

Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования
Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)
в Российской Федерации

КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ
И ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Москва
2006

Авторский коллектив:

д.м.н., профессор П.Н. Кротин; д.м.н., профессор А.М. Куликов;
к.м.н. Т.Ю. Кожуховская

Рецензенты:

д.м.н., профессор А.С. Балева; д.м.н., профессор Е.В. Уварова;
д.м.н., профессор О.Г. Фролова; к.м.н. Н.В. Дуб

Резюме. Данное Руководство предназначено для врачей и организаторов здравоохранения, занимающихся обеспечением медико-социальной помощи подросткам и молодежи. Основным содержанием Руководства являются: история обеспечения медицинской помощи подросткам в России и за рубежом, международные критерии, характеристики и стандарты медико-социальных услуг/служб, дружественных к молодежи, критерии, принципы деятельности и предпосылки создания подобных служб в России. Кроме того, в Руководстве содержится план действий учреждения, претендующего на статус «Клиника, дружественная к молодежи», а также программа обучения и подготовки персонала.

Руководство разработано и издано в рамках совместной инициативы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Всемирной организации здравоохранения, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА) «Клиники, дружественные к молодежи».

© ЮНИСЕФ, 2006
© СПб МАПО, 2006

Подписано в печать 16.03.2006. Формат 60×90 1/16.
Гарнитура Lazurski. Бумага мелованная.
Печать офсетная. Объем 3,75 печ. л.
Заказ № 194.
Тираж 2000 экз.

Отпечатано в типографии ООО «БЭСТ-принт»
127473, Москва, ул. Краснопролетарская, д. 16

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

За последнее десятилетие отмечены негативные сдвиги в здоровье подрастающего поколения, в том числе и репродуктивного здоровья подростков, что в будущем может быть одной из важнейших причин сохранения низкого уровня рождаемости, высоких показателей младенческой смертности, патологии беременности и родов.

Значительная часть факторов риска снижения репродуктивного потенциала современных подростков объясняется низким уровнем информированности молодежи о последствиях рискованного поведения, несформированностью репродуктивных установок, а также недостатками медико-социального сопровождения в лечебно-профилактических учреждениях.

Необходимость и целесообразность создания специальных служб или, по международной классификации, «клиник, дружественных к молодежи» (КДМ), доказана опытом уже более десяти лет действующих подростковых центров в Санкт-Петербурге и Новосибирске и целого ряда молодежных консультаций в других регионах и отражена в информационных письмах МЗ РФ и приказе № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

Обоснованием создания «дружественных к подросткам и молодежи» служб служат следующие взаимосвязанные факторы:

- социальная значимость здоровья подростков;
- резкое ухудшение здоровья и социальной защищенности подростков;
- недостаточность базовой медицинской помощи, высокая потребность в медико-социальной помощи;
- психическая и социальная незрелость подростков, отсутствие осознанного отношения к своему здоровью и навыков самостоятельного обращения за помощью, отсутствие навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
- изменение структуры заболеваний молодежи с нарастанием удельного веса «болезней рискованного поведения». Эпидемии ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, и употребление наркотиков вынуждают ускорить развитие служб, предназначенных для решения проблем здоровья подростков;
- сниженное влияние семьи, ранний пубертат и позднее супружество создают существенные проблемы в охране репродуктивного здоровья;

- недостаточная степень информированности подростков по проблемам репродуктивного здоровья;
- необходимость комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков и молодежи.

Для подростков и молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям, и они могут быть реализованы в «клиниках, дружественных к подросткам и молодежи».

Руководство «Клиники, дружественные к молодежи» предлагается вниманию руководителей учреждений лечебно-профилактической помощи матерям и детям, акушеров-гинекологов, педиатров, а также всех специалистов, принимающих участие в работе по охране репродуктивного здоровья и обеспечению медико-социальной помощи подросткам. Основным содержанием документа являются: история обеспечения медицинской помощи подросткам в России и за рубежом, международные критерии, характеристики и стандарты услуг/служб, дружественных к молодежи, критерии, принципы деятельности и предпосылки создания подобных служб в России. Кроме того, в Руководстве содержатся план действий учреждения, претендующего на статус «Клиника, дружественная к молодежи», а также программа обучения и подготовки персонала.



Ольга Шарапова

*Директор Департамента
медико-социальных проблем семьи, материнства и детства
Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации*

Введение	6
Глава 1 История обеспечения медицинской помощи подросткам в России и за рубежом.....	9
Глава 2 Международные критерии, характеристики и стандарты услуг/служб, дружественных к молодежи (adolescent friendly health services — AFHS). Критерии и принципы КДМ.....	15
Глава 3 Предпосылки создания КДМ, роль Министерства здравоохранения и социального развития РФ в организации подобных служб.....	23
Глава 4 Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА и Министерства здравоохранения и социального развития РФ по клиникам, дружественным к молодежи.....	26
Глава 5 План действий учреждения, претендующего на статус «Клиника, дружественная к молодежи».....	28
Глава 6 Программа обучения и подготовки персонала КДМ.....	30
Приложения	32
Рекомендованная литература	60

Здоровье подростков как общественная ценность. Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Резкие социально-экономические потрясения последнего десятилетия оказались драматичными для здоровья подростков. Ухудшение состояния здоровья населения России, по оценке экспертов, принимавших участие в 52-й Всемирной ассамблее здравоохранения (октябрь 1999 г., Женева), не имеет прецедентов в индустриально развитых странах в мирное время. Данные ЮНИСЕФ показывают, что тенденции общественного здоровья подростков (демографические, заболеваемость, смертность) в разных странах СНГ и Восточной Европы имеют сходную динамику. А по последствиям рискованного поведения наши подростки догоняют или даже опережают своих сверстников на Западе.

