

**Ресурсы для специалистов,
оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе**

**Сборник рекомендаций по
социальному сопровождению
ВИЧ-инфицированных
(кейс-менджмент)**

Сборник рекомендаций по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных («кейс-менеджмент»)



Данный сборник включает руководства по координации помощи ВИЧ-инфицированным в системе оказания медицинских и социальных услуг в США, использующиеся Американским Международным Союзом Здравоохранения в рамках образовательных программ и партнерских инициатив в территориях проекта «Лечение, уход и поддержка при ВИЧ/СПИД»



Апрель 2008

Содержание сборника

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	2
Стандарты кейс-менеджмента при ВИЧ/СПИД Института СПИДа Департамента Здравоохранения Штата Нью-Йорк (2006 г.).....	7
Практические стандарты и принципы административного управления оказанием услуг социальной поддержки ВИЧ-инфицированным клиентам Департамента Здравоохранения и Службы поддержки семьи штата Висконсин (март 2003 г.).....	49
Медико-социальное сопровождение при ВИЧ – Стандарты оказания помощи. Бюро по вопросам ВИЧ/СПИД Департамента Здравоохранения штата Массачусетс и Программа борьбы со СПИД Бостонского Комитета по Здравоохранению (2001 г.).....	76

АМСЗ выражает особую благодарность Линде Брандт, Алану Блэллоку и Нэнси Полл за предоставление материала для составления данного сборника, а также за активное участие в партнерствах АМСЗ в России. Благодарим также Центры по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями г. Санкт-Петербург, Оренбургской области, Саратовской области и г. Тольятти за многолетнее сотрудничество в партнерствах АМСЗ по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ/СПИД.

В работе над документом принимали участие:

Кубагаев А.А., региональный директор АМСЗ в России
Вовк Е.В., старший координатор программ АМСЗ в России
Перегинец И.Б., координатор программ АМСЗ в России
Сафонова П., координатор программ АМСЗ в г. Санкт-Петербург
Станилевский В.В., координатор программ АМСЗ, Вашингтон

Перевод документов на русский язык осуществлен Американским Международным Союзом Здравоохранения (АМСЗ) в 2007 году при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию в рамках Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИД.

Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных - АМСЗ Москва 2008 г. -113 с.
© АМСЗ, 2008

ПРЕДИСЛОВИЕ

Американский Международный Союз Здравоохранения (АМСЗ) является некоммерческой организацией, головной офис которой расположен в Вашингтоне, округ Колумбия, с представительством в г. Москва. АМСЗ обладает более чем пятнадцатилетним опытом создания партнерств и реализации программ, направленных на укрепление потенциала здравоохранения в Российской Федерации и других странах Евразии. Партнерства и программы АМСЗ поддерживаются Агентством США по международному развитию (АМР США) — правительственным агентством, ответственным за планирование и предоставление со стороны США помощи в развитии регионам во всем мире. АМСЗ работает в России с 1992 г.

В 2004 г. при финансовой поддержке АМР США в России АМСЗ создал четыре партнерства, в задачи которых входила разработка целевых программ, направленных на совершенствование помощи и лечения при ВИЧ/СПИД в регионах России с высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией – Оренбургской, Самарской и Саратовской областях, а также в городе Санкт-Петербург. Проект внедряется в сотрудничестве с Университетской Исследовательской Компанией. В конце весны 2004 года были окончательно выбраны четыре региона-участника совместного проекта, а также были проведены встречи с руководством департаментов здравоохранения, социальных служб и НКО с целью информирования о планах Проекта и получения поддержки со стороны представителей местной администрации. Летом 2004 года АМСЗ выбрал партнеров из США и сформировал следующие партнерства: Санкт-Петербург – Нью Хэйвен, Коннектикут; Саратовская область – Бемиджи, Миннесота; Самарская область – Провиденс, Род Айленд; Оренбургская область – Нью-Йорк.

С 2006 года партнерства по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ/СПИД продолжают внедряться в двух регионах - г. Санкт-Петербург и Оренбургской области - при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию в рамках Чрезвычайного Плана Президента США по борьбе со СПИД. В настоящий момент деятельность в рамках данных партнерств осуществляется по определенным направлениям, одно из которых является паллиативная помощь при ВИЧ/СПИД, включающая как образовательную деятельность по повышению толерантного отношения к людям живущих с ВИЧ (ЛЖВ), так и поддержку модели «кейс-менеджмента» или координацию медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным. Стоит отметить, что несмотря на завершение проектов партнерств в Саратовской области и г. Тольятти в 2006 году, АМСЗ продолжил мероприятия по лечению, уходу и поддержке при ВИЧ/СПИД в этих двух территориях совместно с Фондом Помощи при ВИЧ/СПИД при поддержке Global Development Alliance, начав в 2006 г. проект Волжский Альянс (Volga River Allinace). Данный проект также поддерживает дальнейшее развитие компонента социального сопровождения по модели кейс-менеджмент.

Опыт внедрения модели «кейс-менеджмента» при ВИЧ/СПИД в рамках проекта АМСЗ «Лечение, уход и поддержка при ВИЧ/СПИД» при поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США).

Проблемы ВИЧ-инфицированных гораздо сложнее необходимости оказания медицинской помощи и включают комплекс вопросов, таких как устройство на работу, правовые проблемы, паспортные и визовые вопросы, финансовые проблемы и взаимодействие ВИЧ-инфицированных с сообществом, работу с уязвимыми группами населения, включая потребителей инъекционных наркотиков. Существуют барьеры, которые должны преодолевать ЛЖВ для получения доступа к лечению и уходу, в том числе структурное разделение между системой медицинских услуг и системой социальной защиты населения, фрагментация услуг даже внутри каждой из систем и проблемы координации комплексной помощи, недостаточный учет потребностей пациента, существующие проблемы стигмы и дискриминации. Наряду с этим, наблюдается достаточно низкое число ВИЧ-инфицированных, зарегистрированных в центрах СПИД в определенных территориях. Также, отдельной проблемой можно обозначить недостаточность институционализации систем направления пациентов из медицинских учреждений в учреждения, предоставляющие социальные услуги населению. Все перечисленные факторы приводят к низкому уровню удержания пациентов в системе лечения и ухода, низкому уровню приверженности лечению АРВТ в контексте быстрого и расширенного охвата препаратами и начала АРВТ при недостаточном объеме услуг.

Американская модель «кейс-менеджмента» (координации помощи или социального сопровождения определенного случая), представленная в рамках программ АМСЗ оказалась эффективной и интересной российским партнерам, вовлеченным в проект *«Лечение, уход и поддержка при ВИЧ/СПИД»* в ряде регионов. Данная модель включает своевременную координацию медицинских и социальных услуг, направленную на повышение доступности к лечению и способствующую удержанию пациента в системе лечения и ухода. Одно из определений «кейс-менеджмента», используемая в программах партнерств АМСЗ, описывает модель координации помощи ВИЧ-инфицированным как рабочее соглашение между клиентом и координатором помощи на промежуток времени, определенным необходимостью клиента в оказании ему помощи. При этом, определение потребностей осуществляется «кейс-менеджером» на этапе приема с непосредственным участием пациента в принятии решения о необходимости оказания той или иной помощи.

Цель «кейс-менеджмента» заключается в обеспечении пациентам доступа к своевременным, хорошо скоординированным услугам и предоставлении необходимых ресурсов и информации для разрешения более обширного спектра проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, достигая, таким образом, общего улучшения качества жизни ЛЖВ. В контексте приемлемости данного подхода для регионов России, адаптированная модель «кейс-менеджмента» может оказаться одним из путей решения комплексных проблем поддержки ЛЖВ, возникающих при быстром расширении охвата антиретровирусной терапией и в условиях ограниченных ресурсов.

В рамках разработки и адаптации модели координации помощи ВИЧ-инфицированным, АМСЗ внедрил отдельные мероприятия в ряде регионов на протяжении нескольких лет. С самого начала внедрения партнерских инициатив в регионах Проекта была обеспечена поддержка местных органов власти, в том числе было согласованно сотрудничество медицинских и социальных служб в целях внедрения модели «кейс-менеджмента»/социального сопровождения. Партнерами с американской и российской стороны были адаптированы формы приема пациентов, должностных обязанностей кейс-менеджеров для использования в проектных территориях в России. Позиции «кейс-менеджеров» (координаторов помощи) и должностные обязанности были утверждены и

введены в систему оказания услуг соответствующих учреждений в регионах. Партнеры достигли профессиональное соглашение о том, что «кейс менеджерами» (или координаторами помощи ЛЖВ) в Российской модели могут являться специалисты по социальной работе или консультанты с уровнем подготовки социального работника. На следующем этапе, российские партнеры определили соответствующих специалистов для назначения в утвержденные должности. В рамках проекта АМСЗ активно проводил обучение специалистов как на местном, так и на региональном уровнях. На обучающих курсах в качестве преподавателей выступали квалифицированные «кейс-менеджеры» из США. Обучение проводилось также в рамках обменных поездок и включало не только базовое обучение теоретическим принципам и навыкам ведения случая ВИЧ-инфицированного и его семьи, а также практические занятия, подразумевающие наставничество опытного «кейс-менеджера» начинающим специалистам на рабочем месте и совместный прием пациентов. В результате взаимодействия партнеров, и долгой совместной работы на местах, все территории партнерств по лечению и уходу при ВИЧ/СПИД ввели новые позиции координаторов помощи для ЛЖВ:

- специалисты, исполняющие функции «кейс-менеджеров» появились в г. Энгельс/Саратов в рамках психиатрической/наркологической службы;
- в Красногвардейском районе г. Санкт-Петербург, в рамках наркологической службы, работали специалисты, осуществляющие координацию помощи ЛЖВ;
- в г. Оренбург Оренбургской области работают два специалиста по социальной работе на базе Областного Центра СПИД;
- в г. Тольятти в муниципальном учреждении (Центре социального обслуживания на территории Городского округа) активно работает команда специалистов по сопровождению ВИЧ-инфицированных, в составе которой входят один юрист, два социальных работника и один психолог.

В целом, новая система «кейс-менеджмента» в проектных регионах содействовала координации медицинской и социальной помощи, оказываемой ЛЖВ, и данный подход в обеспечении сопровождения ВИЧ-инфицированным безусловно способствует улучшению приверженности к АРВТ.

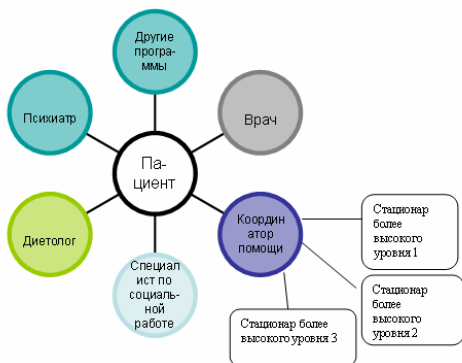
Совместная работа российско-американских партнерств дала возможность сформулировать некоторые выводы и рекомендации, касающиеся внедрения модели координации медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным в некоторых регионах России:

- Главным фактором успеха нововведения в Российские учреждения является уровень интеграции концепции и модели «кейс-менеджмента» в систему соответствующего «принимающего»¹ учреждения. Привлечение ВИЧ-инфицированных (при наличии соответствующего уровня обучения) в роли консультантов-кейсменеджеров в систему оказания услуг более чем приемлемо и помогает решать многие вопросы ЛЖВ, но остаются, в определенной мере, нерешенные вопросы, в том числе необходимость своевременной профилактики синдрома выгорания; налаживание системы инфекционного контроля в ЛПУ в целом для обеспечения профилактики оппортунистических инфекций, риск которых более высок для ВИЧ-инфицированного при работе в лечебном учреждении.
- Тесная работа американских и российских специалистов сформировала базу для дальнейших положительных перемен. Внедрение новых методов оказания качественной помощи, интегрирующих уход и поддержку необходимую ЛЖВ посредством хорошей координации медицинских и социальных услуг, оказалось положительным примером, позволяющим достичь эффективных решений комплексных проблем лечения и поддержки ЛЖВ в ряде регионов России.

¹ «Принимающим» может являться учреждение медицинских или социальных служб, в рамках которого модель «кейс-менеджмента» тестируется или внедряется в определенное время.

По опыту многих стран, существуют несколько опций интеграции модели «кейс-менеджмента» в систему медицинских услуг. В списке оптимальных «принимающих» учреждений числятся центры СПИД, учреждения социальной защиты населения, наркологические службы, поликлиники или учреждения первичного звена, некоммерческие организации.

По опыту работы АМСЗ в проектных территориях в регионах России, можно обозначить определенные сложности в интеграции модели «кейс-менеджмента» в наркологические службы и в учреждения службы социального обеспечения населения. В случае наркологических учреждений могут возникнуть определенные проблемы выявления и удержания клиентов в системе предоставления услуг «кейс-менеджмента», связанные главным образом с обязательным требованием регистрации клиентов и отчетность в выше стоящие структуры. При попытках интеграции модели «кейс-менеджмента» в учреждения службы социального обеспечения населения проблемы были обусловлены недостаточно



Координация помощи в Центре оказания медицинских услуг
 Источник: материалы курса АМСЗ по кейс-менеджменту, Линда Брандт, ноябрь 2007 г.

налаженной взаимосвязью социальных структур с учреждениями, предоставляющими медицинские услуги. Несмотря на всевозможные препятствия и проблемы, по итогам работы российско-американских партнерств, «кейс-менеджмент» оказался эффективной моделью оказания помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным, включая социальную помощь, правовую, содействие в устройстве на работу, обеспечение приверженности и удержании в системе лечения.

АРВТ «кейс-менеджмент» может оказаться критически важным звеном в контексте ухода ЛЖВ в целом, потому как данная модель предоставляет комплексную помощь ориентированную на потребности пациента, которая также позволяет улучшить доступ к услугам специализированных учреждений и повысить удержание пациента в системе предоставляемых комплексных услуг, тем самым улучшая приверженность к терапии. Немаловажно отметить, что в случае репликации модели координации помощи ВИЧ-инфицированным («кейс-менеджмент») необходимо определить соответствующие «принимающие» учреждения и обеспечить соответствие нововведения с общим назначением данного учреждения в системе медицинских или социальных услуг, сохраняя при этом их миссию, цели и задачи. В рамках программ по внедрению моделей «кейс-менеджмента», проводимых АМСЗ в регионах России, международные эксперты и местные специалисты по социальной работе отмечали ключевые важные факторы в достижении успеха по обеспечению социального сопровождению ВИЧ-инфицированных, в числе которых: значимость вовлечения клиента; хорошее планирование услуг; разработка соответствующей документации, с последующим утверждением на местном и региональном уровнях; мультидисциплинарный подход; доверие и конфиденциальность клиента; поддержка со стороны команд аутрич; обучение специалистов.

В работе по внедрению моделей «кейс-менеджмента» в партнерствах АМСЗ в России, российские и американские специалисты использовали практические стандарты и административные рекомендации в том числе: *Рекомендации по координации помощи ВИЧ-инфицированным Департамента здравоохранения и Службы поддержки семьи штата Висконсин* (март 2003 г.), *Стандарты «кейс-менеджмента»* (координации помощи) *при ВИЧ-инфекции Института СПИДа Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк* (2006 г.) и *Стандарты оказания медико-социальной помощи штата Массачусетс* (2001 г.). Данные ресурсы были переведены АМСЗ на русский язык и представлены в предлагающемся Вашему вниманию сборнике.

Стандарты Института СПИДа Департамента Здравоохранения Штата Нью-Йорк (2006 г.) включают в себя две модели кейс-менеджмента при ВИЧ/СПИД: полный кейс-менеджмент и поддерживающий кейс-менеджмент. Они составлены с целью оказания помощи специалистам по сопровождению ВИЧ-инфицированных в понимании их обязанностей, для возможности совместной работы с другими учреждениями и специалистами и в более эффективной организации совместных усилий. В стандарты не входят программы профилактики, проводимые при поддержке Института СПИДа (ныне известные как «Комплексные услуги и консультирование о рисках»), переходные программы (в уголовно-исправительных учреждениях), переходный кейс-менеджмент (молодежные программы).

Рекомендации по Координации Помощи ВИЧ-инфицированным Департамента Здравоохранения и Службы поддержки семьи штата Висконсин (март 2003 г.) рассматривают традиционные методы оказания социальной поддержки ВИЧ-инфицированным людям. При создании данного документа учитывалась необходимость их использования в различных случаях. Случаи и подходы, рассматривающиеся в данном руководстве направлены на предоставление услуг на меньшем административно-территориальном уровне и описывают в том числе взаимодействие с сообществом. Использование данного руководства всеми службами социальной помощи поможет повысить качество оказания услуг социальной поддержки, их последовательность и эффективность.

Медико-социальное сопровождение при ВИЧ – Стандарты оказания помощи штата Массачусетс (2001 г.). Бюро по вопросам ВИЧ/СПИД Департамента Здравоохранения штата Массачусетс и Программа борьбы со СПИД Бостонского Комитета по Здравоохранению разработали комплекс стандартов медико-социального сопровождения при ВИЧ с вовлечением как представителей учреждений, предоставляющих услуги, так и потребителей услуг. Группа специалистов данных департаментов и других специализированных учреждений по организации медико-социального сопровождения при ВИЧ пересмотрела в 2001 году комплексные подходы к сопровождению ВИЧ-инфицированных в штате Массачусетс с тем, чтобы внести поправки и дополнения в стандарты более ранних изданий с целью адекватного отражения современных моделей медико-социального сопровождения и потребностей ЛЖВ.

Данные материалы, а также извлечения из Стандартов координации помощи при ВИЧ Департамента Социального Обеспечения штата Миннесота (февраль 2001 г.) и Рекомендаций по оценке нужд для обеспечения поддержки ВИЧ-инфицированных на уровне сообщества (Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act), использованы в материалах курса по сопровождению ВИЧ-инфицированных, предоставляющимся АМСЗ для специалистов по социальной работе и консультантам в рамках проекта «Лечение, уход и поддержка при ВИЧ/СПИД». Обучающие курсы проводились в г. Саратов, Санкт-Петербург и Оренбург. В г. Оренбург АМСЗ успешно сотрудничал с Фондом «Центр социального развития и информации» в ноябре 2007 г. по внедрению обучающего курса по «кейс-менеджменту» (социальному сопровождению) при ВИЧ/СПИД, включая также новый модуль по социальному сопровождению с целью профилактики ВИЧ-инфекции.

Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк.
Институт СПИДа

**Стандарты
кейс-менеджмента
при ВИЧ/СПИД**

2006

*Перевод документа на русский язык осуществлен
Американским Международным Союзом Здравоохранения (АМСЗ).*

Выражаем благодарность группе составления стандартов кейс-менеджмента

Джоан Бисли	Кайл Рестина
Карен Бовелл	Фелисия Счади
Шерри Чорост	Нэнси Символи
Кароль Деламартер	Марк Слифер
Тим Доэрти	Сью Стоун
Лари Клейн	Лиза Такли
Питер Лакер	Тара Тейт
Этемия Матсукас	Барбара Виллингер
Юдифь Мацца	Бет Вулстон

Группа руководителей разработки стандартов кейс-менеджмента

Альма Канделас
Барбара Девор
Ира Фелдман
Джей Фридман
Роберта Гларос
Глория Маки
Мона Скулли
Барбара Уоррен

Благодарность
Соне Эринг, редактору (английской версии)

Особая благодарность
сотрудникам программ кейс-менеджмента ВИЧ/СПИД
в штате Нью-Йорк

Содержание

1. Цели/Намерения
2. Обзор
3. Определение кейс-менеджмента
4. Стандарты кейс-менеджмента
5. Требования для всех программ кейс-менеджмента при ВИЧ
6. Краткое описание норм
7. Глоссарий
8. Образцы форм

1. Цель/намерения

Данный документ устанавливает систему стандартов предоставления услуг кейс-менеджмента при ВИЧ/СПИД, которая существует при поддержке Института СПИДа Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк. Данные стандарты подразумевают минимальный уровень и набор услуг, предоставляемых при кейс-менеджменте независимо от учреждения, количества клиентов или целевого контингента.

Универсальная система стандартов была разработана для следующих целей:

- Четкое определение процесса кейс-менеджмента и описание моделей программ кейс-менеджмента.
- Четкое определение ожидаемых услуг и набора необходимой документации при оказании услуг кейс-менеджмента.
- Упрощение и оптимизация течения процесса кейс-менеджмента.
- Поддержка в более эффективном использовании ресурсов.
- Повышение качества услуг кейс-менеджмента.

Стандарты кейс-менеджмента Института СПИДа составлены с целью оказания помощи сотрудникам в понимании их обязанностей, для возможности совместной работы с другими учреждениями и сотрудниками и в более эффективной организации совместных усилий.

Благодаря тому, что с начала 90-х годов происходят постоянные изменения эпидемиологии ВИЧ/СПИД, вступление в программу кейс-менеджмента многих ВИЧ-инфицированных и их потребностей, появилась необходимость составления единой системы стандартов. Сотрудники кейс-менеджмента различных учреждений предоставили примеры случаев ВИЧ/СПИД и обеспечили обмен сведениями о ведении случаев и дальнейшем наблюдении.

Новые стандарты кейс-менеджмента включают в себя две модели кейс-менеджмента при ВИЧ/СПИД: полный кейс-менеджмент и поддерживающий кейс-менеджмент. Согласно институту СПИДа, учреждение может предоставлять одну из моделей программ или обе модели. Появление двух моделей кейс-менеджмента было обусловлено разнообразием потребностей клиентов, разного уровня готовности клиента к вступлению в программу и к получению услуг, а также разными ресурсами учреждений. Программы, в которых возможно переключение с одной модели на другую, представляют собой более гибкий вариант кейс-менеджмента и дают возможность клиенту оставаться в программе при каких-либо изменениях его обстоятельств.

Данные стандарты устанавливают минимальный набор услуг, обязательных для предоставления в программах, получающих поддержку от Института СПИДа, однако некоторые независимые учреждения в составе Института СПИДа могут устанавливать дополнительные требования и изменять стандарты под определенный контингент, цели или задачи Института СПИДа.

2. Обзор.

Стандарты, представленные в данном документе, применимы для программ кейс-менеджмента, проводимых Институтом СПИДа через государственные гранты и/или гранты штата. Кроме того, данные стандарты относятся к услугам кейс-менеджмента, расходы на которые возмещаются страховой программой Медикэйд – либо на основе разового возмещения платных услуг, либо в связке с другими услугами, которые покрывает продвинутый тариф Мадикейд . Услуги, покрываемые данными способами, могут

предоставляться в различных учреждениях, включая муниципальные центры здравоохранения, больницы и муниципальные организации. Услуги кейс-менеджмента, оказываемые в рамках инициатив Института СПИДа, охватываются следующими стандартами кейс-менеджмента:

- Программа дневного наблюдения СПИД (ADHCP)
- Центры педиатрической помощи ВИЧ,
- SOBRA, муниципальная программа наблюдения,
- Муниципальные программы первичной помощи и профилактики ВИЧ,
- Муниципальные программы обслуживания (CSP),
- Определенные Центры СПИД (DACS),
- Центры семейной медицины,
- Программы первичной помощи и профилактики ВИЧ для потребителей наркотиков,
- Обслуживание для ВИЧ-инфицированных женщин и их семей,
- Многопрофильные агентства (MSA),
- Программы кейс-менеджмента Райана Уайта (Ryan White Title II),
- Жилищные программы,
- Программы здравоохранения для молодежи (Специальные центры ухода),

Исключения:

В стандарты не входят программы профилактики, проводимые при поддержке Института СПИДа (ныне известные как Комплексные услуги и консультирование о рисках), переходные программы (в уголовно-исправительных учреждениях), переходный кейс-менеджмент (молодежные программы), услуги по поддержке (специальные термины указаны в глоссарии).

Определенные центры СПИД (DACS)

Определенные центры СПИД (DACS) осуществляют координацию медицинского обслуживания с услугами кейс-менеджмента, оказывают поддерживающее ведение случаев. Также, подобные центры осуществляют направление пациентов к местам получения услуг.

Координация медицинского обслуживания

Координация медицинского обслуживания (или медицинский кейс-менеджмент) – это важный компонент первичного ухода при ВИЧ. Она отличается от кейс-менеджмента, описанного в данном документе, однако некоторые области все же перекрываются.

Задачей координатора медицинской помощи (медицинского обслуживания), является координация клинических служб, а также обеспечение ВИЧ-положительному пациенту необходимых услуг (оценка питания, потребление наркотических веществ, психическое здоровье, поддержка в приверженности лечению, обучение профилактике, уведомление партнера). Основные функции заключаются в координировании стационарного и амбулаторного ухода, направлении к специалистам, наблюдение посещений и пропущенных визитов к специалистам, а также связь с кейс-менеджерами в клиническом учреждении и в сообществе.

3. Определение процесса кейс-менеджмента

Кейс-менеджмент

Кейс-менеджмент представляет собой многоуровневый процесс, направленный на обеспечение человеку с ВИЧ/СПИД а также, в некоторых моделях, его близким и родственникам, своевременного доступа к медицинским и психологическим услугам и правильную координацию этих услуг.

Кейс-менеджмент включает в себя следующее: прием больного, оценка его потребностей, планирование услуг, внедрение плана услуг, координирование услуг, ведение и последующее наблюдение, пересмотр, при необходимости, оказываемых услуг, консультация со специалистами по данному случаю, вмешательство в случае кризиса, закрытие случая.

Кейс-менеджмент может затрагивать различные аспекты. Кроме помощи клиентам в доступе и в получении определенных услуг, кейс-менеджмент может включать в себя переговоры для достижения услуг, консультации с сотрудниками, предоставляющими услуги, ориентирование в сфере предлагаемых услуг, психологическую и социальную поддержку, обучение и общее образование клиента.

Процесс кейс-менеджмента направлен на продвижение и поддержку независимости клиента и его самостоятельного функционирования. Кейс-менеджмент предполагает согласие и активное участие клиента в принятии решений, что также обеспечивает право клиента на конфиденциальность, самоопределение, уважение и достоинство, отсутствие дискриминации, получение беспристрастного ухода, милосердия, компетентного в этических вопросах сотрудника, качественных услуг кейс-менеджмента.

В семьях, где есть ВИЧ-инфицированные или подверженные риску дети, дополнительной задачей кейс-менеджмента является достижение и сохранение эффективного функционирования семьи, а также оказание поддержки родителям в выполнении ими своей роли. Услуги кейс-менеджмента для детей должны быть оказаны в соответствии с их возрастом и уровнем развития, а также включать в себя поддержку их деятельности и развития, участие детей в принятии решений в соответствии с их возрастом и возможностями.

Ожидаемые результаты кейс-менеджмента пациентов, живущих с ВИЧ/СПИД, заключаются в следующем:

- Обеспечение раннего доступа к медицинским и социальным услугам.
- Улучшенная интеграция услуг, предоставляемых в различных условиях.

