



Центр Знаний
knowledge.org.ua

Тема вебінару:

“Модель вуличної профілактичної роботи з підлітками та молоддю, які належать до груп ризику, за технологією мультидисциплінарної команди”

Крисов Леонід Петрович

24.02.2016 р.

Головний спеціаліст Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, 097-702-97-35, krisov@ukr.net

Вебінар проводиться в рамках реалізації проекту «Центр Знаний».

Реалізує проект Український інститут соціальних досліджень імені Александра Яременко в співпраці з МБФ «СПІД Фонд Восток - Запад» (AIDS Foundation East-West – AFEW-Україна) при технічній підтримці Представництва Детського Фонду ООН (ЮНІСЕФ)

«Історія аутріч-роботи в Україні.
Нормативно-правовий супровід
вуличної профілактичної роботи з
дітьми та молоддю груп ризику в
Україні».

АУТРІЧ (англ. out – ззовні, reach – досягати) – активні дії щодо встановлення та підтримки контактів с цільовими групами для проведення з ними певної профілактичної роботи шляхом відвідування місць скупчення, вуличних сайтів. АУТРІЧ – проведення профілактичних заходів у звичних для цільових груп місцях.

АУТРІЧ (OUTREACH) – метод роботи з населенням та окремими групами, який полягає в тому, що спеціально підготовлені працівники, добровільні помічники на громадських засадах спеціалізованих державних установ та організацій, рекрутери та інформатори за методикою «рівний-рівному» працюють в місцях перебування, скупчення, відпочинку, роботи представників цільових груп, надають на добровільних засадах їм послуги.

У вуличній роботі виділяють два напрями:

1) «аутріч-робота» (англ. outreach work — робота, що досягає, дотягується), яка спрямована на залучення представників цільової групи з вулиці до соціального закладу, організації, де їм нададуть соціальні послуги і допомогу. Цей різновид роботи найчастіше застосовують щодо безпритульних і бездоглядних підлітків;

2) «детач-робота» (англ. detach work — окрема, самостійна робота), яка покликана надавати соціальну підтримку безпосередньо і тільки на вулиці, в середовищі життєдіяльності певної соціальної групи. Вона доцільна для соціальної роботи з такими цільовими групами, які достатньо адаптовані до проживання на вулиці, для яких таке середовище є більш-менш прийнятним. Зокрема, кочові групи (наприклад, роми), або люди старші 18 років, для яких вулиця — постійне місце заробітку або місце проведення дозвілля. Робота з такими цільовими групами спрямована не стільки на припинення такого способу життя, як на максимальне зниження пов'язаного з ними ризику.

З історії аутріч-роботи

Вулична соціальна робота виникла в 1920-х роках у США для профілактики криміналізації підлітків з бідних кварталів.

Перший аутріч-проект серед СІН впроваджений у 1981 році в Нідерландах членами організації «Junkie Bond», які розповсюджували стерильні шприці у Роттердамі. З 1996 г. в Україні першими розпочали реалізовувати аутріч-проекти в Києві, Одесі та Миколаєві: програми “Діти вулиці”, “Мобільні центри вуличної профілактичної роботи”, “Ігротеки на вулицях”, за стратегією “Зменшення шкоди”.

Форми вуличної профілактичної роботи:

вуличні пункти обміну шприців та пункти ЗПТ;
тематичні ігротеки та ігрові програми на вулицях;
вуличні інтерактивні профілактичні театри, форум- театри;
вуличне телебачення та профілактичні телемости;
мобільні консультативні пункти;
вуличні профілактичні рейди;
вуличні творчі майстерні;
вуличні інтерактивні змагання (стритбол, юкко та інші).

Мобільні центри вуличної профілактичної роботи



Нормативно-правовий супровід вуличної профілактичної роботи

Закон України від 15.01.2011 № 1972-12 “ Про протидію поширення хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ”

Стаття 4. Державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ:

8) запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

2. Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.



**Закон України „Про затвердження
Загальнодержавної цільової соціальної програми
протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки”:**

2) сприяння наданню дітям із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, дітям, які не отримують належного батьківського піклування, безпритульним та бездоглядним дітям соціальних та профілактичних послуг, залучення їх до інформаційно-профілактичних заходів, у тому числі шляхом функціонування вуличних мультидисциплінарних команд і клінік, дружніх до молоді.

