения в рамках данного исследования.

Влияние модели на развитие системы оказания медико-социальной помощи бывшим осужденным и практические выводы проекта

Проектная деятельность была инициирована четырьмя некоммерческими организациями, которые начали работать с освободившимися заключенными и сотрудничать с партнерами из государственных служб. В результате проведения переговоров заинтересованность в работе по данному направлению проявили 10 организаций (см. Приложение 1). Позднее к данному Соглашению присоединялись другие партнёрские организации. Вопрос о развитии данного проекта неоднократно рассматривался на заседаниях *Межведомственной комиссии по профилактике наркомании и ВИЧ при администрации г. Оренбурга* и получал официальную административную поддержку, закреплённую Протоколами вышеназванной комиссии³⁶. Деятельность партнёрской сети рассматривалась на заседаниях комиссии 4 раза в год. По результатам отчетов о ситуации принимались административные решения и коррекция деятельности проекта, формировалось стратегическое планирование целевых программ.

Подход, основанный на координированном ведении случая, улучшает качество жизни бывших осужденных, повышает их приверженность к наркологическому лечению и приёму АРВТ. Комплексное взаимодействие в этой сфере, партнёрство общественных организаций и государственных институтов, обеспечили привлекательность и сократили время предоставления услуги. Апробированная нами технология была востребована клиентами, а использованные в ней методы повышают эффективность реализации амбулаторных программ реабилитации наркомании, сочетанной с ВИЧ-инфекцией.

В частности, технология медико-социального сопровождения бывших осужденных была включёна как отдельное реабилитационное направление в проект Оренбургской городской целевой программы по профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции на 2010-2012 гг.³⁷, а также положительно рассмотрена на Общественном Совете при УФСКН России по Оренбургской области и на заседании антинаркотической комиссии Оренбургской области³⁸.

Практические выводы проекта

Для продуктивной реализации программ медико-социального сопровождения для ВИЧ-инфицированных ПИН, освобождающихся из МЛС, на региональном (муниципальном) уровне необходимы следующие условия: 1) поддержка местных органов власти; 2) официальное соглашение и программа (операционный план) взаимодействия с региональными органами ФСИН; 3) наличие координирующего рабочего органа для организаций, вовлечённых в программы медико-социального сопровождения; 4) наличие партнёрской сети организаций, предоставляющих медицинские и социальные услуги для целевой группы.

Работа по подготовке к освобождению должна начинаться во время заключения не менее чем за шесть месяцев до выхода на свободу. Интенсивность этой работы желательно усилить за месяц до освобождения. Наилучшие результаты достигаются тогда, когда с осужденными в

³⁶ Протоколы заседания межведомственной комиссии по профилактике алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции, противодействия незаконному обороту наркотиков администрации г.Оренбурга №1 от 11.02.08 и №3 от 17.09.2009.

³⁷ Проект мероприятий программы по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции и противодействию незаконному обороту наркотиков в г.Оренбурге на 2010-2012. Пункт 5.6

³⁸ Протокол № 4 заседания антинаркотической комиссии Оренбургской области от 4 декабря 2009 г.



МЛС работают те же сотрудники медико-социального бюро, которые встретят его на свободе. Использование потенциала «позитивного лидера» из числа бывших осужденных, добровольно выполняющих ролевую модель снижения рискованного поведения, показало более быстрое и стойкое влияние на патопсихологию личности клиента, чем привычный стиль работы. Приверженность программе медико-социального сопровождения во многом обусловлена личными контактами и сформированными задолго до освобождения партнёрскими отношениями в системе «осужденный — специалист Медико-Социального бюро».

Установлено, что в деятельности Медико-Социального бюро наиболее востребованы информационные услуги, социальная помощь и предоставление временного жилья. Бывшие заключённые охотно пользуются поддержкой в восстановлении документов, так как это «ключ» к получению бесплатных медицинских и социальных услуг, гарантированных государством. Юридические услуги имеют большой спрос ещё до освобождения. Речь идёт о жизненной заинтересованности в своих юридических возможностях и правах в отношении собственного здоровья. Осужденные особо мотивированы к получению информации о законах, касающихся социального обеспечения, лечения наркомании и ВИЧ-инфекции.

Актуальным направлением межведомственной работы является формирование мотивации к осознанному регулярному приёму антиретровирусной терапии (АРВТ) ВИЧ-инфицированными лицами, как в пенитенциарной системе, так и после освобождения. Обучение специалистов и пациентов приверженности к лечению играет здесь большую роль. Значимость этого вопроса будет только возрастать параллельно с увеличением количества осужденных, нуждающихся в назначении АРВТ. Отдельную группу лиц в ближайшем будущем составят пациенты со СПИДом, требующие паллиативного ухода.

Женщины, которые возвращаются из МЛС, нуждаются в разработке и предоставлении специальных программ и услуг, приближенных к их потребностям и особенностям освобождения, зачастую связанного с возвращением к месту постоянного пребывания из чужого региона. Улучшение реинтеграции женской части целевой группы проекта достигается за счёт раннего дистанционного взаимодействия сотрудников медико-социального бюро с исправительным учреждением, в котором женщина отбывает наказание, а также путём организации групп само- и взаимопомощи и предоставления низкопороговых услуг с учётом гендерной специфики.