Результаты Всероссийской диспансеризации детей 2002 года подтвердили тенденции в состоянии здоровья детей, сформировавшиеся за прошедший десятилетний период: снижение доли здоровых детей (с 45,5 до 33,89 %) с одновременным увеличением вдвое удельного веса детей, имеющих хроническую патологию и инвалидность. Ежегодный прирост заболеваемости у подростков составляет 5–7 %.

Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах. Об этом свидетельствуют данные самооценки здоровья подростков 15 лет. Так, считают себя здоровыми: в Швейцарии — 93 %, в Швеции — 72 %, во Франции — 55 %, в Германии — 40 %, в России — 28 % подростков.

В структуре **соматических заболеваний** у российских подростков по сравнению с заболеваемостью в других возрастных группах явно доминируют заболевания эндокринной, мочевыделительной, нервной и костно-мышечной системы. Это обусловлено мощными психонейроэндокринноиммунными перестройками пубертатного периода и началом половой жизни.

Распространенность **психических заболеваний** у подростков на 21 % выше, чем у детей. Распространенность депрессий в подростковой популяции составила 19 % (Иовчук Н.М., Батыгина Г.З., 1998). Значительно возросло число детей групп высокого медико-социального и биологического риска (Миронов Н.Е., 1999). За последние 10 лет число самоубийств увеличилось в 1,8 раза. По данным последних опросов, мысль о самоубийстве возникала у 19 % юношей и 43 % девушек. Хотя склонность к самоубийству типична для периода взросления во всех странах, уровень суицидов в России — один из самых высоких в мире.

Особую значимость проблеме **репродуктивного здоровья** подростков придает демографическая ситуация в стране, обусловленная не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек.

У 75–86 % девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10–15 % — гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность (Гуркин Ю.А., 1997; Баклаенко Н.Г., Гаврилова Л.В., 2000; Ващенко Л.В. и соавт., 2001). Частота гинекологических заболеваний за последние пять лет увеличилась в три раза. С возрастом распространенность гинекологических нарушений возрастает более чем в 2,5 раза — со 116,2 в 14 лет до 297,0 на 1000 осмотренных в 17 лет.

Не лучше обстоит дело и с репродуктивным здоровьем мальчиков. В Санкт-Петербурге частота андрологических заболеваний достигает 13–56 %, а 2,2 % юношей нуждаются в андрологическом оперативном лечении. Потребность в оперативном лечении наиболее высока в возрасте 14–16 лет. Около 60 % заболеваний у мальчиков и юношей в возрасте 14–17 лет могут представлять в будущем реальную угрозу их бесплодия (Юрьев В.К. и соавт., 2000).

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем России, причем молодые люди часто не готовы к половой жизни ни физиологически, ни психологически: у них нет достаточных знаний об инфекциях, передающихся половым путем, о возможности отрицательных последствий раннего начала половой жизни и прерывания беременности.

Отмечен низкий уровень репродуктивных установок молодежи. Сегодня не хотят иметь детей 10,5 % учащихся ПТУ и 6,5 % школьников. В 1990 г. количество таких лиц не превышало 1 %. Количество аборт в возрасте 15–19 лет составляет около 40 на 1000 подростков (Гребешева И.М., 2000). Ежегодно около 1,5 тысячи детей рождаются у 15-летних, 9 тысяч — у 16-летних, 30 тысяч — у 17-летних (Чичерин Л. и соавт., 1999). Материнская смертность среди подростков в 5–8 раз выше, чем в общей популяции (Баклаенко Н.Г. и соавт., 2000).

Демократия и неконтролируемые свободы сняли все ограничения на рискованное поведение молодежи. В 2002 году распространенность **алкоголизма** среди подростков оказалась самой высокой за последние 10 лет. Численность подростков, злоупотребляющих алкоголем, составила 827,1 на 100 тыс. подростков, что выше ее уровня в населении в целом в три раза (МЗ РФ, 2003). Национальным бедствием становится **наркомания** молодежи. Среди токсикоманов и наркоманов несовершеннолетние составляют половину. Молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены **инфекциям, передаваемым половым путем**. По данным МЗ РФ (2003), зарегистрировано свыше 52 тыс. больных в возрасте до 17 лет.

На подростковый возраст приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека. Удельный вес ВИЧ-инфицированных в возрасте 15–20 лет составляет 21 %. В последние годы эпидемия из концентрированной фазы (среда наркоманов) переходит на все население. Уже сегодня почти четверть подростков заразились при гетеросексуальных половых контактах.

Несовершеннолетние все больше становятся жертвами жестокого обращения с ними и насилия — физического, сексуального, эмоционального (моральная жестокость), пренебрежения основными нуждами ребенка, а также объектами вовлечения в конфликты с законом.

Особенность ситуации, в которой оказались современные российские подростки, заключается в том, что их переходный период совпал с переходным периодом общества. Сложности подростков наложились на сложности общества, и произошло потенцирование проблем. Сегодняшние подростки — это те дети, которые родились в самое трудное время начала 90-х годов. Поэтому в ближайшие годы общество столкнется с серьезными проблемами здоровья и социализации молодежи. На этом фоне организация медико-социальной помощи подросткам становится все более значимой и актуальной.

Изменение социально-экономических условий, увеличение продолжительности социализации подростков, возрастание потребностей подростков при фактическом отсутствии их социального статуса, нарастание семейной дезадаптации и увеличение числа семей в кризисных ситуациях (представляющих угрозу физическому и психическому здоровью подростков), усугубление характерной для молодежи психосоциальной дезадаптации привело к возрастанию роли социальных факторов в ухудшении соматического, психического и репродуктивного здоровья. Сегодня подростков можно отнести к наиболее социально незащищенным слоям общества. К сожалению, социальная педиатрия не предполагала, с какими проблемами ей придется столкнуться, и оказалась к этому не готова.