Наказ Мінсоцполітики № 678 від 2.07.2015 р.
“Державний стандарт соціальної послуги
консультування”

“Вуличне консультування – контактне консультування отримувачів соціальної послуги в нестационарних умовах, у місцях, звичних для закритих щодо контактування соціальних груп (бездомних, осіб із алко-, нарко- та іншими видами залежностей), у місцях, де вони мешкають, гуртуються, проводять разом час”.

Наказ Мінсоцполітики від 10.09.2015 № 912 «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги профілактики»

Мультидисциплінарна команда - команда, до складу якої входять не менше трьох осіб з числа таких працівників: соціальний працівник, соціальний робітник, фахівець із соціальної роботи, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, лікар (гінеколог, дерматолог, венеролог, нарколог, інфекціоніст, реабілітолог тощо), фельдшер, сестра медична та інші, які працюють у штаті суб'єкта або залучаються з інших установ, організацій, закладів.

Профілактична програма - спеціально розроблений комплекс (система) профілактичних заходів, спрямованих на попередження конкретної соціальної проблеми (або декількох пов'язаних між собою проблем), негативного явища, складних життєвих обставин. Профілактичні програми дозволяють у повному обсязі та комплексно здійснювати надання соціальної послуги на рівні громадян, груп осіб, які опинилися у складних життєвих обставинах, спричинених інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, бездомністю.

Закон України «Про охорону дитинства»

Безпритульні діти - діти, які були покинуті батьками, самі залишили сім'ю або дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця проживання.

ДІТИ, ПОЗБАВЛЕНІ БАТЬКІВСЬКОГО ПІКЛУВАННЯ, - ДІТИ, ЯКІ ЗАЛИШИЛИСЯ БЕЗ ПІКЛУВАННЯ БАТЬКІВ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОЗБАВЛЕННЯМ ЇХ БАТЬКІВСЬКИХ ПРАВ, ВІДІБРАННЯМ У БАТЬКІВ БЕЗ ПОЗБАВЛЕННЯ БАТЬКІВСЬКИХ ПРАВ, ВИЗНАННЯМ БАТЬКІВ БЕЗВІСНО ВІДСУТНІМИ АБО НЕДІЄЗДАТНИМИ, ОГОЛОШЕННЯМ ЇХ ПОМЕРЛИМИ, ВІДБУВАННЯМ ПОКАРАННЯ В МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ ТА ПЕРЕБУВАННЯМ ЇХ ПІД ВАРТОЮ НА ЧАС СЛІДСТВА, РОЗШУКОМ ЇХ ОРГАНАМИ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, ПОВ'ЯЗАНИМ З УХИЛЕННЯМ ВІД СПЛАТИ АЛІМЕНТІВ ТА ВІДСУТНІСТЮ ВІДОМОСТЕЙ ПРО ЇХ МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ, ТРИВАЛОЮ ХВОРОБОЮ БАТЬКІВ, ЯКА ПЕРЕШКОДЖАЄ ЇМ ВИКОНУВАТИ СВОЇ БАТЬКІВСЬКІ ОBOB'ЯЗКИ, А ТАКОЖ ПІДКИНУТІ ДІТИ, ДІТИ, БАТЬКИ ЯКИХ НЕВІДОМІ, ДІТИ, ВІД ЯКИХ ВІДМОВИЛИСЬ БАТЬКИ, ТА БЕЗПРИТУЛЬНІ ДІТИ

Стаття 6. Право на життя та охорону здоров'я

Кожна дитина має право на життя з моменту визначення її живонародженою та життєздатною за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Держава гарантує дитині право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навичок здорового способу життя.

Неповнолітні, які вживають алкоголь, наркотики, та неповнолітні, які за станом здоров'я не можуть бути направлені до загальноосвітніх шкіл соціальної реабілітації та професійних училищ соціальної реабілітації, в порядку, встановленому законом, направляються до центрів медико-соціальної реабілітації неповнолітніх.