- Непрерывность получения услуг.
- Предупреждение передачи заболевания и замедление прогрессирования ВИЧ.
- Повышение уровня знаний о ВИЧ.
- Увеличение активности участия и оптимального использования системы услуг здравоохранения и социальной помощи.
- Укрепление позитивных привычек.
- Расширение личных возможностей.
- Улучшение качества жизни.

Модели кейс-менеджмента Института СПИДа.

С учетом произошедших эпидемиологических изменений ВИЧ/СПИДа, а также учитывая потребности людей, живущих с этим заболеванием, Институт СПИДа в настоящее время поддерживает две модели услуг кейс-менеджмента: полный кейс-менеджмент и поддерживающий кейс-менеджмент. Эти две модели кейс-менеджмента могут быть предложены в учреждениях здравоохранения или социальных услуг, в крупных институтах или в малых муниципальных организациях. Учреждение или программа могут иметь разрешение на проведение программы только одной модели либо обеих моделей, в зависимости от условий определенной программы Института СПИДа и формальных договоренностей.

Полный кейс-менеджмент.

Модель полного кейс-менеджмента – это проактивная модель разносторонней и комплексной психо-социальной или медицинской помощи для людей, живущих с ВИЧ/СПИД и членов их семей и близких. Программа разработана для людей, нуждающихся в долгосрочном наблюдении и согласных на интенсивное получение услуг кейс-менеджмента.

Основной частью полной программы кейс-менеджмента является планирование услуг, которые осуществляются на основании полной и постоянной оценки психосоциальных и медицинских потребностей клиента, а также его семьи и близких. В ходе программы полного кейс-менеджмента с клиентом чаще контактируют, он наблюдается в сообществе, а в некоторых программах также предусмотрены посещения на дому. В предоставлении полной программы кейс-менеджмента может участвовать один кейс-менеджер или группа кейс-менеджеров. Институтом СПИДа предусмотрено, что услуги могут быть возмещены из грантов или программы Медикейд.

Целью программы полного кейс-менеджмента является удовлетворение конкретных потребностей клиента, связанных с медицинским обслуживанием, пособиями, жильем, питанием, а также установление с клиентом доверительных отношений и оказание ему необходимой поддержки и консультации по вопросам потребления наркотических веществ, психических проблем и домашнего насилия в рамках поддержки родственников клиента.

Модель поддерживающего кейс-менеджмента.

Модель поддерживающего кейс-менеджмента применяется для оказания непосредственной помощи человеку, живущему с ВИЧ/СПИД. Модель поддерживающего кейс-менеджмента удобна при работе с клиентом, которому необходимо оказать отдельные услуги за короткий промежуток времени. В то же время, модель поддерживающего кейс-менеджмента может быть применима в случае, когда человек прошел программу полного кейс-менеджмента, но

время от времени нуждается в помощи, что требует участия одного или группы кейс-менеджеров.

Модель поддерживающего кейс-менеджмента подходит также для клиентов, нуждающихся в различных услугах и для обеспечения которых подходит программа полного кейс-менеджмента, однако клиент не готов или не хочет в данный момент активно посвящать себя участию в программе полного кейс-менеджмента. В данном случае, модель поддерживающего кейс-менеджмента помогает человеку в соответствии с его уровнем готовности участия в программе, в то же время призывая его на получение более полных услуг кейс-менеджмента.

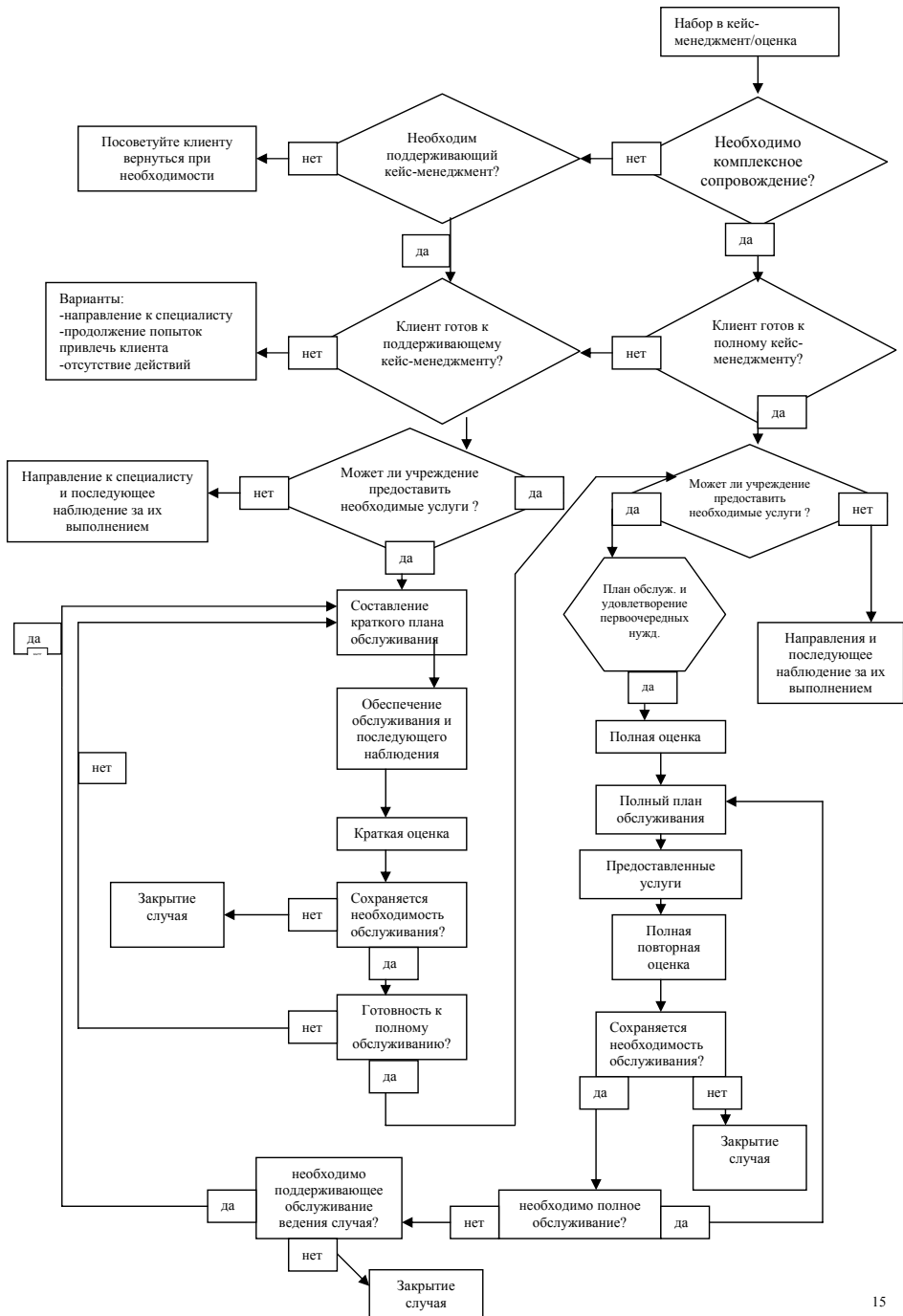
Основным принципом поддерживающей модели кейс-менеджмента является наблюдение клиента одним кейс-менеджером или группой кейс-менеджеров для обеспечения получения клиентом всех запланированных услуг, а также установление необходимости дополнительных. Клиентам программы поддерживающего кейс-менеджмента, попадающим в повторный цикл одного и того же кризиса или проблемы, необходимо предлагать участие в программе полного кейс-менеджмента, что может происходить как очно, так и заочно.

Целью программы поддерживающего кейс-менеджмента является оказание непосредственной медицинской и психосоциальной поддержки клиенту для достижения или поддержания стабильного состояния, а также установление доверительных и поддерживающих отношений, ведущих к вовлечению в полный кейс-менеджмент, при необходимости.

Схема кейс-менеджмента

Представленная ниже схема кейс-менеджмента дает визуальное представление действий и услуг в рамках двух моделей кейс-менеджмента, описанных выше. На графической схеме изображены параметры, определенные стандартами кейс-менеджмента.

План-схема кейс-менеджмента



4. Установочные стандарты кейс-менеджмента

В данном разделе представлены установочные стандарты процессов кейс-менеджмента. В начале даны определение и цель каждого процесса, далее следует таблица с указанием стандартов и временных ограничений процессов, а также критерии, которые будут использованы для оценки выполнения указанных норм. Исключения из правил, лучшие примеры, а также дополнительные материалы приведены там, где это применимо.

Ниже приведены части кейс-менеджмента, которые будут представлены в данном разделе:

1. Начало случая/процесс оценки случая
2. Выбор модели кейс-менеджмента и размещения
3. Составление краткого плана обслуживания
4. Первоначальная полная оценка
5. Разработка первоначального плана полного обслуживания
6. Внедрение плана обслуживания, включая контакт с клиентом, ведение и его последующее наблюдение
7. Повторная оценка
8. Корректировка плана обслуживания
9. Координация случая и консультация со специалистами
10. Вмешательство в случае кризиса
11. Закрытие случая

Стандарты, приведенные в данном разделе, а также Условия проведения всех программ кейс-менеджмента, представленные в разделе 5 (Правила и Методики, Количество пациентов у врача, Квалификация обслуживающего персонала) составляют Установочные стандарты кейс-менеджмента Института СПИДа. Краткое содержание смотрите в разделе 7, А1 Установочных норм "С одного взгляда".

I. Краткий прием/Процедура оценки

Краткий прием/оценка представляет собой первую встречу с клиентом, целью этой встречи является сбор информации о клиенте, которая поможет в оказании ему необходимой помощи, в привлечении клиента к участию в определенной программе и продолжении оказания услуг.

Краткий прием/оценка также используется для скрининга клиентов для определения, нужен ли им кейс-менеджмент, и если да, то для выбора типа программы кейс-менеджмента, наиболее подходящей для удовлетворения потребностей определенного клиента. Также, в течении Краткий приема/процедуры оценки можно определить степень желания и готовности клиента к участию в программах кейс-менеджмента.

В случае модели Поддерживающего кейс-менеджмента, Краткий прием/процедура оценки представляет собой единственный путь определения потребностей клиента. Информация, полученная при Кратком приеме/процедуре оценки, составляет основу Краткого Плана Обслуживания. В применении модели Поддерживающего Кейс-менеджмента не требуется выполнение Полной оценки.

При применении модели Полного кейс-менеджмента Краткий прием/процедура оценки необходимы для инициации услуг кейс-менеджмента до проведения Полной оценки.

Кейс-менеджеры должны соблюдать полную конфиденциальность клиента и хранить его личную информацию в секрете в течение всего обслуживания.

Стандарты	Критерии
<p>Сбор ключевой информации о клиенте, его семье, и неофициальных партнерах, оказывающих поддержку, с целью определения "приемлемости" клиента, потребности в услугах кейс-менеджмента и подбора уровня предоставления услуг.</p> <p>В отделении дневной медицинской помощи СПИДа. Не применимо.</p> <p>Требования по времени: Завершить в течение 15 дней с момента направления. Для ВИЧ-инфицированных, обращающихся за медицинской помощью при ВИЧ, завершить к концу приема.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первоочередные нужды установлены во время Краткого приема/процедуры оценки. 2. Быстрое обеспечение первоочередных потребностей. 3. Сбор информации во время Краткого приема/процедуры оценки: <ol style="list-style-type: none"> a) Основная информация <ul style="list-style-type: none"> Представление проблемы Личная и контактная информация (имя, дата рождения, адрес, телефон и т.д.) Язык Демографические данные Контакты для экстренных случаев Вопросы конфиденциальности Состав семьи Медицинская страховка Подтверждение статуса ВИЧ Получение медицинского и социального обслуживания в других учреждениях, включая кейс-менеджмент. b) Краткая информация о статусе заболевания и нуждах клиента <ul style="list-style-type: none"> еда/одежда финансовое положение/льготы проживание транспорт юридические услуги употребление наркотиков психическое здоровье насилие в семье система поддержки ВИЧ-инфекция, другие медицинские нужды, доступ и получение медицинского обслуживания Профилактика передачи ВИЧ/СПИД Замедление и остановка развития ВИЧ-инфекции 4. Информация должна быть подкреплена соответствующими документами, включая Разрешение на конфиденциальную информацию о ВИЧ в соответствии со статьей 27F и другие разрешения, согласно закону. 5. Оценка клиента на соответствие критериям участия в программах. 6. В Правилах и процедурах кейс-менеджмента указаны руководства для проведения Краткого приема/процедуры оценки, а также ответственный персонал.

Исключения:

В начале медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированного происходит первое посещение врача, и к этому моменту необходимо проведение Краткого приема/процедуры оценки. Это поможет наиболее полной оценке нужд клиента. Однако, в некоторых медицинских учреждениях может потребоваться несколько визитов к доктору.

Первостепенными являются острые нужды клиента и/или кризисы. Если представленная проблема требует немедленного разрешения, можно сократить или отложить на другое время Краткий прием/процедура оценки, но провести его надо как можно быстрее.

В отделении дневной медицинской помощи СПИДа процедура скрининга/приема также выполняет задачу Краткого приема/процедуры оценки, в течение которой собирается информация для установления готовности клиента к вступлению в программу, а также определение первоочередных потребностей в обслуживании. Кейс-менеджер должен оказать первоочередную помощь клиенту в течение недели с момента приема.

Пути повышения эффективности

Краткий прием/процедура оценки должна проводиться сотрудниками, которые имеют навыки общения с клиентами и способны проводить беседу в непринужденной обстановке, когда можно узнать всю необходимую информацию о клиенте и определить наличие потенциально неотложных ситуаций. Правильность и эффективность выбора подходящей модели кейс-менеджмента, предоставление клиенту начального кейс-менеджмента зависит от профессионализма сотрудников, а также от понимания и сочувствия к клиенту.

Информация о клиенте, полученная во время Краткого приема/процедуры оценки может быть предоставлена, с согласия клиента, другим сотрудникам для координации служб и во избежание дублирования работы. Для повышения эффективности, информация, полученная во время процесса скрининга на предмет "пригодности" к участию в программе может быть также использована во время проведения Краткого приема/процедуры оценки.

Дополнительные материалы:

Формы для заполнения Краткого приема/процедуры оценки и Анкеты скрининга для определения степени и уровня обслуживания кейс-менеджмента можно получить на сайте Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, раздел "Клинические правила, стандарты и качество обслуживания" [Clinical Guidelines, Standards, and Quality of Care]

II. Выбор модели и места кейс-менеджмента

В программы моделей полного (комплексного) и поддерживающего кейс-менеджмента входят услуги различного уровня, в зависимости от потребностей и степени готовности клиента.

Программа поддерживающего кейс-менеджмента предназначена для тех клиентов, которые нуждаются в краткосрочном обслуживании; для тех, кому необходима постоянная поддержка после полного кейс-менеджмента, или для тех кто еще не готов участвовать в программе полного кейс-менеджмента.

Программа полного (комплексного) кейс-менеджмента предназначена для людей с многочисленными и комплексными проблемами и которым нужна интенсивная и длительная поддержка.

В программах, получивших разрешение на предоставление обеих моделей кейс-менеджмента, возможность перехода клиента от одной модели к другой в рамках одной программы, дает дополнительную гибкость и повышает непрерывность ухода при возникновении новых нужд клиента.

Стандарты	Критерии
<p>Клиенты участвуют в программе поддерживающего или полного кейс-менеджмента, которая отвечает потребностям клиента, установленным во время Краткого приема/оценки и при которой клиент готов и желает участвовать в программе.</p> <p>Требования по времени: По завершении Краткого приема/оценки</p>	<p>1. Определение модели кейс-менеджмента, наиболее подходящей для нужд клиента. Определение первоочередных нужд клиента. Разъяснение услуг кейс-менеджмента. Определение степени готовности и интереса к участию в программе кейс-менеджмента. Клиент участвует в программе, наиболее отвечающей его нуждам, а не нуждам учреждения на определенный момент.</p> <p>2. Произведена оценка возможностей программы для клиента. Уровень ведения программы и профессиональные качества сотрудников или экспертов соответствуют потребностям клиента. В случае большого количества клиентов, учреждение имеет необходимые ресурсы.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Программа имеет возможности для клиентов различных культур и говорящих на различных языках <p>3. Клиенты привлечены к участию в программах полного или поддерживающего кейс-менеджмента в рамках учреждения.</p> <ul style="list-style-type: none"> - При необходимости, получено согласие на службы кейс-менеджмента - В соответствии с законом, клиентом подписаны все формы согласия на раскрытие закрытой информации и конфиденциальной информации, связанной с ВИЧ-статусом <p>4. Если учреждение не может предоставить клиенту услуги по ведению случая необходимого вида или уровня:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Учреждение направляет клиента в другую программу кейс-менеджмента - Направление в другую программу кейс-менеджмента происходит в течение 15 дней после определения соответствующего уровня ухода - Направляющее учреждение наблюдает за клиентом и контролирует получение клиентом необходимых услуг <p>5. Учреждение имеет договоренность о направлении на получение обслуживания в другие учреждения с целью обеспечения разнообразных нужд клиента.</p> <p>6. Для учреждений, предоставляющих обслуживание по моделям поддерживающего и полного кейс-менеджмента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - В любое время учреждения могут назвать, какие клиенты получают полный или поддерживающий кейс-менеджмент, а также назвать общее количество клиентов, обслуживаемых по каждой модели. - Правила и протоколы определяют процесс перемещения клиентов из одной модели кейс-менеджмента в другую.

Исключения:

При некоторых обстоятельствах, клиенты с комплексными потребностями могут не согласиться участвовать в программе полного кейс-менеджмента, но согласны на поддерживающий уровень услуг. В таких случаях можно предоставлять поддерживающий кейс-менеджмент для удовлетворения безотлагательных нужд клиента или кризисных ситуаций. При повторении кризисных ситуаций необходимо приложить усилия и убедить клиента в получении полного кейс-менеджмента.

Клиенты, участвующие в программе дневного наблюдения (ADHCP), автоматически получают полный кейс-менеджмент.

Пути повышения эффективности.

Учреждение, координирующее деятельность с различными другими учреждениями и имеющее договоренность о взаимном обслуживании клиентов, наилучшим образом сможет ответить на разнообразные потребности клиентов.

Наиболее эффективными являются учреждения, компетентные относительно культурного уровня и основания своих клиентов, с персоналом, близким к целевому контингенту по культурному уровню и языковому владению.

При направлении клиента на получение услуги кейс-менеджмента в другое учреждение, выписка сопровождается документацией о последующем наблюдении и оценкой удовлетворенности самого клиента.

III. Краткий план обслуживания

В случае поддерживающего кейс-менеджмента, составление Краткого плана обслуживания происходит совместно с Кратким приемом/оценкой, далее все действия по ведению случая выполняются согласно этому плану, до тех пор, пока не будет произведена повторная оценка потребностей клиента или не произойдут какие-либо изменения обстоятельств клиента.

При работе программы полного кейс-менеджмента, Краткий план обслуживания представляет собой временный вариант кейс-менеджмента и предназначен в основном для удовлетворения первоочередных и срочных нужд клиента, так как при полном кейс-менеджменте для осуществления Начальной Оценки необходима более подробная информация.

Стандарты	Критерии
Информация о нуждах клиента, установленных во время проведения Краткого приема/оценки, служит основой для составления Краткого плана обслуживания.	1. Составление Краткого плана обслуживания, который включает в себя следующее: Цель(цели) Мероприятия (план работы, необходимые действия, последующее наблюдение) Ответственные лица (кейс-менеджер или сотрудник учреждения, клиент, член семьи, представитель агентства) Время, предполагаемое для выполнения каждого мероприятия
Временные ограничения:	Подпись клиента и дата выражения согласия
После завершения	Подпись вышестоящего лица и дата

Краткого приема/оценки	<p>утверждения (если потребуется Институтом СПИДа или агентством/программой)</p> <p>2. Необходимая документация: Форма плана обслуживания, разработанная программой и содержащая перечисленную выше информацию. Записи об прогрессе и участии клиента в выполнении плана обслуживания. Сравнение поставленных целей и планов действий с реальными результатами.</p> <p>3. Постоянное наблюдение для оценки возможностей клиента и уровня мотивации, а также для преодоления возможных препятствий. (Если клиент не может выполнить какие-либо действия или задания, необходимо использовать альтернативные подходы к их исполнению, например, развивать соответствующие навыки клиента или рассмотреть их поэтапное исполнение)</p>
------------------------	--

Исключения:

В случае, если в результате Краткого Приема/Оценки будет установлено, что клиент в настоящее время не нуждается в каких-либо услугах, составление Краткого плана обслуживания не требуется.

В случае клиентов, принимающих участие в ADHC, составление Краткого плана обслуживания не требуется. Вместо этого, необходимо составление плана полного обслуживания сразу после завершения Оценки при Полном кейс-менеджменте в течение 30 дней после начала программы.

В случае Поддерживающего кейс-менеджмента надзор и одобрение вышестоящим сотрудником Краткого плана обслуживания может помочь в активном мониторинге качества обслуживания, а также обеспечить правильную сортировку нужд клиента по степени важности и соотношения их плану действий. При Полном кейс-менеджменте, когда имеет место начальная полная оценка и составление Полного плана обслуживания, надзор и одобрение вышестоящим сотрудником Краткого плана обслуживания не является необходимостью. Как для поддерживающего, так и для полного кейс-менеджмента каждая программа Института СПИДа определяет необходимость одобрения вышестоящим сотрудником Краткого плана обслуживания. Конкретные примеры будут описаны в разделе «Правила и методы» руководства программы.

Пути повышения эффективности:

В планах обслуживания, разработанных во время личных контактов и согласованных с клиентом, приветствуется активное участие клиента. Копия плана, предоставленная клиенту, служит свидетельством партнерских отношений, необходимых для эффективного процесса кейс-менеджмента.

Измеримые цели и мероприятия, принятие во внимание физических и когнитивных возможностей клиента, наличие необходимых ресурсов, систем поддержки, интереса самого клиента - все это приводит к составлению наиболее реалистичного и ориентированного на клиента плана. Несмотря на то, что подпись клиента выражает его

согласие с предложенным планом, в любой момент он может отказаться от всего плана или от какой-то его части.

Документирование новой информации или изменений плана, а также реальных результатов, помогут отслеживать прогресс.

Члены семьи и близкие могут помочь в том, чтобы клиент получал необходимое обслуживание. Они также могут быть включены в план обслуживания как участники в различных мероприятиях.

Дополнительные материалы:

Примерную форму Краткого плана обслуживания можно найти на сайте департамента здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

IV. Начальная полная (комплексная) оценка.

Начальная полная (комплексная) оценка проводится только в случае работы программы Полного (комплексного) кейс-менеджмента. Она расширяет информацию, полученную во время Краткого приема/оценки для улучшения обслуживания в удовлетворении разнообразных нужд клиента, связанных со здоровьем или психологическим состоянием клиента.

60 дней, отведенные на данный этап, позволяют начать мероприятия кейс-менеджмента для решения первоочередных нужд клиента, а затем более подробно собрать информацию по оценке состояния.

По инициативе большинства Институтов СПИДа, программы, предлагающие модель Полного кейс-менеджмента, предназначены для работы в контексте семьи клиента и системы поддержки. Полная оценка проводится с целью измерения возможностей клиента и его сильных сторон, включая поддержку семьи и близких, что может быть использовано при составлении плана обслуживания. Кейс-менеджеры с особым вниманием относятся к составлению потребностей кейс-менеджмента детей и родственников, в этом случае, план организован таким образом, чтобы он мог послужить для укрепления семейной поддержки, улучшить функционирование семьи, а также для оптимального выполнения мероприятий, связанных с программой. (В Словаре указаны определения Семьи, Детей, Родственников).

В связи с объемом Начальной полной оценки, за ее выполнением необходим контроль вышестоящих сотрудников. Подпись вышестоящего сотрудника означает, что содержание и качество оценки сотрудником кейс-менеджмента просмотрено и одобрено.

Стандарты	Критерии
<p>Начальная полная оценка подробно описывает медицинское, физическое и психосоциальное состояние клиента, а также его потребности, связанные с этими услугами клиента. Также происходит определение оказанных услуг и источника их оказания; неоказанных услуг; препятствия к получению каких-либо услуг; несогласованности каких-либо услуг. Оценка включает в себя возможности клиента и его сильные стороны, включая семью и поддержку близких, которая может быть использована во время планирования.</p> <p>-----</p> <p>Ограничения по времени: Полный кейс-менеджмент. В течение 60 дней с момента завершения Краткого приема/оценки.</p> <p>-----</p>	<p>1. Начальная полная оценка включает как минимум:</p> <p>A. Историю болезни клиента, состояние здоровья, потребности, связанные со здоровьем:</p> <ul style="list-style-type: none"> Прогрессия ВИЧ-инфекции Туберкулез Гепатит Болезни, передаваемые половым путем Другие медицинские проблемы Акушерско-гинекологическая информация, в том числе наличие/отсутствие беременности в настоящее время Лекарства и приверженность Аллергии на лекарства Зубы Зрение Уход на дому Источники медицинского обслуживания в настоящее время, получение ухода и препятствия Клинические испытания Дополнительная терапия <p>B. Состояние клиента и его потребности, связанные со следующими вопросами:</p> <ul style="list-style-type: none"> Питание Финансовое обеспечение Жилье (включая оценку жилищной ситуации клиента кейс-менеджером при посещении) Транспорт Системы поддержки Установление детей, отдельная оценка нужд детей Установление родственников Оценка потребностей родственников в услугах кейс-менеджмента Оказание родительской поддержки Уведомление партнера клиента Вопросы раскрытия ВИЧ-статуса Потребление алкоголя/наркотиков/курение и состояние в настоящее время Психическое здоровье Насилие в семье Потребность в юридических услугах (волеизъявление, оформление опекуна, споры между квартиросъемщиком и арендодателем, и т.д.) Ежедневные процедуры Знание, отношение и мнения о ВИЧ-инфекции, настоящее поведение, связанное с риском, профилактика передачи. Работа/учеба <p>C. Дополнительная информация</p> <ul style="list-style-type: none"> Возможности клиента и его ресурсы Получение клиентом или его родственниками обслуживания от других учреждений Краткое описание ситуации Имя сотрудника, производившего оценку и дата проведения Подпись и дата вышестоящего сотрудника, производившего надзор и одобрение <p>2. Первоначальную ответственность за проведение Начальной полной оценки несет кейс-менеджер, он проводит личную встречу с клиентом как минимум один раз во время проведения процесса оценки.</p> <p>3. Программа процесса оценки при полном кейс-менеджменте включает в себя посещение клиента на дому. Возможны исключения.</p> <p>4. Начальная полная оценка подлежит необходимой документации по форме, предложенной или одобренной Институтом СПИДа.</p>

Исключения:

В случае Поддерживающего кейс-менеджмента не требуется проведение Начальной полной оценки. Услуги кейс-менеджмента предоставляются на основании информации, полученной во время проведения Краткого приема/оценки и согласно Краткому плану обслуживания. Набор предоставляемых услуг может меняться в течение получения обслуживания и проводимых переоценок.