Эффективность деятельности описанной в работе модели медико-социального сопровождения подтверждена анализом анкет удовлетворённости клиентов и мониторинговыми показателями проекта. Поэтому одним из решений на пути гуманизации и реформирования российской пенитенциарной службы может стать активное внедрение на региональном и муниципальном уровне структур типа «Медико-Социальное бюро», объединяющих в регионах медицинские отделы ФСИН, органы здравоохранения и социального обеспечения, а также некоммерческие организации, которые совместно и скординировано предоставляли бы разнообразные услуги осужденным после освобождения.

Трехлетний опыт работы пилотного проекта в Оренбургской области позволяет уверенно констатировать, что в рамках существующего в Российской Федерации контекста возможна успешная организация межсекторного и межведомственного медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных ПИН, освобождающихся из МЛС. Необходимо включить в схему принятия управлеченческих решений в сфере здравоохранения и социальной помощи лицам, освобождающимся из МЛС, позитивный российский опыт функционирования систем медико-социального сопровождения на основе координированного ведения индивидуального случая (кейс-менеджмента). Рекомендуется рассмотреть вопрос о самостоятельном выделении дан-



-ного направления и его финансирования в целевых региональных и городских программах профилактики преступности, наркомании и ВИЧ-инфекции. Для достоверной и стандартизированной оценки эффективности сопровождения целесообразно включение 2-3 основных мониторинговых индикаторов в систему официальной статистической отчетности.

В ходе реформирования ФСИН РФ и в свете устойчивой позиции ФСКН РФ по возможности предоставления наркопотребителям альтернативного лечения и реабилитации взамен заключения, на административном уровне необходимо привлечь к согласованному медико-социальному сопровождению медицинские части исправительных учреждений, территориальные уголовно-исполнительные инспекции, региональные (муниципальные) медицинские и социальные службы, а также общественные организации и духовенство.

Трудности и алгоритмы их преодоления

Сложности, связанные с применением или внедрением модели и конкретных услуг, можно разделить на три группы:

- 1) трудности, обусловленные пробелами в законодательстве и слабой проработкой управленческого регулирования;
- 2) трудности, связанные с региональными особенностями и межведомственными препятствиями;
- 3) трудности, вызванные индивидуальными факторами при реализации конкретного случая сопровождения.

Приведём несколько показательных примеров разного рода сложностей:

- отсутствие женских колоний в Оренбургской области — осуждённые в Оренбургской области женщины отбывают наказание в пенитенциарных учреждениях других регионов Российской Федерации; из-за этого возникают объективные сложности в привлечении и информировании осужденных женщин, готовящихся к освобождению в других регионах и возвращающихся домой;

- отсутствие методической и нормативной базы в сложных случаях: 1) необходимо законодательно разработать простую схему восстановления паспорта для освободившегося — это ключевой момент к доступу к любым медицинским и социальным услугам; 2) отсутствие временного и постоянного жилья требуют организации общежитий и домов на «половине пути» и т.п.;

- неотработанность системы обмена информацией между НКО, осуществляющими медико-социальное сопровождение, и системой ФСИН; сведения о ВИЧ-инфицированных и наркозависимых лицах, освобождающихся из МЛС не поступают в НКО; необходимо более широкое информирование осужденных об услугах, предоставляемых НКО после освобождения.

В таблице 7, предлагаемой ниже для Вашего рассмотрения, представлены основные трудности, препятствия и нерешенные проблемы в области медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, и предложены возможные пути решения этих проблем.



Таблица 7. Схематическое описание трудностей и нерешенных проблем в области медико-социального сопровождения ВИЧ-позитивных осужденных, освобождающихся из мест лишения свободы, и возможные пути их решения

	Трудности, препятствия и проблемы	Возможные пути их решения
Нормативно-законодательные	Трудности, обусловленные несовершенством законодательства Российской Федерации в части организации и нормативного обеспечения деятельности специализированных учреждений системы социального сопровождения лиц, освободившихся из МЛС, включая ЛЖВС-ПИН	Общественная законодательная инициатива по созданию специализированных учреждений социальной адаптации лиц, освобождающихся из МЛС. Разработка и адвокация предложений по формированию федерального и регионального пакета нормативно-правовых актов с учетом полученного положительного опыта в ходе реализации pilotных программ
Ресурсные (кадры, материально-технические оснащение и т.д.)	Материальные ресурсы Потребность в финансовой поддержке организаций для оказания услуг ВИЧ-позитивным бывшим осужденным; Отсутствие достаточного финансирования на государственном уровне программ медико-социального сопровождения бывших осужденных ЛЖВС-ПИН (в основном они осуществляется за счет грантов доноров, средств НПО, и т.д.). Кадры - Недостаток квалифицированных социальных работников, психологов, равных консультантов в сфере медико-социально-психологического сопровождения бывших осужденных ЛЖВС-ПИН.	Материальные ресурсы Включение служб медико-социального сопровождения бывших осужденных ЛЖВС-ПИН в региональные/ муниципальные программы противодействия ВИЧ/ СПИД и выделение им финансирования. Кадры Создание эффективной системы специализированной подготовки кадров (социальных работников, психологов, консультантов) в области медико-социального сопровождения.