Діти, які живуть та працюють на вулиці (за визначенням ЮНІСЕФ):

-діти, які не спілкуються з власними родинами та живуть у тимчасових сховищах або не мають узагалі постійного сховища і кожен день ночують будь-де;

-діти, які підтримують контакт із сім'ями, але через бідність, зловживання по відношенню до них проводять більшу частину дня, а інколи і ночі на вулиці;

-діти – вихованці інтернатів і притулків, які через різні причини втекли з них і перебувають на вулиці.

Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту № 4568 від 29.12.2009 р. “Про затвердження Примірного положення „Про мультидисциплінарну вуличну команду соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику”.

Мультидисциплінарна вулична команда соціальної роботи з дітьми та молоддю груп ризику (далі – МДК) – є формою здійснення соціально-профілактичної роботи групою фахівців різних галузей, які забезпечують надання соціальних послуг дітям та молоді груп ризику, уразливих до ВІЛ (далі – отримувачі послуг) в умовах вулиці. Метою діяльності МДК є попередження інфікування на ВІЛ серед дітей та молоді груп ризику уразливих до ВІЛ-інфекції (далі – отримувачі послуг) шляхом забезпечення доступу до відповідних якісних соціальних послуг та реалізація соціальних потреб цільової групи в умовах вулиці.

Діяльність МДК спрямовується на такі категорії отримувачів послуг:

- діти та молодь, які споживають психоактивні речовини, у тому числі ін'єкційним шляхом з використанням нестерильного ін'єкційного обладнання;
- діти та молодь, які надають добровільно або примусово, включаючи і сексуальну експлуатацію, сексуальні послуги за винагороду або в обмін на їжу чи притулок;
- хлопці та юнаки, які практикують незахищений секс з жінками, які надають сексуальні послуги;
- хлопці та юнаки, які практикують незахищений секс з чоловіками (ЧСЧ).

Завдання МДК:

- виявлення в умовах вулиці дітей та молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ;
- проведення оцінки потреб та з'ясування проблем, які потребують вирішення;
- здійснення соціальної роботи з представниками цільової групи, яка спрямована на профілактику ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом, інших соціально небезпечних хвороб.

5. Фахівці, які входять до складу МДК:

- соціальний працівник;
- соціальний педагог;
- психолог;
- медичний працівник (лікар, медична сестра).

Основні завдання соціального педагога, працівника:

- здійснює оцінку потреб отримувача послуг;
- проводить кваліфіковане консультування;
- сприяє у налагодженні та відновленні родинних зв'язків;
- мотивує до зміни моделі поведінки отримувача послуг з подальшим його поверненням у родину або направленням до відповідних закладів;
- мотивує та направляє на тестування щодо виявлення ВІЛ-інфекції, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, проведення ДКТ;
- сприяє залученню інших фахівців та необхідних ресурсів.

10. Основні завдання психолога МДК:

- проведення оцінки потреб отримувача послуг;
- проведення кваліфікованого консультування;
- мотивування до зміни моделі поведінки отримувача послуг з подальшим поверненням у родину або направленням до відповідних закладів та установ з метою інституалізації;
- мотивування до проходження ДКТ, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом;
- сприяння у налагодженні та відновленні родинних зв'язків

Основні завдання лікаря МДК:

- визначення потреби в медичній допомозі в залежності від стану здоров'я при першому огляді отримувача послуг;
- проведення кваліфікованого медичного консультування;
- надання першої медичної допомоги отримувачу послуг;
- формування прихильності до АРТ лікування;
- проведення добровільного до- та післятестового консультування (далі – ДКТ) на ВІЛ-інфекцію;
- забезпечення перенаправлення до інших медичних фахівців (за потреби).