В определенных программах модели полного кейс-менеджмента не требуется посещения клиента на дому, а также оценки и предоставления услуг детям и родственникам клиента.

При предоставлении услуг кейс-менеджмента в медицинском учреждении, информация о клиенте раздела 1.а. может быть не включена в документацию дела клиента при условии, что эта информация находится в легкой доступности кейс-менеджера, например на интернет-сайте.

В случае АДНСП не требуется использование форм установленных или одобренных Институтом СПИДа.

Пути повышения эффективности:

В программах командной модели, несколько сотрудников проводят сбор сведений о клиенте и заполняют разделы оценочной формы. Однако кейс-менеджер несет полную ответственность за данный процесс и за сбор полной документации.

Полная оценка, проводимая в течение определенного периода, а не за один раз, часто оказывается более всеобъемлющей и менее утомительной для клиента. Информация собирается со слов клиента и с использованием различных источников (с одобрения клиента), включая его родственников и др.

Если в рамках программы невозможно обслуживание родственников и детей, им дают направление на получение услуг там, где это возможно.

Дополнительные материалы:

Образцы форм, одобренные Институтом СПИДа для выполнения Начальной полной оценки, есть на сайте Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

V. Составление Начального Плана полного обслуживания

Планирование услуг представляет собой важный этап в процессе внедрения модели полного кейс-менеджмента и является руководством к дальнейшему активному, направленному, поэтапному решению проблем клиента.

План полного обслуживания также может быть использован для привлечения внимания клиента и кейс-менеджера на обозначение приоритетов и расширение задач, особенно после кризисов, а также достижение поставленных задач и получение услуг в определенные и реальные шаги. Кроме того, план может послужить инструментом для проведения оценки прогресса клиента, наличия препятствий и направления дальнейшей работы.

Цели, задачи и мероприятия плана обслуживания составляются с участием клиента, а также, если возможно, с участием его семьи, близких и других источников поддержки.

В тех программах, где кейс-менеджмент осуществляется командой, несколько сотрудников проводят составление полного плана обслуживания. Однако кейс-менеджер несет полную ответственность за данный процесс и за составление полной документации.

Стандарты	Критерии
<p>На основании потребностей клиента, установленных при проведении Начальной полной оценки, составляется план полного обслуживания, выделяются приоритетные задачи. Также, определяют специфические задачи, цели и мероприятия, связанные с достижением целей и выполнением поставленных задач.</p> <p>Ограничения по времени: Полный кейс-менеджмент. Начало выполнения сразу после проведения Начальной полной оценки и в течение 60 дней после завершения Краткого приема/оценки.</p> <p>Ограничения по времени: Поддерживающий кейс-менеджмент. Не требуется.</p> <p>Ограничение по времени: Программа дневного наблюдения (ADHCP). Сразу после проведения Начальной полной оценки и в течение 30 дней после начала программы.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Начальный план полного обслуживания должен включать в себя как минимум: Цели Мероприятия (план действий, руководства к действию, последующие задачи) Ответственные за мероприятия (кейс-менеджер или группа сотрудников, сам клиент, члены его семьи, представитель учреждения) Время, определенное для каждого мероприятия Подпись клиента и дата, документ соглашения Подпись вышестоящего сотрудника, дата, одобрение 2. Основная ответственность за составление плана обслуживания лежит на кейс-менеджере. 3. Начальный план полного обслуживания должен быть включен в общую документацию дела клиента и внесен в формы, разработанные или одобренные Институтом СПИДа. 4. Необходимо вносить изменения в Начальный план полного обслуживания в зависимости от пересмотра или изменений обстоятельств жизни клиента, его окружения или задач.

Исключения

Составление Начального Плана полного обслуживания не требуется при модели поддерживающего кейс-менеджмента. В этом случае, используют Краткий план обслуживания, который составляют во время Краткого приема/оценки.

В определенных программах Полного кейс-менеджмента, где не требуется проведение оценки ситуации с детьми и родственниками, предоставление обслуживания этой категории также может варьироваться в рамках программы.

При проведении программ в рамках дневного наблюдения СПИДа, использование форм, разработанных или одобренных Институтом СПИДа, не обязательно.

Пути повышения эффективности

В планах обслуживания, разработанных во время личных контактов и согласованных с клиентом, приветствуется активное участие клиента. Копия плана, предоставленная клиенту, служит свидетельством партнерских отношений, необходимых для эффективного процесса кейс-менеджмента.

Соотношение целей и действий с физическими и когнитивными возможностями клиента, наличие необходимых ресурсов, систем поддержки, интереса самого клиента - все это может помочь составлению наиболее реалистичного, ориентированного на клиента, плана.

Несмотря на то, что подпись клиента выражает его согласие с предложенным планом, в любой момент он может отказаться от всего плана или от какой-то его части.

Поступления новой информации, изменения плана обслуживания, а также реальные результаты помогут отслеживать прогрессирование клиента.

Члены семьи и близкие могут помочь в том, чтобы клиент получал необходимое обслуживание. Они также могут быть включены в план обслуживания как участники в различных мероприятиях.

Дополнительные материалы:

Примерные формы, одобренные Институтом СПИДа для выполнения Начальной полной оценки, есть на сайте Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical guidelines, Standards, and quality of care».

VI. Внедрение плана обслуживания: Контакты с клиентом, ведение клиента и последующее наблюдение.

Внедрение и начало работы плана обслуживания представляет из себя основную часть работы кейс-менеджмента. Внедрение планов обслуживания, краткого или полного, включает в себя выполнение задач, указанных в плане. Это может заключаться в следующем:

- Обеспечение личного контакта с клиентом, по телефону или письменно,
- Помощь клиенту или его родственникам в обращении за услугами,
- Помощь в организации услуг, встреч, подтверждение времени оказания услуги,
- Поддержка клиента или его родственников в выполнении задач, на которые они согласились,
- Непосредственное обучение клиента или его родственников, при необходимости,
- Поддержка клиента или его родственников в преодолении различных препятствий и в получении необходимого обслуживания,
- Посредничество и юридическая поддержка при необходимости,
- Другие действия кейс-менеджмента, согласно нуждам клиента и согласно программе.

Обычно, вид и количество контактов с клиентом должно быть согласовано с нуждами клиента. Однако, некоторые программы Института СПИДа могут содержать необходимый минимум встреч с клиентом определенного вида и содержания.

В случае модели полного кейс-менеджмента, контакты с клиентом достаточно часты, а кейс-менеджмент достаточно интенсивен для профилактики определенных проблем, стабилизации статуса клиента, предотвращения кризисов и поддержки клиента в выполнении задач программы. В данном случае личные контакты являются оптимальными, в том числе посещения на дому и сопровождение сотрудником кейс-менеджмента к месту получения услуги.

Что касается модели поддерживающего кейс-менеджмента, то контакт с клиентом может быть ограничен наблюдением, выдачей направлений на обслуживание, а также установлением факта получения услуг и оценкой удовлетворения нужд клиента получаемым обслуживанием.

Стандарты	Критерии
<p>Предоставление услуг кейс-менеджмента, указанных в Кратком или Полном плане обслуживания начинается сразу после составления этих планов.</p> <p>Контакт с клиентом происходит на основании его потребности в этом. Статус клиента находится под наблюдением. Сотрудники кейс-менеджмента ведут наблюдения и определяют целесообразность определенных услуг.</p> <p>Модели полного и поддерживающего кейс-менеджмента.</p> <p>Каждая программа Института СПИДа может устанавливать разную частоту и тип контакта с клиентом.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сотрудник кейс-менеджмента несет ответственность за контролирование процесса внедрения плана обслуживания. 2. Ведение записей прогрессирования поможет установить преимущества и пользу от усилий сотрудника кейс-менеджмента для клиента и его родственников, а также выявить реальные результаты процесса. 3. В формах, которые находятся у клиента, ведется запись посещений кейс-менеджера или группы, смысл и частота посещений, в зависимости от нужды клиента или согласно предписаниям программы Института СПИДа. 4. Документация, заполняемая клиентом, составляется при контакте с кейс-менеджером, которая происходит после организации услуг. Характеристики услуг: Оказание услуг соответствовало ожиданиям, Клиент принял услугу, Оказанная услуга удовлетворила клиента, Потребность в этой услуге сохранилась, Позитивный результат услуги. 5. Кейс-менеджер решает затруднения в оказании услуги. 6. Статус клиента или его родственников постоянно мониторируется. 7. Необходимо строго соблюдать право клиента на сокрытие личной информации и на конфиденциальность при контактах с другими учреждениями или отдельными людьми. При получении согласия клиента на консультацию с другими учреждениями, представляющий услуги должен следовать статье 27-Ф Закона Общественного Здравоохранения, где указана конфиденциальность информации, касающейся ВИЧ-инфекции. 8. Конфиденциальная информация, касающаяся ВИЧ, а также документация клиентов должна быть защищена от неавторизованного доступа.

Исключения

В случае программ Поддерживающего кейс-менеджмента, посещения на дому не требуются. В определенных программах Полного кейс-менеджмента, посещения на дому также не являются необходимостью (например, АДНСП).

VII. Повторная оценка.

Повторная оценка представляет собой возможность наблюдать прогресс клиента, учесть его успехи и препятствия, а также оценить эффективность и смысл прошедших мероприятий. Вместе с внесением изменений в план обслуживания, также будет полезно установить степень пригодности настоящего уровня и состава обслуживания, модель программы кейс-менеджмента. В некоторых случаях бывает нужно предложить клиенту альтернативные варианты.

Стандарты	Критерии
<p>Роль повторной оценки заключается в определении функционирования клиента, состояния его здоровья и психосоциального статуса; отслеживании изменений, произошедших с момента начальной или наиболее поздней оценки, а также в установлении нужд клиента, новых или оставшихся.</p>	<p>Программы Полного кейс-менеджмента.</p> <p>1. Каждая повторная оценка должна включать следующие мероприятия:</p> <p>а. Новейшая информация о клиенте.</p> <p>Контактные и паспортные данные, контакты в случае чрезвычайных ситуаций, вопросы конфиденциальности, состав семьи, состояние медицинского страхования, другие источники получения медицинского и социального обслуживания, включая других сотрудников кейс-менеджмента.</p> <p>в. Новейшая информация об истории болезни клиента, состоянии здоровья, нужды, связанные со здоровьем:</p>
<p>Ограничения по времени: Полный кейс-менеджмент. Полная повторная оценка имеет место через 180 дней после проведения начальной полной оценки. Далее, каждые 180 дней или чаще, если обстоятельства клиента сильно изменятся.</p>	<p>Прогресс ВИЧ-инфекции</p> <p>Туберкулез</p> <p>Гепатит</p> <p>Болезни, передаваемые половым путем</p> <p>Другие медицинские проблемы</p> <p>Акушерско-гинекологические вопросы, а также наличие/отсутствие беременности в настоящее время</p> <p>Лекарства и прием их по плану</p> <p>Аллергии на лекарства</p> <p>Состояние и уход за зубами</p> <p>Состояние и уход за зрением</p> <p>Уход на дому</p>
<p>Ограничения по времени: Поддерживающий кейс-менеджмент. Краткая повторная оценка имеет место через 180 дней после проведения краткого приема/ оценки. Далее, каждые 180 дней или чаще, если обстоятельства клиента сильно изменятся.</p>	<p>Источники медицинского обслуживания в настоящее время</p> <p>Клинические испытания</p> <p>Дополнительная терапия</p> <p>с. Новейшая информация о состоянии клиента и его нужд, связанных со следующими вопросами:</p> <p>Питание</p> <p>Финансовое обеспечение</p> <p>Жилье (включая оценку жилищной ситуации клиента, после посещения кейс-менеджером)</p> <p>Транспорт</p> <p>Системы поддержки</p>
<p>Ограничения по времени: Программа дневного наблюдения СПИД (ADHCP).</p>	<p>Установление детей, отдельная оценка нужд детей</p> <p>Установление родственников</p> <p>Оценка потребностей родственников в услугах кейс-менеджмента</p>

<p>Повторная оценка происходит через 90 дней после завершения Начальной Полной оценки и далее каждые 90 дней.</p> <p>Ограничения по времени: Если клиент вступил в программу через медицинское обслуживание по ВИЧ: Для тех, кто не интенсивно участвует в программе кейс-менеджмента, предполагается ежегодная краткая повторная оценка. Для тех, кто активно участвует в программе кейс-менеджмента, предполагается повторная оценка каждые 180 дней или чаще, если обстоятельства клиента сильно изменятся.</p>	<p>Оказание родительской поддержки Уведомление партнера клиента Обнаружение статуса ВИЧ-инфицированного История злоупотребления алкоголем/наркотиков/курение и состояние в настоящее время Психическое здоровье Насилие в семье Потребность в юридических услугах (волеизъявление, выбор опекунов и т.д.) Ежедневные процедуры Знание, отношение и мнения о ВИЧ-инфекции, настоящее поведение, связанное с риском, предохранение от передачи заболевания. Работа/учеба</p> <p>d. Дополнительная информация Получение клиентом или его родственниками обслуживания от других учреждений Краткое содержание жизни Имя сотрудника, производившего оценку и дата проведения Подпись и дата вышестоящего сотрудника, производившего надзор и одобрение</p> <p>2. Первоначальную ответственность за проведение Начальной полной оценки несет кейс-менеджер, он проводит личную встречу с клиентом как минимум один раз во время проведения процесса оценки.</p> <p>3. Программа Полного кейс-менеджмента включает в себя посещения клиента на дому, который проводится во время процесса оценки. Возможны исключения.</p> <p>4. Начальная полная оценка подлежит необходимой документации по форме, предложенной или одобренной Институтом СПИДа.</p> <p>5. Документация должна включать в себя соответствующие документы, в частности, Разрешение на доступ к конфиденциальной информации, касающейся ВИЧ-инфекции, согласно статье 27-F Закона Общественного Здравоохранения, а также другие документы, согласно соответствующим законам.</p> <p>6. Методы и правила кейс-менеджмента включают в себя руководства по проведению полной повторной оценки, ответственных сотрудников и вышестоящих сотрудников для наблюдения и одобрения процесса.</p> <p>Программы поддерживающего кейс-менеджмента: 1. Каждая краткая повторная оценка должна включать следующее: а. Нужды клиента в настоящее время. в. Обновленная информация о клиенте:</p>
--	---

	<p>контакты в настоящее время и идентификационная информация, контакты в случае чрезвычайных ситуаций, вопросы конфиденциальности, состав семьи, состояние медицинского страхования, другие источники получения медицинского и социального обслуживания, включая других сотрудников кейс-менеджмента.</p> <p>с. Новейшая информация о состоянии клиента и его нужд, связанных со следующими вопросами:</p> <ul style="list-style-type: none"> Питание/одежда Финансовое обеспечение/льготы Жилье Транспорт Юридические вопросы, История злоупотреблений Психическое здоровье Насилие в семье ВИЧ-инфекция и другие медицинские вопросы, Знание, отношение и мнения о ВИЧ-инфекции, настоящее поведение, связанное с риском, предохранение от передачи заболевания, Системы поддержки <p>2. Основную ответственность за проведение Краткой повторной оценки несет сотрудник кейс-менеджмента. Проведение Краткой повторной оценки производится по телефону или при личной встрече.</p> <p>3. В случае программ поддерживающего кейс-менеджмента, заключение краткой повторной оценки должно быть составлено в виде таблицы. В качестве документа проведения Краткой повторной оценки можно использовать новую или текущую обновленную форму Краткого приема/оценки, специально предназначенную форму или же детальное описание успехов и прогрессирования клиента в том, что касается пунктов с 1a до 1c.</p> <p>4. Документация должна включать в себя соответствующие документы, в частности, Разрешение на доступ к конфиденциальной информации, касающейся ВИЧ-инфекции, согласно статье 27-F Закона Общественного Здравоохранения, а также другие документы, согласно соответствующим законам.</p> <p>5. Методы и правила кейс-менеджмента включают в себя руководства проведения полной повторной оценки, ответственных сотрудников и вышестоящих сотрудников для наблюдения и одобрения процесса.</p>
--	---

Исключения:

В случае Программ СПИДа дневного наблюдения, использование форм, разработанных или одобренных Институтом СПИДа, не требуется.

Пути повышения эффективности.

Обсуждение случая с основными участниками, проведенное до или после процедуры повторной оценки поможет увеличить, а также уточнить информацию по данному случаю и, кроме того, участники случая смогут принять непосредственное участие в планировании обслуживания.

Также смотрите пути повышения эффективности в разделе "Полная оценка".

Дополнительные материалы:

Примерные формы одобрены Институтом СПИДа для выполнения Начальной полной оценки есть на сайте Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

VIII. Обновление плана обслуживания.

Повторная оценка всегда сопровождается пересмотром Плана обслуживания. Однако, План обслуживания может быть пересмотрен и между проведением повторных оценок для оптимального следования целям и потребностям клиента в планировании обслуживания.

Стандарты	Критерии
Составление нового или обновления предыдущего Плана обслуживания необходимо после проведения каждой повторной оценки или чаще в зависимости от изменений нужд или обстоятельств клиента, для оптимального соответствия задач и потребностей клиента и мероприятиям по ведению случая.	<ol style="list-style-type: none">1. В программах полного медицинского обслуживания, составление полного плана обслуживания происходит после каждой полной повторной оценки.2. В случае программ поддерживающего кейс-менеджмента, составление краткого плана обслуживания происходит при каждом проведении Краткой повторной оценки.

Пути повышения эффективности

Смотрите пути повышения эффективности, описанные в разделе Краткого или полного Плана обслуживания.

IX. Координирование и обсуждение случая.

Координирование случая представляет собой осуществление общения, обмен информацией и сотрудничество. Координирование случая происходит с регулярной частотой и включает кейс-менеджеров и других сотрудников, участвующих в обслуживании клиента. Координирование случая происходит внутри учреждения и между учреждениями и может включать в себя координирование услуг, уменьшение препятствий в доступе к тем или иным услугам, установление необходимых связей, а также другие мероприятия.

Обсуждение случая отличается от обязательной работы по координированию случая. Это более формальное, спланированное и структурированное мероприятие, которое происходит отдельно от плановых контактов. Целью обсуждения случая является обеспечение целостных, скоординированных и интегрированных услуг сотрудниками, а также уменьшение дубликации предоставляемого обслуживания. Обсуждение случая – это обычно общее мероприятие, в котором участвуют по одному или по несколько сотрудников из одного или нескольких учреждений, а также, если это целесообразно, клиент и близкие.

Обсуждение случая необходимо для установления и уточнения вопросов, касающихся статуса клиента или его родственников, их нужд и задач, для проведения обзора

мероприятий, оценки прогрессирования клиента, препятствий на пути решения поставленных задач. Кроме того, определение ролей и обязанностей, разрешение конфликтных ситуаций и составление стратегических планов, оценка настоящего плана обслуживания происходит в основном путем проведения обсуждений случаев.

Обсуждение случая можно проводить в виде встреч или видеоконференций через определенные интервалы времени или при возникновении необходимости в виде значительных изменений. Результаты обсуждения случая должны быть занесены в документацию клиента.

Стандарты	Критерии
<p>В программах поддерживающего или полного кейс-менеджмента процедура координирования необходимых услуг входит в обязательную часть программы, на протяжении обслуживания, координированию подлежат услуги, предоставляемые в институте и в муниципальных учреждениях, медицинское и немедицинское обслуживание, услуги социальной поддержки.</p> <p>Обсуждение случая представляет собой особый путь координирования предоставляемых услуг.</p> <p>Ограничения по времени: Обсуждение случая в рамках программы полного кейс-менеджмента. Как минимум каждые 180 дней. При возникновении необходимости.</p> <p>Ограничения по времени: Обсуждение случая в рамках программы поддерживающего кейс-менеджмента. Не обязательно для проведения. Рекомендуется при необходимости.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мероприятия, проводимые по координированию случая, включают в себя частые контакты с сотрудниками других учреждений, предоставляющими услуги. Результаты мероприятий координирования должны быть занесены в документацию клиента и записи его прогрессирования. 2. Результаты обсуждения случая с основными учреждениями, предоставляющими услуги, должны быть занесены в документацию клиента и записи его прогрессирования. 3. Право клиента на конфиденциальность и сохранность информации должно быть сохранено при контактах с учреждениями, предоставляющими услуги. Необходимо получить согласие клиента на консультацию с другими учреждениями, предоставляющими услуги. Действия учреждения, предоставляющего услуги, должны быть согласованы со статьей 27F Закона Общественного Здравоохранения касающейся конфиденциальной информации о ВИЧ-инфекции.

Пути повышения эффективности.

Применение формы для проведения обсуждения случая поможет более эффективному ведению записей участников, обсуждаемых тем, а также необходимого последующего наблюдения клиента. Подобные формы раздают участникам, используя форму, участник обсуждения случая помнит о своем участии, роли и мероприятиях данного обсуждения.

Обсуждение случая, которое проводится путем встречи лицом к лицу всех участников, будет гораздо эффективнее в плане выяснения спорных вопросов и разрешения конфликтов, чем обсуждение случая, проводимое посредством других способов, например телеконференции. Личное участие клиента в обсуждении случая совместно с кейс-менеджером поможет прояснить его роль в процессе кейс-менеджмента и побудит к более активному участию.

Дополнительные материалы:

Примерные формы одобренные Институтом СПИДа для выполнения Начальной полной оценки есть на сайте Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

X. Вмешательство в случае кризиса.

Благодаря определенной политике действий и специального обучения персонала действиям в кризисных ситуациях, возможно быстрое разрешение чрезвычайной ситуации и сведение до минимума неблагоприятных последствий (медицинских, социальных, физических или эмоциональных).

Стандарты	Критерии
В учреждении существует специально принятая тактика действий и мер для немедленного и эффективного разрешения чрезвычайных ситуаций.	1. Всем клиентам предоставляют все необходимые контакты для обращения в случае чрезвычайной ситуации, эта информация включает в себя необходимые услуги и ресурсы для использования во внерабочее время. 2. Необходимость составления кризисного плана устанавливается для каждого клиента индивидуально. Индивидуальный план действия в случае кризиса должен содержать информацию для доступа к необходимым услугам в течение 24 часов. 3. Сотрудники кейс-менеджмента прошли специальное обучение и знают, как действовать в случае возникновения кризисных ситуаций. 4. Административное руководство по Методам и процедурам включает протокол вмешательства в кризисные ситуации.
Клиенты знают, куда обратится для наблюдения после кризиса.	

Пути повышения эффективности.

Каждый план действия в кризисных ситуациях разработан индивидуально для каждого клиента. Составление плана необходимо для того, чтобы скоординировать действия клиента и доступ к необходимым услугам в случае кризиса, план содержит необходимую контактную информацию и инструкции. Содержание и объем плана согласуется с возникновением у клиента проблем со здоровьем или определенных жизненных обстоятельств. Например, в случае клиентов, имеющих определенные психические проблемы или находящиеся в группе риска насилия в семье, должен быть составлен план, который включает в себя профилактику данных проблем для минимизации последствий кризисной ситуации.

Кейс-менеджеры обсуждают с клиентом причины возникновения кризисной ситуации.

Кейс-менеджеры имеют необходимые ресурсы для обеспечения качественного и правильного вмешательства в кризисную ситуацию.

Программа должна включать в себя алгоритм оценки индивидуального использования услуг по вмешательству в кризисную ситуацию (например, частота и повторение кризисных ситуаций, разрешение кризисных ситуаций), с целью минимизации ситуаций, ведущих к появлению кризисов.

XI. Закрытие случая.

В случае клиентов, которые больше не участвуют в каком-либо кейс-менеджменте, предполагается закрытие случая на основании критериев и протокола указанного в разделе программы "Методы и Процедуры". Краткий обзор случая, проводимый при закрытии, обычно включает в себя отметки о прогрессировании клиента в выполнении намеченных задач.

Обычно причины для закрытия дела включают в себя следующее:

- Клиент потерял интерес к программе или не участвует в обслуживании.
- Клиент сам хочет завершить обслуживание.

- Переезд клиента в другое место, вне зоны обслуживания.
- Учреждение закрывает случай согласно указанному в разделе "Методы и процедуры".
- Взаимное соглашение.
- Клиент более не нуждается в обслуживании.
- Клиент выполнил задачи, поставленные в программе по ведению случая.
- Клиент больше не подходит по критериям "пригодности".
- Клиент получил направление на другую программу, сходную по содержанию обслуживания.

Стандарты	Критерии
После окончания активного обслуживания по ведению случая, случай клиента закрывают. Закрытие случая сопровождается составлением краткого обзора случая.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Документация, составляемая при закрытии случая, включает в себя указание причины закрытия случая и краткий обзор случая. 2. Вышестоящий сотрудник учреждения одобряет закрытие случая путем подписи на кратком обзоре случая. 3. Критерии и протокол закрытия случая указаны в разделе Методы и процедуры (Смотрите раздел 5 - Требования для всех программ кейс-менеджмента).

Пути повышения эффективности.

Кейс-менеджеры предпринимают попытки вернуть утраченный интерес и желание клиента к участию в программе. Такие попытки могут включать посещения на дому, письма по почте или электронные, телефонные звонки.

Также, может быть необходим контакт с учреждениями, предоставляющими медицинское и социальное обслуживание клиенту (с предварительного согласия клиента).

При прекращении обслуживания, можно, при необходимости, провести заключительное собеседование.

Кейс-менеджеры должны стремиться сохранить всю документацию для дальнейшего использования при контактах с учреждениями, предоставляющими обслуживание.

Дополнительные материалы:

Примерные формы, одобренные Институтом СПИДа для выполнения Начальной полной оценки, есть на сайте Департамента Здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

5. Требования для всех программ кейс-менеджмента.

Методы и Процедуры.

В каждом учреждении, которое предоставляет программы кейс-менеджмента, должны быть указаны в виде документации Методы и Процедуры кейс-менеджмента. Методы и Процедуры необходимо предоставить к рассмотрению Института СПИДа, также они должны быть размещены на Интернет-сайте и доступны сотрудникам. Составление Методов и Процедур должно быть основано на использовании в качестве основы Стандартов Кейс-менеджмента Института СПИДа. Методы и Процедуры для программ полного и поддерживающего кейс-менеджмента должны включать в себя следующие темы, если не оговорено иначе:

Структура программы

Модель(модели) кейс-менеджмента - модель программы кейс-менеджмента, одобренная Институтом СПИДа. В случае наличия обеих моделей программ кейс-менеджмента, полной и поддерживающей, необходимо указание алгоритма, по которому клиент может быть определен к той или иной модели, а также пути, по которому клиент может переключаться с программы одной модели на другую возникновении необходимости или если произойдут изменения его нужд и обстоятельств. Если учреждение может предоставить программы только одной модели кейс-менеджмента, то необходимо указать путь, по которому клиент может поменять программу, в случае если его потребности превышают пакет услуг, предоставляемых настоящей программой или наоборот.