	<ul style="list-style-type: none">- Отсутствие специальных курсов подготовки социальных работников и психологов. - Отсутствие стандартов подготовки данных специалистов, мест стажировки в системе государственных учебных заведений (кафедр последипломного обучения врачей, кафедр социальной работы, и тд). или ресурсных центров по подготовке кадров на рабочем месте - Отсутствие системы профессиональной подготовки кадров в системе ФСИН по тематике профилактики ВИЧ-инфекции и потребления инъекционных наркотиков, оказания социальной поддержки, подготовки и адаптации данного контингента к освобождению из МЛС с последующей ресоциализацией в обществе - Создание системы мотивации для профессиональных кадров	<p>Включение вопросов медико-социального сопровождения лиц из групп риска (ЛЖВ, ПИН), включая бывших осужденных в программы последипломного обучения врачей СПИД центров, инфекционистов, наркологов,</p> <p>Обучение на рабочем месте и обмен опытом.</p>
Организационно-структурные	<ul style="list-style-type: none">- Трудности, связанные с региональными и межведомственными препятствиями для взаимодействия по оказанию услуг для ВИЧ-позитивных ПИН, освободившихся из мест лишения свободы.	<ul style="list-style-type: none">- Создание механизмов межведомственного и межсекторального взаимодействия - Обобщение и распространение лучшего опыта по построению цепочек медицинского и социального сервиса - Обучение лиц, принимающих решения, и руководителей партнерских организаций технологиям построения взаимодействия - Обобщение опыта pilotных проектов по привлечению служб социальной защиты к программам социального сопровождения бывших осужденных ЛЖВС-ПИН.



		<ul style="list-style-type: none">- Трансляция опыта НКО по социальному сопровождению ЛЖВС-ПИН.- Адвокация подхода, направленного на расширение медико-социальной помощи данной группе лиц
Методические	<ul style="list-style-type: none">- Потребность в методических материалах по детальному освещению технологии медико-социально-го сопровождения ВИЧ-позитивных лиц, освободившихся из мест лишения свободы.- Потребность в методических материалах по работе с ЛЖВС-ПИН.	Разработка четких и конкретных рекомендаций по организации и методологии программ медико- социального сопровождения освободившихся ВИЧ-позитивных наркозависимых.
Психологические	<p>Сложность в формировании приверженности терапии (АРВТ) у осужденных</p> <p>Отсутствие или недостаток у специалистов техник и навыков, направленных на работу с мотивацией клиента на изменение поведения (криминального, сексуального, употребления наркотиков и тд.).</p> <p>Принятие статуса ЛЖВС.</p> <p>Двойная стигма у ЛЖВС-ПИН.</p> <p>Синдром «выгорания» у специалистов, занимающихся медико-социальным сопровождением.</p>	<p>Обучение по вопросам формирования приверженности и современным подходам к терапии ВИЧ.</p> <p>Обучение сотрудников, занимающихся сопровождением, техникам мотивационного консультирования.</p> <p>Обучение сотрудников, занимающихся сопровождением психологическим аспектам консультирования по принятию статуса ВИЧ-позитивными пациентами.</p> <p>Необходимость организации супервизии, балинтовских групп и специальных консультаций по ведению сложных случаев.</p>
Социальные	<p>Слабая материально-техническая, методическая и законодательная база в помощи по социальным вопросам для данной группы риска.</p> <p>Трудности устройства на работу, создания семьи</p>	Решение - Информационные кампании в СМИ, направленные на повышение уровня информированности и формирование общественного мнения по данному вопросу



	<p>Отсутствие жилья. Отсутствие государственных «домов» для временного проживания лиц, освободившихся из мест лишения свободы</p>	<p>Консультирование специалистами по сопровождению по вопросам трудоустройства</p> <p>Создание государственных социальных «домов» для временного проживания лиц, освободившихся из мест лишения свободы</p>
Мониторинг и оценка	<p>Необходимость систематического сбора и анализа данных, супервизия процесса МиО и работа по улучшению предложенной методологии мониторинга и оценки</p>	<p>Гармонизация мониторинговых индикаторов, собираемых в НПО с официальными статистическими отчетами государственных учреждений (Центров СПИД, учреждений здравоохранения и ФСИН);</p> <p>- Включение 2-3 ключевых индикаторов программ сопровождения в государственные отчетные формы центров СПИД или учреждений ФСИН. Данное предложение может быть осуществимо в случае трансполяции индикаторов действующих национальных и федеральных программ и проектов в разрабатываемые региональные программы.</p>