Основні завдання медичної сестри МДК:

- проводить оцінку фізичного стану отримувача послуг;
- сприяє формуванню прихильності до отримання соціально-медичних послуг;
- у разі потреби, надає першу невідкладну медичну допомогу отримувачу послуг;
- проводить обстеження експрес-тестами щодо виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Роль міжнародних організацій в здійсненні методологічного супроводу інноваційних програм вуличної профілактичної роботи

У грудні 2007 – лютому 2008 року в рамках проекту ЮНІСЕФ в Києві було проведено кількісне дослідження ризикованих поведінок серед підлітків, які живуть та працюють на вулиці, у віковій категорії від 10 до 19 років. 97,5% опитаних в Києві дівчат та хлопців вживають алкогольні напої, 85,1% мають досвід токсикоманії, 76% досвід сексуальних стосунків, 19% юнаків купували секс, 69% дівчат продавали секс, 10% опитаних юнаків мали анальний секс з чоловіками, 18 % дівчат були вагітними, 15,5% з 201 опитаного підлітка мають досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, 61% з них під час останнього вживання користувались одним шприцем з іншими.

Базові дослідження

У травні – червні 2008 року в місті Києві було проведено дослідження щодо поширеності ВІЛ серед дітей вулиці та вуличної молоді поведінкових факторів ризику. Дослідження проводилось фахівцями Міжнародної організації „Право на здоров’я”, Centers for Disease Control and Prevention, США.

З 311 учасників 58 (18.6%) виявилися ВІЛ-позитивними. Поширеність ВІЛ-інфекції за окремими факторами ризику становила: відсутність роботи – 26%; досвід вагітності чи захворювання, що передається статевим шляхом – 25 %; вживання наркотиків – 23%; вживання наркотиків ін’єкційним шляхом – 31%; обмін ін’єкційним інструментарієм – 43%. Серед ВІЛ-позитивних учасників дослідження 84% були віком 20-24 років. Переважна більшість були сексуально активними (98%), мали численних статевих партнерів упродовж минулого року, не використовували презерватив під час останнього статевого контакту (58%), на час проведення дослідження вживали наркотики ін’єкційним шляхом (53%).

Базові дослідження

Наступна ситуація в Києві:

- серед ЖКС – 11, 3% складають дівчата віком 14- 18 років, що при перерахуванні на оціночну кількість представниць зазначеної групи ризику в місті (10 700 осіб) перевищує 1200 осіб, при цьому за даними опитування середній вік сексуального дебюту для дівчат з групи ЖКС становить 15, 6 років, а 25, 2% мали сексуальний дебют у віці до 14 років;

- серед ЧСЧ близько 10% належать до вікової групи 14-18, при цьому у 27% перший статевий контакт стався до досягнення ними 16 років; при перерахуванні цих даних на оціночну кількість ЧСЧ в Києві (36 300), ймовірна кількість дітей з такою сексуальною поведінкою може перевищувати 3 500.

Окремі регіональні оціночні дослідження щодо кількості дітей СН в Києві не проводились.

Базові моделі послуг з профілактики ВІЛ серед підлітків груп ризику в місті Києві.

1. Модель вуличної профілактичної роботи з ПГР за технологією мультидисциплінарної команди.
2. Модель стаціонарної профілактичної роботи з ПГР (денні відділення).
3. Модель виїзної Дружньої клініки для підлітків груп ризику.
4. Модель реабілітаційного центру для підлітків з проблемами залежностей.
5. Модель соціального гуртожитку для ПГР.
6. Модель профілактичного виїзного наметового табору для ПГР.
7. Модель соціально-правового центру для ПГР.

Уразливі діти

Уразливі діти – ті, які наражаються на ситуативний ризик і знаходяться в одному кроці від ризикованої поведінки. Уразливою до ризику ВІЛ-інфікування групою відносимо дітей, які більшість свого часу проводять на вулиці. Серед них, за результатами різноманітних досліджень є представники всіх трьох груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ), а також ті, що поєднують ризиковану поведінку та водночас належать до кількох груп ризику або наражаються на ситуативний ризик (перебувають за крок від ризикованої поведінки).

Підлітки груп ризику (вікова група 10–18 років)– це діти (дівчата та хлопці), які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ, а саме:

- споживають ін'єкційні наркотики з використанням нестерильного ін'єкційного інструментарію;
- практикують незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду;
- хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками, в тому числі за винагороду.