Пригодность клиента и процедура вступления в программу - требования и критерии оценки "пригодности" клиента к вступлению в программу кейс-менеджмента, то есть процедуру, проводимую сотрудниками кейс-менеджмента для оценки клиента. Рассмотрению подлежат источники финансирования медицинского обслуживания, документация.

Согласие на услуги по ведению случая - подразумевается, что на все услуги, предполагаемые программой кейс-менеджмента, должно быть согласие клиента, что означает его добровольное участие в программе. Необходимо описание процедуры получения письменного согласия клиента на получение кейс-менеджмента, что должно быть осуществлено во время проведения Краткого приема/оценки. Необходимо составить форму письменного согласия. Согласие должно включать описание услуг по ведению случая и право клиента отказаться от любой или от всех услуг.

Вмешательство в случае кризиса - составление инструкции/протокола клиенту для координации его действий в случае возникновения кризисной ситуации во внерабочее время и во время работы учреждения. Необходимые услуги по вмешательству в случае кризиса должны быть доступны во внерабочее время, а также необходимо разработать процедуру обеспечения информацией о доступе к данным услугам для клиентов. Необходимо разработать процедуру проведения оценки клиентов с позиции необходимости составления для них индивидуального плана действия в кризисной ситуации и обеспечения их необходимой информацией. Необходимо проведение обучения персонала действиям в подобных ситуациях.

Документация - ведение записей по случаю клиента: 1)отметки о прогрессировании клиента, при контактах с клиентом или после мероприятий, выполняются кейс-менеджером, 2)все необходимые формы, 3)подписи и даты проведения обслуживания. Необходимо определить, какая документация требует просмотра и одобрения вышестоящего сотрудника, его подписи (оценочные формы, повторные оценки, формы закрытия случаев и т.д.). Необходимо планировать политику защиты личной информации и конфиденциальности клиента.

Конфиденциальность клиента - это политика учреждения, проводимая в соответствии с Законом о конфиденциальности штата Нью-Йорк, касающейся разглашения конфиденциальной информации о ВИЧ-инфекции, полученной во время работы с клиентом. Требования о конфиденциальности включают в себя письменное согласие клиента на использование информации, касающейся ВИЧ-инфекции и запрещение ее дальнейшего использования без специального письменного согласия клиента (смотрите форму DON 2257, ссылка на HIPAA Compliant Authorization for release of Medical Information and Confidential HIV-related information на сайте: <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/forms>) В методах и процедурах должно быть указано общее описание способов сохранения конфиденциальности клиента (дополнительная охрана документации, информации о

встречах, зонах ожидания, обратных адресов на конвертах писем, присланных в учреждение и т.д.)

Права и обязанности клиента (не обязательно, но рекомендуется) - представление клиенту краткого обзора основных положений, в начале программы и для определения взаимного согласия относительно того, что именно ожидает клиент от программы.

Недовольство клиента - это процедура подачи жалобы и алгоритм принятия мер для ответа на жалобу. Необходимо назначить ответственных сотрудников, необходимую документацию, процесс рассмотрения причины жалобы, процесс апелляции, ограничения по времени, меры сохранения конфиденциальности, процесс разрешения проблем между клиентом и сотрудниками.

Вклад клиента - опрос клиентов относительно их отношения к настоящим и запланированным услугам, консультативные комиссии, состоящие из клиентов, фокусные группы, опросы клиентов относительно их удовлетворения услугами. Сюда также входит информация о времени и частоте проведения подобных мероприятий.

Сведения/данные - процедура введения информации в единую систему сбора информации Института СПИДа. Сведения включают в себя информацию о сотруднике, ответственном за кейс-менеджмент; частота и время занесения информации, процедуры проведения внешней оценки и сообщения Институту СПИДа.

Повышение качества/гарантия качества - пути проведения оценки услуг программ кейс-менеджмента и мер по повышению их качества. Необходимо составление плана действий по предоставлению гарантий качества обслуживания, план должен включать в себя регулярное и спонтанное проведение оценки кейс-менеджмента и административных проверок программ кейс-менеджмента. Составьте краткий план повышения качества программ, назначьте ответственных сотрудников и определите возможности участия клиентов, также определите методы оценки параметров, измерение результатов и продвижение проектов по улучшению качества. Методы и процедуры должны соответствовать нормам Института СПИДа относительно Программ Повышения качества. (Смотрите http://www.hivguidelines.org/public_html/qoc-program/qoc_improvement_standard.htm).

Составные части программ.

Обсуждение случая - процесс, документация и частота, необходимая для проведения обсуждения случая со сторонами, предоставляющими услуги клиенту. Включает в себя определение условий, когда рекомендовано проведение обсуждения случая (смотрите глоссарий, где указано определение "обсуждения случая", а также стандарты проведения обсуждения случая).

Контакты с клиентом – минимально ожидаемые встречи кейс-менеджера с клиентом, частота определяется Институтом СПИДа или политикой учреждения (Общие правила проведения контактов с клиентом относительно программ каждой модели, смотрите Внедрение Плана обслуживания, Встреча с клиентом, Ведение и Последующее наблюдение в разделе 4, часть VI).

Направления - выдача направлений на получение услуг, ведения и последующего наблюдения в других учреждениях, включает составление необходимой документации. Рекомендовано составление списка учреждений или наиболее предпочтительных из них, их контактной информации.

Предохранение от ВИЧ - меры по профилактике ВИЧ-инфекции (первичной и вторичной передачи ВИЧ-инфекции), включенные в кейс-менеджмент. Составьте план для проведения оценки риска, настоящего и в прошлом, заражения ВИЧ-инфекцией клиентом своего полового партнера или при использовании наркотиков. Также необходимо провести оценку поведения клиента, связанного с риском первичного или повторного заражения инфекцией, а также с риском прогрессирования заболевания. Объясните, какие меры следует принять для получения необходимых направлений, обслуживания и последующего наблюдения. Клиент должен быть обеспечен всей необходимой информацией по извещению партнера, а также о том где можно получить направления на различные услуги по профилактике инфекции.

Закрытие случая - протокол процедуры закрытия программы кейс-менеджмента, включает в себя критерии для закрытия случая, процедура проведения закрытия, необходимая документация. Необходимо четкое определение действий сотрудников относительно нахождения и взаимодействия с клиентами, которые не выполняют свои обязательства относительно участия в программах, например, не посещают обслуживание. Установите временные рамки и процедуру закрытия случаев клиентов, которые "исчезли". Определите вышестоящих сотрудников, которые будут осуществлять одобрение и ставить подпись на документы по закрытию случая.

Персонал.

Квалификация сотрудников - описание характеристик и квалификации, требуемой для кейс-менеджеров, необходимо наличие как минимум А1 (Смотрите Квалификация Персонала).

Структура предоставления услуг - подразумевает собой план предоставления обслуживания. Укажите модель кейс-менеджмента, участие одного или группы сотрудников, участие вышестоящих сотрудников. Предоставьте описание обязанностей каждой позиции, организацию сотрудников учреждения и программ кейс-менеджмента.

Контроль сотрудников - описание осуществления контроля за сотрудниками и их действиями. Назначьте ответственных сотрудников, определите частоту и способ проведения контрольного наблюдения (оценки работы сотрудника), а также необходимую документацию.

Обучение персонала - описание программ обучения персонала, в том числе ориентацию, темы обучения, частота проведения обучения. Составьте описание способов оценки потребностей персонала в обучении, способов оценки наблюдения и документации. Программа обучения должна включать ежегодное обучение относительно сохранения конфиденциальности и сопровождаться аттестацией каждого сотрудника.

Загруженность учреждения

В каждой программе кейс-менеджмента должен присутствовать алгоритм определения клиентов, активно участвующих в программе, то есть степень загруженности случаями одного или группы сотрудников. Для того, чтобы предотвратить перегрузку кейс-менеджера и сохранить необходимое качество обслуживания, требования Института СПИДа включают в себя единоразовое установление лимита количества случаев на сотрудника или же ежегодное установление плана выполнения кейс-менеджмента.

Сотрудники Института СПИДа, работающие в частном порядке, могут сами устанавливать лимиты.

В случае программ полного кейс-менеджмента, Рекомендации Института СПИДа включают не более 15-20 клиентов на одного сотрудника. При участии группы сотрудников, загруженность можно увеличивать на 10 клиентов для каждого дополнительного участника группы ведения. Рекомендуемое количество клиентов на группу сотрудников из 3-х человек является 30-35 человек.

В случае программ поддерживающего кейс-менеджмента, загруженность сотрудников кейс-менеджмента определена в Методах и процедурах, или в годовом плане и устанавливается в индивидуальном порядке, в зависимости от требований, установленных Институтотом СПИДа.

В случае проведения программ полного и поддерживающего кейс-менеджмента одними и теми же сотрудниками, в Методах и Процедурах программы должно быть указано рекомендованное количество случаев.

Квалификация персонала.

Квалификация кейс-менеджера.

Кейс-менеджер должен иметь 4 или 6 лет высшего образования по специальностям в здравоохранении или образовании, а также иметь опыт работы в течение одного года с ВИЧ-инфицированными и с пациентами, имеющими психические проблемы, бездомными или наркоманами. В случае сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Альтернативный вариант требований для сотрудника кейс-менеджмента - это 2 года обучения в ВУЗе по специальности в сфере услуг здравоохранения, наличие лицензии RN или LPN, или сертификат CASAC, а также 2 года опыта работы кейс-менеджером ВИЧ-инфицированных и людей с психическими проблемами, бездомными или наркоманами. В случае сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Освобождение от квалификационных требований.

В индивидуальном порядке, при одобрении Института СПИДа можно допустить определенные несоответствия вышеперечисленной квалификации. Образование или опыт работы, необходимый для рассмотрения освобождения от других квалификационных требований, включает в себя:

- 2 года опыта работы в предоставлении обслуживания ВИЧ-инфицированным, или
- 1 год опыта кейс-менеджмента и наличие 2 лет образования в сфере здравоохранения, или
- 1 год опыта кейс-менеджмента и 1 год опыта работы в предоставлении обслуживания ВИЧ-инфицированным, или
- 4 или 6 лет образования в сфере здравоохранения.

Опыт работы в кейс-менеджменте должен включать в себя действия по приему клиента, проведение начальной и повторной оценки, планирование обслуживания, координирование

случая, обсуждение случая, внедрение плана обслуживания, вмешательство в случае кризиса, ведение и последующее наблюдение, закрытие случая.

Квалификация вышестоящего сотрудника по ведению случая.

Вышестоящий кейс-менеджер должен иметь степень Магистра в сфере услуг связанных со здоровьем или образованием, а также иметь опыт работы в течение одного года с ВИЧ-инфицированными и с пациентами, имеющими психические проблемы, бездомными или наркоманами. В случае вышестоящего сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Альтернативный вариант требований для сотрудника кейс-менеджмента - это наличие степени бакалавра в сфере услуг здравоохранения или образования и 2 года опыта осуществления контроля кейс-менеджмента ВИЧ-инфицированных и людей с психическими проблемами, бездомных или наркоманов. В случае вышестоящего сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Освобождение от квалификационных требований кандидата на позицию вышестоящего сотрудника.

В индивидуальном порядке, при одобрении Института СПИДа можно допустить определенные несоответствия вышеперечисленной квалификации вышестоящего сотрудника кейс-менеджмента.

6. Стандарты Института СПИДа для кейс-менеджмента. Краткий обзор.

	Основные элементы	Полное	Поддерживающее
1	Краткий прием/оценка	В течение 15 дней с момента направления Если направление на обслуживание исходит из медицинского центра ВИЧ, краткий прием/оценку необходимо выполнить во время проведения начальных полных посещений. СПИД программы дневного наблюдения: не требуется	В течение 15 дней с момента направления Если направление на обслуживание исходит из медицинского центра ВИЧ, краткий прием/оценку необходимо выполнить во время проведения начальных полных посещений.
2	Выбор подходящей модели программы и места проведения.	Обязательно	Обязательно
3	Краткий план обслуживания	Обязательно (если есть необходимость в услугах по ведению случая), после проведения Краткого приема/оценки	Обязательно (если есть необходимость в услугах по ведению случая), после проведения Краткого приема/оценки
4	Одобрение краткого плана обслуживания вышестоящим сотрудником	Как указано в Методах и Процедурах определенной программы	Как указано в Методах и Процедурах определенной программы
5	Начальная полная оценка	В течение 60 дней с момента проведения Краткого приема/оценки В случае программ дневного наблюдения (ADHC) в течение 30 дней с начала программы.	не требуется
6	Начальный полный план обслуживания	В течение 60 дней с момента проведения Краткого приема/оценки В случае программ дневного наблюдения (ADHC) в течении 30 дней с начала программы.	не требуется
7	Одобрения вышестоящим сотрудником начальной полной оценки и начального плана обслуживания	Обязательно	не требуется
8	Документация последующего наблюдения	Обязательно	Обязательно
9	Повторная оценка	Выполнение повторной оценки каждые 180 дней или чаще, по мере необходимости В случае программ дневного наблюдения (ADHC) выполнение повторной оценки проводится каждые 90 дней.	Краткая повторная оценка для постоянных участников программы проводится каждые 180 дней или чаще, при необходимости. Выполнение путем личных встреч или проводится по телефону. В учреждениях, предоставляющих медицинское обслуживание ВИЧ-инфицированным, обновление Краткого приема/оценки необходимо проводить ежегодно, в случае неактивно участвующих клиентов.

10	Внесение изменений в план обслуживания	Выполняется по мере необходимости при изменении обстоятельств клиента и появления потребности в новых услугах. Необходимо при каждом проведении полной повторной оценки. В случае программ дневного наблюдения (ADHC) внесение изменений в план обслуживания проводится каждые 90 дней.	Выполнение при появлении изменений обстоятельств клиента, вызывающих потребность в новой услуге. Проводится при выполнении краткой повторной оценки или при ежегодном обновлении краткого приема/оценки.
11	Одобрение повторной оценки и обновления плана вышестоящим сотрудником.	Обязательно	Как указано в Методах и процедурах программы.
12	Координирование случая, проводимое внутри учреждения и с другими учреждениями а) Обсуждение случая в) Частота проведенных обсуждений случая	Обязательно проведение координирования и обсуждения. а) Обязательно проведение обсуждения случая, в) По необходимости, как минимум каждые 180 дней	Обязательно проведение координирования и обсуждения. а) Рекомендовано проведение обсуждения случая, в) По необходимости
13	Лимит загруженности сотрудников	Рекомендовано ведение 15-20 случаев одним сотрудником, 30-35 случаев на группу сотрудников из трех человек	Как установлено в плане программы или в Методах и процедурах
14	Контакты сотрудника кейс-менеджмента с клиентом	Многочисленные частые встречи	Многочисленные контакты, по желанию клиента
15	Вмешательство в случае кризиса	Обязательно	Обязательно
16	Оценка ситуации в семье	Обязательно	Не требуется, за исключением определенных программ
17	Посещения на дому	Обязательно, за исключением определенных программ	Не требуется, за исключением определенных программ
18	Когда проводить посещения на дому	По необходимости. Как минимум, при проведении начальной полной оценки и повторной оценки. За исключением определенных программ.	не требуется
19	Краткий обзор закрытия случая	обязательно	обязательно
20	Одобрение закрытия случая вышестоящим сотрудником	обязательно	обязательно
21	Квалификация сотрудника кейс-менеджмента	Смотрите ниже следующее описание квалификации сотрудника кейс-менеджмента*	Смотрите ниже следующее описание квалификации сотрудника кейс-менеджмента*
22		Смотрите ниже следующее описание квалификации вышестоящего сотрудника кейс-менеджмента**	Смотрите ниже следующее описание квалификации вышестоящего сотрудника кейс-менеджмента**
23	Пригодность клиента	ВИЧ-положительный и его семья	ВИЧ-положительный
24	Методы и Процедуры в письменном виде***	Обязательно	Обязательно

***Квалификация кейс-менеджера.**

Кейс-менеджер должен иметь 4 или 6 лет образования в ВУЗе по специальностям в сфере услуг связанных со здоровьем или образованием, а также иметь опыт работы в течение одного года с ВИЧ-инфицированными и с пациентами, имеющими психические проблемы,

бездомными или наркоманами. В случае сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями,

ИЛИ

2 года обучения в ВУЗе по специальности в сфере услуг здравоохранения, наличие лицензии лицензированной или сертифицированной медсестры, или сертификат CASAC, а также 2 года опыта работы кейс-менеджером ВИЧ-инфицированных и людей с психическими проблемами, бездомными или наркоманами. В случае сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Примечание:

В индивидуальном порядке, при одобрении Института СПИДа можно допустить определенные несоответствия вышеперечисленной квалификации кейс-менеджера.

Примеры образования или опыта работы, необходимых для рассмотрения освобождения от других квалификационных требований:

2 года опыта работы в предоставлении обслуживания ВИЧ-инфицированным, **ИЛИ**
1 год кейс-менеджмента и наличие 2 лет образования в сфере здравоохранения,

ИЛИ

1 год опыта кейс-менеджмента и 1 год работы в предоставлении обслуживания ВИЧ-инфицированным,

ИЛИ

степень бакалавра или магистра в сфере здравоохранения.

Опыт работы в кейс-менеджменте должен включать в себя действия по приему клиента, проведение начальной и повторной оценки, планирование обслуживания, координирование случая, обсуждение случая, внедрение плана обслуживания, вмешательство в случае кризиса, ведение и последующее наблюдение, закрытие случая.

****Квалификация вышестоящего сотрудника по ведению случая.**

Вышестоящий сотрудник кейс-менеджмента должен иметь степень Магистра в сфере услуг связанных со здоровьем или образованием, а также иметь опыт работы в течение одного года с ВИЧ-инфицированными и с пациентами, имеющими психические проблемы, бездомными или наркоманами. В случае вышестоящего сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями,

ИЛИ

наличие степени бакалавра в сфере услуг связанных со здоровьем или образованием и 2 года опыта осуществления контроля ведения случаев ВИЧ-инфицированных и людей с психическими проблемами, бездомных или наркоманов. В случае вышестоящего сотрудника, работающего в программах полного кейс-менеджмента или с определенными программами поддерживающего кейс-менеджмента, также необходим опыт работы с семьями.

Примечание:

В индивидуальном порядке, при одобрении Института СПИДа можно допустить определенные несоответствия вышеперечисленной квалификации вышестоящего сотрудника кейс-менеджмента.

*****Методы и процедуры и требования относительно всех программ кейс-менеджмента.**

Каждая программа кейс-менеджмента должна содержать методы и процедуры, которые описывают определенные элементы дизайна программы, мероприятий программы и участвующих сотрудников. Методы и процедуры должны содержать описание модели программы кейс-менеджмента, критерии "пригодности" клиента к программе, процедура начала программы, согласие клиента на получение обслуживания, вмешательство в случае кризиса, документация, сохранение конфиденциальности клиента, права и обязанности клиента, подача жалобы, сбор информации и составление докладов, пути повышения качества обслуживания/гарантии качества, обсуждение случая, контакты с клиентом, направления, меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции, закрытие случая, квалификация персонала, квалификация вышестоящих сотрудников, обучение персонала, лимит загруженности сотрудников. В разделе 3 содержится более подробная информация относительно норм кейс-менеджмента.

Примечание: Разработанные Институтом СПИДа стандарты кейс-менеджмента устанавливают минимальный набор услуг и требований к каждой программе, однако, определенные отделы в составе Института СПИДа могут устанавливать дополнительные требования к программам, находящимся под их наблюдением.

7. Глоссарий

Определения терминов в глоссарии должны рассматриваться в контексте кейс-менеджмента, как определено и описано нормами кейс-менеджмента Института СПИДа.

Мероприятия (план обслуживания): Набор задач или действий, определяется при обсуждении и соглашении клиента и сотрудника кейс-менеджмента, в результате происходит внедрение и/или выполнение целей и задач, установленных в Кратком или Полном плане обслуживания. Эти задачи могут быть установлены сотрудником или группой сотрудников кейс-менеджмента, клиентом, специально назначенным человеком или, в некоторых случаях, являться результатом совместных действий.

Острота (ситуации): Степень тяжести определенных потребностей клиента.

Программа дневного наблюдения для взрослых (ADHCP): проводится учреждением, имеющим лицензию на проведение подобных программ, выданную департаментом здравоохранения; программа включает в себя обеспечение медицинским обслуживанием, психосоциальной помощью ВИЧ-положительных людей.

Учреждение: Организация, предоставляющая услуги по ведению случая, а также та, куда клиент получил направление на обслуживание. Учреждение обычно представляет из себя организацию, которая осуществляет спонсорскую поддержку программ кейс-менеджмента, предоставляя услуги по ведению случая.

Инициативный проект Института СПИДа: Работает в рамках Института СПИДа, представляет из себя организованное усилие с определенной финансовой поддержкой и требованиями к программе, которые устанавливает для обеспечения какой-либо определенной услуги или ответа на особую нужду клиента в рамках продолжения программы. Инициативные проекты могут осуществляться в области образования, охраны здоровья и муниципальных программ предотвращения передачи инфекции, медицинскому обслуживанию, обслуживанию хронических больных, поддержка клиентов. Инициативные проекты Института СПИДа, предоставляющие услуги по кейс-менеджмента, которые должны отвечать установленным нормам кейс-менеджмента: Программа дневного наблюдения (ADHCP),

Центры педиатрической помощи ВИЧ,

COBRA, муниципальная программа наблюдения,

Муниципальные программы начального наблюдения ВИЧ и предохранения,

Муниципальные программы обслуживания (CSP),

Установленные центры СПИДа (DACS),

Семейные центры медицинского обслуживания,

ВИЧ программы начального наблюдения и предохранения для наркоманов,

Обслуживание для ВИЧ-инфицированных женщин и их семей,

Многофункциональные центры обслуживания (MSA),

Программы кейс-менеджмента Ryan White Title II,

Программы поддержки жильем,

Программы медицинского обслуживания, ориентированные на молодежь (Специальные центры),

Пути повышения эффективности: Технологии, методики и действия, проверенные опытным путем, признанные эффективными в достижении нужных результатов. Пути повышения

эффективности могут заключаться в рекомендациях действий, которые могут помочь учреждению в достижении или превышении необходимых результатов.

Обсуждение случая: Формальное, запланированное и структурированное мероприятие, проводимое отдельно от обычной встречи с клиентом. Данное мероприятие проводится с целью встречи всех участников обслуживания по ведению случая для обеспечения интеграции и скоординированности услуг и для избежания возможных повторов. Обсуждение случая обычно включает в себя участие всех сторон, в том числе клиента и его родственников. Обсуждение случая точно установит статус клиента, оценить прогрессирование клиента и наличие препятствий на пути к выполнению задач, определить роли и обязанности участников обсуждения случая, создать интегрированный план обслуживания или осуществить коррекцию настоящего плана для оптимального соответствия состоянию клиента. Обсуждения случая можно проводить запланировано и через определенные интервалы времени, а также при значительных изменениях обстоятельств клиента, кризисе, или при отсутствии прогрессирования.

Сотрудник кейс-менеджмента: человек, ответственный за выполнение действий, связанных с ведением случая, включая проведение оценки, планирование обслуживания, внедрение плана обслуживания, координирование услуг, ведение и последующее наблюдение, проведение повторной оценки, обсуждения случая, вмешательство в случае кризиса, закрытия случая. Примечание: В некоторых учреждениях, человек, выполняющий вышеперечисленные действия, может не называться сотрудником кейс-менеджмента, однако он должен соответствовать квалификации, указанной в разделе 5 "Квалификация персонала".

Выбор модели программы кейс-менеджмента: Процесс, в течении которого сотрудник кейс-менеджмента и клиент определяют подходящую модель кейс-менеджмента, на которую клиент соглашается. Выбор модели программы кейс-менеджмента происходит после завершения Краткого приема/оценки.

Дети: Лица, моложе 21 года, живущие в доме клиента или в другом месте и имеющие родственные связи с клиентом или его родственниками (социальные или биологические) или находящиеся под ответственностью клиента или его родственников.

Согласие клиента на ведение его случая: Специальная форма согласия, которая выдается клиенту для ознакомления и заполнения после проведения Краткого приема/оценки и выбора модели кейс-менеджмента. Форма содержит описание услуг по ведению случая, добровольный характер участия в программе, а также право отказаться от всех или от каких-либо определенных услуг. Подпись клиента означает его согласие на участие в программе кейс-менеджмента.

Родственник: Любое лицо, которое играет важную роль в жизни клиента или является зависимым от клиента (дети, партнер, родители и др.).

Муниципальная(общественная) организация: Некоммерческое учреждение, управляемое Советом директоров, персонал набирается из числа живущих в районе, который обслуживается учреждением. Такие учреждения могут получать финансовую поддержку для обеспечения определенных медицинских и социальных услуг лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией. Услуги могут включать в себя ведение случаев, вмешательство в кризисные ситуации, помощь с жильем, питанием, предохранение от передачи инфекции и другие.

Полный медицинский прием: Обеспечение полного медицинского обследования для оценки состояния здоровья, определения уровня медицинского обслуживания, необходимого

клиенту или медицинского вмешательства для улучшения качества жизни. Полное медицинское обследование может включать в себя более одного визита и участие более одного учреждения или сотрудника.

Координирование: Контакт и обмен информацией между сотрудником кейс-менеджмента и другими лицами или учреждениями, предоставляющие услуги относительно медицинского обслуживания, психического здоровья, злоупотреблений, социальных услуг. Участники координирования должны быть осведомлены о состоянии клиента, получаемых услугах и задачах кейс-менеджмента. Координирование представляет из себя регулярные мероприятия, проводимые в процессе кейс-менеджмента, которые помогают оценить прогрессирование клиента или помехи прогрессирования, а также определить роли и обязанности учреждений, предоставляющих услуги клиенту и избежать повтора услуг.

Вмешательство в кризисную ситуацию: Немедленное действие со стороны лица или учреждения предоставляющего услуги, в ответ на возникновение кризисной ситуации, чрезвычайная ситуация может заключаться в возникновении медицинской проблемы, насилия в семье, кризис психического состояния и т.д.

Критерии: Условия соответствия нормам или информация для определения соответствия.

Культурная компетентность: Возможности персонала проводить обслуживание клиента в соответствии с его уровнем культуры, поведения, его устоев, а также делать обслуживание подходящим для клиента, относительно его пола, национальности, достатка, языка, состояния здоровья, сексуальной ориентации, возраста и других параметров. Обслуживание должно быть максимально комфортным и приемлемым для клиента. Культурная компетентность включает в себя планирование и предоставление обслуживания клиенту таким образом, чтобы максимально соответствовать его культуре.

Семья: Круг лиц, максимально близко поддерживающие клиента. Такое широкое определение семьи может включать в себя кровных родственников, партнеров, детей и друзей.

Цели (плана обслуживания): Максимально ожидаемые результаты, определенные с согласия клиента и сотрудника кейс-менеджмента. Должны быть простыми и достижимыми, быть основаны на задачах и мероприятиях, определенных сотрудником и клиентом.