Список использованной литературы и электронных источников

1. ВИЧ в тюрьмах: практическое пособие (для пенитенциарных систем новых независимых государств). Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. 311 с.
2. ВИЧ/СПИД в местах заключения: Сб. методических пособий для разработчиков политики, администрации тюрем, тюремного персонала и медико-санитарных работников в местах заключения. УНП ООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС, Нью-Йорк, 2009. 137 с. Сетевой ресурс: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Eng-Rus_eBook.pdf
3. ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь // Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. 2006. 84 с.
4. ВИЧ-инфекция у потребителей инъекционных наркотиков (профилактика и лечение) // Пособие для врачей. ФГУ «Национальный научный центр наркологии». Москва. 2009. 48 с.
5. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: Курс лекций. Части 1 и 2. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. 272 с.
6. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. — М., Верди, 2009. — 128 с.
7. Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Нью-Йорк: УНП ООН., 2003. 38 с.
8. Карпец А.В. Опыт профилактики ВИЧ среди ПИН на основе развития программ социального сопровождения и реабилитации в Оренбургской области / «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта». ГБС/ТППС. 2009. С.33-36 (<http://hivpolicy.ru/publications/?id=677>)
9. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Алексеева А.И. Оценка эффективности реабилитации наркозависимых лиц с применением интервью «Индекс тяжести зависимости» / Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. М., 24-27 ноября 2009. – С. 161-162.
10. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Маринец О.В., Прошкин Н.А. Опыт развития межсекторной программы медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освобождающихся из мест лишения свободы в Оренбургской области: Сборник тезисов Третьей Конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (Москва, 28-30.10.09). РОО «СПИД инфосвязь». 2009. Том 1. С. 293-294.
11. Клименко Т.В., Игонин А.Л., Дудин И.И., Агафонова С.С. Недобровольные формы оказания медицинской помощи осужденным с наркологическими заболеваниями / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Алкоголизм (приложение к журналу). Вып.1. 2007. С.45-49.
12. Кузнецова А.С., Беляева В.В. Профилактика ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе / Методическое руководство. – М.: 2006, 32 с.
13. Мазурчик Н.В., Огурцов П.П. ВИЧ-инфекция в наркологической практике // Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭО



ТАР-Медиа, 2008. С. 420—426.

14. Междисциплинарное ведение случая в работе с безнадзорными несовершеннолетними / Под ред. Ю.В. Батлук, Р.В. Йорика, С.В. Суворовой. СПб.: Врачи - детям, 2009. 78 с.
15. Мокрецов А.И., Новиков В.В., НИИ ФСИН России, 2006 г.
16. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики // Методические рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Киев, 2004. 108 с.
17. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчётный период: январь 2006 года - декабрь 2007 года. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ. ЮНЭЙДС, 2008.
18. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимость от них. Резюме. Женева: ВОЗ, 2004. 40 с.
19. Общие принципы и основные понятия мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИДа. Серия рабочих материалов по мониторингу и оценке в области ВИЧ/СПИДа. Выпуск 1. ПроООН, ЮНЭЙДС, 2004.
20. Организация и поддержка служб по социальному сопровождению для уязвимых групп: Руководство для тренера. Базовый курс. М.: УНП ООН — «СПИД Фонд Восток-Запад», 2008. 96 с.
21. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения / Методические рекомендации МЗ и СР Российской Федерации от 20.12.2006 № 6834-РХ. Москва, 2006. 98 с.
22. Пояснительная записка к проекту Федерального закона «О внесении изменений в Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации», Управление исполнения наказаний, не связанных с лишением свободы ФСИН России, 2009.
23. Приказ №402/109 от 20 мая 1988 года МЗ СССР-МВД СССР «Об утверждении Инструкции о порядке выявления и учёта лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических и других средств, влекущих одурманивание, оформления и направления на принудительное лечение больных наркоманией». Москва. 1988. 45 с.
24. Приказ №768/116-ДСП от 3 июня 1986 года МЗ СССР-МВД СССР «Об улучшении взаимодействия органов здравоохранения и внутренних дел по раннему выявлению, учёту, активному наблюдению и лечению больных алкоголизмом в ЛТП, других учреждениях МВД СССР и после освобождения из них в наркологических учреждениях органов здравоохранения. Москва. 1986.
25. Приказ «О предоставлении отчётной формы ежемесячного наблюдения реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу профилактика ВИЧ-инфекции. № 112/1 от 30.06.2009 МЗ и СР Оренбургской области. № 147-о.д. от 30.06.2009 УФС по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области. №3 от 30.06.2009 УФСИН по Оренбургской области.



26. Принципы консультирования пациентов, имеющих зависимость от психоактивных веществ, по вопросам ВИЧ-инфекции: Пособие для медицинских работников. М.: Фонд «Здоровая Россия», 2008. 55 с.
27. Проект предложений ФСИН России и Минюста России в Федеральное Собрание РФ о создании и организации деятельности Центров социальной адаптации, ФБУ НИИ ФСИН России, 2009 г.
28. Проект мероприятий программы по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции и противодействию незаконному обороту наркотиков в г.Оренбурге на 2010-2012. Пункт 5.6.
29. Протокол № 4 заседания антинаркотической комиссии Оренбургской области от 4 декабря 2009 г.
30. Рекомендации по организации социального сопровождения для уязвимых групп // Практическое пособие для социальных работников. М.: УНП ООН—«СПИД Фонд Восток-Запад», 2007. 130 с.
31. Руководство для администрации учреждений исполнения наказаний и других должностных лиц. Женщины в местах заключения. Серия «Справочники по уголовному правосудию». УНП ООН, 2008. Сетевой ресурс: http://www.unodc.org/documents/justice-and-prisonreform/women-and-imprisonment_russian.pdf)
32. Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных (кейсменеджмент). М.: Американский Международный Союз Здравоохранения (АМСЗ), 2008. 113 с.
33. УНП ООН, ЮНЭЙДС, ВОЗ (2006) «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем. Основа для принятия эффективных мер на национальном уровне». Сетевой ресурс: http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/Framework%20prison_RUS.pdf
34. Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. 277-ФЗ. О внесении изменения в Закон Российской Федерации «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы»
35. Юрист Оренбуржья / №1(115) – 2(116). С.11
36. Rhodes T. at all. Addiction. Vol. 101. N2: P.252-266.
37. Сайт Федерального центра СПИД: <http://www.hivrussia.ru/>
38. Сайт «Российской газеты»: <http://www.rg.ru/>
39. Сайт Оренбургского областного центра СПИД <http://orenaid.su/>
40. Сайт УФСИН РФ <http://www.fsin.su/>
41. Сайт «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West, AFEW) <http://www.afew.org/ru/>