Решение отмеченных проблем предусмотрено Конвенцией ООН о правах ребенка, и в соответствии с ней в России в настоящее время осуществляется реформа медицинского обеспечения подростков. Программа Минздрава РФ и РАМН «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004–2010 гг. (по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г.)» нацеливает на совершенствование организации медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья детей подросткового возраста, как мальчиков, так и девочек, профилактике ИППП, ВИЧ; создание психолого-консультативных служб, формирование здорового образа жизни. Это, несомненно, потребует и введения новых организационных форм в оказании медицинских услуг подросткам.

История обеспечения медицинской помощи подросткам в России и за рубежом

В отечественном да и в мировом здравоохранении до сих пор нет единого мнения о том, нуждаются ли подростки в специальном медицинском обеспечении. Подростковая медицина в нашей стране переживала периоды расцвета и упадка. Созданная в первые годы советской власти, исходя из социальных потребностей подрастающего поколения и общества, система охраны здоровья подростков с разной степенью эффективности выполняла свою функцию. В последние 15–20 лет она существовала формально. Сегодня реформа и возрождение подростковой медицины становятся актуальной задачей общества.

После Октябрьской революции государство взяло на себя охрану здоровья детей и подростков, возложив эти функции вначале на школьно-гигиенический отдел Народного комиссариата просвещения — Наркомпроса, а с 1918 года — на отдел охраны здоровья детей и подростков Наркомата здравоохранения. Основным звеном в системе охраны здоровья подростков были детские профилактические амбулатории и пункты по охране здоровья детей и подростков. Они оказывали профилактическую, общеврачебную и специализированную помощь.

Уже первый опыт медицинского обеспечения подростков показал важнейшую роль социального компонента для здоровья подрастающего поколения. Государственный центральный НИИ охраны здоровья детей и подростков в 1935 году издал книгу «Методы изучения детей и подростков», в которой приведен и обобщен опыт социально-гигиенических обследований. Фактически это явилось важным шагом к формированию подходов к организации медико-социальной помощи детям и подросткам.

В 1936 году вместо детских профилактических амбулаторий и пунктов по охране здоровья детей и подростков были созданы детские поликлиники. Функции по медицинскому обслуживанию подростков, профотбору и профориентации переданы в лечебно-профилактические учреждения для взрослых.

В последующие годы отмечалось расширение сети подростковых кабинетов. С декабря 1955 года для обслуживания подростков 15–18 лет, работающих на предприятиях, и учащихся ПТУ введена 1 должность врача на 1500 подростков или 0,5 должности врача на 750 подростков в поликлиниках, МСЧ и ЦРБ для взрослых. Были организованы городские подростковые кабинеты, выполнявшие методические функции.

В 1959 году создан Научно-исследовательский институт гигиены детей и подростков — научный центр по проблемам здоровья детей и подростков, гигиеническим вопросам обучения и воспитания в дошкольных учреждениях, школах, профессионально-технических училищах, профориентации.

Приказом Минздрава СССР от 08.08.75 № 729 был определен единый территориально-цеховой принцип оказания медицинской помощи подросткам в лечебно-профилактических учреждениях для взрослых, установлен порядок передачи подростков, достигших 15-летнего

го возраста, из детских поликлиник в поликлиники для взрослых. В 1982 году приказом Минздрава СССР № 999, а позже приказом № 16 в 1994 году подтвержден врачебный штатный норматив: 1 подростковый врач-терапевт на 1500 подростков, проживающих или обслуживающихся в ПТУ и других учебных заведениях в зоне деятельности поликлиники. Кроме этого определены штатные нормативы для фельдшерских здравпунктов ПТУ (1 должность фельдшера на 500 учащихся) и техникумов (1 должность фельдшера на 800 учащихся).

В начале 80-х Минздрав СССР значительно улучшил систему охраны здоровья подростков страны. Была нормативно разработана система ежегодных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения. Определенными льготами наделялись юноши-призывники.

Подростковые кабинеты работали по территориально-цеховому принципу, выполняя комплекс лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий среди подростков, проживающих или работающих в зоне деятельности поликлиники, а также среди учащихся учебных заведений систем начального (училища) и среднего (техникумы) профессионального образования, расположенных в зоне деятельности поликлиники.

В крупных поликлиниках были сформированы терапевтические подростковые отделения. Принципы работы таких отделений аналогичны таковым в подростковых кабинетах, однако большее число работников позволяет, с одной стороны, специализировать различные направления работы персонала, а с другой — добиться его взаимозаменяемости. Опыт работы таких отделений был апробирован с 1978 года в ряде поликлиник Ленинграда, Москвы, Уфы, Харькова и других городов и показал свою перспективность.

Другой организационной формой медицинского обслуживания подростков являлись районные (межрайонные) подростковые отделения (центры), которые создаются на базе одной из поликлиник района (районов). Подобные отделения работали в Санкт-Петербурге, Ульяновске, Уфе, Калуге. В некоторых городах (Москва, Ташкент, Саранск, Пермь) были созданы самостоятельные подростковые поликлиники. В таком учреждении удавалось обеспечивать в большем объеме специализированную помощь подросткам.

Была начата подготовка врачей для работы в подростковых кабинетах на специально созданных кафедрах институтов усовершенствования врачей в Харькове, Ленинграде и Москве.

Модель советского подросткового врача предусматривала необходимость его активного сотрудничества с педсоветами учебных заведений, администрацией предприятий, на которых работали подростки, общественными организациями, структурами исполкомов, комиссиями по делам несовершеннолетних, военными комиссариатами и пр. Данная модель требовала широкого межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков.

Вместе с тем основным содержанием работы подростковой службы являлась лечебно-диагностическая деятельность. Профилактическое направление оставалось формальным, выступая в виде санитарно-просветительной работы. Медико-социальное направление включало подготовку молодежи к трудовой деятельности и службе в армии. Подростковые врачи практически не имели представления о проблемах репродуктивного здоровья, тем более что эти вопросы абсолютно неэффективно пытались решать учителя школ в рамках курса «Этика и психология семейной жизни».