Минимизация ущерба: Путь изменения поведенческих привычек с целью снижения риска, ассоциированного с приемом наркотиков и половой жизнью. Индивидуальный подход к клиенту, требующий проведения оценки настоящих поведенческих привычек клиента и проводящаяся без осуждения. Проводится согласно возможностям и желаниям клиента, постепенно.

Неотложные нужды: Нужды, определенные клиентом, требующие немедленного удовлетворения для разрешения критической ситуации и облегчения дальнейшего участия в программе.

Медицинское сопровождение кейс-менеджмента/координирование случая: Представляет собой предоставление медицинских услуг на базе медицинского учреждения одним из членов команды, обеспечивающей медицинское обслуживание пациента (обычно, медсестра, врач, назначенный социальный работник). Координатор медицинского обслуживания выполняет оценку психосоциального состояния клиента и обеспечивает предоставление ему основного набора услуг предназначенных ВИЧ-инфицированным

клиентам: оценку питания, обследование психического здоровья и на предмет злоупотреблений, вмешательство и лечение в случае необходимости, помощь в извещении партнера о статусе клиента. Координатор медицинского обслуживания осуществляет координирование медицинских услуг между учреждениями, предоставляющими услуги и сотрудниками кейс-менеджмента, а также своевременную выдачу направлений на получение услуг у специалистов, ведение и последующие наблюдения.

Обзор случая: Документация кейс-менеджмента, представляет собой краткое описание положений о состоянии клиента, сделанных во время проведения оценки. Могут быть выделены потребности клиента и составлен план ответа на эти потребности.

Задачи (план обслуживания): Действия, запланированные на непродолжительное время (6 месяцев или меньше), план действий составлен при взаимном согласии сотрудника кейс-менеджмента и клиента, результатом плана является выполнение задач и достигнений целей, обозначенных в плане. Цели и задачи четко оговорены, для их выполнения может быть необходимо принятие каких-либо шагов, действий, мероприятий.

Помощь в уведомлении партнера: Помогает установить, были ли прошлые и настоящие половые партнеры уведомлены о статусе клиента как ВИЧ-инфицированного, также это касается всех, кто мог пользоваться с клиентом одной иглой при инъекциях. Мероприятия могут включать в себя выбор или разработку способов для извещения партнеров, ролевые игры, направления на групповые обсуждения данного вопроса, или направления на Программы Уведомления Партнера. Вопрос необходимости уведомления партнеров должен рассматриваться регулярно в процессе кейс-менеджмента.

Объем программы: Возможности программы и персонала предоставить услуги необходимые для удовлетворения нужд клиента при ведении случая, включает в себя ресурсы программного обеспечения, дизайн программы, настоящая загруженность сотрудников.

Подтверждение статуса ВИЧ-инфицированного: Документация, подтверждающая статус ВИЧ-положительного, может быть в виде справки от врача, копий лабораторных анализов, результаты анализа на Т-клетки и наличие вируса, M-11Q или другая медицинская документация. Запрос подобной документации непосредственно от медицинского учреждения требует наличие согласия клиента, согласно статье 27-F закона о здравоохранении штата Нью-Йорк.

Выдача направлений/соглашения с учреждениями: Ранее установленные соглашения с различными учреждениями на прием и предоставление услуг клиентам по программам кейс-менеджмента. Постоянные партнерские отношения с учреждениями являются основой успешного обслуживания по ведению случаев.

Стандарты: Свод требований, подлежит выполнению при предоставлении полных или поддерживающих программ кейс-менеджмента одобренных Институтом СПИДа.

Службы поддержки: Нерегулярные разрозненные услуги помощи в повседневной жизни, в выполнении рутинных действий (еда, транспорт, группы поддержки). Группы поддержки получают финансовое обеспечение отдельно от программ кейс-менеджмента.

Преходящий кейс-менеджмент (программы для молодежи): Программы низкой интенсивности для привлечения молодых людей, состоящих в группе риска, для проведения медицинского обследования и предоставления медицинской и социальной помощи.

Преходящее планирование: Ограниченный во времени кейс-менеджмент, которое помогает продолжить участие в программе тем лицам, которые обнаружили свой статус ВИЧ-положительного в исправительном учреждении. Координирование медицинского обслуживания, помощь в предохранении от передачи и системы поддержки необходимы для обеспечения успешного перехода из исправительного учреждения в общество. Наблюдение после освобождения способствует дальнейшему участию в программе.

8. Формы

Формы для ведения документации при выполнении основных шагов кейс-менеджмента можно увидеть на сайте департамента здравоохранения штата Нью-Йорк <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/index.htm>, в разделе «Clinical quidelines, Standarts, and quality of care».

Формы предоставлены для разделов:

- Краткий прием/оценка
- Примерные Вопросы для определения нужд клиента и необходимого уровня программы кейс-менеджмента,
- Краткий план обслуживания
- Начальная полная оценка
- Полный план обслуживания
- Полная повторная оценка
- Форма для проведения обсуждения случая
- Форма для проведения закрытия случая

При появлении изменений в эпидемиологии ВИЧ-инфекции, необходимо постоянно обновлять документацию и процессы кейс-менеджмента. Смотрите вебсайт департамента здравоохранения штата Нью-Йорк регулярно для обновления форм и поступления новой информации.

Электронная версия Норм Института СПИДа для кейс-менеджмента также доступна на сайте.

***ПРАКТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ И ПРИНЦИПЫ АДМИНИСТРАТИВНОГО
УПРАВЛЕНИЯ ОКАЗАНИЕМ УСЛУГ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫМ КЛИЕНТАМ.***

Wisconsin AIDS/HIV Program
Bureau of Communicable Diseases
Division of Public Health
Wisconsin Department of Health and Family Services

Март, 2003

Содержание.

1.0. Теоретические основы.

- 1.1 Введение
- 1.2 Терминология
- 1.3 Разнообразие социальной работы
- 1.4 Обоснование необходимости использования стандартов

2.0. Структура социальной работы

- 2.1 Роль социальной работы
- 2.2 Принципы социальной работы
- 2.3 Назначение социального работника
- 2.4 Основные функции и виды деятельности
- 2.5 Задачи социальной работы

3.0 Стандарты и принципы социальной работы.

3.1 Суть стандартов

3.2 Стандарты и критерии

- 3.2.1 Прием в программу
- 3.2.2 Оценка потребностей клиента
- 3.2.3 Составление плана обслуживания
- 3.2.4 Контроль выполнения плана обслуживания
- 3.2.5 Переоценка потребностей клиента
- 3.2.6 Освобождение от обязательств/Передача полномочий

4.0 Административные принципы.

4.1 Введение

4.2 Подбор персонала

- 4.2.1 Инспектирование работы
- 4.2.2 Уровень подготовки социального работника
- 4.2.3 Вспомогательный персонал и дополнительные ресурсы
- 4.2.4 Волонтеры

4.3 Обучение

- 4.3.1 Обучение начального уровня
- 4.3.2 Текущее обучение

4.4 Ресурсы социальной службы

- 4.4.1 Укомплектование персоналом
- 4.4.2 Рабочее пространство
- 4.4.3 Управление стрессовыми ситуациями

4.5 Информация о клиенте

- 4.5.1 Соблюдение конфиденциальности

- 4.5.2 Личное дело клиента
- 4.5.3 Автоматизация работы с информацией по клиенту
- 4.5.4 Транспортировка личных дел и информации по клиентам

4.6 Передача полномочий

4.7 Создание и коррекция плана обслуживания клиента

- 4.7.1 Планирование программ
- 4.7.2 Оценка полученных результатов
- 4.7.3 Оценка деятельности социального работника
- 4.7.4 Информация о социальных программах и требования к ее предоставлению

4.8 Гарантии качества оказания услуг

Словарь терминов

Приложение 1: Оценка актуальности.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Этот документ является результатом работы нескольких групп, которые посвятили несколько лет улучшению качества обслуживания пациентов с ВИЧ-инфекцией в штате Висконсин. Главной задачей их исследований было определение практических стандартов и руководящих административных принципов психологической помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией с целью организации социальной службы в пределах штата.

В 1991 году в рамках Программы по ВИЧ/СПИД штата Висконсин была создана рабочая группа, задачей которой было усовершенствование практических стандартов управления в социальной работе для использования в организации социального обслуживания людей с ВИЧ-инфекцией. Признавая важность административной поддержки и контроля за оказанием услуг социальной помощи, при разработке административных принципов учитывалась организационная специфика социальной работы.

В 1993 *Практические стандарты и Административные принципы управления оказанием услуг социальной помощи ВИЧ-инфицированным клиентам* были переработаны и дополнены типовыми документами по социальной работе. С этого момента в структуру социальной службы вошли различные службы по оказанию услуг социальной помощи и постоянно увеличивающееся число людей, получающие социальную помощь.

В 2001 вновь была создана рабочая группа для пересмотра стандартов управления в социальной работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. Работа группы была направлена на дифференциацию оказания социальных услуг в зависимости от потребностей клиента и возможностей социальной службы. В результате был разработан метод комплексной оценки, в том числе для подростков и молодежи, с учетом изменения их психосоциальных потребностей. Выражаем благодарность нынешним членам группы по пересмотру Стандартов социальной работы: Дебби Бонилла, Анжела Бротигам, Лаура Брокл, Барб Куин, Чер Крабб, Энн Флеминг, Кати Фокс, Рома Хансон, Мэгги Кеннеди, Мич Лланас, Сильвия Ли-Томпсон, Майкл Макфадден, Гэйл Навакоу, Билл Пол, Пэм Роджерс, Джим Стодола, и Черил Тид. Также благодарим Фонд социальной помощи ВИЧ-инфицированным Чикаго, штат Иллинойс, Совет по планированию медицинского обслуживания Сан-Франциско, Управление по вопросам ВИЧ-инфекции Департамента общественного здравоохранения штата Калифорния и членов региональных рабочих групп, которые использовали и адаптировали разработанные методы.

Несомненно, стандарты и принципы социальной работы в будущем будут развиваться с учетом новых знаний и опыта, поэтому все отзывы и предложения по данному документу будут приняты с благодарностью. За дополнительной информацией, для получения дополнительных копий документа и предоставления комментариев можно обратиться по телефону 608/267-5287, факсу 608/266-2906, e-mail nahwag@dhfs.state.wi.us или написать по адресу:

Division of Public Health
AIDS/HIV Program
1 W. Wilson St., Room 318
PO Box 2659 Madison, WI 53701-2659

- 1.0** **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ.**
- 1.1** **ВВЕДЕНИЕ**
- 1.2** **ТЕРМИНОЛОГИЯ.**
- 1.3** **РАЗНООБРАЗИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**
- 1.4** **ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТАНДАРТОВ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ.**

1.1 Введение.

В течение двух десятилетий были достигнуты значительные успехи в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции. Использование высокоэффективной антиретровирусной терапии привело к тому, что в данный момент ВИЧ-инфекция рассматривается медиками как хроническое заболевание.

Социальные службы предлагают программы для возвращения на работу ВИЧ-инфицированных людей. Эти и многие другие программы призваны помочь клиентам с решением многих других проблем, кроме тех, которые возникают непосредственно после постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

Направленность социальной работы на оказание помощи людям с потребностью в услугах по охране здоровья и социальной помощи призвана обеспечить их независимое существование в обществе. Все чаще клиенты обращаются в службы социальной поддержки с растущим комплексом биопсихологических потребностей. ВИЧ-инфекция при этом является лишь одной из многих проблем, беспокоящих клиента, и не является основной причиной его беспокойства, хотя, несомненно, негативно влияет на жизненную ситуацию клиента.

Этот документ в первую очередь рассматривает традиционные методы оказания социальной поддержки ВИЧ-инфицированным людям, а не программы превентивной (с целью профилактики) социальной помощи (ПСМ), которые используются в ряде социальных служб штата Висконсин с 1999 года. Программы ПСМ предусматривают длительное индивидуальную разъяснительную и психологическую работу с ВИЧ-инфицированными людьми с целью изменения их образа жизни и снижение риска передачи ВИЧ-инфекции. Социальный работник и работник ПСМ работают совместно для предотвращения дублирования услуг предоставляемых клиенту.

1.2 ТЕРМИНОЛОГИЯ.

Словарь в конце статьи содержит основные термины и понятия, использованные в данном документе.

1.3 Разнообразие социальной работы.

В службы по оказанию услуг ВИЧ-инфицированным клиентам обращаются люди всех социальных групп и слоев. При создании стандартов оказания социальной помощи ВИЧ-инфицированным клиентам учитывалась необходимость их использования в различных случаях.

1.4 Обоснование использования стандартов в социальной работе.

Использование данных стандартов всеми службами социальной помощи гарантирует качество оказания услуг социальной поддержки, их последовательность и эффективность.

- 2.0** **СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.**
- 2.1** ***РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.***
- 2.2** ***ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.***
- 2.3** ***НАЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
РАБОТНИКА.***
- 2.4** ***ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ И ВИДЫ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.***
- 2.5** ***ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.***

2.1 РОЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.

Целью социальной работы является своевременное обеспечение клиентов со сложными потребностями необходимыми услугами и использование общественных ресурсов для обеспечения независимого существования клиента в обществе. В рамках оказания социальной поддержки предусмотрено активное участие клиента или его уполномоченного представителя во всех аспектах процесса управления социальными услугами, стимулирует совместную работу всех служб для увеличения эффективности, снижения стоимости и предотвращения дублирования услуг. Основной задачей социальной работы является удовлетворение потребностей людей с хроническими заболеваниями, а также людей с разнообразными потребностями в социальных услугах и тех, кто систематически испытывает сложности в доступе к социальным услугам.

2.2 ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.

Социальная поддержка гарантирует право клиента на:

- высокое качество жизни
- частную жизнь
- конфиденциальность
- самоопределение
- отсутствие дискриминации
- сострадание и заботу
- достойное отношение и уважение
- качественное оказание социальных услуг

2.3 НАЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.

Основной функцией социального работника является координация оказания услуг или достижение договоренности (официальной или неофициальной) об оказании услуг между различными службами. Основой эффективной работы является тесная связь между социальным работником, его коллегами и различными социальными ведомствами. Таким образом можно наладить эффективное сотрудничество между социальным работником, потребителем и другими службами, для соблюдения баланса между правом клиента на социальную защиту и права на самоопределение.

Кроме первичной функции координирования социальных услуг, социальные работники выполняют ряд других функций, таких как:

- достижение договоренности о предоставлении услуг, защита права клиента на их получение
- ориентирование и направление клиентов, нуждающихся в социальных услугах
- разъяснительная работа и консультации потребителей и профессионалов относительно ВИЧ-инфекции и социального обслуживания
- психологическая поддержка человека, находящегося в трудной жизненной ситуации, и членов его семьи
- использование ресурсов общества для удовлетворения потребностей клиента в соответствии с его ожиданиями (Поощрение совместных усилий для эффективного удовлетворения потребностей клиента).

2.4 ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ И ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Процесс управления в социальной работе включает в себя шесть основных функций, которые помогают оценить потребности клиента и обеспечить ему доступ к необходимым услугам:

- Прием в программу

Проверка и оценка соответствия требованиям получения социальных услуг, предоставление сведений о социальных программах, возможностях агентства по оказанию услуг и ограничениях на их получение.

- Оценивание

Оценка приоритетности человеческих потребностей.

- Составление плана обслуживания

Обеспечение доступа клиента к получению услуг, расширение спектра оказываемых услуг.

- Контроль и оценка.

Сбор данных для обоснования необходимости оказания данной услуги в рамках социальной программы.

- Переоценка потребностей клиента.

Переоценка потребностей клиента и корректировка плана оказания услуг ежегодно или при существенных изменениях в жизни клиента.

- Освобождение от обязательств/делегирование полномочий.

Официальное уведомление о невозможности в дальнейшем получать социальные услуги в данной социальной службе.

2.5 ЗАДАЧИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ.

Главными задачами менеджмента в социальной работе с ВИЧ-инфицированными клиентами являются:

- интеграция услуг различных социальных служб, оказание посреднических услуг в необходимых случаях

- облегчение доступа к необходимым услугам

- непрерывность заботы о клиенте

- повышение независимости и улучшение качества жизни клиента

- расширение знаний клиента о ВИЧ-инфекции и разъяснение необходимости изменения образа жизни

3.0 **СТАНДАРТЫ И ПРИНЦИПЫ РУКОВОДСТВА**

3.1 **СУТЬ СТАНДАРТОВ.**

3.2 **СТАНДАРТЫ И КРИТЕРИИ**

3.2.1 **ПРИЕМ В ПРОГРАММУ.**

3.2.2 **ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА.**

3.2.3 **СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ.**

3.2.4 **КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ.**

3.2.5 **ПЕРЕОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА.**

3.2.6 **ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ/ПЕРЕДАЧА ПОЛНОМОЧИЙ.**

3.1 СУТЬ СТАНДАРТОВ.

Стандарты управления в социальной работе составлены в соответствии с основными функциями и принципами социальной работы:

Стандарт: Установленный порядок для выполнения определенной работы.

Интерпретация: Детальное объяснение стандарта.

Основные шаги: Действия, необходимые для правильного выполнения стандарта.

Критерии: Показатели, по которым оценивается правильность выполнения стандарта.

Документация: Необходимая регистрация выполнения стандарта.

3.2.1 ПРИЕМ В ПРОГРАММУ

Стандарт: Люди, обратившиеся за социальной помощью, должны быть тщательно проверены на соответствие требованиям для получения услуг социальной помощи.

Интерпретация: Потенциальные клиенты, обратившиеся за социальной поддержкой должны пройти тщательную проверку на соответствие требованиям для оказания социальных услуг путем сбора информации и текущего контроля.

Основные шаги:

1. Прием в программу производится по запросу потенциального клиента или опекуна или третьего лица (названного клиентом).
2. Профессиональный социальный работник или волонтер с необходимыми профессиональными навыками производит отбор кандидатов по необходимым критериям для оказания услуг и оценивает необходимость в их немедленном оказании. Сотрудники должны быть готовы разрешить кризисные ситуации при их возникновении.
3. Необходимые информация может быть получена прямо или косвенно от потенциального клиента или другого источника информации. Клиент должен быть информирован об услугах, предоставляемых агентством и ограничениях на их получение.
4. Сотрудник, осуществляющий прием в программу, или уполномоченный социальный работник должен связаться с потребителями, чьи кандидатуры были отклонены, по крайней мере один раз в течение квартала после начального контакта для переоценки потребностей клиента и пригласить для повторной регистрации, если это необходимо.

Критерии:

1. В течение 2 рабочих дней после обращения в социальную службу, клиенту должна быть назначена встреча для проведения проверки для приема в программу.
2. Проверка должна быть начата не позднее 7 рабочих дней после контакта с потенциальным клиентом. Если в ходе проверки клиент признан соответствующим всем необходимым требованиям, его следует незамедлительно внести в списки социальной службы для комплексной оценки потребностей в социальном обслуживании и создания плана обслуживания. В том случае, если клиент отказывается от внесения в списки социальной службы, необходимо обсудить дальнейшие действия и выдать ему контактную информацию.
3. Социальные работники обязаны предоставить потенциальному клиенту описание услуг, предоставляемых социальной службой по работе с ВИЧ-инфицированными людьми. Ограничения в получении социальных услуг и роль специалиста по социальной работе также должны быть освещены в достаточной мере.

Документация:

1. Для регистрации необходимы следующие документы:
 - a. имя клиента
 - b. страна проживания
 - c. документы, подтверждающие ВИЧ-статус (по возможности, с информацией о том, кто,

когда и где проводил анализ).

d. контактная информация

e. причина и дата обращения

f. существующие проблемы, указанные клиентом, опекуном или лицом, осуществляющим уход.

g. наличие судимостей, рекомендации и потенциальная платежеспособность

h. люди, осведомленные о ВИЧ-статусе клиента

i. решение клиента о необходимости сохранении конфиденциальности личной информации.

j. решение потенциального клиента и сотрудников, ответственных за прием в программу, относительно внесения в список социальной службы и/или необходимости предоставления дополнительных сведений

3.2.2 ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА.

Стандарт: В ходе процесса оценки клиент и специалист по социальной работе должны проанализировать жизненную ситуацию клиента, определить его потребности и определить приоритетные направления для дальнейшей работы. Также необходимо учитывать мнение специалистов медицинской и патронажной службы, а также мнение близких клиенту людей.

Интерпретация: Оценка потребностей клиента должна проводиться социальным работником в ходе одной или нескольких бесед с клиентом, его опекуном или другим лицом, представляющим клиента, в тесном контакте с медицинскими и патронажными службами и родственниками и близкими клиента. Для вынесения более точной оценки используется ряд методов, таких как личная беседа с клиентом, анализ отчетов об услугах, предоставленных клиенту ранее, беседы со специалистами медицинской и патронажной службы, сотрудничество с членами социальной сети клиента, и сбор дополнительных сведений.

В ходе оценки устанавливаются:

- причины и степень остроты потребностей клиента
 - способность клиента удовлетворить существующие потребности
 - возможности социальной сети клиента для удовлетворения его текущих потребностей
 - возможности патронажной службы для удовлетворения нужд клиента
- уровень социального обслуживания (высокий, средний, низкий)

Основные шаги:

1. Оценка потребностей клиента проводится социальным работником службы по работе с ВИЧ-инфицированными людьми в соответствии с установленной процедурой. Родителей детей и подростков, а также лица, осуществляющего уход, также должны быть опрошены социальным работником. Обязательно активное участие подростков в процессе оценки их потребностей. Возможно привлечение к процессу оценки других сотрудников и волонтеров, обладающими необходимыми профессиональными навыками.

2. Личная беседа проводится в комфортной для клиента обстановке с соблюдением конфиденциальности.

3. Процесс удовлетворения потребностей клиента, укрепляет его веру в собственные силы и повышает самооценку. Очень важным является продолжение сотрудничества между социальным работником, медицинскими и патронажными службами, близкими для клиента людьми, поддержание межличностных контактов, проведение встреч.

Критерии:

1. Встреча для проведения оценки потребностей клиента должна быть назначена в течение 2 рабочих дней после внесения в списки социальной службы, если в личном деле клиента не было указано иначе. Оценка потребностей клиента производится социальным работником при одной или нескольких личных беседах с клиентом, которая проводится не позднее недели после внесения в список социальной службы.

2. После официального оформления личного дела клиента оценка его нужд производится социальным работником или другим компетентным сотрудником.

3. Социальный работник должен регулярно переоценивать, фиксировать и анализировать потребности клиента при активном участии самого клиента, специалистов медицинской и патронажной службы и родственников и близких клиента в следующих областях:

a. доход/активы

b. уровень благосостояния (взаимосвязь со страхованием, льготами для ветеранов и другими источниками финансовой поддержки)

c. наличие жилья

d. наличие работы

e. уровень образования (если клиент несовершеннолетний, то необходимо выяснить, кто в школе знает о его ВИЧ-статусе. Если необходимо – прогноз для трудоустройства, образовательные/профессиональные потребности, необходимость и/или возможность участия клиента в образовательных, реабилитационных и профессионально-технических программах. На этом этапе необходимо оценить грамотность и коммуникативные навыки клиента.

f. оценка физического состояния, оценка возможности реабилитации

g. психическое состояние клиента

h. согласно требованиям Устава штата Висконсин 49.45 (25), необходимо проведение осмотра комиссией каждого клиента моложе 21 года или с выявленными психическими нарушениями.

i. культурная, этническая или расовая принадлежность, в том числе услуги перевода с родного для клиента языка.

j. социальная поддержка (благотворительность, социальные службы, возникающие проблемы в социальных отношениях)

k. восприятие клиентом окружающей обстановки

l. отдых и увлечения (хобби)

m. ежедневная активность

n. транспортировка

o. правовой статус (доверенность, завещание, четкое планирование, причастность к юридической системе).

p. духовность/религия

q. знание основ личной гигиены, возможностей и ограничений, связанных с его диагнозом, путей передачи вируса ВИЧ и способ профилактики (если клиент несовершеннолетний, следует учитывать особенности поведения, связанные с возрастом и активно проводить разъяснительную работу).

r. доступность ресурсов общества, необходимых клиенту

s. оценка риска развития алкоголизма или наркомании

t. и другие важные особенности жизни клиента.

Одновременно должна проводиться оценка актуальности проблем клиента, что поможет определить необходимый объем помощи клиенту.

Клиент должен быть информирован о правах и обязанностях в сфере социального обслуживания в соответствии с общими принципами и порядками, устанавливаемыми каждой социальной службой самостоятельно. Клиент должен быть подробно информирован о доступных социальных программах и наличии возможностей для предоставления ему необходимых услуг.

Документация:

1. Личное дело клиента должно содержать следующую информацию:

- a. резюме основных данных анкеты
- b. краткое заключение о потребностях клиента
- c. оценку актуальности выявленных проблем
- d. список приоритетных направлений в работе и/или текущих проблем
- e. биопсихологическую оценку и общую оценку здоровья, вынесенную социальным работником после личной беседы с клиентом
- f. дополнительные данные полученные от других специалистов и прочих источников
- g. контактную информацию
- h. документы, подтверждающие ВИЧ-статус клиента должны быть предоставлены в течение 30 рабочих дней после регистрации в социальной службе. Необходимо предоставить следующие документы:
 - копию положительного анализа на антитела к ВИЧ (например, ИФА/иммуноблоттинг или другие подтверждающие тесты)
 - подписанное врачом заключение о ВИЧ-статусе пациента

3.2.2 СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ.

Стандарт: План обслуживания клиента создается после комплексной оценки нужд клиента, выявленных в процессе предварительной проверки и вынесения первичной оценки.

Интерпретация: План обслуживания клиента является одновременно планом работы для социального работника, который должен систематически производить переоценку нужд клиента, выявленных в процессе предварительной проверки и вынесения первичной оценки. Главными компонентами плана обслуживания является выявление возникающих потребностей клиента, определение целей дальнейшей работы, временных рамок и основных шагов для их достижения. Целью плана обслуживания клиента является облегчение доступа клиента к услугам, координация их оказания для поддержания здоровья клиента и улучшения его качества жизни. План обслуживания клиента также гарантирует ответственность социального работника. Составление плана обслуживания должно происходить при непосредственном активном участии клиента в планировании и получении услуг. При определенных обстоятельствах (например, неврологическое ухудшение у клиента, кризисная ситуация) принятие решения может быть делегировано представителю, который определяется клиентом при помощи социального работника. Анализ потребностей клиента и обсуждение альтернативных вариантов обслуживания является профессиональной задачей социального работника. При выборе альтернативных вариантов обслуживания социальный работник обязан проинформировать клиента о возможных последствиях.

Задачей социального работника является в первую очередь координация ресурсов для оказания услуг. Функция обслуживания в социальной работе заключается в налаживании контактов с официальными и неофициальными службами, предоставляющими социальные услуги, для предоставления клиенту всего спектра услуг заявленного в плане обслуживания.

Если в процессе составления плана обслуживания социальному работнику использовал консультации или помощь другого специалиста, данный факт должен быть отражен в личном деле клиента.

План обслуживания должен быть структурированным, определенным во времени и непрерывным. Таким образом определяется критерий эффективности, при помощи которого может быть оценена эффективность выполняемой работы и обосновано предоставление дополнительных услуг.

Основные шаги:

1. Составление плана обслуживания производится социальным работником при активном участии клиента в соответствии с общими принципами и порядком устанавливаемыми в каждом агентстве самостоятельно. Социальный работник должен консультироваться с родителями детей и подростков, а также лица, осуществляющих уход, в вопросах составления плана обслуживания. Подростки должны активно участвовать в процессе создания своего плана обслуживания. После проведения оценки потребностей клиента, социальный работник должен составить список приоритетных направлений в дальнейшей работе.
2. План обслуживания составляется уполномоченным социальным работником при активном участии клиента путем:

- выделения приоритетных потребностей клиента, которые могут быть удовлетворены путем предоставления социального обслуживания
- определения целей для скорейшего выполнения и долгосрочных целей;
- определением основных действий для достижения целей, поставленных в плане обслуживания;
- определения возможностей для достижения целей
- выбора источника оплаты заявленных услуг
- определение «пробелов» в обслуживании;

- определение альтернативных путей для удовлетворения потребностей клиента; и
- созданием краткого описания методов решения проблемы.

3. План обслуживания обсуждается клиентом и социальным работником для внесения всех необходимых исправлений. Клиент должен подтвердить (достаточно устного подтверждения) свое согласие с планом обслуживания. Клиент получает копию своего плана обслуживания.

4. Клиент или лица, осуществляющие уход, должны информировать социального работника обо всех изменениях в состоянии клиента или проблемах, возникающих при получении необходимых услуг.

5. В течение 7 дней после проведения оценки потребностей клиента план обслуживания должен быть внесен в личное дело клиента. В последующем план обслуживания пересматривается и обновляется назначенным социальным работником.

6. В плане обслуживания должно быть определено лицо, ответственное за дальнейшее обслуживание клиента.

Документация:

Личное дело клиента должно включать в себя:

1. План обслуживания клиента, подписанный социальным работником, где содержится:

- описание приоритетных направлений в работе с клиентом и/или его проблем
- описание основных действий для решения проблемы клиента, то есть решение
- список всех служб, которые необходимо задействовать для удовлетворения потребностей клиента
- необходимое количество, частота, временной период предоставления услуг и их исполнитель

2. Двухлетний план контроля выполнения плана обслуживания

3. Все изменения и дополнения, внесенные в план обслуживания, должны быть заверены подписью социального работника

3.2.3 КОНТРОЛЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ.

Стандарт: Наблюдение за выполнением плана обслуживания необходимо для определения соответствия предоставляемых услуг плану оказания услуг и контроля их эффективности для наиболее полного удовлетворения потребностей клиента.

Интерпретация: Интенсивность наблюдения зависит от уровня потребностей клиента. В ходе наблюдения необходимо собрать данные и проанализировать их для того, чтобы :

- оценить необходимость и эффективность предоставляемого обслуживания, а также его соответствие плану обслуживания
- оценить уровень удовлетворенности клиента
- определить уровень прогресса клиента
- определить необходимость пересмотра плана обслуживания

Основные шаги:

1. Наблюдение осуществляется следующими методами:

- a. прямой контакт (то есть, личные встречи и телефонные разговоры) с клиентом, клиентом и опекуном или только опекуном (в некоторых случаях может быть полезно лично посетить клиента для того, чтобы иметь более полное представление о его домашней обстановке).
- b. косвенный контакт с клиентом, его семьей и/или опекуном, врачом, людьми, осуществляющими уход за клиентом и другими специалистами, а также с окружающими клиента людьми (в месте постоянного или временного жительства) посредством встреч, телефонного общения (включая голосовую почту), письма (включая электронную почту), обзор отчетов по клиенту и сопутствующих материалов.

2. Социальный работник получает текущую информацию относительно успехов клиента и эффективности плана обслуживания. Уровень обслуживания определяется интенсивностью и частотой оказания услуг.

Уровень обслуживания

Частота контактов

Уровень 1(Низкая активность):

Ежеквартально

Уровень 2(Средняя активность):

Ежемесячно.

Уровень 3 (Высокая активность):

Ежемесячно/чаще.

Уровень активности 1: Социальный работник должен выходить на прямой контакт с клиентом или его представителем ежеквартально. (При этом уровне сервиса у клиента есть постоянный лечащий врач и /или официальные заключения медицинских учреждений, на основании которых можно оценить потребность клиента в медицинском обслуживании).

Уровень активности 2: Необходим, по крайней мере, один прямой контакт с клиентом в месяц, если иначе не оговорено в личном деле клиента.

Уровень активности 3: Прямой или косвенный контакт с клиентом необходим не менее одного раза в месяц, однако предпочтительным является более частый контакт.

3. Ежегодно необходимо оценивать степень удовлетворенности клиента качеством предоставляемых услуг.

4. Наблюдение за качеством услуг проводится социальным работником или уполномоченным им лицом, имеющим опыт работы с ВИЧ-инфицированными людьми.

Документация: Отчет по клиенту должен содержать следующие документы (подписанные или зарегистрированные социальным работником):

1. Контактную информацию клиента, необходимую для связи с ним социальных служб
2. Контактную информацию служб социальной поддержки клиента и других служб, указанных в плане обслуживания
3. Перечень оказанных услуг с указанием временных рамок и полученные результаты

4. Перечень изменений в плане оказания услуг с обоснованием их рациональности
5. Официальный полугодовой отчет
6. Другую информация, связанная с процессом оказания социальных услуг.

3.2.4 ПЕРЕОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ КЛИЕНТА.

Стандарт: Переоценка потребностей клиента производится в соответствии с установленной процедурой, необходимой для корректировки социального статуса клиента и внесения изменений в план обслуживания клиента.

Интерпретация: Переоценка потребностей клиента должна производиться регулярно, не менее 1 раза в год, либо при непредвиденных событиях и изменениях в жизни клиента (недавняя госпитализация или утрата психологической поддержки).

Основные шаги:

1. Переоценка потребностей клиента производится социальным работником либо квалифицированным сотрудником под контролем социального работника выполняется в соответствии с установленными стандартами и критериями.
2. В процессе переоценки потребностей клиента возможно сотрудничество между социальным работником, специалистами медицинской и патронажной службы и близкими клиенту людьми.
3. Процесс переоценки включает в себя: ssment includes: Стадию ВИЧ-инфекции (стадия первичных проявлений/бессимптомное течение, ВИЧ-инфекция или СПИД); состояние здоровья, психическое состояние, образ жизни, использование лекарств, успехи, достигнутые при выполнении плана обслуживания, изменения, препятствия для достижения целей, согласование целей с клиентом.
4. Потребности клиентов с высоким уровнем активности социального обслуживания должны подвергаться переоценке так часто как это необходимо (то есть при важных событиях в жизни клиента, после недавней госпитализации или утраты психологической поддержки).
5. Результатом переоценки потребностей клиента является корректировка плана обслуживания клиента с учетом изменений, произошедших в общем состоянии клиента со времени вынесения предыдущей оценки.
6. Переоценка потребностей должна проводиться также в том случае, если в предыдущие шесть месяцев клиент не получал социального обслуживания или при переводе клиента в другую социальную службу.

Приблизительные вопросы, используемые для переоценки потребностей клиента:

- a. Произошли ли какие-то изменения в психологическом, душевном или физическом состоянии клиента со времени вынесения последней оценки? (Если клиент является несовершеннолетним, при переоценке его потребностей учитывается мнение родителей и опекунов).
 - b. Повлияет ли изменение интенсивности социального обслуживания на биопсихософизиологическое состояние клиента и, если да, то как?
 - c. Какие цели предыдущего плана обслуживания были достигнуты и в какой мере?
 - d. Что препятствовало выполнению предыдущего плана обслуживания?
 - e. Нуждается ли клиент в новых услугах, не предусмотренных в предыдущем плане обслуживания?
7. Документы, необходимые для получения социального обслуживания должны быть обновлены в процессе переоценки потребностей (Согласие клиента на обслуживание, Права и обязанности клиента, Порядок внесения жалоб и т.д.)

8. Юридические документы (например, доверенность, завещание и др.) должны быть предоставлены в процессе переоценки, если они не были представлены ранее.

Документация:

1. Личное дело клиента должно содержать следующую информацию:

- a. обновленную личную информацию (контактную информацию, включая адрес, телефон и способ связи)
- b. заключение переоценки (с отметками в примечаниях об успехах)
- c. обновленный список приоритетных направлений в работе
- d. заключение о биопсихологическом статусе и физическом здоровье, вынесенное социальным работником
- e. обновленную информацию, полученную от других специалистов, семьи клиента и лиц, осуществляющих уход.
- f. обновленный план обслуживания клиента
- g. пересмотренная оценка актуальности проблем
- h. цели, установленные клиентом и социальным работником
- i. подпись наблюдателя на плане обслуживания и его заключение

3.2.5. ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ/ДЕЛЕГИРОВАНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ.

Стандарт: Освобождение от обязательств перед клиентом или делегирование полномочий должно быть произведено согласно установленной форме с обязательным уведомлением клиента.

Интерпретация: Освобождение от обязательств перед клиентом или делегирование полномочий в пользу других социальных служб должно учитывать потребности и желания клиента, его/ее опекунов, и, если необходимо, семьи и сети социальной поддержки.

В личном деле клиента должно быть указано:

- причина для освобождения от обязательств/передачи полномочий
- официальное извещение клиента о прекращении обслуживания
- уведомление о процессе постановки на учет
- окончательное заключение по клиенту

Основные шаги:

1. Прекращение обязательств и передача полномочий должны быть оформлены в соответствии с правилами, установленными в данной службе.

Причины прекращения обязательств/передачи полномочий:

a. В случае смерти клиента:

- Направление соболезнований близким и родственникам клиента;
- Оказание помощи скорбящим родным и родственникам клиента.

b. По требованию клиента или опекуна:

- Окончательное заключение по клиенту составляется социальным работником, удостоверяется клиентом и подписью наблюдателя.
- Необходимо предоставить клиенту информацию о возможности возобновлении обслуживания.

c. Клиент более не удовлетворяет требованиям для получения социального обслуживания :

- Социальный работник должен сообщить вышестоящему наблюдателю о намерении прекратить обязательства перед клиентом (Привлечение наблюдателей при прекращении обязательств перед клиентом необходимо только в тех случаях, когда инициатива о прекращении обязательств исходит со стороны социальной службы).
- Социальный работник должен сообщить наблюдателю о ситуации, например, действиях или поведении клиента, которые являются причиной прекращения обязательств.
- В соответствии с правилами и установленной в данной службе процедурой, социальный работник уведомляет клиента о прекращении обязательств перед ним (при личной встрече, по телефону или письмом)
- Клиенту также предоставляется информация о причинах прекращения обязательств и порядке обжалования данного решения.
- Клиенту предоставляется информация о возможностях для возобновления обслуживания.

2. Социальный работник контролирует прекращение предоставления всех запланированных услуг и выставляет счет.

3. Социальный работник составляет окончательное заключение по клиенту, которое заверяется наблюдателем и клиентом, если это необходимо.

4. По желанию клиента ему выдаются дополнительные рекомендации.

Критерии:

1. Причинами для прекращения обязательств перед клиентом являются:

- переезд клиента за пределы области, обслуживаемой данной службой
- все приоритетные задачи обслуживания клиента решены
- ВИЧ-отрицательный статус клиента
- отсутствие возможностей для обслуживания клиента в связи с большой загруженностью службы
- решение клиента о прекращении обслуживания
- смерть клиента

2. Датой прекращения обязательств считается:

- дата смерти клиента (правила агентства устанавливают период времени для помощи родственникам клиента)
- дата получения согласия клиента или опекуна на прекращение обслуживания
- дата признания клиента, неудовлетворяющим требованиям для получения социального обслуживания, службой по работе с ВИЧ-инфицированными.

3. В течение 4 недель после принятия решения о прекращении обслуживания окончательное заключение по клиенту должно быть составлено, проверено и подписано наблюдателем, и вложено в личное дело клиента.

4. О прекращении обязательств сообщается в течение квартала после составления окончательного заключения.

5. Личное дело клиента хранится и может быть возобновлено в течение семи лет после прекращения обязательств.

Документация:

Личное дело клиента должно содержать следующие документы:

1. Отчет о процессе прекращения обязательств:

- причина(ы), повлекшие прекращение обязательств
- официальное извещение клиента о прекращении обязательств и процессе обжалования данного решения в случае, если обязательства были прекращены по причине признания клиента, неудовлетворяющим требованиям для предоставления социального обслуживания.

2. Окончательное заключение по клиенту, где должны быть отражены цели, достигнутые за время обслуживания, изложены возможности для продолжения и возобновления обслуживания.

3. Документация, объясняющая причину прекращения обязательств, если этот процесс был инициирован социальным работником.

4.0 АДМИНИСТРАТИВНЫЕ СТАНДАРТЫ.

4.1 ВВЕДЕНИЕ.

4.2 ПОДБОР ПЕРСОНАЛА

4.2.1 ИНСПЕКТИРОВАНИЕ РАБОТЫ

4.2.2 КВАЛИФИКАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

4.2.3 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ПЕРСОНАЛ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ.

4.2.4 ВОЛОНТЕРЫ

4.3 ОБУЧЕНИЕ.

4.3.1 ОБУЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОГО УРОВНЯ.

4.3.2 ТЕКУЩЕЕ ОБУЧЕНИЕ.

4.4 РЕСУРСЫ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

4.4.1 УКОМПЛЕКТОВАНИЕ ПЕРСОНАЛОМ

4.4.2 РАБОЧЕЕ ПРОСТРАНСТВО

4.4.3 УПРАВЛЕНИЕ СТРЕССОВЫМИ СИТУАЦИЯМИ

4.5 ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ

4.5.1 СОБЛЮДЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

4.5.2 ЛИЧНОЕ ДЕЛО КЛИЕНТА

4.5.3 АВТОМАТИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ИНФОРМАЦИЕЙ ПО КЛИЕНТУ

4.5.4 ТРАНСПОРТИРОВКА ЛИЧНЫХ ДЕЛ И ИНФОРМАЦИИ ПО КЛИЕНТАМ

4.6 ПЕРЕДАЧА ПОЛНОМОЧИЙ.

4.7 СОЗДАНИЕ И КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТА

4.7.1 ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОГРАММ

4.7.2 ОЦЕНКА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

4.7.3 ОЦЕНКА РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.

4.7.4 ИНФОРМАЦИЯ О СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ И ТРЕБОВАНИЯ К ЕЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ.

4.8 ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

4.1 Введение.

Данные административные стандарты были разработаны для использования социальными службами по работе с ВИЧ-инфицированными в штате Висконсин для повышения качества услуг, оказываемых клиентам с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции.

Данные стандарты призваны поддерживать качество социальных услуг и комфортность рабочей обстановки для социальных работников.

Руководители программ по работе с ВИЧ-инфицированными должны назначать ответственных из числа сотрудников за выполнение принципов и стандартов социальной работы. Ежегодно, административные и социальные работники должны пересматривать данные принципы и стандарты социальной работы для наиболее полного и качественного предоставления стандартизированных услуг социального обеспечения для ВИЧ-инфицированных людей и их семей.

4.2 ПОДБОР ПЕРСОНАЛА.

4.2.1 ИНСПЕКТИРОВАНИЕ.

Социальным работникам необходим прямой надзор для осуществления руководства и оказания поддержки в оказании услуг лицам с ВИЧ-инфекцией. Поэтому инспектор должен иметь соответствующую квалификацию для оценки качества социальных услуг. В идеальном случае, инспектор должен иметь опыт работы с ВИЧ-инфицированными людьми или людьми с другими хроническими заболеваниями. В тех случаях, когда это невозможно, на эту должность следует назначать наиболее ответственного сотрудника, способного обеспечить должный надзор за другими сотрудниками и реализацией программ прямого предоставления услуг. Примерами такого управления персоналом является назначение в отделениях старших сестер и инспекция патронажных служб.

Инспектор должен знать общественные ресурсы, которые используются в социальной работе. Инспектор должен иметь время для регулярного просмотра отчетов социальных работников, что облегчает их обязанности и обеспечивает каждодневный надзор за деятельностью социального работника.

Когда должность инспектора по социальной работе является вакантной либо штатный инспектор находится в ежегодном отпуске (отпуске по уходу, на больничном и т.д.) временно исполняющий обязанности инспектора назначается администрацией социальной службы.

4.2.2 УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ.

Социальный работник должен иметь диплом об окончании колледжа, а также дополнительную подготовку в области необходимого социального обслуживания ВИЧ-инфицированных людей. Социальный работник должен, как минимум, быть бакалавром или иметь ученую степень по специальности «социальная работа», полученную в аккредитованном колледже или университете и по крайней мере опыт работы в течение одного года в сфере социальной работы (в штате или в качестве волонтера). Отсутствие ученой степени может быть компенсировано опытом работы под началом компетентного социального работника. Для приема на работу могут быть рекомендованы только лица, имеющие необходимый опыт работы и/или образование.

4.2.3 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ПЕРСОНАЛ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ.

Социальная работа подразумевает большой объем работы с разнообразной документацией по клиентам, финансированию, и текущим отчетам. С целью увеличить количество времени, которое социальный работник может посвятить непосредственно работе по обслуживанию клиентов, необходимо активно привлекать к работе канцелярских служащих, волонтеров, вспомогательные службы и оборудование (компьютеры, сотовые телефоны, пейджеры). Службы по работе с ВИЧ-инфицированными людьми также должны установить общие принципы и порядок получения экстренной помощи в нерабочее время или когда социальный работник недоступен. Номера личных телефонов и домашние адреса социальных работников являются конфиденциальной информацией и не могут быть переданы клиенту, его родственникам или друзьям, или другим заинтересованным лицам.

4.2.4 ВОЛОНТЕРЫ.

Службы по работе с ВИЧ-инфицированными людьми должны устанавливать общие принципы и порядок работы волонтеров, где регламентируются:

- назначение, обязанности, уровень подготовки и осуществление надзора за волонтерами;
- порядок проведения тренингов начального уровня и текущих тренингов
- работа общественных служб поддержки волонтеров

Каждый волонтер должен подписать документы, подтверждающие то, что он ознакомлен с правилами и принципами работы волонтеров и готов их соблюдать, включая принципы строгой конфиденциальности информации о клиенте.

4.3 ПРОВЕДЕНИЕ ТРЕНИНГОВ.

4.3.1 ОБУЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОГО УРОВНЯ.

Для социальных работников должна быть проведен тренинг по профессиональной ориентации, включающий в себя:

- обзор общих принципов работы службы
- обзор стандартов штата для оказания социальных услуг ВИЧ-инфицированным людям
- практические занятия (то есть, изучение деятельности штатных социальных работников)
- совместный обзор и обсуждение отдельных случаев инспектором и новым служащим
- введение в курс дел
- требования к службам, финансируемым штатом и городом (социальная служба, медицинская служба, служба обеспечения лекарствами, программа государственного медицинского страхования)
- требования к предоставлению отчетности по клиентам
- основная информация и последние сведения по ВИЧ- инфекции.

4.3.2 ТЕКУЩЕЕ ОБУЧЕНИЕ.

Для штатных сотрудников должно проводиться текущее последовательное обучение по общим принципам работы службы, практическим навыкам социального работника, регистрации и документации, а также по другим навыкам и вопросам, актуальным в настоящее время.

4.4 ВОЗМОЖНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ.

4.4.1 УКОМПЛЕКТОВАНИЕ ПЕРСОНАЛОМ.

Службы по работе с ВИЧ-инфицированными людьми должны комплектоваться с учетом следующих факторов:

- доступность ресурсов для оказания услуг
- сложность социальных потребностей клиентов
- знания, уровень подготовки и профессионального опыта персонала.
- географическое расположение области обслуживания, затраты времени на дорогу для доступа к услугам.

4.4.2 РАБОЧЕЕ ПРОСТРАНСТВО.

Офис социальной службы должен быть приспособлен для сохранения конфиденциальности при работе с клиентом. Офисное пространство должно быть организовано таким образом, чтобы социальный работник имел возможность для проведения бесед с клиентом вне доступа для других клиентов и персонала. Если невозможно создать изолированное помещение для проведения бесед, то агентство должно гарантировать, что другие клиенты и персонал не имеют доступа к конфиденциальным сведениям.

4.4.3 УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОВЫМИ СИТУАЦИЯМИ.

Социальные работники, оказывающие услуги ВИЧ-инфицированным людям, подвержены постоянным стрессовым ситуациям. Хроническое течение и обострения заболевания клиента, сложность психосоциальных потребностей и большое количество сопутствующих диагнозов клиента, тяжелая нагрузка на работе, необходимость работать в пределах четких временных рамок и с привлечением множества других служб – вот только малая часть факторов, способствующих возникновению стресса у социального работника. Необходимо оказывать помощь и поддержку для борьбы со стрессом, обусловленным работой: обеспечить повседневный надзор, наличие комфортного рабочего пространства и необходимого оборудования, возможность привлечения дополнительного персонала, наличие фиксированного рабочего времени, проведение

текущих тренингов по борьбе со стрессовыми ситуациями, организация официальных и неформальных групп поддержки, использование труда волонтеров, обеспечение доступа к программе помощи персоналу (ППП) и адекватного нагрузке количества льгот (оплата страхования здоровья, оплачиваемый отпуск, больничный лист и т.д.).

4.5. ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ.

4.5.1 Конфиденциальность.

Все сведения относительно клиента, переданные социальной службе в устной или письменной форме, являются строго конфиденциальными согласно положениям Программы по работе с ВИЧ-инфицированными людьми. Все сотрудники службы, имеющие доступ к информации о клиентах, должны пройти тренинг по обеспечению конфиденциальности информации, надлежащей передачи информации и необходимости получения согласия клиента.

4.5.2 Личное дело клиента.

Социальная служба должна обеспечить надлежащий порядок хранения материалов личного дела клиентов (бумажной копии). Для обеспечения сохранности документов необходимо наличие полок с организованной системой хранения материала под «двойным замком», то есть хранение в закрытых ящиках в комнате, которая также надежно заперта и защищена от свободного доступа.

4.5.3 Автоматизация работы с информацией по клиенту.

Агентства, хранящие информацию по клиентам на жестком диске компьютера, дискетах или других электронных носителях информации должны гарантировать, что:

- доступ к информации защищен паролем, известным только наиболее надежным сотрудником;
- блокирован доступ к информации из других ведомств,
- системы, использующие модемное соединение, защищены от внешнего доступа;
- наличие брандмауэров, ограничивает неавторизованный доступ с других персональных компьютеров внутри сети
- социальный работник должен информировать клиента о способах защиты электронной почты
- регулярно должны проводиться резервное сохранение информации по клиенту.
- сохранение резервных копий часто производится на съемных дисках
- доступ к информации на съемных дисках должен быть защищен паролем.

4.5.4 Транспортировка личных дел и информации по клиентам

Транспортировка личных дел клиентов должна проводиться с обеспечением абсолютной безопасности и конфиденциальности, то есть транспортировка должна проводиться под постоянным наблюдением, в контейнере (конверте, папке, портфеле т.д.) и только уполномоченным персоналом.

Если личное дело клиента пересылается по почте или курьерской службой, оно должно быть надежно упаковано, с пометкой «конфиденциально» на лицевой стороне письма, а пересылка должна производиться по наиболее быстрым каналам доставки.

Передача личного дела клиента по факсу возможна только в случае уверенности в сохранении конфиденциальности данной информации человеком, принимающим факс.

4.6 ПЕРЕДАЧА ПОЛНОМОЧИЙ.

Направление клиента к новому социальному работнику производится, если это необходимо, после выполнения всех официальных процедур, установленных в службе. Запрос о передаче полномочий может быть подан:

- клиентом
- социальным работником

- инспектором по социальной работе, если он/она в ходе текущей проверки приняла решение о необходимости передачи полномочий другому социальному работнику
- клиентом при переезде вне зоны обслуживания данной службы

- социальным работником при увольнении

До передачи полномочий инспектор по социальной работе должен:

- удостовериться, что клиент извещен о передаче полномочий и обладает контактной информацией для последующей связи с социальной службой.
- встретиться с клиентом и обсудить его нынешнее положение
- убедиться, что социальный работник составил окончательное заключение, вложил его в личное дело клиента, и проверить его достоверность
- убедиться, что социальный работник осведомлен о принципах службы относительно передачи обязательств перед клиентом.
- социальный работник не может обнародовать конфиденциальную информацию после увольнения

4.7 СОЗДАНИЕ И КОРРЕКТИРОВКА ПЛАНА ОБСЛУЖИВАНИЯ КЛИЕНТА

4.7.1 Планирование программы оказания услуг.

Каждая социальная служба должна иметь план обслуживания людей с ВИЧ-инфекцией, основанный на данных ежегодного планирования. Обзор и составление плана работы должно осуществляться штатными социальными работниками. Составленный план должен быть скоординирован с предпринимаемыми действиями в рамках Консорциума Райана Уайта по ВИЧ-инфекции, часть II.

4.7.2 ОЦЕНКА ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Каждая служба по работе с ВИЧ-инфицированными людьми должна, как минимум, один раз в год проводить оценку удовлетворенности работой службы клиентов и основных задействованных служб. Эти обзоры, включая отчеты социальных работников и инспекторов, должны быть просмотрены персоналом для внесения изменений в программу обслуживания с целью более полного удовлетворения потребностей клиента.

Для вынесения официальных и неформальных рекомендаций относительно оказания социальных услуг возможно создание специальной консультативной группы. Консультативная группа в ходе регулярных собраний должна вносить предложения и высказывать пожелания по усовершенствованию оказания услуг и более полному удовлетворению нужд клиентов.

4.7.3 ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА.

Деятельность каждого социального работника должна ежегодно оцениваться с целью установления ее соответствия обязанностям и правилам деятельности, изложенным в официальном перечне обязанностей социального работника. В ходе оценки деятельности социального работника, необходимо выявить ресурсы (обучение, материалы, психосоциальная поддержка и т.д.), которые должны сделать деятельность социального работника наиболее эффективной. Также в ходе оценки деятельности социального работника необходимо обозначить цели и перспективы будущей работы. Все отчеты по проведенной оценке деятельности социального работника должны быть оформлены документально, копия заключения выдается на руки сотруднику.

4.7.4 ИНФОРМАЦИЯ О СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ И ТРЕБОВАНИЯ К ЕЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ

Администрация социальной службы должна ежеквартально предоставлять отчет о главных целях социальной программы, степени их выполнения в течение предыдущего квартала и необходимых дополнительных ресурсов для повышения эффективности программы. Оценка эффективности программы должна проводиться в постоянном режиме. Данные отчетов социальных работников в течение года учитываются при составлении отчетов администрации.

4.7.5 ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.

В службах по работе с ВИЧ-инфицированными людьми должна быть принята система оценки соответствия оказываемых услуг принятым стандартам. Оценка качества может проводиться путем проведения сторонних аудиторских проверок или другими способами, позволяющими достоверно оценить количество, качество и эффективность предоставляемых услуг.

Словарь терминов.

Обжалование: Официальный запрос на пересмотр решения.

Клиент: Личность, семья или группа лиц, нуждающаяся в социальной поддержке. В некоторых случаях, клиента может представлять также его опекун или уполномоченное лицо.

Общественные службы: службы, доступные для клиента, в месте его проживания. Могут быть официальными и неформальными.

Жалоба: Официальное выражение обеспокоенности по поводу какой-либо деятельности или вмешательства.

Документация: информация, находящаяся в личном деле клиента или других документах установленной формы.

Оценка: процесс определения эффективности работы службы, использования ресурсов для оказания услуг и другой деятельности.

Цель: Определенное понятие, которое описывает желательный результат предпринимаемых действий и определяет направление дальнейшей деятельности.

Критерий эффективности: критерий выполнения работы, используемый для контроля, оценки и совершенствования качества оказания социальных услуг. Может использоваться для оценки правильности предпринятых шагов и результатов.

Потребность: Физиологические, психологические или социальные нужды человека. Могут осознаваться и не осознаваться нуждающимся человеком и не являются выражением желаний человека.

Результат: Последствие воздействия или вмешательства, запланированное или нет.

Процесс: Ряд взаимосвязанных действий и коммуникаций, которые призваны для достижения определенной цели.

Ресурсы: Этим термином обычно описывают некие возможности для достижения поставленных целей. Как правило, это менее официальное и определенное понятие, чем услуга.

Услуга: Этим термином обозначают официальную четкую группу действий, предпринимаемых для выполнения определенной задачи.

Поставщики услуг: Человек или организация, которая обеспечивает обслуживание клиента.

Поддержка: Деятельность или вмешательство, которое помогает клиенту в его проблемах. Поддержка могут быть официальной или неофициальной.

Стандарт: Установленный порядок выполнения работы..

Бостонский Комитет по Здравоохранению/Программа борьбы со СПИД
Департамент Здравоохранения штата Массачусетс/Бюро по вопросам ВИЧ/СПИД
СОВМЕСТНОЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ВИЧ
СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**

Переработанное издание
Март 2001 г.

Разработано и издано



Бостонский Комитет по здравоохранению
Служба борьбы со СПИД
1010 Massachusetts Avenue
Boston, MA 02118
(617) 534-4559



Департаментом здравоохранения штата
Массачусетс. Бюро ВИЧ/СПИД
250 Washington Street
Boston, MA 02108
(617) 624-5100

Благодарности

В июле 2000 г. Бюро по вопросам ВИЧ/СПИД Департамента Здравоохранения штата Массачусетс, и Программа борьбы со СПИД Бостонского Комитета по Здравоохранению приняли участие в процессе пересмотра Стандартов оказания помощи в рамках медико-социального сопровождения при ВИЧ/СПИД, первоначально выпущенных этими двумя агентствами в 1995 г. Департамент Здравоохранения штата Массачусетс и Бостонская Комитет по Здравоохранению хотели бы выразить свою благодарность тем отдельным лицам и организациями, которые не пожалели своего времени, энергии и опыта, чтобы помочь завершить этот труд:

Члены рабочей группы:

Nilka Alvarez	Linda Guinee	Jack Field
Jessica Almeida	Joseph Ianelli	Michelle Smith
Berthonia Antoine	Kim Kapteyn	Robin Smith
Guy Appollon	Sandra Marrerro	Clayton Wilcox
David Brennan	Leslie Martinez	Julissa Rivera
Renee Douglas	Fernando Miranda	Diana Vazquez
Thiery ekkon	Annette Rockwell	Nancy Madore
Scott Gustavson	Dino Schnelle	

Бостонский консорциум по борьбе со СПИД

Программа САВ [CAB Health & Recovery Services] штата Массачусетс

Координационный совет бостонской программы оказания неотложной медицинской помощи [Emergency Medical Assistance (EMA)] Титул [Title] I /Экспертный комитет

Институт здоровья латиноамериканцев

Хотелось бы также отметить вклад сотрудников Бостонского Комитета по Здравоохранению и Департамента Здравоохранения, работавших над пересмотром данного пособия: Annie Sylvia, Deirdre Rogers Kimberly Warren

Charlot Lucien

Координатор контроля качества

Департамент Здравоохранения штата Массачусетс

Отдел работы с клиентами/Бюро по вопросам

ВИЧ/СПИД

Susan Dodge

Старший координатор программы

Бостонский Комитет по Здравоохранению

Программа борьбы со СПИД

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	1
Разработка стандартов	1
Определение и обзор	2-3
Персонал	4-6
Права и обязанности клиентов	7-8
Набор	9-10
Оценка/повторная оценка	11-12
Планирование обслуживания	13-14
Координация помощи	15-16
Мониторинг и диспансеризация	17-18
Планирование отчисления и переходного периода	19-20
Нормативные документы и процедуры агентства; надзор за медико-социальным сопровождением	21-22
Приложения	
Единая форма информации о клиенте с ВИЧ/СПИД	
Форма совместной оценки случая медико-социального сопровождения при ВИЧ	

СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ В РАМКАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРИ ВИЧ

Введение – о стандартах оказания помощи

Люди, живущие с ВИЧ-инфекцией, а также их друзья и семьи сталкиваются со сложной, фрагментированной и, нередко, незнакомой системой оказания услуг. Потребности людей с ВИЧ-инфекцией складываются из комплексности их медицинского обслуживания и вероятности резких изменений их физического и эмоционального состояния в ходе течения заболевания, что приводит к частым модификациям потребностей в получении услуг.

Целью медико-социального сопровождения является повышение независимости и улучшение качества жизни лиц с ВИЧ-инфекцией ("клиентов"). Услуги медико-социального сопровождения следует оказывать в соответствующем месте силами соответствующих служб, компетентных в культурном и лингвистическом плане. Медико-социальное сопровождение обращается к вопросам удовлетворения потребностей клиентов с ВИЧ-болезнью и помогает им преодолевать препятствия, с которыми они сталкиваются при получении жизненно важных услуг. Медико-социальное сопровождение должно проявлять гибкость для удовлетворения конкретных медицинских или социальных нужд клиентов, отличающихся различным происхождением и находящихся на различных стадиях заболевания, а также потребностей людей с учетом неодинакового состояния их здоровья. Предоставляемые услуги должны отражать философию оказания обслуживания, утверждающую права клиентов на качество жизни, приватность, конфиденциальность, самоопределение, отсутствие дискриминации, сострадание, получение помощи без осуждения, а также достоинство и уважение.

Стандарты устанавливают минимальный и последовательный объем медико-социального сопровождения, исключительно важный для начала удовлетворения потребностей клиентов с ВИЧ. Не предполагается, что такие стандарты заменят или возьмут верх над существующими, более детальными стандартами, которые могут уже применяться агентствами, оказывающими помощь ВИЧ-инфицированным.

Разработка стандартов оказания помощи

Услуги медико-социального сопровождения в настоящее время предлагаются широким кругом агентств по оказанию услуг, включая общественные и госпитальные организации, а также те, что занимаются оказанием помощи на дому. Действительно, такое разнообразие лучше отражает нужды потребителей услуг, отличающихся различным происхождением, находящихся на различных стадиях болезни и имеющих различные потребности, но при этом оно представляет собой неоднозначную ситуацию для разработки комплекса стандартов, которые были бы универсально применимы. В попытке обращения к этому вопросу в 1996 г. Департамент общественного здравоохранения штата Массачусетс (ДОЗМ) и Бостонская комиссия по общественному здравоохранению (БКОЗ) разработали комплекс стандартов медико-социального сопровождения при ВИЧ с использованием помощи как провайдеров, так и потребителей услуг. Однако в результате изменений, произошедших в области ВИЧ со времени внедрения комплекса стандартов в 1996 г., ДОЗМ и БКОЗ собрали группу специалистов по организации медико-социального сопровождения при ВИЧ с тем, чтобы последние оказали помощь во внесении дополнений в стандарты с целью адекватного отражения современных моделей медико-социального сопровождения и потребностей клиентов.

Разработка и адаптация пересмотренных стандартов оказания помощи поможет обеспечить получение всеми потребителями того типа, объема и качества помощи, который им требуется, с повышением потенциала ДОЗМ и БКОЗ оценки воздействия штата, города, финансирования (Титул I и Титул II) на качество жизни людей с ВИЧ/СПИД в городе, штате и бостонской программы оказания экстренной медицинской помощи. Следует продолжить работу над совершенствованием стандартов оказания помощи с целью придания им гибкости с учетом изменяющегося характера эпидемии, потребностей клиентов и динамической природы агентств по оказанию услуг. Обеспечение поддержания стандартов на современном уровне потребует применения открытого процесса, при котором агентства по оказанию услуг предложат свои отзывы, касающиеся любых необходимых изменений и дополнений к стандартам оказания помощи или исключений из них. Обратная связь может предоставляться в любое время в Бюро СПИД Департамента общественного здравоохранения штата Массачусетс или Программу борьбы со СПИД в рамках общественного здравоохранения при Бостонском комитете по общественному здравоохранению. Помимо этого, ДОЗМ и БКОЗ решили внедрить официальный процесс экспертизы стандартов оказания помощи, чтобы обеспечить их практичность, а не только чрезмерную обременительность, и чуткость по отношению к нуждам контингента клиентов.

Определение и обзор медико-социального сопровождения

Определение

Медико-социальное сопровождение состоит из централизованных служб, связывающих клиентов с медицинскими и психосоциальными службами таким образом, чтобы обеспечить своевременный, координированный доступ к помощи соответствующего уровня. К ключевым мероприятиям относятся: информация и направление на консультацию, оценка потребностей клиента и его личных систем поддержки, защита интересов клиента, составление комплексного индивидуализированного плана обслуживания, координация услуг, требующихся для выполнения плана, мониторинг клиента для оценки эффективности выполнения плана и периодическая повторная оценка, адаптация и адаптация (принятие) плана.

Медико-социальное сопровождение выполняет следующие функции:

- Набор клиентов для оказания им помощи;
- Постоянная оценка нужд клиентов;
- Постоянное планирование услуг;
- Координация деятельности с первичной медико-санитарной помощью и направление в ее сеть;
- Координация деятельности с другими медицинскими и вспомогательными службами и направление в эти учреждения;
- Мониторинг и диспансеризация
- Планирование отчисления.

Клиенту может понадобиться помощь или правовая поддержка или любая иная комбинация услуг. К медико-социальному сопровождению не относится оказание помощи в получении жилья или правовая поддержка, в отличие от выявления потребности в жилье, правовой поддержке или других услугах. В зависимости от источника финансирования услуги медико-социального сопровождения могут (или нет) включать защиту интересов клиентов.

В идеале в любой момент времени на протяжении оказания помощи клиентам нужен только **один основной** специалист по медико-социальному сопровождению. Такой специалист по медико-социальному сопровождению несет ответственность за выполнение семи описанных выше функций, что не исключает получения клиентами услуг в других местах их оказания. Клиент может обратиться за любым количеством услуг в любое агентство по их оказанию, но такие услуги остаются разрозненными (такие как жилье, правовая поддержка и т.п.). Клиенту не следует пользоваться услугами специалиста по медико-социальному сопровождению в каждом агентстве, куда он обращается.

Хотя в идеале хорошо было бы иметь одного специалиста по медико-социальному сопровождению на клиента, реальность такова, что клиенты могут, по существу, одновременно работать с различными специалистами по медико-социальному сопровождению. Для того чтобы в конечном итоге достичь координации в системе услуг медико-социального сопровождения, которой бы не было присуще дублирование усилий со стороны клиента или специалиста по медико-социальному сопровождению (то есть, прохождение процесса интенсивной оценки в более чем одном агентстве), важно работать в направлении создания системы, в рамках которой клиент выбирает одного основного специалиста по медико-социальному сопровождению.

Стандарты оказания помощи разделены на следующие разделы:

- Персонал;
- Права и обязанности клиентов;
- Оценка/повторная оценка;
- Планирование услуг;
- Координация и направление на консультации;
- Мониторинг и диспансеризация;
- Планирование выхода клиента из программы социального сопровождения;
- Нормативные документы, процедуры и надзор со стороны агентства.

Каждый раздел начинается с задач, за которыми следует объяснение или обоснование. Фактические стандарты и мероприятия (к примеру, как стать приверженным к стандартам) изложены после задач и пояснений.

Перечисление стандартов и мероприятий можно применить как методику самооценки агентства по оказанию услуг и кураторов медико-социального сопровождения для выявления успехов в удовлетворении стандартов оказания помощи, а также сфер, в которых им требуется некоторая помощь. ДОЗМ и БКОЗ доступны для предоставления поддержки любому агентству, испытывающему трудности при внедрении любого из перечисленных в этом документе стандартов.

СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ

1.0 Персонал

Стандарты оказания помощи гарантируют, что:

- У клиентов есть доступ к высококачественной помощи через опытных и подготовленных специалистов по медико-социальному сопровождению;
- У специалистов по медико-социальному сопровождению есть доступ к высококачественному руководству через опытных и подготовленных кураторов медико-социального сопровождения;
- Специалисты по медико-социальному сопровождению/кураторы медико-социального сопровождения четко понимают свои функциональные обязанности;
- Кураторам медико-социального сопровождения предоставляется подготовка и руководство с тем, чтобы дать им возможность качественно выполнять свои функции.

Специалист по медико-социальному сопровождению при ВИЧ должен уметь работать с клиентами и входить в доверительные отношения с ними, что помогает клиентам сделать выбор, оптимально способствующий их благополучию, а также содействовать доступу к имеющимся услугам и их использованию. Чтобы сделать свой труд производительным, специалистам по медико-социальному сопровождению необходимо владеть определенными навыками и иметь определенный уровень сострадания к окружающим и заботы о них. Как минимум, все специалисты по медико-социальному сопровождению, принимаемые на работу агентством по оказанию услуг, демонстрируют способность к координации деятельности служб, а также передаче информации клиентам и направлению их на консультацию в случае необходимости в получении услуг медико-социального сопровождения; они способны заполнять документацию согласно требованиям, предъявляемым к их должности, и имеют опыт работы в сфере обслуживания людей (степень бакалавра или заменяющий его опыт жизни с ВИЧ). В некоторых случаях, когда заявление о приеме на работу в качестве специалиста по медико-социальному сопровождению подается лицом, не удовлетворяющим минимальным стандартам, перечисленным ниже, можно сделать исключение. В таких исключительных случаях ответственность за то, что специалисту по медико-социальному сопровождению предоставляется возможность в процессе работы под пристальным наблюдением и подготовки на рабочем месте получить навыки, необходимые для эффективного выполнения своей работы, ложится на агентство, нанимающее данное лицо на работу. Всем специалистам по медико-социальному сопровождению и кураторам медико-социального сопровождения дается изложение их функциональных обязанностей в письменном виде с конкретным перечнем минимальных квалификаций. Принятые на работу специалисты по медико-социальному сопровождению принимают участие в пятинедельной подготовке, проводимой ДЗОМ, не позднее трех месяцев после того, как они приступили к работе.

Специалистам по медико-социальному сопровождению будет предоставляться постоянное клиническое и административное руководство (как минимум, 2 часа в месяц работы с куратором). Клиническое руководство обращается к вопросам, непосредственно касающимся оказанием помощи клиенту (к примеру, поддержка при обращении к конкретным проблемам клиента), и вопросам, связанным со стрессом на работе. Административное руководство обращается к вопросам штатного расписания, нормативного регулирования, документации клиентов, компенсации расходов, составления расписания, подготовки, мероприятий по повышению качества труда и деятельности программы и/или агентства в целом. Рекомендуется, чтобы у специалиста по медико-социальному сопровождению было два отдельных куратора по клиническим и административным вопросам. Если клиническое и административное руководство не проводятся раздельно, специалистам по медико-социальному сопровождению должна быть предоставлена возможность обращаться по вопросам клинического надзора к внешним источникам и/или минуя своего административного куратора. Руководство может осуществляться в виде индивидуальных или групповых занятий с освещением вопросов оказания помощи клиентам (к примеру, границы общения и уместное взаимодействие с клиентами), качества труда специалистов по медико-социальному сопровождению и совершенствования их навыков (к примеру, по ведению документации). Если клиническое руководство по месту работы не предоставляется, агентству по оказанию помощи обязательно принять меры для обеспечения клинического надзора за своими специалистами по медико-социальному сопровождению в плановом порядке.

- | | |
|--|------------------------|
| <p>1.1 У вновь принятых на работу специалистов по медико-социальному сопровождению должна быть, как минимум, следующая квалификация:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Способность координировать работу служб, информационный поток и направление на консультацию клиентов, нуждающихся в услугах, связанных с ВИЧ; ❖ Способность к заполнению документации согласно требованиям, предъявляемым к должности специалиста по медико-социальному сопровождению; ❖ Два (2) года стажа работы в сфере обслуживания людей для тех специалистов по медико-социальному сопровождению, которые только предоставляют информацию и направляют на консультации. Четыре (4) года стажа в сфере обслуживания людей для всех специалистов по медико-социальному сопровождению. При отсутствии стажа нанимающее на работу агентство обязано составить детальный план подготовки. Заменой может послужить образование, полученное в аккредитованном колледже или университете США или за рубежом; один год высшего образования приравнивается к году трудового стажа; таким образом, степень бакалавра будет эквивалентом четырех лет работы в сфере обслуживания людей. По усмотрению нанимающего на работу агентства опыт жизни с ВИЧ может заменить трудовой стаж, если кандидат продемонстрировал умение работать с людьми наряду с удовлетворением требований, предъявляемых к работе согласно описанным функциональным обязанностям. | <p>Резюме в файле.</p> |
| <p>1.2 Вновь принятые на работу или повышенные в должности кураторы специалистов по медико-социальному сопровождению при ВИЧ должны продемонстрировать, по крайней мере, минимум квалификаций, описанных выше для специалистов по медико-социальному сопровождению, плюс иметь два года опыта работы по медико-социальному сопровождению или другого стажа, соответствующего занимаемой должности (к примеру, опыт управления волонтерами)</p> | <p>Резюме в файле.</p> |

СТАНДАРТ		МЕРА
1.3	<p>Организации, оказывающие услуги медико-социального сопровождения, передадут всем специалистам по медико-социальному сопровождению и всем кураторам специалистов по медико-социальному сопровождению описание их функциональных обязанностей в письменном виде.</p>	<p>Описание функциональных обязанностей в письменном виде в файле, подписанном специалистом по медико-социальному сопровождению/ кураторами специалиста по медико-социальному сопровождению.</p>
1.4	<p>Вновь принятые на работу специалисты по медико-социальному сопровождению примут участие в финансируемой ДОЗМ подготовке (тренинге) не позднее трех месяцев после поступления на работу.</p>	<p>Документация о получении подготовки в файле.</p>
1.5	<p>Специалисты по медико-социальному сопровождению будут ежемесячно получать, как минимум, два часа руководства с включением вопросов оказания помощи клиентам, качества работы специалистов по медико-социальному сопровождению и совершенствования навыков.</p>	<p>Документация о дате проведения собеседования с куратором, тип занятия (один на один, в группе) и содержание занятия в файле.</p>

2.0 Права и обязанности клиентов

Задачи установления стандартов оказания помощи в части прав и обязанностей клиентов:

- Гарантировать конфиденциальность в отношении клиентов;
- Убедиться, что в процессе медико-социального сопровождения руководствуются решениями и потребностями клиентов;
- Обеспечить справедливый процесс разбора случая, если клиент считает, что с ним плохо обращались, плохо обслуживали и/или неправомерно отчислили из программы медико-социального сопровождения;
- Уточнить обязанности клиентов, что содействует общению и оказанию услуг.

Стандарты медико-социального сопровождения при оказании помощи основаны на уважении достоинства, присущего каждому клиенту. Услуги медико-социального сопровождения следует делать доступными для всех желающих и нуждающихся в них. Упор ставится на поощрение автономности клиентов и их независимости в повседневной жизни. Однако в случае, если клиент физически или эмоционально не в состоянии функционировать независимо, специалист по медико-социальному сопровождению окажет ему соответствующую поддержку. Все агентства по оказанию услуг, предлагающие медико-социальное сопровождение, обязаны иметь нормативные документы в письменном виде, касающиеся конфиденциальности клиентов, разглашения информации и процедуры выражения недовольства клиента.

Конфиденциальность обеспечивает защиту от разглашения информации, касающейся статуса по ВИЧ, поведенческих факторов риска или использования услуг. У каждого агентства есть нормативные документы по конфиденциальности клиента, составленные в соответствии с законодательством штата или федеральным законам. В случае если агентства по оказанию услуг не имеют действующего приказа в письменном виде, ДОЗМ и/или БКОЗ могут предоставить образец положения о соблюдении конфиденциальности. В части политики конфиденциальности все агентства предоставляют форму релиза информации, описывающую, при каких обстоятельствах информация о клиенте может быть разглашена (название агентства/человека, с кем нужно будет поделиться этой информацией, характер разглашаемой информации, продолжительность согласия на разглашение и подпись клиента).

Процедура выражения недовольства клиента агентством гарантирует, что у клиентов есть возможность обратиться за помощью, если они считают, что с ними обращаются несправедливо, или не чувствуют, что получают качественное обслуживание. В каждом агентстве имеется нормативный документ, определяющий шаги, которые следует предпринять клиенту, чтобы подать жалобу в случае недовольства, и определяющий, как эта жалоба будет рассматриваться. Заключительный раздел нормативного документа по выражению недовольства клиента включает информацию о том, как клиенту подать апелляцию на принятое решение, если недовольство клиента не перешло в удовлетворенность в результате действий агентства по оказанию услуг. По требованию ДОЗМ и/или БКОЗ могут предоставить техническую поддержку агентствам по оказанию услуг с целью разработки процедуры выражения недовольства.

СТАНДАРТ	МЕРА
2.1 Существует нормативный документ по политике конфиденциальности в отношении клиентов.	Нормативный документ в письменном виде в файле агентства по оказанию услуг.
2.2 Существует нормативный документ на случай выражения клиентом недовольства (в который следует включить информацию об ответственности клиента).	Нормативный документ в письменном виде в файле агентства по оказанию услуг.
2.3 Существует не просроченная форма релиза информации на каждый конкретный информационный запрос, подписываемый клиентом.	Формы релиза информации подписываются клиентом и вкладываются в его досье. Релиз считается недействительным, если он был подписан более года назад.
2.4 При зачислении клиента информируют о политике конфиденциальности в отношении клиентов и нормативном документе на случай выражения недовольства.	Документация будет находиться в досье клиента, указывая на то, что клиент был проинформирован о политике конфиденциальности в отношении клиентов и нормативном документе на случай выражения недовольства. Документация подписывается клиентом (который может поставить только свои инициалы), а ее копии – передаются клиенту.

3.0 Набор

Задачи процесса набора:

- Информировать клиента об имеющихся услугах и том, чего клиенту ожидать, если он зачисляется в программу услуг медико-социального сопровождения;
- Установить правомочность получения услуг клиентом;
- Установить, желает ли клиент, чтобы его внесли в списки получающих услуги медико-социального сопровождения, или он интересуется только получением отдельной услуги, предлагаемой агентством по оказанию услуг;
- Собрать данные в целях отчетности о клиенте согласно требованиям штата/федерального правительства;
- Собрать основную информацию о клиенте для содействия его идентификации и диспансеризации и
- Начать установление доверительных отношений с клиентом.

Все клиенты, требующие услуг медико-социального сопровождения при ВИЧ или направленные в эту службу, будут участвовать в процессе набора. Зачисление проводится сотрудником отдела набора (который может являться специалистом по медико-социальному сопровождению или не быть таковым), причем в течение этого периода времени клиенту объясняют роль специалиста по медико-социальному сопровождению, дают пояснения относительно политики агентства в отношении конфиденциальности клиента и нормативного документа на случай выражения недовольства; тогда же устанавливаются потребности клиента, удовлетворение которых не терпит отлагательств, берется разрешение клиента на разглашение информации (при наличии срочной необходимости в разглашении полученных сведений), и начинается заполнение стандартной формы набора. Клиент, выбирающий зачисление в программу получения услуг медико-социального сопровождения и рассматриваемый как имеющий право на получение этих услуг, будет приписан к специалисту по медико-социальному сопровождению, в чьи обязанности входит связаться с клиентом в течение 5 рабочих дней для определения времени для более детальной оценки. Процесс набора начинается в течение пяти (5) дней после первого контакта клиента с агентством и в идеале, заканчивается через пять (5) дней или максимально быстро. Однако с учетом дополнительного времени, нужного клиентам, чтобы перестать ощущать неловкость при обсуждении информации щепетильного характера, и принимая во внимание, что у клиента требуемой информации может и не быть под рукой (к примеру, документов о статусе по ВИЧ), а агентству по оказанию услуг требуется некоторое время для принятия решения о назначении специалиста по медико-социальному сопровождению, процесс зачисления затягивается, но его следует завершить не позднее 30 дней от начала набора.

СТАНДАРТ	МЕРА
3.1 Выполнить стандартную методику набора в течение 30 дней от начала приема.	Заполненный вопросник стандартной методики набора – в досье клиента.
3.2 Определить право на получение услуг медико-социального сопровождения, если клиент выбирает зачисление в программу услуг медико-социального сопровождения.	Врачебная запись или результаты лабораторных анализов – в досье клиента.
3.3 Определить пожелания клиента относительно разглашения информации при наличии срочной необходимости в ее релизе.	Подписанная форма релиза (или неразглашения) информации – в досье клиента.
3.4 Закончить работу над всеми документами, перечисленными в разделе 2.0 «Права и обязанности клиентов».	Документация – в досье клиента.

4.0 Оценка/повторная оценка

Задачи процесса оценки/повторной оценки:

- Собирать на постоянной основе уместную информацию о клиенте с целью определения потребностей последнего и
- Продолжать укреплять доверительные отношения с клиентом.

У клиента есть право на получении доступа к беспристрастной и комплексной оценке его здоровья, функциональных, психологических и когнитивных способностей. Оценка концентрируется на определении потребностей клиента и представляет собой совместный и интерактивный процесс взаимодействия специалиста по медико-социальному сопровождению и клиента. Клиент служит основным источником информации, но оценка может включать и сведения, полученные от членов семьи, провайдеров медицинской и психосоциальной помощи, а также других информационных источников при условии, что клиент дает разрешение на обращение к этим иным источникам. Оценку следует проводить с глазу на глаз в месте, взаимоприемлемом для клиента и специалиста по медико-социальному сопровождению, – в том числе, на дому у клиента или в госпитале, если клиент слишком тяжело болен, чтобы прийти в агентство. Во время оценки клиентов следует оценивать на предмет связи с первичной медико-санитарной помощью. Оценка должна быть проведена в течение 30 дней после набора.

Как минимум, в оценку нужно включить следующие сферы для документального отражения:

- медицинский анамнез и состояние здоровья в настоящее время;
- имеющиеся финансовые ресурсы (включая состояние страховки);
- наличие продуктов питания, приюта, транспорта и финансовых ресурсов;
- имеющаяся система поддержки (семья, друзья, окружающие);
- потребность в правовой поддержке;
- наркопотребление;
- состояние эмоциональной сферы/психического здоровья.

Агентства по оказанию услуг могут использовать собственные формы оценки/повторной оценки при условии, что они включают документацию по вышеупомянутым сферам. Агентства по оказанию услуг могут предпочесть использование формы оценки, разработанной посредством контракта с ДОЗМ/БКОЗ, включающей все упомянутые выше сферы. Эту форму оценки можно запросить в ДОЗМ/БКОЗ.

Процесс оценки динамичен. По мере изменения статуса клиента могут меняться и его потребности. В обязанности специалиста по медико-социальному сопровождению входит постоянная повторная оценка потребностей клиента. Повторная оценка должна производиться по мере надобности, определяемой специалистом по медико-социальному сопровождению, но не реже одного раза в шесть (6) месяцев.

С клиентами, получающими только информацию и услуги направления на консультацию, следует связываться по телефону, как минимум, один раз в шесть (6) месяцев для выяснения того, не изменились ли их потребности. Клиенты, получающие все прочие услуги медико-социального сопровождения, должны иметь в своих файлах заполненную форму повторной оценки за каждые шесть (6) месяцев.

СТАНДАРТ

МЕРА

- | | | |
|-----|---|---|
| 4.1 | Провести оценку клиента в течение 30 дней от начала набора. | В досье клиента имеется заполненная форма оценки, освещающая, по крайней мере, следующие сферы: <ul style="list-style-type: none">• Медицинский анамнез и состояние здоровья в настоящее время;• Имеющиеся финансовые ресурсы (включая состояние страховки);• Наличие продуктов питания, приюта, транспорта и финансовых ресурсов;• Имеющаяся система поддержки (семья, друзья, окружающие);• Потребность в правовой поддержке;• Наркотребление и• Состояние эмоциональной сферы/психического здоровья. |
| 4.2 | Проводить повторную оценку потребностей клиента на постоянной основе (как минимум, каждые шесть (6) месяцев). Для клиентов, получающих только информацию и направления на консультацию, повторная оценка может проводиться по телефону. | Документация (в форме дневников, дополнений к описанию начальной оценки или новой формы оценки) – в досье клиента.
. |

5.0 Планирование обслуживания

Задачи планирования обслуживания:

- Обратиться к вопросу достижения целей клиента, выявленных на основе оценки его потребностей;
- Предпринять действенные шаги, необходимые для достижения целей клиента, и
- Составить календарный план достижения целей клиента.

В сотрудничестве между специалистом по медико-социальному сопровождению и клиентом на основе выявленных при проведении оценки потребностей следует составить план, детализирующий цели и задачи обслуживания. План обслуживания должен отражать краткосрочные и долгосрочные цели и этапы работы в процессе достижения каждой поставленной цели. В план следует включить необходимые конкретные услуги и направления на консультацию, включая четкий календарный план и согласованный план диспансеризации. Непредвиденные ситуации (к примеру, заболевания, тюремное заключение и т.п.) способны нарушить нормальный календарный план обслуживания. План обслуживания составляется для клиентов с тем, чтобы те получали требующиеся и желательные услуги.

Как минимум, в план обслуживания следует включить:

- описание проблем(ы);
- цели разрешения каждой проблемы;
- ресурсы для удовлетворения каждой потребности, включая ресурсы и сеть поддержки клиента, характер и уровень необходимых услуг, сроки предоставления услуг и их провайдера, а также
- замечания о доступности и уместности каждой услуги и, при необходимости, альтернативные планы.

План обслуживания является составной частью методики оценки, которую можно получить через ДОЗМ/БКОЗ; однако агентства по оказанию услуг могут выбрать собственный формат при условии, что он содержит вышеупомянутые четыре элемента. Планы обслуживания составляются в течение 30 дней от даты начала набора.

Как и процессе оценки, планирование обслуживания представляет собой непрерывный процесс. В обязанности специалиста по медико-социальному сопровождению входит постоянный обзор и пересмотр плана обслуживания клиента. Планы обслуживания следует пересматривать по мере надобности, определяемой специалистом по медико-социальному сопровождению, но не реже одного раза в шесть (6) месяцев.

СТАНДАРТ	МЕРА
<p>5.1 В сотрудничестве с клиентом составить план обслуживания в течение 30 дней от начала набора.</p>	<p>Завершенный план обслуживания, подписанный клиентом, специалистом по медико-социальному сопровождению и куратором специалиста по медико-социальному сопровождению, – в досье клиента.</p>
<p>5.2 Пересматривать план, по крайней мере, каждые шесть (6) месяцев.</p>	<p>Документация по обзору пересмотренного плана обслуживания, подписанного клиентом, специалистом по медико-социальному сопровождению и куратором специалиста по медико-социальному сопровождению, – в досье клиента. Документацию по обзору пересмотренного плана не обязательно подписывать клиентам, получающим только информацию и услуги направления на консультацию.</p>

6.0 Координация и направление на консультацию

Задача координации и направления на консультацию:

- Следовать стратегиям для обращения к вопросу удовлетворения потребностей клиента согласно намеченному в плане обслуживания.

К координации и направлению на консультацию относятся:

- непрекращающаяся поддержка клиента и его поощрение;
- координация услуг и уточнение ролей провайдеров этих услуг;
- направление в необходимые службы;
- защита права на получение услуг, если клиент не в состоянии защитить свои интересы от собственного имени.

В обязанности специалиста по медико-социальному сопровождению входит завершение плана, составленного для клиента. Специалисты по медико-социальному сопровождению служат связующим звеном между клиентами и провайдерами других услуг, обеспечивая контакты клиентов с необходимыми службами, что включает поддержание обратной связи с учреждением, направившим клиента на консультацию (с его согласия) и выступление в защиту права на получение услуг от имени клиента, если клиент не способен выступить в защиту своих интересов от собственного имени.

Координация и направление на консультацию включает также идентификацию других специалистов по медико-социальному сопровождению, с кем клиент может работать. В идеале клиенты должны пользоваться услугами только **одного** основного специалиста по медико-социальному сопровождению в любой момент времени на протяжении получения помощи. Основной специалист по медико-социальному сопровождению несет ответственность за надзор над оказанием помощи другими агентствами и ее координацию. Основной специалист по медико-социальному сопровождению – это лицо, назначенное для оказания услуг медико-социального сопровождения (определяемых как набор, оценка/повторная оценка, планирование обслуживания, координация и направление на консультацию, мониторинг и диспансеризация и планирование отчисления), что **не исключает** получения клиентами услуг в других местах их оказания. Клиент может обратиться за любым количеством услуг в любое агентство по их оказанию, но такие услуги являются разрозненными (такие как жилье, правовая поддержка и т.п.). Клиент не пользуется услугами медико-социального сопровождения в каждом агентстве, куда он обращается.

Хотя в идеале хорошо было бы иметь одного специалиста по медико-социальному сопровождению на клиента, реальность такова, что клиенты могут, по существу, одновременно работать с различными специалистами по медико-социальному сопровождению. Для того чтобы в конечном итоге достичь координации в системе услуг медико-социального сопровождения, который бы не было присуще дублирование усилий со стороны клиента или специалиста по медико-социальному сопровождению (то есть, прохождение процесса интенсивной оценки в более чем одном агентстве), важно работать в направлении создания системы, в рамках которой клиент выбирает одного основного специалиста по медико-социальному сопровождению. Для развития такой системы специалистам по медико-социальному сопровождению следует разъяснять своим клиентам обоснование выбора одного основного специалиста по медико-социальному сопровождению, просить клиента идентифицировать других специалистов по медико-социальному сопровождению с кем он может работать, и общаться с указанными другими специалистами по медико-социальному сопровождению для совместного определения роли каждого агентства в оказании помощи клиенту (исходя из предположения, что клиент даст свое разрешение на обращение к указанным другим специалистам по медико-социальному сопровождению).

СТАНДАРТ

МЕРА

- | | |
|--|---|
| 6.1 Выполнять план обслуживания клиента. | Документация из досье клиента о прогрессе, достигнутом в направлении выполнения каждого пункта, включена в план обслуживания клиента. |
| 6.2 Идентифицировать других специалистов по медико-социальному сопровождению, с которыми может работать клиент, и общаться с ними для совместного (и в сотрудничестве с клиентом) определения лица, наиболее уместного для того, чтобы выступать в роли основного специалиста по медико-социальному сопровождению. | Документация по другим специалистам по медико-социальному сопровождению, с которыми может работать клиент, и документальное отражение того, кто наиболее уместен для выступления в роли основного специалиста по медико-социальному сопровождению, – в досье клиента. |
| 6.3 С согласия клиента идентифицировать других провайдеров услуг, с которыми может работать клиент, и связаться с ними. | Документация, отражающая общение, – в досье клиента. |

7.0 Мониторинг и диспансеризация

Задачи мониторинга и диспансеризации:

- Убедиться, что клиенты приходят на необходимые консультации и за получением услуг;
- Выявлять и устранять препятствия, которые могут быть у клиентов при выполнении составленного для них плана обслуживания;
- Определять, продолжают ли они нуждаться в услугах медико-социального сопровождения, и
- Помогать агентствам по оказанию услуг для облегчения проводимого мониторинга набранных случаев.

Хотя объем диспансеризации определяются специалистами по медико-социальному сопровождению, чтобы случай считался активным, контакт специалиста по медико-социальному сопровождению с клиентом должен происходить, как минимум, один раз в шесть (6) месяцев. От всех клиентов на медико-социальном сопровождении требуется иметь, по крайней мере, одно документально подтвержденное взаимодействие с агентством за период двенадцати (12) месяцев для выполнения рекомендаций финансирующего органа. Если специалист по медико-социальному сопровождению не может связаться с клиентом в течение периода двенадцати (12) месяцев, несмотря на повторные и отраженные в документах попытки, случай считается закрытым.

СТАНДАРТ	МЕРА
7.1 Осуществлять контакт с клиентом, как минимум, один раз в шесть (6) месяцев.	Документация об имевших место контактах – личных или по телефону – в досье клиента.
7.2 Проводить диспансеризацию клиента.	Документация о диспансеризации – в досье клиента.
7.3 Установить все закрытые случаи после окончания периода двенадцати (12) месяцев.	Документация обо всех попытках, предпринятых, чтобы связаться с клиентом, – в досье клиента. Документальное подтверждение закрытия случая – в досье клиента.

8.0 Планирование выхода из программы и переходного периода

Задачи планирования отчисления:

- Обеспечить безболезненный переход для клиента, который более не желает получать обслуживание в данном агентстве/более не нуждается в услугах;
- Аккуратно отслеживать только тех клиентов, кто получает услуги активного медико-социального сопровождения;
- Помочь агентствам по оказанию услуг в более внимательном мониторинге набранных случаев.

Клиента можно вывести из программы услуг медико-социального сопровождения посредством систематического процесса, включающего составление выписного эпикриза на основе досье клиента. Выписной эпикриз включает причину отчисления и план перехода в юрисдикцию других служб или других агентств по оказанию услуг (если применимо). При несогласии клиента с причиной отчисления он вновь информируется о процедуре агентства по оказанию услуг на случай выражения недовольства клиентом. Клиента можно отчислить из программы услуг медико-социального сопровождения при ВИЧ по следующим причинам:

- в связи со смертью;
- по требованию клиента;
- в связи с изменениями потребностей клиента, когда предполагается, что он будет получать лучшее обслуживание с помощью специалиста по медико-социальному сопровождению другого агентства;
- если действия клиента подвергают риску агентство, специалиста по медико-социальному сопровождению или других клиентов;
- если клиент переезжает из зоны обслуживания; по возможности, следует предпринять попытку связать клиента со службами для его обслуживания по месту нового жительства или;
- если после повторных и документально отраженных попыток специалист по медико-социальному сопровождению не в состоянии связаться с клиентом в течение периода двенадцати (12) месяцев. Этот критерий признает, что некоторые клиенты требуют минимального объема услуг, таких как информация и направление на консультацию; таким образом, им достаточно поддерживать только периодические контакты со специалистом по медико-социальному сопровождению. Специалисты по медико-социальному сопровождению должны проверять своих клиентов каждые шесть (6) месяцев. Если по прошествии, максимум, двенадцати (12) месяцев, специалист по медико-социальному сопровождению не преуспел в своих попытках связаться с клиентом, клиента следует отчислить из программы предоставляемых агентством услуг медико-социального сопровождения.

- 8.1 Отчислить клиента из программы услуг медико-социального сопровождения при проявлении любого из следующих условий:
- клиент умирает;
 - клиент требует отчисления;
 - в связи с изменениями потребностей клиента, когда предполагается, что он будет получать лучшее обслуживание с помощью основного специалиста по медико-социальному сопровождению другого агентства;
 - если действия клиента подвергают риску агентство, специалиста по медико-социальному сопровождению или других клиентов;
 - если клиент переезжает из зоны обслуживания и/или
 - если после повторных и документально отраженных попыток специалист по медико-социальному сопровождению не в состоянии связаться с клиентом в течение периода двенадцати (12) месяцев.
- В досье клиента имеется документация о причине отчисления.

9.0 Нормативные документы и процедуры агентства; надзор за медико-социальным сопровождением

В задачи установления минимума нормативных документов входит гарантировать, что:

- Разработаны нормативные документы и процедуры для защиты прав клиентов и обеспечения качества оказываемой помощи и
- Специалисты по медико-социальному сопровождению пользуются поддержкой при исполнении служебных обязанностей – получают внимание куратора, уместную нагрузку, исчисляемую случаями, и сохранение содержания во время прохождения подготовки.

Все агентства по оказанию услуг, предлагающие медико-социальное сопровождение, обязаны иметь нормативные документы в письменном виде для следующих ситуаций:

- Процедура на случай выражения недовольства клиента;
- Надзор за работой специалиста по медико-социальному сопровождению;
- Нагрузка, исчисляемая количеством случаев медико-социального сопровождения.

Процедуры на случай выражения недовольства клиентом описаны в Разделе 2.0 «Права и обязанности клиентов». Агентствам по оказанию услуг следует иметь файлы с письменным описанием процедуры на случай выражения недовольства клиентом. По запросу ДОЗМ и/или БКОЗ могут предоставить техническую поддержку агентствам по оказанию услуг для разработки процедуры на случай выражения недовольства клиентом.

Специалистам по медико-социальному сопровождению следует предоставить как клиническую, так и административную поддержку (см. Раздел 1.0 «Персонал»). Помимо осуществления непосредственного надзора за работой специалистов по медико-социальному сопровождению кураторы также несут ответственность за мониторинг деятельности специалистов по медико-социальному сопровождению посредством просмотра документации (к примеру, убеждаясь, что специалисты по медико-социальному сопровождению соответствующим образом и адекватно заполняют необходимую документацию). Такой обзор может состоять из проверки случайной выборки документов или проверки всех управленческих документов путем наблюдения, с помощью мониторинга рабочей нагрузки, исчисляемой количеством случаев, и за счет отзывов (обратной связи) клиентов. Письменные нормативные документы агентства должны отражать процесс надзора за работой специалистов по медико-социальному сопровождению.

Агентствам по оказанию услуг следует поддерживать минимальную нагрузку на уровне двадцати пяти (25) активных клиентов на одного специалиста по медико-социальному сопровождению. Однако с учетом различных уровней потребностей клиентов, различий в контингентах обслуживаемого населения, различных уровней оказания услуг и ряда других факторов агентства провайдеров могут посчитать, что необходим более низкий стандарт рабочей нагрузки. Должно существовать письменное обоснование для объяснения рабочей нагрузки ниже двадцати пяти (25) клиентов на одного специалиста по медико-социальному сопровождению. Такой нормативный документ должен соответствовать заявке на получение гранта – финансирования услуг медико-социального сопровождения, поданной в ДОЗМ и/или БКОЗ.

СТАНДАРТ	МЕРА
9.1 Существует нормативный документ на случай выражения клиентом недовольства.	Нормативный документ в письменном виде – в файлах агентства по оказанию услуг.
9.2 Существует нормативный документ по надзору за оказанием услуг медико-социального сопровождения.	Нормативный документ в письменном виде – в файлах агентства по оказанию услуг.
9.3 Минимум, двадцать пять (25) клиентов на одного специалиста по медико-социальному сопровождению.	Существуют файлы, по крайней мере, на двадцать пять (25) активных клиентов. Нормативный документ в письменном виде – в файлах агентства по оказанию услуг, включая письменное обоснование объема нагрузки, если количество случаев составляет менее двадцати пяти (25) клиентов на специалиста по медико-социальному сопровождению.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Единая форма информации о клиенте с ВИЧ/СПИД

Бостонская комиссия по ВИЧ/СПИД / Программы борьбы со СПИД
ДОЗ штата Массачусетс / Бюро СПИД

Дата заполнения
месяц день год

Заполнено (кем)

Код клиента

Три первые буквы имени матери клиента – 6 знаков ДР* – четыре последние знака – номер СС**

*дата рождения

**социального страхования

Новый клиент

Повторная оценка

Общая информация

Дата рождения Возраст Пол (одно)

01 = мужской
02 = женский
03 = транс-секс
99 = не известен

месяц день год

Город

Штат Почтовый индекс

Контактная информация

Дата набора месяц день год Консорциум

Статус активности (обвести одно):

01 = активный
02 = усопший
03 = иной неактивный статус
04 = переехал
05 = выпал из диспансеризации
06 = изменил провайдера
07 = отчислен по просьбе клиента

ДОЗ – Т-II БКОЗ – Т-I

клиентские услуги
обслуживание на дому
прочее

Специалист по медико-социальному сопровождению (не обязательно)

Этническое/расовое происхождение

Испано-язычные и латиноамериканцы	Федеральная расовая категория	Прочие расовые и этнические группы	
Вы ДОЛЖНЫ обвести одно	Выбирайте нужно количество, но вы ДОЛЖНЫ обвести, как минимум, один вариант	В дополнение к категориям слева вы можете выбрать одно или более из нижеследующего:	
01 = испано-язычные и латиноамериканцы 02 = не испано-язычные и не латиноамериканцы 99 = не известно	01 = белый 02 = негр или лицо африканского происхождения 03 = азиат 04 = житель Гавайских островов / островов Тихого океана 05 = американский индеец / абориген Аляски 99 = не известно (99 включает латиноамериканцев, не попадающих в пять федеральных расовых категорий.)	<input type="checkbox"/> африканец <input type="checkbox"/> житель островов Зеленого мыса <input type="checkbox"/> гаитянин	<input type="checkbox"/> бразилец <input type="checkbox"/> португалец

Родной язык Выбрать один	Категория контакта Выбрать се применимое	Диагностическая информация Выбрать одно	
01 = английский 02 = испанский 03 = гаитянский креольский 04 = французский 05 = португальский 06 = креольский (Кабо-Верде – островов Зеленого мыса) 07 = восточноазиатские языки 08 = американский язык знаков 98 = прочее (см. ниже)	01 = МСМ 02 = лесбиянка 03 = ПИН 04 = гетеросексуальные контакты 05 = перинатальная трансмиссия 06 = гемофилия/расстройство свертывания крови 07 = переливание крови, ее компонентов, передача тканей 99 = не известно	*01 = ВИЧ+ без СПИД *02 = ВИЧ+, статус по СПИД не известен *03 = СПИД по определению CDC** *04 = ВИЧ-отрицательный (загрязненные клиенты) 99 = не известно * Требуется подтверждение ВИЧ ** Центры по контролю заболеваемости и профилактики	
Источник направления (выбрать один)			
	01 = самостоятельно 02 = специалист 03 = нарколог. программа 04 = следственный изолятор 05 = программа санпросвета/профилактики	06 = программа детоксикации 07 = службы для бездомных 08 = место тестирования/консультирования 09 = программа охраны психического здоровья	10 = амбулаторный центр 11 = КВД 12 = приемный покой стационара 98 = прочее

Единая форма информации о клиенте с ВИЧ/СПИД стр. 2

(использовать, если форма распечатана на двух листах бумаги)

Дата заполнения

Код клиента

/	/	/	/
---	---	---	---

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

Обвести один вариант по каждой категории. Ввести дату, если она отличается от даты заполнения формы.

Дата	Дата	Дата
Доход	Жилье/условия проживания	Источник медицинского страхования
01 = на уровне или ниже федерального уровня нищеты	01 = постоянное жилье	01 = частная страховка
02 = 101-200% от федерального уровня нищеты	02 = непостоянное жилье	02 = Medicare
03 = 201-300% от федерального уровня нищеты	03 = учреждение длительного пребывания	03 = Medicaid
04 = выше 300% от федерального уровня нищеты	98 = прочее	04 = иная общественная страховка
99 = не известен	99 = не известно	05 = страховки нет
		98 = прочее
		99 = не известно

>>> Раздел ниже относится к Акту финансирования провайдеров медицинских услуг Ryan White CARE <<<
 - - Внесение этих данных не обязательно для всех остальных - -

Медицинскую информацию следует пополнять каждый календарный год

Получал ли клиент какие-либо из перечисленных услуг в истекшем календарном году?	Да	Дата
Обследование на туберкулез		/ /
Лечение при положительном тесте		/ /
Скрининг/тестирование на сифилис		/ /
Лечение по поводу сифилиса		
Скрининг/тестирование на другие ЗППП		/ /
Лечение по поводу других ЗППП		/ /
Скрининг/тестирование на гепатит С		/ /
Лечение по поводу гепатита С		/ /
Был ли клиенту поставлен диагноз какого-либо из следующих СПИД-индикаторных заболеваний в истекшем календарном году?		
Пневмония, обусловленная <i>Pneumocystis carinii</i> (PCP)		/ /
Комплекс <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)		/ /
Микобактерия туберкулеза		/ /
Рак шейки матки		/ /
Прочие СПИД-индикаторные заболевания		/ /

Были ли назначены клиенту следующие виды антиретровирусной терапии за истекший календарный год?	Да	Дата
ВААРТ		/ /
Терапия спасения		/ /
Прочее (моно или ди-терапия)		/ /

Была ли клиентка беременна в истекшем календарном году?	Да	Год
Если да, то получала ли она во время беременности антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ-инфекции своим детям?	Да	Год

На каком сроке беременности клиент встала на учет?	Год
Первый триместр	Третий триместр
Второй триместр	В родах

Если клиентка была беременна:	Код-во	Год
Количество детей, рожденных за этот календарный год?		/ /
Сколько детей из числа родившихся были ВИЧ-положительными?		/ /

Пересмотрено 25 марта 2001 г.

Форма совместной оценки случая медико-социального сопровождения при ВИЧ

Клиент №: _____

Дата оценки: / /

Специалист по медико-социальному сопровождению: _____

Медицинская информация

Провайдер первичной медико-санитарной помощи:

Номер телефона: _____

Адрес: _____

Дата установления диагноза: / /

Статус по ВИЧ: _____





Страховка	Номер полиса	Дата	Контактное лицо
Medicaid	_____	_____	_____
ActNow	_____	/ / /	_____
NHP [Neighborhood Health Plan]	_____	/ / /	_____
Прочее (конкретизировать)	_____	_____	_____
	_____	/ / /	_____

Финансовая информация

Трудоустройство в настоящее время (обвести одно)
 Профессия: _____

Полная ставка _____ Почасовая работа _____ Безработный _____ Ежемесячный доход _____
 Работодатель: _____

Программа	Количество	Дата	Работник/телефон
SSI (дополнительные социальные выплаты)	_____	/ /	_____
SSDI [Social Security Death Index]	_____	/ /	_____
Общая помощь	_____	/ /	_____
Пособие по безработице	_____	/ /	_____
TANF (помощь нуждающимся семьям)	_____	/ /	_____
Талоны на питание	_____	/ /	_____
Продуктовый паек	_____	/ /	_____
Компенсация лекарств	_____	/ /	_____
Прочее	_____	/ /	_____

Прочие финансовые беспокойства: _____

Информация о жилье

Жилищные условия на сегодняшний день	В настоящее время проживает с
Жилья нет	Один
Приют/социальная гостиница	Друзьями/соседом по комнате
Постоянное место жительства	Любовником/партнером
Временное место жительства	Детьми
Тюрьма	Родственниками
Программа проживания в общежитии	Прочее
Хоспис/отделение хронического ухода	_____
Прочее	_____

Описать ситуацию с жильем:

Проживает с:	Отношение:	Осведомлен о диагнозе?	Оказывает поддержку?

Другие жилищные беспокойства:

Система поддержки

Есть ли у клиента близкие люди?

Имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Дети (включая также детей, с которыми клиент не проживает)

Имя	Отношение (включая патронаж департамента социального обеспечения и/или опеку)	Осведомлен о диагнозе?	Оказывает поддержку?

Общается ли клиент со своей семьей? Да Нет Имя: _____

Отношения с семьей:

Дополнительные комментарии относительно основной поддержки и семьи:

Посещает ли клиент собрания групп поддержки? (Отметить все применимое)

_____ На базе госпиталя _____ АН/АА* _____ Прочее
_____ ASO**/на базе _____ Религиозная группа _____ Ничего
сообщества

Прочие беспокойства относительно системы поддержки: _____

*анонимные наркоманы/анонимные алкоголики

**организации по оказанию услуг по поводу СПИД

Получение помощи в других агентствах

Услуга	Название агентства	Контакт	Номер телефона
Обслуживание на дому			
Социальный работник			
Фармацевт			
Представитель духовенства			
Специалисты по медико-социальному сопровождению			
Провайдер медицинских услуг			
Прочее			

Правовая информация

Нуждается ли клиент в правовой поддержке? _____

	Дата/поверенный права		Дата/поверенный права
Завещание		Генеральная доверенность	
Опека		Доверенность на принятие медицинских решений	
Иммиграция		Прочее	



Информация о психическом здоровье

Были ли у клиента следующие трудности?
нехватка энергии нервозность депрессия прочее
сон вспышки гнева плохой аппетит
плохая память печаль тревога

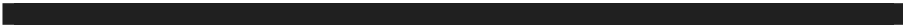


Информация о наркопотреблении

Уровень употребления наркотика/алкоголя в настоящее время
(Какой наркотик? В каком количестве? Как часто?): _____

Находится ли клиент в ремиссии? Как долго?

Нужна ли клиенту программа детоксикации?



План обслуживания

Необходимый уровень медико-социального сопровождения:

Цели	Этапы работы	Ответственная сторона	Дата разрешения	Фактическая дата завершения
------	--------------	-----------------------	-----------------	-----------------------------

Специалист по медико-социальному сопровождению

/ /

Подпись клиента

/ /

Подпись куратора

/ /

Американский Международный Союз Здравоохранения
Региональный офис в Российской Федерации
2-я Тверская-Ямская ул., д.16/18, офис 823
Москва, 101527
тел. (095)250-3072
факс (095)797-4780
aihamos@aiha.ru
www.aiha.com