Цілі моделі вуличної профілактичної роботи з ПГР та молоддю

- сприяти зниженню ризику інфікування ВІЛ, хворобами, що передаються статевим шляхом, серед підлітків з ризикованою поведінкою від 14 до 19 років та вуличної молоді;
- забезпечити належний доступ до інтегрованих соціальних послуг з профілактики та підтримки для підлітків;
- забезпечити здійснення соціального супроводу підлітків з позитивним результатом тестування на ВІЛ, ХПСШ.

Склад мультидисциплінарної команди:

- консультант-психолог кабінету Довіри;
- вуличний консультант-координатор команди
- медичний працівник центру профілактики та боротьби з ВІЛ
- аутріч-працівник
- водій-соціальний працівник
- добровільні помічники на громадських засадах.



Базовий пакет послуг

- інформаційні з розповсюдженням тематичних інформаційних матеріалів, адаптованих для підлітків, про місця надання послуг, особливості безпечної поведінки в контексті проблем ВІЛ, хвороб, що передаються статевим шляхом;
- індивідуальне та сімейне (за бажанням підлітків) консультування (соціально-психологічне, соціально-педагогічне, соціально-медичне);
- до- та післятестове консультування в контексті проблем ВІЛ, гепатитів В і С, сифілісу;
- соціально-медичні послуги (видача засобів індивідуальної гігієни, сприяння у діагностиці хвороб, що передаються статевим шляхом, забезпечення взаємодії з медичними установами);
- соціально-педагогічні (залучення підлітків груп ризику до волонтерського руху, участі в організації та проведенні профілактичних заходів в підлітковому, молодіжному середовищі).

Регіональна оцінка із залученням до участі представників цільових категорій міста Києва



Профілактична тренінгова робота за методикою “Сходишки” в умовах вуличного простору .



Форми соціалізації



Результати роботи

Протягом 2013 – 2014 років проведено 256/ 282 виїзних заходів в місцях скупчення дітей та молоді, які практикують ризиковану поведінку.

Профілактичні послуги отримали 1014 бездоглядних дітей/ 1226 та 370/ 289 вуличних молодих людей, які практикують ризиковану поведінку. Мультидисциплінарні команди забезпечені мобільними транспортними засобами, необхідним обладнанням для тестування на ВІЛ, сифіліс, гепатити В і С. Проведено швидких тестів за добровільною згодою дітей від 14 до 18 років:

На ВІЛ-інфекцію – 581/498 (23 позитивних результати, 4%/ 2%);

На сифіліс – 575/381 (20 – позитивних, **3, 5%/2%**) ;

На гепатит С – 475/303 (31 – позитивних, **6, 5 %/ 9%**) ;

На гепатит В – 475/290 (17 – позитивних, **3,6 %/3%**) .

ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

1. Потреба у залученні коштів для реалізації превентивних програм для роботи з ПГР у 2016 році та впровадження інших моделей профілактичної роботи.
 - 1.1. Лобювання інтересів міської цільової програми .
 - 1.2. Залучення донорських коштів та ресурсів неурядових організацій.
 - 2.1. Підготовка спільного наказу профільних міських/державних установ щодо взаємодії в наданні комплексу послуг дітям та молоді групи ризику.
 - 2.2 Проведення міжвідомчих семінарів для надавачів послуг.
 - 2.3 Залучення підлітків груп ризику до роботи за методикою “рівний рівному”.
 - 3.1.Проведення навчання (семінари, тренінги) спеціалістів для роботи у складі “мобільних груп соціальної роботи” з дітьми
2. Потреба у розширенні мережі соціальних послуг для дітей та молоді групи ризику.
3. Підготовка фахівців для роботи у складі МДК.

ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ

4. Організація роботи з підлітками, які не є мешканцями Києва

4.1. Покращення механізму взаємодії державних установ, державних соціальних закладів, які працюють з дітьми та молоддю групи ризику.

4.2. Залучення неурядових організацій до активної роботи з дітьми та молоддю групи ризику спільно з державними установами.

5. Робота з сім'ями підлітків групи ризику

5.1. Проведення соціальної роботи з сім'ями підлітків групи ризику за технологією роботи, як із сім'ями СЖО (складні життєві обставини)

Дякуємо за увагу!

Відеозапис вебінара
можна скачати на нашому сайті:

