

**«Алгоритм кейс-менеджмента случаев
в ключевых группах населения, подвергшихся гендерному
насилию»**

Руководство

г. Алматы

2022 г.

Автор: Кадырбаева А.А. –специалист по адвокации

Настоящее руководство предназначено для сотрудников НПО в организации работы с ключевыми группами населения по выявлению случаев гендерного насилия с использованием элементов социального сопровождения.

Содержание

Перечень сокращений, условных обозначений, символов.....	4
Основные понятия.....	5
Введение	7
Обзор нормативно-правовых актов.....	10
Ключевые группы населения.....	16
Подходы и алгоритмы кейс-менеджмента случаев для ключевых групп населения, подвергшихся гендерному насилию.	19
Мультидисциплинарный подход, описание основных определений.....	21
Состав и роль специалистов МДК.....	22
Кризисное консультирование	25
Взаимодействие служб в процессе социального сопровождения.....	26
Приложения.....	34
Список использованных источников.....	43

Перечень сокращений, условных обозначений, символов:

ГН	- Гендерное насилие
БОМЖ	- Без определенного места жительства
ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГОБМП	- Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
КГН	- Ключевые группы населения
ЛЖВ	- Люди, живущие с ВИЧ
ЛЗА	- Люди, злоупотребляющие алкоголем
ЛТИ	- Латентная туберкулёзная инфекция
ЛУН	- Люди, употребляющие наркотики
ЛУ	- Лечебное учреждение
МЗ	- Министерство здравоохранения РК
НПО	- Неправительственная организация
НТП РК	- Национальная туберкулёзная программа РК
ОЗТ	- Опиоидно заместительная терапия
ПМСП	- Первичная медико-санитарная помощь

Основные понятия:

Индекс-случай – это больной, который является источником инфекции.

Кейс (случай) – это проблемная ситуация, которая нарушает стабильность в жизненном укладе человека и ведет к ухудшению его состояний.

Кейс-менеджмент (социальное сопровождение) – это подход к предоставлению услуг, ориентированный на удовлетворение потребностей клиента/клиентки.

Контактное лицо - человек, который находится и (или) находился в контакте с больным, выделяющим микобактерии туберкулеза.

Консультирование (лат: *consultare* – советовать) – совет специалиста по какому-либо вопросу. Целью консультирования является улучшение психологического состояния клиента, помощь в разрешении его проблемы, **Консультирование психологическое** – предоставляется специалистом, имеющим специальное образование и направлено на решение различных психологических проблем, связанных с собственным диагнозом или диагнозом близкого человека.

Консультирование медицинское - предоставляется только специалистом с медицинским образованием и направлено на выявление заболевания, его лечение, предотвращение и/или лечение нежелательных явлений противотуберкулезных препаратов, профилактику, контроль за состоянием здоровья пациентов.

Консультирование социального работника (или аутрич-работника) – проводится специалистом, имеющим подготовку в сфере оказания социальной помощи населению (социальный работник, консультант по социальным вопросам, аутрич-работник) и направлено на решение социально-бытовых проблем.

Консультирование юридическое - предоставляется специалистом с юридическим образованием в виде информирования по правам и обязанностям пациента и оказания практической помощи в оформлении необходимых юридических документов для решения юридических проблем.

Консультирование «Равный равному» - предоставляется консультантом из ключевой группы, имеющим специальную подготовку в области консультирования и обладающим знаниями по вопросам ВИЧ/ТБ с целью информирования клиента по ВИЧ/ТБ, а также эмоциональной поддержки и оказания помощи на основе своего собственного опыта.

Ключевые группы населения – это группы людей, которые подвержены высокому риску понести ущерб от определенных социальных обстоятельств или влияния окружающей среды.

Мультидисциплинарный подход – системный интегрированный тип работы, когда различные специалисты, вне зависимости от их специализации, объединившись в одну команду оказывают помощь одному пациенту/пациентке. Это означает наличие в команде представителей разных специальностей.

Мультидисциплинарная команда (далее МДК) – это команда многопрофильных специалистов. МДК может состоять из врачей, медицинских сестер, психолога, социального работника и равного консультанта.

Насилие бытовое - умышленное противоправное деяние (действие или бездействие) одного лица в сфере семейно-бытовых отношений в отношении другого (других), причиняющее или содержащее угрозу причинения физического и (или) психического страдания¹. Бытовое насилие может выражаться в виде физического, психологического, сексуального и (или) экономического насилия.

Насилие физическое - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли.

Насилие психологическое - умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понууждение) к совершению правонарушений или деяний,

представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития.

Насилие сексуальное - умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним.

Насилие экономическое - умышленное лишение человека жилья, пищи, одежды, имущества, средств, на которые он имеет предусмотренное законом право.

НПО – это общественные (негосударственные) объединения разных форм, создаваемые гражданами для реализации инициатив некоммерческого характера и направленные как на самореализацию, так и на достижение социальных изменений, значимых для общества в целом.

Потребности клиента/клиентки – это осознанная или неосознанная жизненная необходимость человека, имеющая для него ценность и значимость, выраженная в виде материального (деньги, медикаменты, конкретные услуги), рационального (знания, навыки) или морально-психологического эквивалентов (духовные аспекты, сопричастность к социуму, опора на духовную силу).

Социальная работа – деятельность по оказанию помощи отдельным лицам, семьям в реализации их социальных прав и гарантий компенсацией нарушенных или утраченных функций, препятствующих их полноценному социальному функционированию.

Социальный работник - работник, оказывающий специальные социальные услуги и (или) осуществляющий оценку и определение потребности в специальных социальных услугах, имеющий необходимую квалификацию, соответствующую установленным требованиям.

Специальные социальные услуги – комплекс услуг, обеспечивающих лицу (семье), находящемуся в трудной жизненной ситуации, условия для преодоления возникших

¹ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000214>

социальных проблем и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Введение

В Республике Казахстан оценочное число лиц, употребляющих наркотики на начало 2020 года составило – 94600 человек¹. Число женщин, употребляющих наркотики, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах Казахстана – 2028². Доля случаев ВИЧ-инфекции среди женщин, употребляющих наркотики, по состоянию на 31.12.2019 года составляет -7,9%. Что свидетельствует о все еще высоком риске инфицирования среди данной группы женщин. Общее число пациентов на ОЗТ по состоянию на 31.12.2019 года составляет 1198 человек. На конец 2019 года на программе ПЗТ 296 пациентов или 0,3 % от оценочного количества лиц с опиоидной зависимостью. Мужчин-235 чел, женщин – 61 чел. За 12 месяцев 2019 года в программу приняли 44 человека¹.

По состоянию на 31.12.2019 года оценочное число секс-работников составило 21450 человек. Распространенность ВИЧ-инфекции среди секс-работниц (те, кто оказывал коммерческий секс) в РК составляет 1,4 %

Всего зарегистрированных граждан с ВИЧ-инфекцией РК в 2019 году -3518 случаев. Из них мужчин – 65,5% (2303), женщин – 34,5 % (1215)¹.

Несмотря на это, государственные институты не ориентированы на работу с данной группой женщин, и не выделяют их, как особо уязвимую группу женщин при разработке и реализации государством законодательных актов, социальных и медицинских программ, а также других гарантий и компенсаций.

К числу факторов, влияющих на жизнь женщин относятся инфицирование ВИЧ, вовлечение в проституцию и лишение свободы. Таким образом, в силу того, что женщины сталкиваются с разными и перекрестными формами дискриминации, в результате чего негативные последствия лишь усугубляются.

Женщины, употребляющие наркотики; женщины, живущие с ВИЧ и секс-работницы сталкиваются с серьезными нарушениями прав человека и множественными формами дискриминации в Казахстане.

Эти маргинальные группы не получили достаточного внимания с точки зрения углубленного анализа дискриминации женщин на основе употребления наркотиков и ВИЧ-положительного диагноза.

¹Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Казахстан. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа -2020 год <http://kncdiz.kz/files/00007836.pdf>

²Теневой отчет гражданского сообщества о дискриминации и насилии в отношении женщин, живущих с ВИЧ: женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и женщин из мест лишения свободы за 2019 год <https://mv.ecuo.org/na-sessii-kldzh-predstavili-tenevoj-otchet-o-diskriminatsii-kazahstanskih-zhenshhin-iz-klyuchevyh-grupp/>

У некоторых подгрупп женщин, испытывающих проблемы с наркотиками, есть особые потребности. Эти подгруппы, нередко отчасти совпадающие, – беременные женщины и матери; женщины, занимающиеся секс-работой, которые могут часто становиться объектом насилия и стигмы; женщины этнических меньшинств, возможно, являющиеся жертвами торговли людьми; женщины в тюрьме.

Женщины, употребляющие наркотики:

Женщины, употребляющие наркотики по данным некоторых исследований подвергаются гендерному насилию в три-пять раз чаще, чем женщины в целом, и все же женщин, употребляющих наркотики, зачастую не допускают в женские приюты. Такие женщины особенно уязвимы к медицинским, правовым, экономическим и социальным последствиям, насилию по половому признаку, а также к утрате опеки над детьми. Женщины, употребляющие наркотики сталкиваются с высоким уровнем стигматизации, как среди общего населения, так и среди сообщества лиц, употребляющих наркотики; они часто упоминаются в связи с риском заражения ВИЧ, вирусным гепатитом и другими инфекциями, передающимися половым путем, а их правам и достоинству при этом уделяется мало внимания. Таким образом, женщины, употребляющие наркотики подвергаются нескольким видам насилия со стороны полицейских: психологическое (полицейские оказывают давление) и физическое (побои). Встреча с полицией вызывает беспокойство, беспомощность и безнадежность среди женщин из-за их социального статуса и стигмы. Действия полиции противоречат праву на сохранение тайны диагноза³

Употребление наркотиков и гендерное насилие часто возникают одновременно, в рамках циклической модели, в которой стресс и травмы, вызванные гендерным насилием, способствуют продолжению употребления наркотиков женщинами, а действия и поведение, связанные с употреблением наркотиков, еще больше увеличивают риск насилия.

Женщины, употребляющие наркотики и женщины, живущие с ВИЧ, имеют ограниченный доступ к услугам проживания в существующих кризисных центрах, предназначенных для помощи женщинам, пострадавшим от насилия. Высокий уровень стигмы в обществе и недостаточное количество мест в существующих Центрах становится причиной ограниченного доступа к данной услуге.

Несмотря на то, что программа поддерживающей заместительной терапии (ПЗТ) реализуется в 10 регионах и из 296 пациентов метадоновой терапии -61 женщины¹, опиоидная заместительная терапия не доступна для женщин в родильных домах.

³Статья 62, Обеспечение защиты персональных медицинских данных физических лиц. Кодекс о здоровье и системе здравоохранения РК от 07.07.2020 г. №138-р

Насилие в отношении женщин - это критическая проблема, заслуживающая особого внимания при рассмотрении барьеров и препятствий на пути к адекватным услугам и поддержке. Женщины, употребляющие наркотики, часто подвергаются насилию со стороны интимного партнера, что отрицательно сказывается на их способности практиковать безопасный секс и более безопасное употребление наркотиков. Карательная политика в отношении наркотиков часто приводит к злоупотреблениям со стороны полиции, включая физическое и сексуальное насилие в отношении женщин, употребляющих наркотики, множественной стигме со стороны медицинских и социальных работников.

Гендерное насилие такого рода заставляет женщин отказываться от доступа к услугам по снижению вреда, даже если они доступны, часто потому, что боятся преследований или жестокого обращения просто за попытку попасть в учреждения.

Для женщин, употребляющих наркотики, гендерная дискриминация дополняется стигмой, связанной с потреблением наркотиков. Сочетание данных факторов может подтолкнуть женщин к практикам поведения, которые увеличивают их риск инфицирования ВИЧ. Существует также более высокая вероятность того, что женщины, употребляющие наркотики, будут предоставлять сексуальные услуги в обмен на крышу над головой, пропитание и опеку; подвергаться сексуальному насилию со стороны сексуальных партнеров. Среди факторов, которые снижают возможность доступа к медицинскому обслуживанию для женщин, употребляющих наркотики, можно назвать карательные меры и дискриминацию со стороны полиции и медицинских работников, повышенную стигматизацию, связанную с отношением общества к потреблению наркотиков женщинами, преобладание программ снижения вреда и лечения наркозависимости, ориентированных на мужчин, отсутствие услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья для потребителей наркотиков, а также ограниченность доступа к программам эффективного амбулаторного лечения наркозависимости, в которых пациентам выписывают метадон или бупренорфин с целью снизить симптомы отмены при прекращении употребления нелегальных опиатов.

Беременные женщины-потребители наркотиков являются наиболее уязвимой группой. Зачастую они получают недостаточную или недостоверную информацию о потреблении наркотиков во время беременности или профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку. Беременные женщины, употребляющие наркотики, как правило негласно получают отказ в помощи со стороны медицинских работников, они живут под страхом уголовного наказания или лишения родительских прав, их принуждают делать аборты или отказываться от детей, передавая их на попечение государства⁷.

⁷Рекомендации по доступу к психосоциальным, юридическим услугам и временному убежищу для женщин, употребляющих наркотики пережившим насилие. «Помочь нельзя оставить»

Обзор нормативно-правовых актов

Конституция Республики Казахстан является основным законом страны и гарантирует права и свободы человека и гражданина (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000>). Пунктом 2 статьи 14 Основного Закона определено равенство человека и гражданина в обладании правами и свободами независимо от природных свойств человека и от его общественных черт и указано, что никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам. конституционный принцип равенства прав и свобод человека и гражданина не исключает наличия специальных прав, льгот и преимуществ для отдельных категорий лиц с целью преодоления существующего фактического неравенства групп лиц, имеющих возрастные, физиологические и другие особенности (женщин, детей, престарелых, инвалидов, больных и др.). В данном случае имеет место сочетание принципов равенства и справедливости на основе учета в законодательстве естественных и социальных различий в положении отдельных категорий лиц. Особое внимание уделяется вопросам гендерного равенства. Вместе с тем положение женщины все еще уязвимо, что выражается в отдельных негативных проявлениях, касающихся положения женщин в обществе. С учетом этого Указом Президента Республики Казахстан от 6 декабря 2016 года № 384 утверждена «Концепция семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000384>), предусматривающей ряд государственных мер по улучшению положения женщин в обществе, по реальному обеспечению действия принципа равноправия мужчин и женщин. Закон Республики Казахстан «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин», регулирующий общественные отношения в области обеспечения государственных гарантий равных прав и равных возможностей мужчин и женщин, и устанавливающий основные принципы, и нормы, касающиеся создания условий для гендерного равенства во всех сферах государственной и общественной жизни (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000223>).

Согласно статье 28 Конституции гражданину РК гарантируется социальное обеспечение в случае болезни, инвалидности и иным законным основаниям. К инвалидам, имеющим право на государственное социальное пособие по инвалидности, относятся: инвалиды от общего заболевания, трудового увечья, профессионального заболевания, дети-инвалиды и некоторые иные категории инвалидов. Одним из наиболее распространенных видов пособий является пособие по временной нетрудоспособности. Его основное предназначение заключается в компенсации утраченного работником заработка при временном освобождении от работы в связи с болезнью или болезнью близких родственников, перечень которых установлен законодательством. Данное пособие назначается и выплачивается за счет средств работодателя в случаях временной нетрудоспособности, предусмотренных законодательством, по представлению соответствующих документов, удостоверяющих факт временной нетрудоспособности. Под временной нетрудоспособностью понимается состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в течение

времени, необходимого для восстановления трудоспособности или установления инвалидности.

Статья 29 Конституции определяет право на охрану здоровья, которое является одним из социальных прав граждан Республики Казахстан. Для обеспечения реализации данного права государству корреспондируется обязанность охранять здоровье граждан путем создания соответствующих условий правового, экономического, социального, научного характера, развития системы здравоохранения, содействия в формировании здорового образа жизни, обеспечение равенство граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи, ее доступности, солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья и других мер в соответствии с законодательством. В пункте 2 данной статьи указано, что граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>). Кодекс определяет систему здравоохранения, принципы государственной политики в области здравоохранения, правовой статус и меры социальной защиты и ответственности медицинских работников и другие вопросы. Гарантиями обеспечения прав граждан по охране здоровья являются наличие конституционного права на охрану здоровья; предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; равный доступ к медицинской помощи; качество медицинской помощи; доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств; профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни и здорового питания; неприкосновенность частной жизни, сохранение сведений, составляющих врачебную тайну; свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав; санитарно-эпидемиологическое благополучие (статья 76). В системе норм законодательства о здравоохранении центральное место занимают положения, регулирующие права граждан, поскольку непосредственно развивают и конкретизируют конституционную норму. В числе этих прав, в частности, права на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством Республики Казахстан; обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным органом; свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь и др. (статья 77). Объем гарантированной медицинской помощи – величина не постоянная, поскольку устанавливается «исходя из реальных социально-экономических возможностей государства».

В Кодексе отдельной статьей выделены права детей (статья 78) и права и обязанности беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья (статья 81). Женщина имеет право решать вопрос о материнстве и свободном выборе современных методов предупреждения нежелательной беременности в целях планирования семьи и охраны своего здоровья.

Право граждан на охрану материнства также обеспечивается проведением медицинских осмотров в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, динамическим наблюдением и оздоровлением женщин репродуктивного возраста;

лечением по медицинским показаниям основных заболеваний, непосредственно влияющих на репродуктивное здоровье женщин и здоровье ребенка, при поступлении в стационар по уходу за больным ребенком.

Вместе с тем, исходя из принципа солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья, Кодексом устанавливаются обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц по охране здоровья. Так, граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья; нести солидарную ответственность за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья; уплачивать взносы на обязательное социальное медицинское страхование в соответствии с Законом Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании" (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>); проходить профилактические медицинские осмотры, скрининговые исследования; выполнять относящиеся к индивидуальному и общественному здоровью назначения медицинских работников; принимать участие в процессе управления собственным здоровьем, в том числе в программах управления хроническими заболеваниями при их наличии, быть заинтересованными в получении информации о заболевании и методах его лечения, возможных рисках и осложнениях; сообщать медицинским работникам об индивидуальных особенностях своего организма; соблюдать меры предосторожности по охране собственного здоровья и здоровья окружающих, проходить обследование и лечение по требованию субъектов здравоохранения, информировать медицинский персонал о наличии у них инфекционных и иных заболеваний, представляющих опасность для окружающих; соблюдать законодательство Республики Казахстан в области здравоохранения.

В случае уклонения от обследования и лечения граждане Республики Казахстан, больные заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, за исключением ВИЧ-инфекции, подвергаются освидетельствованию и лечению в принудительном порядке в соответствии с настоящим Кодексом и законами Республики Казахстан (статья 80).

Свои гарантии государство обеспечивает в отношении больных туберкулезом, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом; лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями); больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и др.

При этом наряду с гражданами данным правом могут пользоваться и кандасы. В соответствии со статьей 83 названного Кодекса, кандасы, беженцы, а также иностранцы и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи наравне с гражданами Республики Казахстан, в том числе и при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством РК.

В гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, который доступен всем жителям страны вне зависимости от их статуса в системе обязательного социально-медицинского страхования, входят скорая медицинская помощь и санитарная авиация; первичная медико-санитарная помощь; экстренная стационарная помощь; паллиативная помощь; полный спектр медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях,

основных хронических заболеваниях (25 групп), включая лекарственное обеспечение при онкологии и туберкулезе.

Постановлением Правительства РК от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/P2000000672>) определяется конкретный перечень видов помощи. Так, данным Постановлением предусмотрена специализированная медицинская помощь в стационарных, стационар замещающих и амбулаторных условиях, медицинская реабилитация и паллиативная помощь, обеспечение лекарственными средствами и иммунобиологическими лекарственными препаратами при социально значимых заболеваниях, перечень которых утвержден Приказом МЗ РК от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021263>) и которым относится ВИЧ-инфекция и туберкулез.

Однако, несмотря на то, что Республика Казахстан является участником целого ряда международных договоров по правам человека, в частности Международного Пакта о Гражданских и Политических Правах, а также Международного Пакта об Экономических, Социальных и Культурных Правах, которые запрещают дискриминацию по любым основаниям, тем не менее, в стране отсутствует специальное антидискриминационное законодательство, а в действующих нормативно-правовых актах нет определения такого понятия как «дискриминация». Что касается обеспечения прав людей, употребляющих наркотики (ЛУН), работниц секса (РС) – отсутствие прямых дискриминационных положений для лиц, употребляющих наркотики, при одновременном отсутствии упоминаний о правах ЛУН и РС и правовых механизмов защиты данной группы. Наиболее значительным недостатком в сфере законодательства Республики Казахстан следует признать отсутствие законодательного запрета дискриминации в различных отраслях права (прежде всего в уголовном, а также в трудовом праве), что создает предпосылки нарушения прав и случаев дискриминации в отношении ключевых групп населения (ЛУН, ЛЖВ, РС и т.д.) в самых различных сферах жизни

Относительно декриминализации бытового насилия

03 июля 2017 года Главой государства подписан Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам совершенствования правоохранительной системы», которым декриминализованы два состава уголовных проступка – «умышленное причинение легкого вреда здоровью (ст.108 УК) и «побои» (ст.109 УК), с их переводом в разряд административных.

Соответственно, в Кодекс РК об административных нарушениях введены два новых состава административных правонарушений – ст.71-1 (умышленное причинение легкого вреда здоровью) и ст.73-2 (побои).

До принятия этих поправок домашнее насилие могло преследоваться в уголовном порядке по статьям о «побоях» и «умышленное причинение легкого вреда здоровью». За насилие предусматривался штраф от 226900 тенге до 453800 тенге и арест от полутора до двух месяцев.

С июля 2017 года размер штрафа за «побои» и «умышленное причинение легкого вреда здоровью» снизился в несколько раз (25250 – 101000 тенге), а срок ареста не превышает 20 суток

Необходимо отметить, что в 2014 году указанные деяния, наиболее чаще совершаемые в сфере семейного быта, были переведены из разряда административных правонарушений в уголовные «причинение легкого вреда здоровью» (ст.108 УК), «побои» (ст.109 УК)

Таким образом, система штрафов в РК «фактически позволяет агрессору платить за право на насилие», а государство будет терпеть злоупотребления до тех пор, пока не произойдет очень серьезное правонарушение, не исключая смертельного исхода. Необеспечение Правительством надлежащей защиты от домашнего насилия и доступа к правосудию идет вразрез с международными обязательствами Казахстана в области прав человека

Одной из задач данного исследования был также анализ законодательства о специальных социальных услугах (ССУ). В Республике Казахстан принят закон от 29.12.2008 г. № 114-IV «О специальных социальных услугах»

Ст.4 Закона – Основные принципы и задачи государственной политики в сфере предоставления специальных социальных услуг, основывается на принципах:

- 1) **соблюдения прав человека;**
- 2) **гуманности, добровольности, конфиденциальности, адресности и доступности** предоставления специальных социальных услуг;
- 3) **обеспечения равных возможностей в получении специальных социальных услуг** лицами (семьями), находящимися в трудной жизненной ситуации;
- 4) **взаимодействие государственных органов с субъектами, предоставляющими** специальные социальные услуги;
- 5) **комплексности;**
- б) социальной интеграции и улучшения качества жизни населения**

Как видно из приведенных выше принципов оказания ССУ, они включают в себя, в том числе принципы соблюдения прав человека, добровольности, доступности, социальной интеграции.

П.1 ст.5 «Специальные социальные услуги включают гарантированный объем специальных социальных услуг и платные специальные социальные услуги. В соответствии с п.2 гарантированный объем ССУ является единым перечнем специальных социальных услуг, предоставляемых за счет бюджетных средств.

П.2-1 данной статьи гласит, что «гарантированный объем специальных социальных услуг является минимальным социальным стандартом в сфере социального обеспечения в соответствии с Законом РК «О минимальных социальных стандартах и их гарантиях»

Согласно Закона «*О специальных социальных услугах*» (от 29.12.2008 г.) бытовое насилие относится к форме жестокого обращения и является основанием для оказания специальных социальных услуг. В декабре 2016 года утвержден *Стандарт оказания специальных социальных услуг жертвам бытового насилия* (Приказ МЗСР РК от 21.12.2016 года №1079), согласно которому увеличен с 3 до 24 часов срок административного задержания правонарушителей, которые изолируются в специальных помещениях органов полиции от жертвы насилия, до рассмотрения дела в суде.

Также введенный с 01.01.2010 года Закон «*О профилактике бытового насилия*» (в период с 2019 по 2018 г. г.) внесены изменения и дополнения: увеличен срок действия защитного предписания, правом вынесения которого помимо начальников местной полиции наделены участковые инспектора полиции, инспектора по делам несовершеннолетних и по защите женщин от насилия.

В настоящее время Национальной комиссией по делам женщин и семейно-демографической политике ведется работа по разработке новой редакции Закона «*О профилактике бытового насилия*». Законопроектом предусматриваются детальная регламентация видов насилия - физического, психологического, сексуального, экономического; обеспечение комплексной профилактики и «нулевой терпимости» к насилию, введение статистического учета о семейном насилии, включающего в себя гендерно-разделенные показатели и другие.

Привлечение к уголовной ответственности предусмотрено за совершение правонарушений по ст.308 (Вовлечение в занятие проституцией), ст.309 (Организация или содержание притонов для занятия проституцией и сводничество) с максимальным сроком наказания 15 лет лишения свободы с конфискацией имущества.

Законодательной базой в системе профилактики и борьбы с бытовым насилием является, прежде всего, Конституция, специальный отраслевой **Закон «*О профилактике бытового насилия*»**, уголовный и административный кодексы.

Действующий Закон «*О профилактике бытового насилия*», принятый в 2009 году, состоит из 26 статей. Нормы действующего закона предусматривают меры воздействия лишь после установления фактов насилия и многие функции возложены на органы внутренних дел. Сейчас рассматривается новый законопроект, в котором прописан механизм противодействия насилию: профилактика, выявление, контроль, пресечение, воздействие и реабилитация.

Ключевые группы населения

Термин «уязвимые группы населения» появился в международном праве во второй половине XX века, однако до настоящего времени не закреплено понятие «уязвимость», однако упоминание о лицах, являющимися уязвимыми и особое внимание мирового сообщества, направленное на защиту их прав, подтверждает существование данного социально-правового явления.

Уязвимые группы населения в силу своей психической и/или физической ограниченности не получают равный доступ к реализации своих прав и свобод наравне с другими лицами. Согласно определению, данному ВОЗ, «уязвимые группы населения» - это какая-либо группа или часть общества с более высоким по сравнению с другими группами или остальным обществом риском подвергнуться мерам дискриминационного характера, насилию, стать жертвами природных катастроф или экономических кризисов^[21].

Европейская комиссия определяет уязвимые группы населения как «группы, которые в большей степени подвержены рискам бедности и социальной изоляции, чем обычное население»^[31].

Термин «уязвимые группы» используется в отношении детей, отдельных категорий женщин, инвалидов, трудящихся-мигрантов, беженцев, национальных меньшинств и коренных народов, пожилых людей^[71].

Общая цель защиты уязвимых групп населения заключается в том, «чтобы каждый представитель такой группы имел возможность полностью развивать свои возможности (включая здоровье физическое, умственное и духовное развитие); обеспечить, чтобы молодежь могла вести здоровый образ жизни; позволить женщинам играть ключевую роль в обществе и оказывать поддержку коренным народам, предоставив им возможности в области образования и экономического развития».

В Республике Казахстан в нормативно-правовых актах используется термин «социально уязвимые слои населения», который включает граждан, лишившихся из-за обстоятельств жизни (или совсем не имели) жилья, кормильцев или физических способностей трудиться. Причинами зачисления к данному слою могут стать: плохое состояние здоровья, связанное с тяжелыми болезнями и инвалидизацией; семейные обстоятельства; пожилой возраст; непредвиденные бедствия крупных масштабов. Граждане, получившие данный статус, гарантированно обеспечиваются материальной помощью и различными льготами. Это касается жилищных условий, учебы молодежи в университетах. На законодательном уровне четко закреплен перечень тех, кому требуется материальная и прочая поддержка. Список представлен в Законе РК «О жилищных отношениях» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z970000094>). Полный перечень утверждает Правительство РК.

В тоже время очень важно обратить внимание на то, что понятия «социально уязвимые слои населения» и «уязвимые группы населения» не являются тождественными и имеют ряд различий по своей сущности. Понятие «социально уязвимые слои населения» идентично понятию малоимущие граждане, которые подошли к черте бедности и не в состоянии обеспечить себе достойный уровень материального благосостояния^[12]. Понятие «уязвимые группы населения» схоже по своей правовой природе с понятием «отдельные категории лиц», которые по своим физическим особенностям нуждаются в особой защите в политической, экономической, социальной и духовной сферах жизни общества.

В приказе МЗ РК «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза» в качестве уязвимых или ключевых групп населения по отношению к заболеваемости туберкулезом указываются так называемые "группы высокого риска", подлежащие обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез (пункт 80): лица, контактные с больным туберкулезом, независимо от

бактериовыделения; лица, состоящие на диспансерном учете с хроническими обструктивными заболеваниями легких, сахарным диабетом, алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ, получающие иммуносупрессивную терапию; лица, имеющие остаточные явления в легких любой этиологии; лица, освобожденные из мест заключения. Также в данном приказе используется термин «больные туберкулёзом из групп высокого риска отрыва от лечения» – это лица с ко-инфекцией (туберкулёз и вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ)), употребляющие инъекционные наркотики, злоупотребляющие алкоголем, без определённого места жительства, заключенные и освобожденные из мест заключения;

В методическом руководстве для неправительственных организаций по работе в сфере оказания услуг по туберкулезу в понятие «ключевые группы» включены: лица без определенного места жительства (БОМЖ), заключенные и освобожденные из мест лишения свободы, люди, употребляющие наркотики (ЛУН), лица, злоупотребляющие алкоголем (ЛЗА), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ).

Глобальный план по борьбе с туберкулезом описывает ключевые группы населения, как группы уязвимых людей с повышенным риском заболевания ТБ по причине условий, в которых они живут и работают, людей с ограниченным доступом к качественным медицинским услугам, а также людей из группы риска, обусловленным биологическими или поведенческими факторами. Представители уязвимых групп в силу социально-экономических или поведенческих причин в большей степени подвержены риску инфицирования и заболевания туберкулезом.

В рамках Глобального плана по ликвидации туберкулеза² рекомендуется рассматривать более широкий перечень групп повышенного риска заболевания ТБ.

1. Люди, подвергаемые повышенному риску заболевания ТБ из-за условий жизни и работы - заключенные, работники секс-индустрии, шахтеры, посетители больниц, медицинские работники и работники общественного здравоохранения. А также люди, которые:
 - ✓ живут в городских трущобах;
 - ✓ живут в плохо проветриваемых или запыленных помещениях;
 - ✓ имеют контакты с больными ТБ, включая детей;
 - ✓ работают в условиях большого скопления людей;
 - ✓ работают в больницах или являются медицинскими работниками.

2. Люди, которые имеют ограниченный доступ к качественным услугам лечения ТБ: рабочие-мигранты, женщины, проживающие в условиях гендерного неравенства, дети, беженцы или внутренне перемещенные лица, нелегальные шахтеры и мигранты без документов. Включая людей, которые:
 - ✓ являются коренными народами и народами, ведущими племенной образ жизни;
 - ✓ являются бездомными;
 - ✓ живут в труднодоступных регионах;
 - ✓ живут в домах для престарелых;
 - ✓ имеют психическую или физическую инвалидность;
 - ✓ сталкиваются с юридическими барьерами для получения доступа к лечению;
 - ✓ являются лесбиянками, геями, бисексуалами или транссексуалами.

² Глобальный план по ликвидации туберкулеза, Смена парадигмы, Партнерство «Стоп ТБ»
http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/stop%20TB_RU_web.pdf

3. Люди в зоне повышенного риска заражения ТБ из-за биологических или поведенческих факторов, негативно влияющих на иммунную систему. Это люди, которые:
- ✓ живут с ВИЧ;
 - ✓ имеют диабет или силикоз;
 - ✓ проходят иммуно-подавляющую терапию;
 - ✓ недоедают;
 - ✓ курят;
 - ✓ страдают от расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголя;
 - ✓ употребляют инъекционные наркотики.

Особенности ключевых групп населения

Лица БОМЖ. Бездомность – социальное явление, которое характеризуется отсутствием у индивида жилья, адекватного потребностям человека. Отсутствие регистрации места жительства и документов приводит к ограниченному доступу к медицинским услугам. Безразличное отношение к своему здоровью, злоупотребление алкоголем, отсутствие жилья и полноценного питания становятся факторами, способствующими развитию туберкулеза, а при лечении заболевания негативно влияют на приверженность к нему, особенно на амбулаторном этапе лечения. Лица БОМЖ редко самостоятельно обращаются в медицинские учреждения для обследования и лечения ТБ.

Заклученные/бывшие заключенные. Плохие санитарные условия тюрем, переполненность помещений с недостаточной вентиляцией подвергают заключенных очень высокому риску передачи туберкулеза [9]. Неадекватная медицинская помощь в тюрьмах, перемещения заключенных приводят к перерывам лечения туберкулеза и развитию лекарственно-устойчивых форм у заключенных. Для людей с туберкулезом, освобожденных из тюрем до завершения лечения, поиск жилья, работы более важен, чем доступ к противотуберкулезным услугам. Поэтому их лечение часто прерывается или может быть недоступным для таких лиц.

Люди, употребляющие наркотики (ЛУН): Повышенный риск заболевания ТБ у ЛУН возникает в связи со снижением иммунитета. Эти люди не обращаются за медицинской помощью и даже когда они имеют доступ к лечению ТБ, у них могут возникать трудности, связанными с соблюдением режима лечения ТБ [10]. Практики опасного потребления наркотиков (такие как вдыхание крэка, кокаина и других ингалятов, могут приводить к появлению вспышек туберкулеза. Боязнь наказания является барьером в обращении за своевременной медицинской помощью.

Люди, злоупотребляющие алкоголем (ЛЗА): Употребление алкоголя в значительной степени снижает сопротивляемость организма человека к инфекционным заболеваниям, в первую очередь - туберкулезу. Лица с данной сочетанной патологией представляют большую эпидемиологическую опасность, т.к. у них часто встречаются тяжелые деструктивные формы туберкулеза с массивным бактериовыделением.

ЛЗА и ЛУН поздно обращаются к врачу, поскольку недомогание, слабость они связывают с похмельем, абстиненцией, а появление кашля – с курением. Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ): при инфицировании МБТ риск развития туберкулеза у ЛЖВ в 20-40 раз выше, по сравнению с неинфицированными людьми. При ВИЧ-инфекции иммунная система ослабевает и становится не способной препятствовать росту и распространению

микобактерий туберкулеза. В то же время, МБТ активизирует размножение ВИЧ в организме и способствует прогрессированию заболевания в СПИД.

Люди, живущие с ВИЧ - среди людей, живущих с ВИЧ, риск развития ТБ в 20-37 раз выше, чем среди людей, не инфицированных ВИЧ. На туберкулез приходится более четверти всех смертей среди людей, живущих с ВИЧ. При наличии сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ необходимо учитывать особенности диагностики и лечения, а также должна быть повышенная настороженность в случае прерывания лечения одной или обеих инфекций.

Внутренние мигранты - это в большинстве случаев люди, не имеющие собственного жилья в местах миграции, постоянного источника заработка, социальных связей (родственников, друзей), лишённые каких-либо социальных льгот и преференций ввиду отсутствия регистрации в месте проживания и/или отсутствия документов.

Лиц из ключевых групп сложно привлечь к регулярным своевременным обследованиям, а при выявлении туберкулеза - к своевременному лечению. В большинстве случаев туберкулез среди ключевой группы населения выявляют «по обращаемости», поэтому диагностируют распространенные, плохо поддающиеся лечению формы ТБ. Подобные пациенты - потенциальные источники распространения туберкулеза, в том числе и с множественной лекарственной устойчивостью.

Для того, чтобы услуги по профилактике и лечению приносили положительный результат, необходимо учитывать потребности ключевых групп. Эффективность услуг может быть достигнута через улучшение доступа к услугам и создание дополнительных возможностей для получения помощи уязвимыми группами населения. Без решения первоочередных, жизненно важных для пациента проблем невозможно заставить его заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, принимать лечение и сохранять приверженность к лечению на протяжении длительного времени.

Подходы и алгоритмы кейс-менеджмента случаев с учетом гендерных аспектов оказания услуг на этапах профилактики и диагностики для затронутых ТБ.

Социальное сопровождение в РК.

В РК разработан и принят единый стандарт оказания специальных социальных услуг - Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 114-IV «О специальных социальных услугах».

Согласно данному стандарту государственная политика в сфере предоставления специальных социальных услуг основывается на принципах:

- 1) соблюдения прав человека;
- 2) гуманности, добровольности, конфиденциальности, адресности и доступности предоставления специальных социальных услуг;
- 3) обеспечения равных возможностей в получении специальных социальных услуг лицами (семьями), находящимися в трудной жизненной ситуации;
- 4) взаимодействия государственных органов с субъектами, предоставляющими специальные социальные услуги;
- 5) комплексности;
- 6) социальной интеграции и улучшения качества жизни населения;
- 7) недискриминации.

В 2019 году разработан и принят Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 мая 2019 года № 292. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 31 мая 2019 года № 18764 «Об утверждении профессионального стандарта "Психологическая и социальная работа»³. В стандарте достаточно подробно определены уровень квалификации для профессии, профессионального образования, трудовые функции, умения, знания и навыки, в том числе в сфере законодательных актов РК.

Перечень профессий для психологической и социальной работы компетенции, которых определены в этом стандарте:

- 1) специалист по социальной работе (социальный работник) – 4-6 уровни квалификации по ОРК;
- 2) специалист по социальной работе (оказание социально-медицинских услуг);
- 3) социальный работник по оказанию социальной помощи на дому;
- 4) социальный работник по оценке и определению потребности в специальных социальных услугах;
- 5) супервизор по социальной работе;
- 6) эксперт медико-социальной экспертизы;
- 7) врач медико-социальной экспертизы;
- 8) медицинский регистратор медико-социальной экспертизы;
- 9) психолог в области трудовой и организационной психологии;
- 10) социальный психолог;
- 11) социальный работник с осужденными в пенитенциарной системе (консультант учреждения уголовно исполнительной системы);
- 12) психолог-консультант в социальной сфере;
- 13) психолог-консультант в социальной сфере (судебный);
- 14) социальный педагог школьный;
- 15) социальный педагог дошкольной организации образования;
- 16) педагог-психолог начального уровня образования;
- 17) школьный психолог.

Для определения статуса социального работника и повышения престижа социальной работы в 2021 году планируется разработка закона РК "О статусе социального работника в Республике Казахстан".

³ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1900018764>

Мультидисциплинарный подход, описание основных определений.

МДК – это команда многопрофильных специалистов, работа которой основана:

- на равном разделении ответственности за общий результат;
- на пациент-центрированном подходе;
- на эффективном взаимодействии – кейс-менеджменте (управлении случаем);
- на мотивационном консультировании;
- на принципах, самоопределения пациента, равного с ним разделения ответственности;
- конфиденциальность данных пациента/пациентки;
- на взаимоотношениях между пациентом/пациенткой и специалистом, построенных на доверии, открытости, безопасности, конфиденциальности.

Комплексная оценка каждого случая, разработка долгосрочного плана предоставления медицинских, социальных и психологических услуг конкретному пациенту/пациентке проводится всей командой, также совместно осуществляется постоянный мониторинг и контроль по выполнению плана и достигнутых результатов.

Ответственный за работу координатор команды – врач, но непосредственно вести случай может психолог, или социальный работник, или медицинская сестра.

Следует отметить, что МДК могут отличаться по составу специалистов, это может зависеть от конкретного случая. Однако психолог и социальный работник/медсестра остаются специалистами, которых в обязательном порядке нужно включить в состав команды. В более сложных ситуациях, когда необходимо комплексное и длительное ведение, формируется соответствующая команда специалистов, которая сможет удовлетворить потребности пациента/пациентки. Например, в команду может быть привлечен нарколог, гинеколог, психиатр или психотерапевт.

Отбор членов команды специалистом, инициирующим ее создание, может осуществляться по нескольким критериям: практический опыт, соответствующая профессиональная подготовка, место проживания специалиста (в случае необходимости посещать клиента/клиентки дома) и другими.

В целом, роль команды состоит в комплексном оценивании ведения случая с целью разработки плана предоставления социально-психологических услуг в рамках процесса прохождения лечения ТБ и дальнейшей поддержки.

Таким образом, долговременный план предоставления социально-психологических услуг пациенту/пациентке предусматривает, что каждый специалист, вовлеченный в МДК, будет выполнять определенные действия в срок, определенный планом, и следить за достижением конкретных результатов, в частности, приверженность пациента/пациентки программы к лечению ТБ.

Для эффективного ведения случая мультидисциплинарной командой важно включить в функционал сотрудников обязанность по картированию местности.

В командной работе важен не только высокий профессиональный уровень каждого специалиста, но и уровень взаимной совместимости специалистов между собой и по характеру и особенностям работы с пациентами/пациентками, и, следовательно, направленность всех членов команды на слаженную совместную работу ради достижения поставленной цели.

Состав и роль специалистов мультидисциплинарной команды по сопровождению пациентов программ по диагностике и лечению КГН.

Определение требований, предъявляемых каждому специалисту МДК:

- обучение определенным знаниям и навыкам работе в МДК;
- соблюдение конфиденциальности;
- выполнение функциональных обязанностей (пример: специалист по социальной работе является кейс-менеджером, координирующим работу команды, медицинская сестра определяет запрос на психолого-социальные услуги, психолог мотивирует пациента на посещение нарколога);
- использование в работе методик консультирования и мотивационного интервьюирования, модели изменения поведения;
- владение навыками коммуникации, позволяющими создать доверительную и доброжелательную атмосферу для развития долгосрочных партнерских отношений между пациентом/пациенткой и специалистом;
- умение оказать эмоциональную поддержку пациенту/пациентке;
- владение достоверными знаниями по вопросам ТБ и умение представить их пациенту/пациентке в доступной форме;
- осуществление взаимодействия с другими членами МДК в «управлении» конкретным случаем.

Основные функциональные обязанности членов команды МДК:

№ п/п	Член МДК	Перечень обязанностей
1.	Врач	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Формирование общего информационного пространства; ✓ содействие эффективной коммуникации пациента с другими членами команды; ✓ скрининг угрозы отрыва от лечения; ✓ отбор пациентов, нуждающихся помощи в рамках МДК; ✓ мониторинг приверженности к лечению. <p><i>Врач – единственный член МДК, которого</i></p>

		<i>пациенты/пациентки программы сопровождения, не могут избежать либо игнорировать, в отличие от психолога или социального работника/медика.</i>
2.	Социальный работник/медицинская сестра	<p>Социальный работник – это профессионально подготовленный к такой деятельности человек, который вместе с другими членами команды способен осуществлять комплексную оценку случаев, разрабатывать оптимальный совместный план предоставления пациенту/пациентке интегрированных медико-социально-психологических услуг. Он также может выступать ведущим случая, то есть координировать действия и услуги, предоставляемые пациентам/пациенткам всеми членами МДК.</p> <p>Социальный работник проводит как короткие интервью с целью сбора дополнительных данных, так и полноценные длительные консультации пациентам/пациенткам.</p> <p>В регионах, где неправительственный сектор не представлен в составе МДК, координатором в организационных вопросах может выступать медсестра. Медсестра помогает в проведении оценки пациентов/пациенток, напоминает им о повторных визитах к врачу, ведет мониторинг приверженности, консультирует о здоровом образе жизни и правильном питании.</p>
3.	Психолог	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Поддержка пациентов, представителей КГН, в сложных жизненных ситуациях; ✓ курация больных с когнитивными нарушениями для адаптации во время лечения в стационаре; ✓ консультирование и психосоциальное сопровождение пациентов. <p>Психосоциальное сопровождение пациента/пациентки, представляющего КГН – сложный процесс, предусматривающий обязательное включение в состав команды, которая с ним работает, подготовленного психолога-консультанта.</p> <p>В его работе важно уметь оперировать различными техниками и приемами в зависимости от своей специализации и с учетом индивидуальных особенностей пациентов/пациенток.</p> <p>Привлечение психолога особенно важно на моменте постановки диагноза и в работе с близким окружением.</p> <p>Важно чтобы психолог располагал необходимыми знаниями, навыками и практическим опытом работы с</p>

		КГН.
4.	Аутрич работник	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Информирование лиц из КГН о симптомах ТБ; ✓ раздача информационных материалов, в том числе в общественных местах, местах проживания и скопления бенефициаров, поликлиниках, с указанием адресов медицинских организаций для прохождения обследования на ТБ; ✓ в случае наличия симптомов обеспечение максимального доступа к своевременному обследованию на ТБ; ✓ работа по своевременному обследованию контактных лиц с больным ТБ; ✓ организация и проведение групп взаимопомощи с привлечением волонтеров по принципу «равный-равному»; ✓ проведение консультаций; ✓ взаимодействие с ответственным специалистом ПМСП; ✓ поиск пациентов с отрывом от лечения без бактериовыделения и сопровождение их для включения в программы по лечению ТБ.
5.	Равный консультант	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Осуществление деятельности, направленной на обучение пациентов/пациенток методам саморегуляции и изменения поведения; ✓ мотивационное консультирование по вопросам профилактики и лечения ТБ, основываясь на личном опыте (законах, кодексе, правилах, нормах); ✓ содействие процессу адаптации, развития личности пациента/пациентки на работе, семье, по месту жительства, в социальных формированиях, объединениях и т.д.; ✓ работа по включению в программу социального сопровождения представителей КГН.

Документация по формированию базового пакета документов для социального сопровождения

Базово в пакет документов для социального сопровождения могут входить:

- ✓ Форма информированного согласия на получение услуг кейс-менеджмента и использование персональной информации (Приложение 1)
- ✓ Индивидуальная карта клиента (Приложение 2)
- ✓ Индивидуальный план сопровождения (Приложение 3)
- ✓ Обязательство о сохранении конфиденциальности

Кризисное консультирование

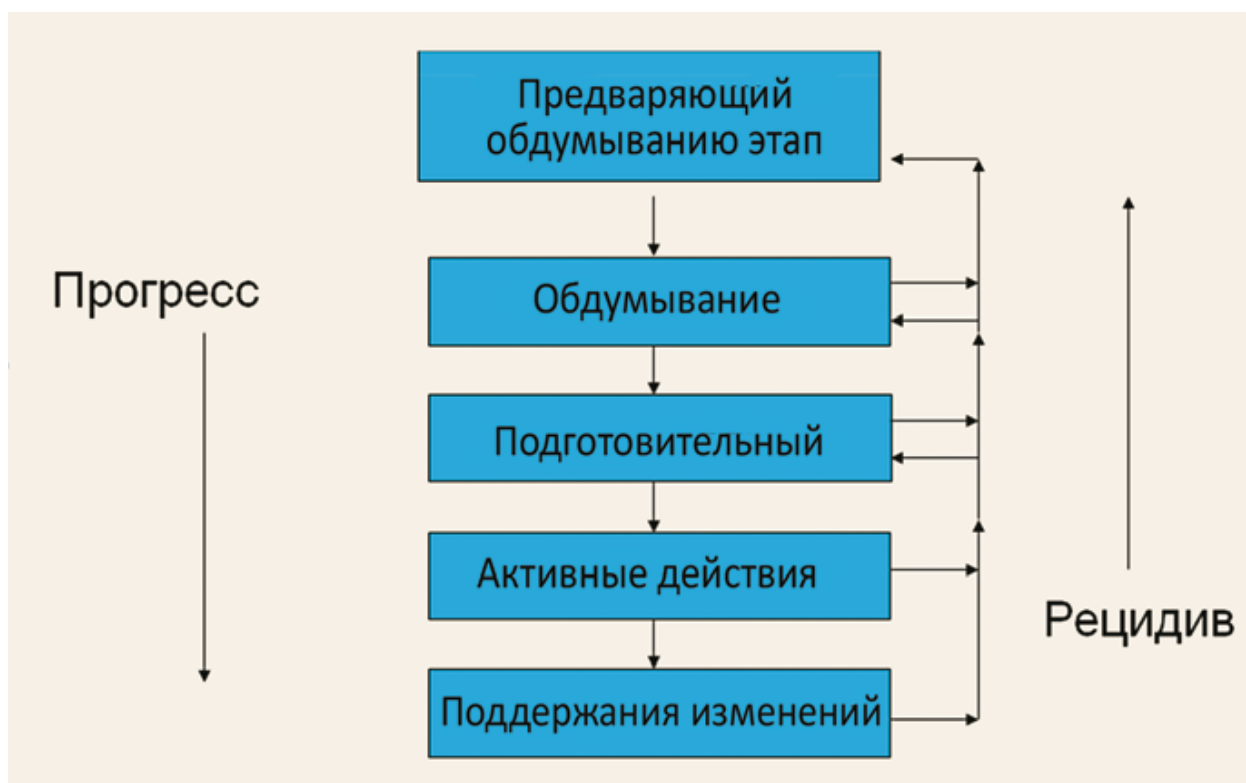
Важной частью социального сопровождения является процесс консультирования и мотивации клиента программы на позитивные изменения.

Модель изменения поведения⁴:

Руководящие принципы кризисного консультирования:

- ✓ Проявлять эмпатию
- ✓ Развивать амбивалентность/противоречие клиента
- ✓ Анализировать сопротивление клиента, избегать конфронтации
- ✓ Поддерживать внутренние резервы клиента

Сопротивление изменениям – нормальный человеческий феномен. Человек сталкивается с изменением привычного образа жизни без понимания появляющихся преимуществ. Сопротивление – это прежде всего проявление страха, связанного с необходимостью осознать бессознательные процессы.



Примеры открытого сопротивления:

- ✓ отрицание проблемы;
- ✓ агрессивное поведение по отношению к лицу, которое объявляет о необходимости изменений;
- ✓ инициация открытой дискуссии о предполагаемых изменениях.

Примеры скрытого сопротивления:

- ✓ опоздание на встречи с последующими извинениями, пропуски, беспечное отношение к встречам;
- ✓ сомнения в компетентности консультанта;
- ✓ постоянный поиск альтернативного мнения или другого консультанта;

⁴ С. Роллник, П. Мэйсон, К. Батлер «Изменение поведения, влияющего на здоровье – руководство для специалистов-практиков», издательский дом «Churchill Livingstone», 1999 г.

- ✓ нежелание предоставлять информацию о себе и своем состоянии
- ✓ или предоставление неполной информации.

Клиент имеет право сопротивляться или не сопротивляться, сотрудничать или не сотрудничать. Клиента нельзя осуждать или отвергать за его сопротивление, и консультант должен принять тот факт, что на данном этапе сопротивление клиенту необходимо.

Консультант должен избегать позиции «эксперта», который проводит экспертизу и оценивает позицию и решения клиента.

Взаимодействие служб в процессе социального сопровождения.

Роль НПО в налаживании взаимодействия служб:

- ✓ заключить договоры о сотрудничестве (если такие еще не заключены), проинформировать сотрудников Центра СПИД или кабинетов доверия, ЛУ, на базе которых проводится ЗПТ, противотуберкулезных учреждений о работе проекта, его цели и задачах;
- ✓ совместно со специалистами Центра СПИД и ЛУ, на базе которых проводится ЗПТ, противотуберкулезных учреждений согласовать алгоритм сопровождения клиента с учетом особенностей соответствующего региона и учреждения, определить состав МДК;
- ✓ определить порядок обслуживания в нужных ЛУ пациентов без прописки, или прописанных в другом районе / населенном пункте (написание заявления, др.).

На организационном этапе сотруднику НПО необходимо иметь следующую информацию:

- ✓ местонахождение (адрес) Центра СПИД (городского и областного центров), кабинетов доверия городских поликлиник и центральных районных больниц, ЛУ, на базе которых проводится ЗПТ, противотуберкулезных учреждений;
- ✓ график работы и контактные телефоны врачей вышеупомянутых ЛУ;
- ✓ время забора крови на ВИЧ методом ИФА (иммуноферментный анализ) и готовность результата;
- ✓ график забора крови на СД4, ВН, оппортунистические инфекции (в некоторых регионах забор осуществляется 2–3 раза в неделю) и время ожидания результатов данных исследований;
- ✓ график работы лаборатории в поликлиниках по месту жительства, где можно сдать анализы: общий анализ крови, мочи и биохимию;
- ✓ уточнить график работы рентгенологического кабинета, УЗИ-кабинета, кабинета ЭКГ
- ✓ в поликлинике (во многих регионах данные обследования можно пройти непосредственно в поликлиниках по месту жительства или в ЦРБ, там же располагаются кабинеты доверия);
- ✓ адрес и график работы узких специалистов (фтизиатра, дерматолога и т.д.).

1. Алгоритмы кейс-менеджмента среди КГН:

Алгоритм сопровождения для диагностики ТБ:

- 1) Определять оптимальный маршрут диагностирования ВИЧ/ТБ (врач-фтизиатр, или же любой профильный врач – инфекционист, нарколог, гинеколог, др.)
- 2) Определять срочность прохождения диагностики (врач-фтизиатр, или же любой профильный врач – инфекционист, нарколог, гинеколог, др.);
- 3) Оценить необходимость/возможность сопровождения клиента/клиентки для прохождения диагностики (социальный работник/медсестра);
- 4) Совместно с клиентом/клиенткой определять наиболее удобную локацию служб для прохождения диагностики (социальный работник/медсестра);
- 5) Отслеживать регулярность диагностики, определенной врачом (социальный работник/медсестра).

Подготовьте карту дружественных специалистов, их локации, график работы. Важно чтобы организации и специалисты, к которым вы перенаправляете, располагали необходимыми знаниями, навыками и практическим опытом работы с КГН.

Алгоритм сопровождения в лечении:

- 1) Выбор схемы лечения ВИЧ/ТБ исходя из клиники и индивидуальных потребностей пациента (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 2) Совместно с клиентом/клиенткой подбор наиболее подходящей формы лечения (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 3) Совместно с клиентом/клиенткой определить наиболее удобную локацию служб для получения услуг по уходу и лечению ТБ (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 4) Разработка плана получения социальной поддержки (социальный работник/медсестра);
- 5) Рассмотрение рисков потери заработка и жилья из-за начала лечения ТБ (социальный работник/медсестра);
- 6) Консультирование по правам пациента (социальный работник/медсестра);
- 7) Мониторинг побочных эффектов (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 8) Оценка рисков прерывания лечения из-за психологически нестабильного состояния клиента (психолог).
- 9) Консультирование по правам пациентов с ТБ и ВИЧ (социальный работник/медсестра/равный консультант)

Что нужно включить в алгоритм сопровождения в лечении ВИЧ/ТБ в условиях стационара:

- 1) Содействие в госпитализации – помощь в прохождении диагностики, постановке диагноза, доступ к ГОБМП;
- 2) Планирование графика посещения отдельных членов команды МДК исходя из потребностей клиента/клиентки и режима дня;
- 3) В случае необходимости доставка препаратов для лечения других хронических заболеваний (ВИЧ, гепатит и др.);
- 4) Помощь в оформлении документов для социальной поддержки: оформление запросов, получение справок и др.;

- 5) Мониторинг рисков покидания стационара и поиск решений совместно с клиентом/клиенткой – наркотическая или алкогольная зависимость, семейные проблемы (например, присмотр за детьми), финансовые проблемы и др.

Алгоритм перенаправления:

- 1) Определять потребности клиентов/клиенток в отношении методов лечения и внешних служб (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 2) Знать географическую локализацию служб (социальный работник/медсестра);
- 3) Знакомить клиентов/клиенток с необходимыми службами (равный консультант или социальный работник);
- 4) Оценивать услуги, предоставляемые клиентам внешними службами (равный консультант или социальный работник);
- 5) При необходимости перенаправление в программы поддержки и профилактики ВИЧ-инфекции для КГН (равный консультант или социальный работник).

Алгоритмы сопровождения при сочетанной инфекции (ВИЧ, гепатит, наркотическая или алкогольная зависимость).

ВИЧ-инфекция

- 1) Выбор схемы лечения ТБ исходя из взаимодействия с АРВ-препаратами (врач-фтизиатр, при консультировании с врачом – инфекционистом);
- 2) Ежемесячный мониторинг приверженности к приему АРВ-препаратов (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 3) Мониторинг побочных эффектов (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 4) Оценка рисков прерывания лечения ТБ и ВИЧ из-за психологически нестабильного состояния клиента (психолог);
- 5) Консультирование по приверженности к лечению АРВ-препаратами (социальный работник/медсестра/равный консультант);
- 6) Консультирование по правам пациентов с ТБ и ВИЧ (социальный работник/медсестра/равный консультант);
- 7) Совместно с клиентом/клиенткой подбор наиболее подходящей формы лечения (врач-фтизиатр);
- 8) Совместно с клиентом/клиенткой определить наиболее удобную локацию служб для получения услуг по уходу и лечению ТБ (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 9) Разработка плана получения социальной поддержки (социальный работник/медсестра);
- 10) Рассмотрение рисков потери заработка и жилья из-за начала лечения ТБ (социальный работник/медсестра);

Гепатит:

- 1) Сопровождение для прохождения полной диагностики вирусного гепатита, помощь в постановке на диспансерный учет (социальный работник/медсестра);
- 2) Выбор тактики лечения (инфекционист/врач-фтизиатр, при консультировании с врачом – гепатологом);
- 3) Выбор схемы лечения ВИЧ/ТБ (инфекционист/врач-фтизиатр, при консультировании с врачом – гепатологом);
- 4) Мониторинг побочных эффектов (инфекционист/врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 5) Оценка рисков прерывания лечения из-за психологически нестабильного состояния клиента (психолог);

- 6) Консультирование по правам пациентов с ВИЧ/ТБ и гепатитом (социальный работник/медсестра/равный консультант);
- 7) Совместно с клиентом/клиенткой подбор наиболее подходящей формы лечения (врач-фтизиатр);
- 8) Совместно с клиентом/клиенткой определить наиболее удобную локацию служб для получения услуг по уходу и лечению ВИЧ/ТБ (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 9) Разработка плана получения социальной поддержки ((социальный работник/медсестра);
- 10) Рассмотрение рисков потери заработка и жилья из-за начала лечения ТБ (социальный работник/медсестра).

Наркотическая или алкогольная зависимость:

- 1) В случае если пациент находится в программе ОЗТ - выбор схемы лечения ВИЧ/ТБ исходя из взаимодействия с метадоном (инфекционист/врач-фтизиатр, при консультировании с врачом – наркологом);
- 2) Мониторинг побочных эффектов (инфекционист/врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 3) Консультация по возможностям помощи в случае наркотической и алкогольной зависимости (врач-нарколог);
- 4) Оценка рисков прерывания лечения ВИЧ/ТБ из-за психологически нестабильного состояния клиента и оказание психологической поддержки (психолог);
- 5) Консультирование по возможностям участия в программах поддержки, таких как АА⁵ и АН⁶;
- 6) Консультирование по правам пациентов с ВИЧ/ТБ с наркотической и алкогольной зависимостью (социальный работник/медсестра/равный консультант);
- 7) Совместно с клиентом/клиенткой подбор наиболее подходящей формы лечения (врач-фтизиатр);
- 8) Совместно с клиентом/клиенткой определить наиболее удобную локацию служб для получения услуг по уходу и лечению ВИЧ/ТБ (врач-фтизиатр, социальный работник/медсестра);
- 9) Разработка плана получения социальной поддержки (социальный работник/медсестра);
- 10) Рассмотрение рисков потери заработка и жилья из-за начала лечения ВИЧ/ТБ, обсуждение с клиентом/клиенткой тактики решения этих проблем (социальный работник/медсестра);
- 11) При необходимости перенаправление в программы поддержки и профилактики ВИЧ-инфекции для КГН (равный консультант или социальный работник).

Алгоритм сопровождения близкого окружения

- 1) Составление списка контактного близкого окружения – проживают на одной жилой площади (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 2) Определение периодичности диагностики членов близкого окружения (инфекционист/врач-фтизиатр);
- 3) Перенаправление членов близкого окружения на диагностику других заболеваний (ВИЧ, гепатит) (инфекционист/врач-фтизиатр);

⁵ <http://aakaz.kz/>

⁶ <https://www.na-kz.com/%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B-%D0%B0%D0%BD/>

- 4) Консультирование и перенаправление близкого окружения на диагностику (социальный работник/медсестра);
- 5) Обучение методам профилактики ВИЧ/ТБ (социальный работник/медсестра);
- 6) Консультация по психологическим вопросам и возможным конфликтам в семье (психолог).

Сопровождение женщин для получения услуг по диагностике и лечению ВИЧ/ТБ

Результаты оценки барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека, для ключевых групп населения в отчетных мерах по ТБ в г. Алматы и Алматинской области показали, что существуют определенные гендерные барьеры к услугам по диагностике и лечению ТБ⁷.

Так выяснилось, что женщины более уязвимы к ТБ во время беременности и после родов. Женщине необходимо решать проблему с устройством детей на время лечения в стационаре. Традиционная роль невестки и насилие со стороны партнера является одной из причин позднего обращения, диагностики и частого отрыва от лечения ТБ. Для женщин, живущих с ВИЧ и представительниц ключевых групп этот риск выше, в связи с высоким уровнем стигмы и дискриминации со стороны медицинского персонала.

Прерывание беременности у женщин с туберкулезом легких, регламентировано Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № ҚР ДСМ-122/2020 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности и перечня медицинских и социальных показаний, а также противопоказаний для проведения искусственного прерывания беременности»⁸ (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021412>). Согласно этому документу, все активные формы туберкулеза являются медицинским показанием к искусственному прерыванию беременности. При этом следует отметить, что ВОЗ в своих рекомендациях даже не упоминает туберкулез как показание для прерывания беременности. ВОЗ отмечает, что начало лечения туберкулеза связано с лучшими исходами для матери и ребенка, чем позднее начало лечения⁹.

При этом следует помнить, что диагностика туберкулеза во время беременности может быть затруднена из-за неопределенного, неспецифического характера симптомов¹⁰. Следует отметить, что на практике фтизиатрической службой РК внесены предложения по изъятию туберкулеза из списка критериев для прерывания беременности. В настоящее время решение о прерывании или сохранении принимается беременной женщиной после консультации специалистов. Достаточно большое количество женщин сохраняют беременность, рожают детей и успешно излечиваются.

Что нужно включить в алгоритм поддержки женщин в период лечения ВИЧ/ТБ:

- 1) Консультирование о репродуктивных правах и возможностях – планирование беременности, тактика диагностики ВИЧ/ТБ, выбор контрацептивов, консультация гинеколога, подбор наиболее безопасной тактики лечения во время беременности, обеспечение достоверного информированного согласия клиентки в случае прерывания беременности (инфекционист/врач-фтизиатр, социальный работник);

⁷ <http://pas.md/ru/PAS/Studies/Details/183>

⁸ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021412>

⁹ <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/whorecommendation-tuberculosis-testing-pregnancy>

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813636/>

- 2) В случае необходимости помещения в стационар - совместно с клиенткой обсуждение тактики устройства детей на время лечения: семья, Дом малютки и др. (социальный работник)
- 3) В случае наличия случаев насилия со стороны партнера оцените, насколько у клиентки сопровождения есть возможность безопасно обращаться за медицинской помощью (социальный работник);
- 4) Обсуждение рисков прерывания лечения из-за давления со стороны супруга, насилия, экономической зависимости от семьи (психолог, социальный работник).

Травмирующая ситуация оказывает сильное влияние на процесс прохождения диагностики и приверженности к лечению ВИЧ/ ТБ, и, если кто-то из ваших клиенток не придерживается лечения, возможно, она находится именно в такой ситуации.

В обществе существует достаточное количество мифов о бытовом насилии, и, к сожалению, многие люди думают, что пострадавшие сами виноваты в том, что с ними происходит. Это зачастую являются самым сильным препятствием в работе с пострадавшими от насилия и возвращением их в программы по диагностике и лечению ТБ.

Сотрудники медицинских учреждений могут не обладать информацией и контактами специализированных кризисных центров, в некоторых регионах и населенных пунктах таких центров вообще нет. Даже если в медицинском учреждении работает психолог, встает вопрос, есть ли у него специальная подготовка для работы с пострадавшими от насилия людьми. Некоторые врачи считают, что не имеют права сообщать в полицию о произошедшем насилии, что насилие — это дело отдельно взятой пары и «они сами разберутся».

Если медицинские работники не прошли соответствующее обучение, они обычно не знают, как справиться со страхом и нежеланием говорить с пациентками о насилии. Обучение поможет лучше понять динамику этой проблемы и осознать свою роль в общении с пациентками, пережившими насилие¹¹.

С 2010 года, с начала действия Закона РК от 4 декабря 2009 года «О профилактике бытового насилия»¹². Внедрен стандарт оказания специальных социальных услуг жертвам бытового насилия, который устанавливает требования к качеству, объему и условиям предоставления специальных социальных услуг жертвам бытового насилия¹³. В Казахстане функционируют 30 государственных кризисных центров, 18 из которых являются приютами¹⁴.

К сожалению, если в кризисный центр обратится женщина с туберкулезом, то ей будет отказано. Отказ будет мотивирован Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2016 года № 107927 «Об утверждении

¹¹ «Пособие по консультированию ВИЧ-положительных женщин переживших или претерпевающих насилие, для медицинских работников и специалистов помогающих профессий», Годунова Ю.В., Сергеева И.Д., Сидоренко Н.Ю., Ассоциация Е.В.А., г. Санкт-Петербург, РФ, 2019 г. https://evanetwork.ru/wp-content/uploads/2019/12/pechat_vers-11.pdf

¹² <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000214>

¹³ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600014701>

¹⁴

<http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6OkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsglff%2fiaZrVw%2bcyfdY9GxZ7saOfrPJH%2b%2fguZHjyIvryGino%2bBu4IMgqM1yDrqRRYvd16qUxjNH%2fNcZDbsiWLJB5kejI8AfL9cwOQYZctIRHZ>

стандарта оказания специальных социальных услуг жертвам бытового насилия»¹⁵, где в перечне показаний к отказу услуг указан туберкулез в активной стадии процесса. В настоящее время вносятся дополнения в данный приказ, где туберкулез в активной стадии процесса будет заменен на туберкулез с бактериовыделением. В случаях бытового насилия и когда женщина не имеет возможности найти себе убежище, лечение туберкулеза отходит на второй план и возможен риск прерывания лечения¹⁶.

Поэтому для организаций медицинских учреждений и НПО важно своевременное налаживание контактов с местными кризисными центрами и обсуждение возможности размещения туда женщин, находящихся на амбулаторном лечении, пострадавших от насилия в семье и ищущих временное убежище.

На что нужно обращать внимание при консультировании:

- ✓ визиты к врачу или социальному работнику только в сопровождении партнера/другого члена семьи, даже в кабинет клиентка заходит не одна;
- ✓ физические признаки насилия на теле клиентки, следы незначительных травм (синяки, ссадины, раны на разных частях тела), объясняемые всевозможными несчастными случаями и собственной неосторожностью;
- ✓ ношение закрытой одежды не по сезону (например, одежды с длинными рукавами или высоким воротником в жаркую погоду);
- ✓ использование солнцезащитных очков даже в помещении или в пасмурную погоду;
- ✓ частые пропуски плановых приемов без объяснения причин (или по «личным» причинам), полный отказ от посещений и/или внезапное прекращение назначенного лечения;
- ✓ перемены в настроении и поведении: общительная и открытая клиентка становится замкнутой и закрытой, у нее появляются признаки депрессии, повышенная тревожность, суицидальные настроения — это может свидетельствовать о переживании ситуации насилия;
- ✓ волнение по поводу того, как партнер отнесется к тому или иному ее выбору в лечении и обследовании, любые действия она согласует с партнером, все решения принимает только с ним;
- ✓ отсутствие средств на лечение/приобретение препаратов может указывать на то, что у клиентки ограничен доступ к финансам.

Однако, если подобных признаков нет, это не значит, что насилия или плохого обращения тоже нет или не было, потому что насилие не всегда оставляет физические следы¹⁷.

Алгоритм по сопровождению клиенток пострадавших от насилия или подвергающихся ему в данный момент:

- 1) Обеспечение возможности проведения консультаций в конфиденциальной обстановке; партнер не должен при этом присутствовать;

¹⁵ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600014701>

¹⁶ <http://pas.md/ru/PAS/Studies/Details/183>

¹⁷ «Пособие по консультированию ВИЧ-положительных женщин переживших или претерпевающих насилие, для медицинских работников и специалистов помогающих профессий», Годунова Ю.В., Сергеева И.Д., Сидоренко Н.Ю., Ассоциация Е.В.А., г. Санкт-Петербург, РФ, 2019 г. https://evanetwork.ru/wp-content/uploads/2019/12/pechat_vers-11.pdf

- 2) Обсудите с клиенткой возможность посещения консультаций психолога
- 3) Необходимо чтобы консультирование проводил наиболее обученный член команды МДК - создание атмосферы безопасности, корректные формулировки (в беседе постарайтесь избегать использования таких терминов, как «насилие в семье», «жертва», «обидчик», «насильник», чтобы не вызвать у клиентки ассоциации с ситуацией насилия и др.)
- 4) Мониторинг рисков прерывания лечения и совместно с клиенткой поиск наиболее безопасных вариантов решения – доставка препаратов, если клиентка не может выходить из дома, онлайн консультации и мониторинг приема препаратов и др.
- 5) Обсудите план оказания юридической помощи, психологической и социальной поддержки, и предоставления убежища.

Обозначьте свою готовность помочь и, если женщина не готова продолжать разговор сразу, предложите свою помощь в будущем.

Рекомендуется составление плана работы с клиентами с учетом угрозы прерывания доступа к профилактике и диагностике, а также не приверженности лечению ТБ:

зеленая зона — низкая угроза прерывания доступа к профилактике и диагностике, а также не приверженности лечению ВИЧ/ТБ.

желтая зона — выраженная угроза, прерывания доступа к профилактике и диагностике, а также не приверженности лечению ВИЧ/ТБ.

красная зона — сформировать приверженность к профилактике и диагностике, а также не приверженности лечению ВИЧ/ТБ в условиях традиционного социального сопровождения и консультирования невозможно.

Это помогает команде МДК эффективно использовать свои ресурсы и повысить успешность прохождения программы сопровождения клиентом/клиенткой.

Информированное согласие с врачом

Данная форма заполняется лично клиентом и хранится у врача ЛПУ. Порядковый номер формы для одного клиента должен быть **ОДИНАКОВЫМ** для форм, которые заполняются в НПО и ЛПУ.

№ _____
Информированное согласие для участия в проекте (заявление на получение благотворительной помощи, на действия относительно конфиденциальной информации).

Я, _____, настоящим выражаю свое желание участвовать в проекте сопровождения на лечение ТБ и получать благотворительную помощь в виде услуг для диагностики и лечения имеющихся у меня болезней, и получения комплексной поддержки и помощи.

Мне известно, что медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением профессиональных или служебных обязанностей стало известно о моей болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной сторонах моей жизни, не имеют права разглашать эти сведения, кроме предусмотренных законодательством случаев. Кроме этого, мне известно, что такая информация является конфиденциальной, то есть ее нельзя собирать, хранить и распространять без моего согласия.

Настоящим я предоставляю осознанное информированное согласие на сбор, хранение, использование и распространение указанной выше конфиденциальной информации другим медицинским работникам, социальным работникам, работникам НПО, другим юридическим и физическим лицам, которые участвуют в проекте, учреждениям здравоохранения для целей, связанных с прохождением мною диагностики ТБ и лечением ТБ, и получением комплексной поддержки и помощи в связи с этим заболеванием.

Дата

Подпись

Индивидуальная карточка клиента

Документ ведется в бумажном виде, заполняется шариковой ручкой, печатными буквами от руки, разборчивым почерком, формат А4, хранится в папке кейс-менеджера, в НПО.

Обратите внимание!!! В каждом пункте карточки приведен вариант вопроса, которым вы можете воспользоваться. Варианты ответа на вопрос не нужно зачитывать клиенту. В каждом пункте нужно выбрать только один вариант ответа.

1. Номер информированного согласия
2. Код клиента в проекте _____
3. Дата заполнения индивидуальной карточки _____ / _____ / _____
число месяц год
4. Фамилия, имя, отчество _____
5. Дата рождения _____ / _____ / _____
число месяц год
6. Пол (Какой ваш пол?)

Обведите только один вариант ответа.

- 1) Мужчина
- 2) Женщина
- 3) Трансгендер

7. Основная уязвимая группа, к которой принадлежит клиент

Обведите только один вариант ответа.

- 1) Человек с ко-инфекцией (туберкулез и вирус иммунодефицита человека)
- 2) Человек, употребляющий инъекционные наркотики
- 3) Человек, злоупотребляющий алкоголем
- 4) Человек без определенного места жительства
- 5) Заключенный или освободившийся из мест заключения
- 6) Дети улицы (10–18 лет)

8. Контактная информация

Адрес проживания

Адрес электронной почты (e-mail)

Номер мобильного телефона

Номер домашнего телефона

9. Дополнительная контактная информация, по которой можно найти клиента

Укажите, как можно вас найти (место частого пребывания, работы, учебы и т.п.)?

10. Информация о контактном лице.

11. Семейное положение (Каково ваше семейное положение?)

Обведите только один вариант ответа

- 1) Не женат/не замужем
- 2) Состою в официальном браке, живу вместе с мужем/женой
- 3) Состою в официальном браке, но не живу вместе с мужем/женой
- 4) Официально разведены, но живу вместе с сексуальным партнером/партнершей
- 5) Официально разведены, не живу вместе с сексуальным партнером/партнершей

- 6) Вдовец/вдова
- 7) Состою в гражданском браке, живу вместе с сексуальным партнером/партнершей
- 8) Другое (что именно, запишите) _____

12. Наличие детей (Есть ли у вас дети?)

Обведите только один вариант ответа

- 1) Да
- 2) Нет

13. Условия проживания клиента (Где вы живете?)

Обведите только один вариант ответа

- 1) Живу в собственном доме/квартире
- 2) Живу сам/а в съемной квартире (снимаю квартиру)
- 3) Живу в съемной квартире (снимаю квартиру)
- 4) вместе с партнером/партнершей, другом/подругой
- 5) Живу в доме/квартире родственников/знакомых (не плачу арендную плату)
- 6) Живу в общежитии
- 7) Живу в детском доме, интернате
- 8) Живу, где придется (часто меняю место жительства)
- 9) Живу на улице, в заброшенных помещениях, на вокзале, в подвалах и т.п.
- 10) Другое (что именно, запишите) _____

14. Социальный статус (Каков ваш основной вид деятельности/занятий?)

Обведите только один вариант ответа

- 1) Ученик в школе
- 2) Студент (колледжа, техникума, вуза и т.п.)
- 3) Имею постоянную официальную работу (есть договор или запись в трудовой книжке)
- 4) Есть случайные, временные заработки (кроме секса)
- 5) Безработный
- 6) Занимаюсь домашним хозяйством
- 7) Нетрудоспособный
- 8) Другое (что именно, запишите) _____

15. Источник основного дохода (Какой ваш основной источник дохода?)

- 1) Обведите только один вариант ответа
- 2) Постоянная работа
- 3) Временные подработки
- 4) Секс за вознаграждение
- 5) Помощь родителей, родственников
- 6) Доход супруга/супруги, партнера
- 7) Социальная помощь, социальные выплаты
- 8) Попрошайничество
- 9) Другое (что именно, запишите)

16. Примерный месячный доход в тенге

Если у клиента разный месячный доход, то укажите средний доход за последние 3 месяца
_____ тг.

17. Журнал обследований

В эту таблицу вносятся все медицинские обследования, которые проходил клиент. С самого начала надо внести со слов клиента важные обследования, которые он проходил до начала участия в проекте (последнее обследование на ВИЧ, CD4, ТБ). Затем в эту же таблицу вносятся все обследования, которые он проходил в рамках проекта, но на

основании документального подтверждения или сведений, полученных от врача. Если на странице нет свободных строк, нужно распечатать новую копию таблицы и вставить в карточку клиента.

Код обл.*	Название обследования	Дата назначения	Дата выполнения	Место проведения	Результат

* (1) Обследование на ТБ (Рентген); (2) Обследование на ТБ (микроскопия мокроты); (3) Обследование на антитела к ВИЧ (быстр.тест); (4) Обследование на вирусную нагрузку; (5) Обследование на СД4; (6) Другое. __

18. Журнал медицинских консультаций

В эту таблицу вносятся все консультации медицинских специалистов, которые клиент проходил в рамках проекта. Основанием является документальное подтверждение или сведения, полученные от врача. Если на странице нет свободных строк, нужно распечатать новую копию таблицы и вставить в карточку клиента.

Код конс.*	Название консультации	Дата назначения	Дата исполнения	Место проведения

* (1) Инфекционист; (2) Фтизиатр; (3) Нарколог; (4) Психиатр; (5) Дерматовенеролог; (6) Гинеколог; (7) Терапевт; (8) Хирург; (9) Другой.

19. Журнал участия в лечебных программах

В эту таблицу вносятся все длительные виды лечения или медицинских услуг, которые получал клиент. С самого начала надо внести со слов клиента курсы лечения или медицинских услуг, которые он проходил до начала участия в проекте (ТБ, АРВ, ОЗТ). Затем в эту же таблицу вносятся все виды лечения, которые он проходил в рамках проекта, но на основании документального подтверждения или информации, полученной от врача. Если клиент прекратил получать лечение, нужно указать причину прекращения. Если клиент вернулся в программу, это вносится как отдельный эпизод с новой строки. Если на странице нет свободных строк, нужно распечатать новую копию таблицы и вставить в карточку клиента.

Код прог.*	Вид лечения	Дата начала	Дата прекращения	Место получения	Причина прекращения**

* (1) Диспансерное наблюдение в учреждении службы ТБ; (2) АРТ; (3) ЗПТ; (4) Химиопрофилактика ТБ; (5) Лечение ТБ; (6) Уход и поддержка ВИЧ-инфицированных; (7) Другое.

** (1) Успешное завершение курса лечения; (2) Лишение свободы; (3) Смена места проживания; (4) Административная выписка; (5) Самостоятельный отказ; (6) Другое.

20. Имена людей, которые могут помочь соблюдать курс лечения? – Назовите имена трех человек, которые по вашей просьбе могут напомнить, когда вам нужно принять

лекарственный препарат сейчас или в будущем. Подумайте о людях, которые могут вам об этом напомнить, если препарат нужно принять сразу после пробуждения, в течение дня, до или после еды, или перед сном. Это также люди, которые по вашей просьбе могут напомнить вам о назначенных медицинских обследованиях или встрече с врачом*.

Назовите фамилию, имя, отчество.

* Вниманию кейс-менеджеров. Вам необходимо будет запланировать встречу с названными людьми, чтобы обсудить поддержку клиента в процессе лечения и прохождения медицинских обследований.

1.

2.

3.

21. Есть ли у клиента удостоверение личности гражданина РК?

Обведите только один вариант ответа

- 1) Да
- 2) Нет
- 3) Есть, но утрачен (потерян)

22. Есть ли у клиента прописка/регистрация? – Есть ли у вас прописка или регистрация?

Обведите только один вариант ответа

- 1) Да
- 2) Нет

23. Психосоциальные проблемы, которые могут препятствовать обращению клиента в тубдиспансер нужно выяснить у клиента предубеждения или отсутствие доверия к врачам, негативное отношение к АРВ-терапии, отсутствие финансовой возможности, психологические проблемы, стрессовые ситуации, насилие в семье и др.

Вниманию кейс-менеджеров! Вам необходимо будет запланировать встречу с названными людьми, чтобы обсудить поддержку клиента в процессе лечения и прохождения медицинских обследований.

24. Достигнутые цели кейс-менеджмента

Данная информация заполняется кейс-менеджером при завершении работы с клиентом.

В первом столбике обведите все достигнутые цели проекта, а во втором – укажите дату получения данной услуги.

Результат работы кейс-менеджера	Дата
Диагностика ТБ	/ / число месяц год
Успешное лечение ТБ	/ /

25. Причины завершения кейса

- 1) Успешное получение клиентом лечения ТБ
- 2) Выполнение клиентом условий диспансеризации

26. Причины прекращения сопровождения клиента в рамках проекта по кейс-менеджменту

Обведите только один вариант ответа.

- 1) Клиент переведен в проект по уходу и поддержке
 - 2) Клиент переведен в проект сопровождения на сайте ЗПТ
 - 3) Клиент сменил место жительства – переехал в другой населенный пункт
 - 4) Клиент был осужден и переведен в тюрьму
 - 5) Смерть клиента
 - 6) Самостоятельное решение клиента отказаться от услуг кейс-менеджера
 - 7) Другое (что именно, запишите)
-

27. Решение о завершении/прекращении работы с клиентом

(Дата) (ФИО руководителя проекта) (подпись)

(Дата) (ФИО кейс-менеджера) (подпись)

(Дата) (ФИО клиента/клиентки) (подпись)

Индивидуальный план сопровождения клиента

Обратите внимание! Все инструкции для кейс-менеджера в данном документе выделены курсивом. Данный документ ведется в бумажном виде, заполняется шариковой ручкой печатными буквами от руки, разборчивым почерком. Формат документа – А3. Документ является строго конфиденциальными хранится в папке кейс-менеджера, в НПО в закрытом на замок шкафу / сейфе.

Индивидуальный план сопровождения клиента

(Фамилия, имя, отчество)

1. Номер информированного согласия		2. Код клиента в проекте профилактики	
------------------------------------	--	---------------------------------------	--

Первый этап. Постановка диагноза ТБ и диспансеризация клиента

Первый этап завершается постановкой клиента на диспансерный учет

Действия, которые необходимо выполнить	Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ или специалиста)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля (Напоминание)	Достигнут ли результат. Отметьте «да» или «нет»	Время (в часах), затраченное на действие	Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом)

Кейс-менеджер

Клиент

Дата, подпись

Дата, подпись

Второй этап. Прохождение медицинского осмотра, обследование и назначение лечения ТБ

Второй этап завершается назначением клиенту лечения ТБ или выполнением клиентом условий диспансеризации

Действия, которые необходимо выполнить	Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ или специалиста)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля (Напоминание)	Достигнут ли результат. Отметьте «да» или «нет»	Время (в часах), Затраченное на действие	Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом)

Третий этап. Соблюдение режима лечения

Третий этап завершается соблюдением режима лечения в течение 6 месяцев

Действия, которые необходимо выполнить	Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ или специалиста)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля (Напоминание)	Достигнут ли результат. Отметьте «да» или «нет»	Время (в часах), Затраченное на действие	Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом)
--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---	--	---

Действия по постепенному завершению сопровождения клиента

В этой части плана следует указать действия по постепенной передаче клиента к другим проектам, которые могут предоставлять услуги по сопровождению клиента (например, проекты ухода и поддержки). Также здесь указываются встречи с врачами, родственниками, людьми, которые могут поддержать клиента после того, как кейс-менеджер завершит сопровождение клиента.

Действия, которые необходимо выполнить	Место получения определенной услуги (укажите название ЛУ или специалиста)	Планируемая дата получения услуги	Дата контроля (Напоминание)	Достигнут ли результат. Отметьте «да» или «нет»	Время (в часах), Затраченное на действие	Причины не достижения результата (не получения услуги клиентом)
--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---	--	---

**Информированное согласие
ЗАЯВЛЕНИЕ**

_____ (ФИО),
_____ (должность) проекта _____
(название проекта),
который реализуется _____ (название организации)
заявляю следующее.

Мне известно, что во время выполнения своих обязанностей _____ (должность) мне будет предоставлена информация, которая является конфиденциальной.

Я понимаю, что любая информация относительно физических лиц, участвующих в проекте, в частности, но не исключительно, информация относительно частной (личной) жизни, информация о национальности, образовании, семейном положении, религиозных убеждениях, состоянии здоровья, а также адрес, дата и место рождения, является конфиденциальной.

Я обязуюсь принимать все необходимые меры для сохранения конфиденциальности всех предоставленных мне документов, в частности, но не исключительно, индивидуальной карточки клиента, индивидуального плана сопровождения клиента, календаря кейс-менеджера, медицинских справок и результатов анализов, справок государственных и коммунальных органов, не копировать предоставленные мне документы, не обнародовать их и не распространять.

Мне известно, что разглашение, распространение конфиденциальной информации является незаконным и влечет за собой уголовную ответственность согласно статьи 147 Уголовного Кодекса Республики Казахстан.

Подписывая это заявление, я обязуюсь принимать все необходимые меры для сохранения конфиденциальности полученной мною информации.

(Подпись)
(Фамилия)
(Дата)

Список использованных источников

1. Конституция Республики Казахстан (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000>).
2. «Концепции семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000384>).
3. Закон Республики Казахстан «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000223>).
4. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>).
5. Постановление Правительства РК от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/P2000000672>).
6. Закон Республики Казахстан "Об обязательном социальном медицинском страховании" (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>).
7. Приказ МЗ РК от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021263>).
8. Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-107/2020 от 23 сентября 2020 года «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования с целью признания лица больным заразной формой туберкулеза» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021264>).
9. Приказ МЗ РК № ҚР ДСМ-214/2020 от 30 ноября 2020 года «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021695>).
10. Глобальный отчет о туберкулезе 2018: отчет Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – 7 с.
11. Реализация стратегии ликвидации туберкулеза: основные положения. Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – 113 с.
12. Алисиевич Е.С. К вопросу об определении понятия «Уязвимые группы» в международном праве прав человека // Евразийский юридический журнал. 2013. № 1(56). С. 29.
13. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан / Ред. совет Э.А. Берикова [и др.]. – Алматы. – 2019. – 70 с.
14. Закон РК «О жилищных отношениях» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z970000094>).
15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014 года №597 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014 - 2020 годы». – 126 с.
16. Глобальный план по ликвидации туберкулеза, Смена парадигмы, Партнерство «Стоп ТБ» http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/plan2/stop%20TB_RU_web.pdf
17. Методическое руководство для неправительственных организаций по работе в сфере оказания услуг по туберкулезу, Алматы....
18. Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 30 мая 2019 года № 292 «Об утверждении профессионального стандарта "Психологическая и социальная работа»

19. Основные затронутые группы населения. Заключенные. Краткое руководство [<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Prisoners-Rus.pdf>.]
20. Основные затронутые группы населения. ЛУИН. Краткое руководство [URL:<http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/PeopleUseDrugs-Rus.pdf>]
21. Закон Республики Казахстан от 29 декабря 2008 года № 114-IV «О специальных социальных услугах».
22. <https://primeminister.kz/ru/inquiries/107>
23. «Кейс- менеджмент для уязвимых к ВИЧ групп населения: подъем по ступеням сервиса. Модуль 2. Подготовка социальных работников к ведению клиентов из числа групп риска для обеспечения доступа к лечению ВИЧ-инфекции» / О. Сидоренко, Е. Кульбах, Л. Шульга, А. Токарь, М. Варбан. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – 92 с.
24. С. Роллник, П. Мэйсон, К. Батлер «Изменение поведения, влияющего на здоровье – руководство для специалистов-практиков», издательский дом «Churchill Livingstone», 1999 г.
25. <http://aakaz.kz/>
26. <https://www.na-kz.com/%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%BF%D0%BF%D1%8B-%D0%B0%D0%BD/>
27. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № ҚР ДСМ-122/2020 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности и перечня медицинских и социальных показаний, а также противопоказаний для проведения искусственного прерывания беременности» (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021412>).
28. Оценка барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека, для ключевых групп населения в ответных мерах по туберкулезу в городе Алматы и Алматинской области <http://pas.md/ru/PAS/Studies/Details/183>
29. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021412>
30. <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/whorecommendation-tuberculosis-testing-pregnancy>
31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813636/>
32. http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000214_
33. http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z090000214_
34. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600014701>
35. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCAqhKb7yhsglff%2fiazrVw%2bcyfdY9GxZ7saQfrPJH%2b%2fguZHjyIvryGino%2bBu4IMgqM1yDrqRRyvdl6qUxjNH%2fNcZDbsiWLJB5kejI8AfL9cwOQYZctlRHZ>
36. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600014701>
37. <http://pas.md/ru/PAS/Studies/Details/183>
38. Отчеты государственных органов «О взаимодействии с НПО и реализации государственного социального заказа» [<http://forum.gakaz.kz/images/Aliya.pdf>]
39. Руководство о времени назначения антиретровирусной терапии и по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2016. – 76 с.

40. Дегтярев А.А., Кытманова Л.Ю. Организация работы мульти профессиональной команды по формированию и сохранению приверженности к ВААРТ. – Методическое пособие. – Магнитогорск. – 2010. – 68 с.
41. Руководство по проведению аутич-работы. Учебный модуль для аутич-работников/ М.М. Сауранбаева [и др.]. – Алматы. – 2010. – 100 с.
42. Юркова Л.В. Методические рекомендации по организации аутич работы и медико-социального сопровождения потребителей наркотиков с учетом гендерных особенностей. – Пермь. – 2010. – 37 с.
43. Комплексный тренинговый модуль для НПО, сопровождающих работу проектов профилактики с компонентом ТБ / И. Жарук [и др.] – Киев: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – 2015.
44. Рекомендации по расследованию контактов лиц с инфекционным туберкулезом в странах с низким и средним уровнем дохода.– ВОЗ.– 2012.– 65 с.
45. Формирование приверженности к лечению туберкулеза у клиентов программ снижения вреда. Пособие для социальных и аутич-работников / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – Киев. – 2015. 25 с.
46. Социальное сопровождение в области ВИЧ-инфекции: стандарты предоставления услуг [https://www.unodc.org/documents/russia/Manuals/case_management_standarts_UNODC.pdf]
47. Статкевич И.Е. Организация социального сопровождения людей в трудной жизненной ситуации в связи с употреблением наркотиков и распространением ВИЧ. – Минск. – 2015. - 168 с.
48. Станкевич А. Равный обучает равного [http://edu.adukatar.net/articles/ ravnyy-obuchaet-ravnogo]
49. Практическое руководство по организации школ пациента с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами/ сост. А.А. Злобин [и др.]. – Москва. – 2011. – 100 с.