42. Сайт (Интернет-портал) центра мониторинга и оценки проекта «ГЛОБУС» <http://symona.mednet.ru/rus/region53.php?lang=1>

Приложения

Приложение 1

Соглашение

о сотрудничестве между Управлением Федеральной службы исполнения наказания по Оренбургской области, Управлением социальной защиты населения администрации г. Оренбурга, Центром занятости населения г. Оренбурга, ГУЗ «Оренбургский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями», ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», АНО «Гражданская воля», АНО «Новая жизнь», АНО «Бюро по проблемам наркомании», НФ «Позитивная Инициатива», Оренбургским областным отделением Российского Красного Креста.

г. Оренбург, 16 марта 2009 года

Управление Федеральной службы исполнения наказаний по Оренбургской области в лице начальника управления Тарнавского Александра Петровича, действующего на основании Положения, Управление службы социальной защиты населения администрации г. Оренбурга в лице начальника управления Золотухиной Светланы Алексеевны, действующей на основании Положения; Центр занятости населения г. Оренбурга в лице директора Коваленко Клавдии Павловны, действующей на основании Устава; ГУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» в лице главного врача Карпеця Владимира Васильевича, действующего на основании Устава; ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями в лице главного врача Герасимова Владимира Евгеньевича, действующего на основании Устава; Автономная некоммерческая организация «Гражданская воля» в лице заместителя директора Прошкина Николая Александровича, действующего на основании Устава; Автономная некоммерческая организация «Новая жизнь» в лице президента Гизатулиной Олеси Ринатовны, действующей на основании Устава; Автономная некоммерческая организация «Бюро по проблемам наркомании» в лице директора Банникова Вячеслава Петровича, действующего на основании Устава; Некоммерческий Фонд «Позитивная Инициатива» в лице генерального директора Бурлака Алексея Валерьевича, действующего на основании Устава; Оренбургское областное отделение Российского Красного Креста в лице председателя Брагировой Лидии Петровны, действующей на основании Устава, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Предмет и цель Соглашения

Предметом данного соглашения является определение заинтересованности и взаимодействия сторон в развитии системы медико-социального сопровождения лиц, содержащихся и освобождающихся из мест лишения свободы, с целью улучшения их качества жизни, облегчение доступа к лечению и реабилитации наркомании и ВИЧ/СПИД, а также предупреждения рецидивной преступности в г. Оренбурге и Оренбургской области.

Цель данного Соглашения — содействие в организации межведомственной системы медико-



-социального сопровождения и предоставление услуг лицам, содержащимся и освобождающимся из мест лишения свободы (включая потребителей инъекционных наркотиков и ЛЖВС), в г. Оренбурге и Оренбургской области.

Права и обязанности сторон

Стороны, подписавшие данное Соглашение, обязаны:

Участвовать в организации, функционировании и дальнейшем развитии системы медико-социального сопровождения лиц, содержащихся и освобождающихся из мест лишения свободы, в Оренбургской области на основе межведомственного партнерства;

Содействовать лицам, освобождающимся из мест лишения свободы, в оказании различных видов медицинской помощи: при инфекционных заболеваниях, ВИЧ/СПИДе, специализированной наркологической, фтизиатрической и др.;

Способствовать оказанию социальной поддержки лицам, освобождающимся из мест лишения свободы (помощь в оформлении документов, трудоустройство, профессиональное обучение и переобучение, материальная помощь, временное проживание и питание, гуманитарная помощь в пределах своих ресурсов и компетенции);

Повышать правовую грамотность и юридическую защищенность лиц, содержащихся и освобождающихся из мест лишения свободы;

Оказывать профессиональное консультирование, компетентное информирование клиентов о доступных услугах, правовую поддержку;

Направлять освободившихся из мест лишения свободы в специализированные медицинские и социальные службы в пределах их компетенции.

Стороны, подписавшие данное Соглашение, имеют право:

Выступать с предложениями по улучшению и модернизации системы медико-социального сопровождения лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, в Оренбургской области;

Делегировать своих представителей (специалистов, сотрудников, добровольцев) и вводить дополнительные должности в штат организации для участия в деятельности по медико-социальному сопровождению.

Принимать участие или самостоятельно проводить профилактические и обучающие мероприятия как для лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, так и для своих сотрудников, задействованных в деятельности по медико-социальному сопровождению;

Обмениваться информацией в рамках действующего законодательства;

Разрабатывать совместные протоколы о намерениях, соглашения, формы учета и отчетности, планы работы.

3. Совместная деятельность



3.1. Совместно со службами, подписавшими настоящее Соглашение, стороны намерены осуществлять разработку межведомственных медико-социальных программ, направленных на лиц, содержащихся и освобождающихся из мест лишения свободы, на территории г. Оренбурга и Оренбургской области.

3.2. В течение месяца после подписания настоящего Соглашения все Стороны обязаны представить «Протокол согласования» мероприятий по выполнению Соглашения. В протоколе согласования должен быть указан перечень услуг, которые Сторона обязуется оказывать лицам, содержащимся и освобождающимся из мест лишения свободы, телефоны, адреса, время приема, а также финансовые реквизиты Стороны.

Информация об исполнении Соглашения

4.1. Стороны обязуются информировать друг друга обо всех возникших обстоятельствах, подвергающих угрозе или делающих невозможным выполнение ими своих обязанностей по настоящему Соглашению, и согласовывать мероприятия по их устранению.

4.2. Стороны договорились, что вопросы, связанные с выполнением ими своих обязательств по настоящему соглашению, будут оперативно решаться ответственными представителями Сторон.

Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств, принятых по настоящему Соглашению, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Срок действия Соглашения

6.1. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до 31.12. 2009 г.

Разрешение споров

7.1. В случае возникновения споров по вопросам, являющимися предметом настоящего Соглашения или в связи с ним, стороны примут все меры для разрешения их путем переговоров.

7.2. Настоящее соглашение составлено в 10 экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Начальник УФСИН России по Оренбургской области	А.П. Тарнавский
Начальник управления соцзащиты населения г. Оренбурга	С.А. Золотухина
Директор Центра занятости г. Оренбурга	К.П. Коваленко
Председатель ООО РКК	Л.П. Брагирова
Главный врач ГУЗ «ООКНД»	В.В. Карпец
Главный врач ГУЗ «Центр СПИД»	С.В. Вяльцин
АНО «Гражданская воля»	Н.А. Прошкин
АНО «Новая жизнь»	О.Р. Гизатуллина
АНО «Бюро по проблемам наркомании»	В.П. Банников
НФ «Позитивная Инициатива»	А.В. Бурлак



Приложение 2

Анкета «Определение уровня удовлетворённости бывших заключенных медико-социальными услугами, которые они получают в рамках проекта УНП ООН в г. Оренбурге по сопровождению лиц, находящихся в местах лишения свободы и освободившихся из мест лишения свободы»

Инструкция для интервьюера

Общие рекомендации

Целью данного исследования является определение уровня удовлетворённости бывших заключенных услугами, предоставляющими им медико-социальными службами города. В Ваши задачи как интервьюера входит:

Определить список потенциальных участников опроса, уточнить их контактную информацию у сотрудников проекта. В опросе должны принять участие клиенты, которые освободились **за 6 (шесть) месяцев до** момента проведения опроса.

Связаться с клиентом по телефону. При ответе на телефонный звонок представиться работником Социального бюро и попросить к телефону участника опроса **по имени и отчеству (!!!)**. Если нужного Вам человека в данный момент нет, попросите передать, что «представитель социальной службы перезвонит **(назначить конкретное время и дату)**». Следует учесть, что Ваши клиенты, освободившиеся из мест заключения недавно, испытывают значительный психоэмоциональный стресс, социальные и личностные трудности. Будьте вежливы и толерантны при общении как с ним, так и с членами его семьи или родственниками.

Если клиент ответил на Ваш телефонный звонок, то представьтесь, объясните цель опроса и определите удобный способ проведения интервью. Если клиент готов ответить на вопросы по телефону, приступайте к проведению интервью, используя нижеприведенный опросник. Если клиент отказывается от телефонного интервью, предложите ему встретиться в удобном для него месте (желательно в офисе организации). Если клиент отказывается от интервью совсем, то оставьте ему Ваш контактный телефон и предложите связаться с Вами, если он захочет поговорить с Вами позже.

Провести интервью. Зачитывайте полностью вопрос и все возможные варианты ответа. Отмечайте галочкой варианты ответа, выбранные клиентом. Предупредите клиента заранее о возможности прояснения непонятных вопросов или формулировок. Переформулируйте вопросы или давайте пояснения в случае, если клиент попросит об этом.

Подготовить отчёт.

Рекомендации по началу опроса

Здравствуйте, я могу поговорить с «Имя и отчество»?

(Да) → Продолжайте

(Нет, его нет) → Спасибо, предайте, пожалуйста, что звонили из социальной службы. Я перезвоню «Время и дата». Всего хорошего.



Здравствуйте, меня зовут _____, я являюсь сотрудником _____.

Мы проводим **социологический опрос** 40 людей, которые освободились из мест лишения свободы, для того, чтобы определить насколько Вы удовлетворены уровнем медицинской и социальной помощи, предоставленной или предоставляемой Вам проектом по медико-социальному сопровождению лиц, освобождающихся из мест лишения свободы.

Данное исследование является конфиденциальным и добровольным, т.е., вся информация, которую мы обсудим, не будет передана ни в какие другие организации или службы. Нам интересно знать ВАШЕ мнение, как положительное, так и отрицательное. Ваши комментарии помогут нам оценить и улучшить социально-медицинское обслуживание и убедиться в том, что оно действительно удовлетворяет Ваши нужды.

Вы готовы сейчас ответить на вопросы?

(Да) -> Спасибо, тогда я начну. Переходите к первому вопросу.

(Нет) -> Я могу перезвонить Вам в другое время?

(Да) -> Спасибо, я перезвоню (определите время и дату)

(Нет) -> Когда Вы можете зайти к нам в офис и мы с Вами сможем побеседовать в комфортной для Вас обстановке, или запишите мой телефон, по которому Вы сможете связаться с нами, если решите принять участие в этом исследовании. Как Вам удобнее? (При негативном ответе предложите записать телефон еще раз).

Для служебного пользования. Заполняется интервьюером ПОСЛЕ каждой попытки связаться с клиентом — как результативной, так и безрезультатной. Метод и результат опроса отмечаются «Х». Причины безрезультатного контакта уточняются, например: «нет дома», «отказ», «попросил перезвонить» и т.д.

Дата опроса или попытки связаться	Метод			Результат		Причина
	Телефон	Визит к клиенту	Визит клиента в офис	Опрос состоялся	Опрос не состоялся	



Определение уровня удовлетворённости бывших заключённых медико-социальными услугами, которые они получают в учреждениях города

АНКЕТА

I. Демографические данные

Ваш пол

Мужской Женский

Сколько Вам лет?

Пожалуйста, укажите Ваше образование:

- 1) Среднее
- 2) Среднее специальное
- 3) Незаконченное среднее специальное
- 4) Высшее
- 5) Незаконченное высшее
- 6) Другое _____

Искали ли работу после освобождения?

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Нетрудоспособного возраста
- 4) Инвалид

Работаете ли Вы в настоящее время?

- 1) Нет
- 2) Да

Если Вы не работаете, то что является источником Вашего дохода?

- 1) Помощь семьи
- 2) Помощь друзей
- 3) Пенсия по нетрудоспособности
- 4) Случайные заработки



5) Другое (укажите, пожалуйста) _____

Как бы Вы оценили свое состояние здоровья в настоящее время?

Плохое Среднее Хорошее Отличное

Критическое Плохое Среднее Хорошее Отличное

II. Целевые индикаторы

Употребляли ли Вы наркотики после освобождения?

- 1) Да
- 2) Нет (пропустить следующий вопрос)
- 3) Не помню (пропустить следующий вопрос)
- 4) Нет ответа (пропустить следующий вопрос)

Как часто Вы употребляли наркотики в течение последних 6 месяцев?

- 1) Употреблял время от времени
- 2) Употреблял некоторое время, а потом бросил
- 3) Я и сейчас употребляю регулярно
- 4) Сложно сказать, я не помню

Принимаете ли Вы сейчас антиретровирусную терапию (специфическую терапию, связанную с Вашим ВИЧ-положительным статусом)?

- 1) Да --> продолжайте
- 2) Нет --> переходите к вопросу 16 раздела 3
- 3) Не помню
- 4) Нет ответа
- 5) Другой вариант _____

Где Вы начинали проходить АРВ-терапию?

- 1) В заключении
- 2) До заключения
- 3) После заключения



4) Не помню

Как долго Вы принимаете АРВ-препараты?

1) Меньше 1 мес.

2) 1-3 мес.

3) 3-6 мес.

4) Больше 6 мес.

5) Не помню

Сколько раз в день Вы принимаете АРВ-препараты?

1) 2 раза

2) 3 раза

3) Не помню

4) Другое_____

Вам объясняли, что Вы должны принимать АРВ-препараты регулярно и постоянно?

1) Да

2) Нет

3) Не помню

4) Нет ответа

III. Индикаторы конечных результатов

Какие из нижеперечисленных мероприятий проводились в месте Вашего заключения перед освобождением?

1) Профилактика и лечение ВИЧ, наркозависимости, психологическая помощь, реабилитация

2) Подготовка к освобождению (консультирование по оформлению документов, льгот, социальных пособий для освобождающихся)

3) Группы взаимопомощи

4) Другое (укажите, пожалуйста)_____

5) Не помню



6) Нет ответа

Через какое время после освобождения Вы обратились в Социальное бюро?

- 1) Через 2–3 дня
- 2) Через 1–2 недели
- 3) Через месяц
- 4) Через пару месяцев
- 5) Не помню
- 6) Другой вариант_____

Предлагались ли Вам следующие виды помощи после освобождения?

- 1) Помощь Центра СПИД
- 2) Помощь нарколога
- 3) Общая медицинская помощь (если да, какую) _____
- 4) Помощь психолога
- 5) Социальную помощь
- 6) Помощь в трудоустройстве
- 7) Помощь по юридическим вопросам
- 8) Помощь в восстановлении документов
- 9) Другие виды помощи _____

За какой помощью Вы фактически обращались после освобождения? Выберите из перечисленных все нужные ответы:

- 1) Помощь Центра СПИД
- 2) Помощь нарколога
- 3) Общую медицинскую помощь (если да, какую) _____
- 4) Помощь психолога
- 5) Социальную помощь
- 6) Помощь в трудоустройстве



- 7) Помощь по юридическим вопросам
- 8) Помощь в восстановлении документов
- 9) Другие виды помощи _____

Была ли Вам предоставлена нужная помощь?

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Не совсем (уточните, пожалуйста) _____
- 4) Не помню

Как Вы оцениваете отношение к Вам со стороны сотрудников Социального бюро, с которыми Вы общались после освобождения?

- 1) Хорошее отношение
- 2) Нормальное
- 3) Безразличное
- 4) Плохое
- 5) Не могу ответить
- 6) Другое_____

Как Вы оцениваете отношение к Вам со стороны сотрудников других медицинских и социальных учреждений города (не входящих в Социальное бюро), к которым Вы обращались за помощью?

- 1) Хорошее отношение
- 2) Нормальное
- 3) Безразличное
- 4) Плохое
- 5) Не могу ответить
- 6) Другое_____

Удовлетворены ли Вы обсуждением следующих вопросов с сотрудником Социального бюро?
Отметьте галочкой вариант ответа.



Вопрос	Удовлетворён	Не удовлетворён	Не обсуждал
А. Обсуждением Ваших жизненных обстоятельств (жилищные условия, образ жизни)			
Б. Обсуждением психологических проблем			
В. Обсуждением проблем со здоровьем			
Г. Обсуждением проблемы с употреблением алкоголя			
Д. Обсуждением социальных проблем			
Е. Обсуждением проблем юридического характера			
Ж. Обсуждением вопросов трудоустройства			
З. Обсуждением медицинских проблем			
И. Обсуждением получения услуг других учреждений медицинской и социальной помощи			

Когда мы с Вами начинали работать, был разработан план по предоставлению Вам помощи. Как Вы считаете, этот план выполнен?



- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Не совсем
- 4) Не знаю
- 5) Другое _____

Когда Вы обращались за помощью к представителю Социального бюро в последний раз? _____

Какие проблемы, которые были у Вас на момент освобождения, остаются неразрешенными на сегодняшний день? _____

Каким из компонентов помощи, предоставляемой Вам, Вы удовлетворены больше всего?

Что бы Вы хотели бы изменить в системе предоставления социальной и медицинской помощи людям, которые освобождаются из мест лишения свободы?

Совершали ли Вы за последние 6 месяцев какие-либо правонарушения, за которые можно быть привлеченным к административной или уголовной ответственности?

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Не помню
- 4) Нет ответа

Задерживались ли Вы милицией за последние 6 мес. за какое либо правонарушение?



- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Не помню
- 4) Нет ответа

СПАСИБО БОЛЬШОЕ!



Приложение 3

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О внесении изменения в Закон Российской Федерации «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы»

Принят Государственной Думой 17 декабря 2008 года

Одобрен Советом Федерации 22 декабря 2008 года

Внести в Закон Российской Федерации от 21 июля 1993 года N 5473-І «Об учреждениях и органах, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1316; Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 25, ст. 2964; 1998, N 16, ст. 1796; N 30, ст. 3613; 2000, N 26, ст. 2730; 2001, N 11, ст. 1002; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2007, N 7, ст. 831; N 24, ст. 2834) изменение, дополнив его статьей 10-1 следующего содержания:

«Статья 10-1. Участие органов государственной власти субъекта Российской Федерации в осуществлении полномочий в сфере деятельности уголовно-исполнительной системы.

В целях создания условий для функционирования учреждений и органов уголовно-исполнительной системы органы государственной власти субъекта Российской Федерации за счет средств бюджетных ассигнований собственных бюджетов (за исключением финансовых средств, передаваемых из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на осуществление целевых расходов) вправе оказывать содействие в обеспечении трудовой занятости осужденных, реализации федеральных и региональных программ стабилизации и развития уголовно-исполнительной системы, устанавливать дополнительные меры социальной поддержки и социальной помощи для осужденных, лиц, содержащихся под стражей, а также для работников (за исключением федеральных государственных служащих) учреждений и органов уголовно-исполнительной системы и членов их семей.

Финансовое обеспечение полномочий, предусмотренное настоящей статьей, не является обязанностью субъекта Российской Федерации, осуществляется при наличии возможности и не является основанием для выделения дополнительных бюджетных ассигнований из федерального бюджета».

Президент Российской Федерации Д. Медведев

Москва, Кремль

25 декабря 2008 года

№ 277-ФЗ



**А.В. Карпец
С.В. Пхиденко
О.В. Маринец**

**Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-
инфицированных потребителей инъекционных наркотиков,
освободившихся из мест лишения свободы
(практический опыт реализации на примере Оренбурга и Оренбургской
области)**

ООО «Типография Союз», 2010 г. — 126 с.

Партнерская модель медико-социального сопровождения ВИЧ-
инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, освобо-
дившихся из мест лишения свободы
(практический опыт реализации на примере Оренбурга и Орен-
бургской области).

Подписано в печать 25.01.2010. Бумага мелованная.
Формат 900x640/8. Печать офсетная. Печ. л. 15,5

Отпечатано в ООО «Типография Союз»
460038, г. Оренбург, ул. Орская, 49/2
E-mail: info@acsoyuz.ru

ISBN 978-5-903987-07-8

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-5-903987-07-8.

9 785903 987078