В системе отечественного здравоохранения не было специалиста, равного подростковому врачу по широте и объему решаемых задач. Поэтому часть его функциональных обязанностей «пересекалась» с функциями работников Госсанэпиднадзора, врачебно-физкультурного диспансера, медицинской комиссии военкоматов, органов социальной защиты. Совпадали обязанности педиатра, школьного и подросткового врача в медицинском обеспечении учащихся 9–11 классов средней школы. Уместно напомнить, что в теории управления пересечение элементов, составляющих систему, обрекает ее на неэффективность.

До настоящего времени сохраняет актуальность проблема отсутствия в медицинских вузах страны первичной подготовки (специализации) по подростковой медицине. В результате, приступая к весьма ответственной работе по охране здоровья подростка, врач не знал ни физиологии, ни патологии, ни вопросов экспертизы этого возрастного периода, ни особенностей профилактической работы с подростками. Этот факт в сочетании с низкой престижностью и низкой оплатой врача-терапевта подросткового существенно снижал эффективность работы системы. Понятно, что в подобной ситуации многие руководители учреждений здравоохранения предпочитали отказываться от специально выделенной подростковой службы.

Серьезной проблемой оказалось и отсутствие преемственности в медицинском обеспечении подростков между детскими поликлиниками и поликлиниками для взрослых. Для устранения этих противоречий педиатры предлагали осуществлять наблюдение подростков до 18 лет в детских поликлиниках.

В этих условиях в 1988–1991 годах Минздрав СССР решился на эксперимент, направленный на совершенствование медицинской помощи подросткам. В четырех регионах он проводился по альтернативному варианту. При первом — все подростки до 18 лет подлежали наблюдению в детских поликлиниках, при втором — медицинская помощь подросткам с 12 лет осуществлялась в поликлиниках для взрослых. Результаты оказались предсказуемы. В ходе эксперимента первоначально восторженное отношение к нему руководителей здравоохранения и врачей детских ЛПУ сменилось резко отрицательным.

Как оказалось, медицинская помощь подросткам до 18 лет в детских поликлиниках не имеет преимуществ, порождает ряд трудно решаемых проблем, требует специализации педиатров в области физиологии и патологии подростков. Педиатры не готовы к организации и проведению на должном уровне профилактических осмотров, решению вопросов экспертизы и осуществлению врачебной профессиональной консультации подростков. Этот вариант, не способствуя улучшению выявления и лечения заболеваний у подростков, снижает качество и доступность медицинской помощи детям и не освобождает полностью от работы с подростками врачей из лечебно-профилактических учреждений для взрослых.

В то же время наблюдение подростков с 12 лет в поликлиниках для взрослых существенно улучшало их здоровье к моменту передачи в участковую терапевтическую службу и, что не менее важно, улучшало и показатели работы детских поликлиник за счет их разгрузки от подростков. К сожалению, окончившийся в 1991 году эксперимент и его результаты остались невостребованными в связи с распадом СССР. Однако идея окончательной передачи подростков в систему педиатрической службы оказалась доминирующей.

В 1992 году Минздравом РФ было рекомендовано медицинское обслуживание учащихся старших классов общеобразовательных школ проводить силами детских поликлиник. Приказ Минздрава РФ от 5 мая 1999 года № 154 регламентировал наблюдение детей и подростков до 18 лет в участковой педиатрической службе. Вместе с тем в настоящее время существуют разнообразные формы медицинского обслуживания подростков, причем на территории одного города возможно присутствие нескольких из них (Санкт-Петербург, Москва).

Однако и передача 15–17-летних подростков в педиатрическую сеть, декларированная приказом Минздрава РФ от 5 мая 1999 года № 154, существенно не изменила положения с охраной их здоровья. Данные опроса педиатров, проходящих обучение на кафедре подростковой медицины и валеологии СПб МАПО, показывают, что педиатры оказывают подросткам помощь преимущественно по обращаемости при появлении острых или обострении хронических соматических заболеваний. Существующая система охраны здоровья детей оказалась сегодня не готова решать вновь появившиеся специфические проблемы подростков. Последствия рискованного поведения, проблемы репродуктивного здоровья сегодня не могут быть успешно решены в рамках действующей системы медицинской помощи подросткам. Мнение о целесообразности специального врача по подростковой медицине было зафиксировано на коллегии Минздрава в 2001 году, однако эта идея не получила дальнейшего развития. Вместе с тем постепенно педиатры начинают осознавать необходимость наличия такого врача, и уже в рамках педиатрической службы начинается выделение врачей-педиатров, работающих только с подростками.

В.П. Медведев и А.М. Куликов (1998) считают необходимым выделение специальности «Подростковая медицина», целью которой является «охрана и укрепление здоровья подростков для последующей оптимальной реализации их сил и возможностей в созидательной деятельности общества». Основанием для этого служат рост количества заболеваний, передаваемых половым путем, беременностей, наркомании, токсикомании и хронических заболеваний среди подростков, отсутствие позитивной динамики смертности подростков в разных странах за последние 30 лет, а также низкая медицинская активность подростков при исключительной ценности их здоровья для общества. Существующий сегодня персонал детских поликлиник и их организационная структура не готовы решать специфичные для современного этапа развития общества проблемы здоровья подростков.

Проведенные исследования показали, что в системе первичной медико-санитарной помощи ни педиатры, ни семейные врачи не могут в полной мере обеспечить и удовлетворить все медико-социальные потребности подростков. Врачи отмечали проблемы в общении с подростками, в оценке их развития и недостаточность знания подростковой медицины. Подчеркивается необходимость изменений в системе здравоохранения, направленных на повышение доступности и обеспечение конфиденциальности медицинской помощи подросткам. Основным направлением подростковой медицины должна быть профилактическая направленность. По мнению зарубежных специалистов, подростковая медицина необходима для обеспечения адекватного пубертатного развития, решения широкого спектра медико-социальных проблем, особенно связанных с рискованным поведением, профилактики хронических заболеваний в зрелом возрасте.

Необходимость выделения специальности «Подростковая медицина» (Adolescent Medicine, Adoleszenten Medizin) на Западе не вызывает сомнения. В этом отношении показательны названия статей, опубликованных в последние годы в Европе: «Нуждаемся ли мы в Норвегии в специальности «Подростковая медицина»?» [Noess P.O.], «На пути к отдельной подростковой медицине. Заслуживает ли 1 миллиард подростков собственной специальностью?» [Malus M.], «Почему подростковая медицина?», «Подростковая медицина: модель для тысячелетия».

В США с 1968 года работает Общество подростковой медицины (The Society for Adolescent Medicine), имеющее 8 региональных представительств, существуют отдел здоровья подростков Американской медицинской ассоциации, Информационный центр по проблемам здоровья подростков в Калифорнии, с 1978 года существует секция здоровья подростков Американской академии педиатрии, с 1980 года издаются журналы охраны здоровья подростков.

Примечательно, что в рекомендациях по профилактическим программам для подростков (Guidelines for adolescent preventive services, 1998), разработанных Американской медицинской ассоциацией, предусмотрено изменение в организационных подходах:

Рекомендации по профилактическим программам для подростков	Существующая система помощи подросткам
Рекомендации нацелены на активное межсекторальное сотрудничество: семья, школа, общественность. Направленность на рискованное поведение	Проблемы подростков решает только здравоохранение
Профосмотры обязательны три раза за подростковый период	По потребности
Родители должны дважды получить консультацию по подростковым проблемам	По потребности

Мировой опыт демонстрирует: подросткам необходимо оказание комплекса медико-социальной помощи, а не решение отдельных медицинских проблем. Комплексная медико-социальная помощь должна оказываться совместно педиатром, психологом, гинекологом, андрологом, социальным работником (Чичерин Л.П. и соавт., 1999). Молодежь, нуждающаяся в медицинских услугах, зачастую сталкивается с препятствиями в их получении в обычных учреждениях здравоохранения. Необходимо сделать поликлиники привлекательными для подростков.

Наиболее эффективно специфические медико-социальные проблемы подростков решаются в специально созданных центрах. В качестве примера можно сослаться на опыт США. Так, во всех административных образованиях штата Джорджия организованы центры комплексной медицинской помощи для подростков 10–19 лет (Comprehensive Adolescent Health Centers). Центры обеспечивают медицинскую помощь, включая вопросы планирования семьи, лечение ИППП, профилактику подростковой беременности. Кроме того, задачи центров состоят в пропаганде и обеспечении здоровья и социального благополучия подростков, пропаганде воздержания, обучении эффективному применению

контрацепции у сексуально активной молодежи, уменьшении числа первичных и повторных беременностей, изменении рискованного поведения молодежи (курение табака, потребление алкоголя и наркотиков), профилактике насилия и суицидов, пропаганде рационального питания. Важное направление деятельности центров — проведение тренингов по выработке жизненных навыков.

Таким образом, опыт отечественной и западной медицины указывает на необходимость изменения отношения к охране здоровья подростков и соответственно создания служб, способных решить проблемы здоровья и рискованного поведения современных подростков (КДМ — клиник, дружелюбных к молодежи); подготовку персонала, способного, умеющего и желающего работать с подростками.

Имеющиеся сегодня в России учреждения медико-социальной помощи (молодежные консультации, различные центры психологической помощи, социальные службы, телефоны доверия) имеют различную ведомственную подчиненность и источники финансирования, методически разобщены. Основным недостатком функционирующих в настоящее время служб остается их малая доступность и изолированность друг от друга (так, кабинеты психологической помощи находятся в территориально неудобных местах, плохо рекламируются, оторваны от других служб и специалистов). Нередко предоставляются только платные услуги.

Сегодня медико-социальная помощь подросткам на основе межведомственного взаимодействия может быть реализована на основе нормативных документов Министерства здравоохранения и Министерства образования РФ, предусматривающих создание специальных структур для молодежи.

Отметим основные:

- Приказ Минздрава России от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» — утверждена Инструкция об организации отделения (кабинета) медико-социальной помощи.
- Инструктивное письмо Министерства образования Российской Федерации от 30.09.2002 № 3 «О создании (функционировании) учреждений социального обслуживания молодежи органов по делам молодежи».
- Приказ Министерства образования Российской Федерации от 15.05.2000 № 1418 «Об утверждении Примерного положения о центре содействия укреплению здоровья обучающихся, воспитанников образовательного учреждения».

Обоснование необходимости КДМ. Вполне очевидно, что у подростка есть особые медико-социальные потребности и специфические проблемы. Эксперты ВОЗ отмечают, что подросток — это человек, который «уже не ребенок, но еще не взрослый». Также можно говорить, что подросток — это ребенок, часто имеющий уже взрослые болезни и проблемы.

Именно поэтому для молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям. Накопленный в России опыт уже позволяет утверждать, что наиболее эффективно они могут быть реализованы в медико-социальных центрах, соответствующих требованиям, предъявляемым к клиникам, дружелюбным к молодежи (КДМ).

Международные критерии, характеристики и стандарты услуг/служб, дружественных к молодежи (adolescent friendly health services – AFHS). Критерии и принципы КДМ

Подробное описание характеристик можно найти в документе «Adolescent Friendly Health Services, Making it Happen», опубликованном ВОЗ в 2002 году. В кратком изложении услуги, дружественные к молодежи:

- доступны, ориентированы на подростков и молодежь и подходят им;
- их можно получить в нужное время, в нужном месте;
- предоставляются бесплатно или по доступной цене;
- помощь рассчитана на любых пациентов, независимо от их пола, этнической принадлежности, вероисповедания, социального статуса и т.п.;
- оказываются в приемлемой для подростков форме;
- рассчитаны на те целевые группы, которые наиболее уязвимы, и на тех, кто испытывает недостаток помощи и потребность в ней;
- являются комплексными и эффективными.

Сотрудники клиник, дружественных к молодежи, предоставляющие эти услуги: высококвалифицированные специалисты, у которых есть мотивация, необходимые профессиональные знания, а также навыки и умение общаться с молодыми людьми без критики и снисхождения.

Руководители молодежных клиник:

стремятся совершенствовать качество услуг, создавая условия и мотивацию у персонала для поддержания высокого уровня предоставляемой помощи.

Особое внимание при организации услуг, дружественных к молодежи, должно уделяться их экономической эффективности, а также сбору и анализу информации и ведению статистического учета и отчетности в целях контроля и повышения качества предоставляемых услуг.

Охрана здоровья подростков — важнейшая проблема для всех стран, включая и высококоразвитые. Основной камень преткновения — это то, какими должны быть службы, оказывающие медицинскую помощь подросткам.

Медико-социальная служба (КДМ) должна включать информационный, профилактический и лечебный блок. Программа помощи не может быть универсальной и зависит от региональных и социокультурных особенностей. Однако приоритет должен принадлежать охране репродуктивного здоровья.

В нашей стране принят ряд законов, постановлений правительства, федеральных программ, нацеленных на охрану репродуктивного здоровья, профилактику рискованного поведения подростков, формирование здорового образа жизни. Вместе с тем необходимы конкретные структуры и специально подготовленный персонал, способный на региональном уровне реализовать все эти требования. Такой реальной структурой сегодня могут стать клиники, дружественные к молодежи (КДМ).

В марте 2001 года в Женеве под эгидой ВОЗ состоялись **Глобальные консультации по службам, дружелюбным к подросткам**, в ходе которых представители более 20 стран пришли к консенсусу и выработали 10 ведущих принципов и положений, регламентирующих службы для подростков.

1. Развитие системы охраны здоровья и развития подростков требует комплексного подхода с участием различных ведомств и организаций; действий, которые полностью бы реализовали права подростков и были бы направлены на удовлетворение их потребностей. Эффективно работающие службы, дружелюбные к подросткам, должны формировать сеть учреждений и организаций на основе межсекторального взаимодействия. Участниками такого взаимодействия должны стать: родители, семья, общество, частные и государственные организации.

2. Все подростки должны иметь доступ к информационно-пропагандистским службам, формирующим ответственное отношение к здоровью, а также к профилактическим и клинико-диагностическим службам, соответствующим достигнутой ими стадии развития и социальному статусу. Приоритет должен принадлежать профилактическим программам и формированию ответственного отношения к здоровью.

3. Подростки часто не получают необходимую им медицинскую помощь, особенно в сфере охраны их репродуктивного здоровья. Основными причинами этого являются:

3.1. Мотивационные факторы:

- психосоциальные особенности подростков: социальная незрелость, неумение оценить состояние здоровья и проявление тех или иных заболеваний, стигматизация;
- отношение и восприятие данной проблемы в обществе (культурные нормы): например, нарушение менструального цикла в данной культурной среде не считается заболеванием.

3.2. Факторы, препятствующие получению помощи: стоимость, неудобные часы работы, транспортные проблемы, родители, недоступность служб. Младшие подростки предпочитают близко расположенные службы. В то же время взрослые подростки, имеющие деньги, иногда предпочитают обращаться в отдаленные центры в целях обеспечения большей конфиденциальности.

3.3. Негативный опыт общения со службами охраны здоровья: длительное время ожидания, допрос в регистратуре, болезненный и грубый врачебный осмотр, недоброжелательный персонал.

4. У подростков есть свои представления о том, как сделать помощь дружелюбной. Они подчеркивают, что доброжелательность для них чаще важнее, чем собственно профессиональная квалификация. Поэтому представляется обязательным участие самой молодежи в планировании и оценке качества предоставляемой помощи. Участие молодежи полезно и в оформлении клиники.

Предложения и требования подростков:

- Доступность: расположение служб должно быть таким, чтобы их посещения подростками оставались максимально незаметны для окружающих.
- Отдельный вход, нейтральная вывеска (название службы), чтобы посещения этих центров не вызывали нездорового интереса окружающих, комфортабельные условия пребывания.

- Со стороны персонала быстрое обслуживание, конфиденциальность, доброжелательность. Информация не должна подаваться в назидательном тоне и с морализированием по поводу поведения подростка.
- Постоянный врач.
- Время общения с консультантом не должно быть лимитировано.
- Более деликатное проведение некоторых видов процедур, например осмотр гениталий.

5. Даже наличие служб не означает, что подростки ими пользуются. То есть формально службы создаются, но подростки туда не идут. Например, в России абсолютно не пользуются популярностью подростковый гинеколог в женской консультации или подростковый нарколог в наркодиспансере.

6. Существует много способов повышения качества работы служб и усиления вовлеченности самих подростков в охрану их здоровья:

- вовлеченность школ в охрану здоровья,
- мобилизация общественности (должно быть положительное отношение родителей и общественности к необходимости посещения подростками таких служб),
- телефоны доверия,
- привлечение средств массовой информации,
- помощь добровольцев,
- привлечение самих подростков к планированию и оценке работы службы.

7. Подростки предпочитают получать комплексную медико-социально-психологическую помощь. Для этого должно существовать взаимодействие государственных и негосударственных организаций.

8. Было бы полезным определить объем оказываемой помощи и предоставляемых услуг для различных ситуаций и различных регионов. Не должно быть фиксированного стандартного набора услуг для различных целевых групп и различных регионов.

Тем не менее инициативы в области служб, дружественных к молодежи, должны предусматривать определенный минимум услуг:

- Образование и информация в области репродуктивного здоровья и сексуального благополучия.
- Консультирование по проблемам насилия и психического здоровья.
- Консультирование по проблемам контрацепции.
- Консультирование по проблемам беременности.
- Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем.
- Профилактика ВИЧ-инфекции, до- и послетестовое консультирование.

9. Специалисты, оказывающие медицинскую помощь подросткам, должны иметь специальную подготовку, включающую хорошие профессиональные знания по специальности с учетом возрастных особенностей заболеваемости и развития подростка, а также умение работать с подростками и наличие хороших коммуникативных навыков. Персонал должен обладать базовыми навыками и знаниями по проблемам здоровья. Должен осуществляться качественный и тщательный подбор специалистов.

10. Необходима разработка критериев качества, приемлемых для подростковых служб.

Принципы работы КДМ

Фактически КДМ оказывают те услуги, которые по разным причинам не могут быть обеспечены в других лечебно-профилактических учреждениях.

Клиника, дружелюбная к молодежи — это учреждение, оказывающее комплексную медико-психолого-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

Отличие КДМ от других медицинских организаций состоит в следующем:

- КДМ оказывает более широкий спектр услуг, и в итоге обратившийся получает комплексную помощь (не только медицинскую, но и психологическую и социальную);
- в деятельности КДМ преобладает профилактическая направленность;
- КДМ как структура реализует принципы добровольности, доступности, доброжелательности и доверия.

Обычное медицинское учреждение для подростков

1. Оказываемая помощь рассчитана преимущественно на больных людей.
2. Лечение.
3. Критерий качества — оценка по факту оказанной помощи.
4. Узкая специализация помощи (лечебная).
5. «Традиционные» проблемы, прежде всего лечение соматических заболеваний.
6. Директивная модель — решение принимает специалист.

КДМ

1. Оказываемая помощь рассчитана на здоровых и больных людей.
2. Работа с проблемой, профилактика и лечение.
3. Критерий качества — повторные обращения.
4. Комплексная помощь (медицинская, психологическая, социальная, правовая).
5. «Нетрадиционные», специфичные для периода взросления проблемы, с которыми не идут в обычную клинику.
6. Модель сотрудничества — решение принимается с участием обратившегося.

ЦЕЛЬ КДМ: сохранение здоровья и обеспечение благоприятных условий для социализации подростков.

ЗАДАЧИ КДМ:

лечение и реабилитация,
профилактика заболеваний, проблем и рецидивов,
информационное и консультативное сопровождение,
создание психологически комфортных условий для каждого подростка, что облегчит прохождение лечения, решение социальных и психологических проблем.

Реализация принципов КДМ

I. Доступность — молодой человек имеет реальную возможность получения услуг: простоту процедуры обращения, выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи или приемлемость ее цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую интересующую информацию; получение помощи начиная с момента обращения.

В обычных медицинских учреждениях помощь подросткам может оказаться недоступной по следующим причинам:

не состоящие в браке молодые люди считают, что услуги по охране репродуктивного здоровья существуют не для них, а для людей, состоящих в браке;

они стесняются заходить в центры, где услуги оказываются не только молодежи;

они опасаются, что в таких учреждениях не соблюдается конфиденциальность, что об их визите туда могут узнать родители, учителя, что там они могут встретить знакомых;

они боятся медицинских процедур, особенно гинекологического и урологического осмотра;

они могут стесняться того, что были когда-то изнасилованы;

они могут бояться, что персонал будет настроен к ним враждебно;

они ничего не знают о риске ИППП и беременности, поэтому не знают, когда следует обращаться в клинику;

они не знают, где находятся соответствующие медицинские учреждения и какие в них оказываются услуги;

они не могут посещать учреждения, предоставляющие такие услуги, так как до них трудно добираться;

они не могут позволить себе данную услугу, так как ее стоимость может быть слишком высокой для подростка.

Что надо сделать для обеспечения доступности?

Желательно, чтобы помещение клиники *располагалось рядом* с основными транспортными маршрутами или в центре города.

Территориально КДМ могут располагаться в детской поликлинике с обязательным отдельным входом, молодежном центре, жилом доме, реабилитационном центре и пр.

Важна и крупная, бросающаяся *выбеска*, которую невозможно не заметить с проезжей части и людям с ослабленным зрением.

Вход в клинику должен быть удобным для всех, в том числе для инвалидов.

Нейтральное название КДМ в связи с тем, что многие молодые люди предпочитают не афишировать свое обращение к врачам психотерапевтам, наркологам, гинекологам, дерматовенерологам, сексологам.

Необходимо организовать потоки посетителей так, чтобы *сократить бесполезное время ожидания* подростков. Например, можно организовать одновременную работу нескольких однопрофильных кабинетов (в одном происходит первичный врачебный прием и обследование, во втором проводится консультирование по полученным результатам и назначается лечение) и досуг на период ожидания очереди (видеозал, где показывают профилактические или рекламные видеофильмы, кафе, клубная комната и т.д.).

Услуги, предоставляемые подросткам в возрасте до 18 лет, должны быть бесплатными. Если ряд услуг КДМ для молодых людей после 18 лет планируется оказывать платно, то *цены* должны быть *минимальны* и вполне доступны.

Необходимо давать *четкую информацию* о том, какие виды *услуг* и в какое *время* предоставляются.

Расписание работы службы должно быть приспособлено к реальной жизни молодых людей. Могут ли они посещать клинику в учебное или рабочее время? Доступны ли услуги в выходные дни? Важно убедиться, что расписание работы клиники в рекламных объявлениях и плакатах четко обозначено: если молодой человек наберется смелости пойти в учреждение, а оно будет закрыто, он может туда больше не обратиться.

Необходимо существование *консультативного кабинета*, для визита в который *не нужна предварительная запись*. Потому что многие молодые люди не привыкли заранее звонить и договариваться о встрече, им легче просто зайти в клинику, когда есть время или, что более важно, когда они настроились на визит.

Важно использовать *комплексный подход* для определения спектра оказываемых услуг, необходимых для молодежи. Привлекательность КДМ возрастет, если комплекс услуг будет оказан за минимальное количество посещений.

Персонал службы должен иметь возможность предоставить *информацию о других учреждениях*, в которых может быть оказана помощь или консультация по конкретному вопросу. В КДМ должна быть база данных по учреждениям, предоставляющим различную помощь молодым людям.

Важно, чтобы услуги были привлекательными и доступными *как для юношей, так и для девушек*. Подросток должен иметь возможность выбора, к какому врачу/медсестре он пойдет — женщине или мужчине.

Многие *молодые люди с ограниченными физическими и ментальными возможностями* имеют опыт предубежденного отношения к себе в службах, в которые они обращались. Именно поэтому концепция услуг в КДМ базируется на создании позитивного отношения к подросткам.

Клинику посещают самые разные молодые люди, в том числе те, кто может подвергаться дискриминации, стигматизации в повседневной жизни: *наркопотребители, гомосексуалы, лица, вовлеченные в секс-бизнес, ВИЧ-инфицированные*. С персоналом клиники необходимо проводить работу, чтобы сформировать корректное, толерантное поведение по отношению к этим посетителям.

Следует особо подчеркнуть, что в КДМ необходимо жестко соблюдать принцип конфиденциальности (сохранение врачебной тайны)! В понятие «конфиденциальность» подросток вкладывает возможность полностью доверять врачу и говорить с ним обо всем, зная, что доктор не будет никому рассказывать о цели визита.

Часть профилактической работы КДМ следует перенести в места, где часто собираются подростки: клубы и организации для молодежи, приюты, где проживают молодые люди, бары и кафе; не надо забывать и о школах.

Охват большого количества представителей целевой группы достигается с помощью информационно-массовых мероприятий, распространения информационных материалов, продуманной *рекламной* кампании учреждения и его услуг.

II. Доброжелательность — максимально доброжелательное отношение со стороны персонала, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости, соблюдении *конфиденциальности* и поддержке в выражении собственного мнения. Сотрудникам необходимо понимать и принимать стиль жизни молодежи.

Первый и важный шаг в организации работы КДМ — это формирование *идеологии*, основанной на *нуждах целевой* группы, которую четко понимает персонал. Многим молодым людям большую пользу принесет не просто прием врача, а *консультирование* как услуга, которую может осуществить врач, психолог, психотерапевт или качественно обученный консультант. Это даст возможность более эффективно работать с некоторыми сложными проблемами, с которыми сталкивается молодежь.

Важно совместное обучение всего персонала как группы *единомышленников*.

В связи с *несовершенным законодательством* по вопросам здоровья подростков и возможностью различного толкования большинства законодательных актов сотрудники КДМ должны использовать ту трактовку, которая защищает права ребенка.

Первое впечатление от КДМ может сильно повлиять на то, будет ли молодой человек дальше пользоваться услугами клиники и посоветует ли ее своим друзьям. Подростки нередко обращают внимание на то, что в обычных учреждениях во время врачебного осмотра, когда пациент обнажен, в кабинете могут присутствовать другие сотрудники или заглядывать посторонние люди; гинекологическое кресло расположено около окна и не отделено от входной двери даже ширмой.

Название клиники имеет несколько функций, включая определение того, что в ней происходит. Название может выбираться самими молодыми людьми, возможно, путем конкурса, что поможет созданию положительного имиджа клиники.

Реклама и информационные плакаты для многих будущих клиентов могут быть первым контактом с клиникой и именно поэтому являются очень важной частью работы.

Если вы хотите, чтобы ваши информационные *материалы* были *эффективны*, не забудьте привлечь к разработке молодежь, хотя бы на этапе оценки.

Хорошо, если *интерьер* вашей клиники отличается от традиционных больничных стен и *радует глаз* молодежи, если в клинике есть кафе, где можно спокойно подождать своей очереди, перекусить и прийти в себя после приема.

III. Доверие — складывается из доброжелательного отношения персонала, соблюдения принципа конфиденциальности и уважения подростков и молодых людей как личностей.

IV. Добровольность — мотивация молодого человека к самостоятельному, осознанному обращению к врачу не только в связи с заболеванием, но и с профилактической целью, а также проявление доброй воли в выборе услуг и следовании рекомендациям сотрудника КДМ.

Главные компоненты для реализации этого принципа — *доступность услуг, а также доброжелательная и доверительная атмосфера* КДМ.

КДМ должна предоставлять подростку право на выбор специалистов и услуг (например, различные методы обследования, контрацепции, лечения, профилактики и т.д.).

При этом пациентам необходимо предоставить информацию о преимуществах и недостатках каждого метода лечения или обследования, для того чтобы *принять самостоятельное, осознанное и информированное решение*. Для реализации этого принципа важно, чтобы подросток участвовал в диалоге со специалистом по поводу полученной информации, что помогало бы сделать ему осознанный выбор.

Персонал должен относиться с *уважением* к решениям, которые принимает подросток.

Многих молодых людей волнуют вопросы *конфиденциальности* услуг. Кто будет знать, что они посетили врача? Узнают ли родители о самом факте и подробностях их обращения в КДМ? Для многих это основные вопросы в процессе принятия решения, обращаться в службу или нет.

В понятие «конфиденциальность» подросток вкладывает возможность полностью доверять врачу и говорить с ним обо всем. При этом доктор не будет никому рассказывать о цели визита.

Целесообразно вовлечение молодежи в планирование, работу и оценку качества деятельности КДМ. Для этого можно выяснить мнение молодых людей с помощью опросов-интервью, социологических исследований, статистических данных обращаемости в другие клиники.

Почему необходимо вовлекать подростков в планирование медицинской и социальной помощи?

- Чтобы выявить основные проблемы подростков (опросники).
- Чтобы выявить мотивы и механизмы влияния на здоровье (фокус-группы).
- Чтобы понять, какие службы лучше организовывать.
- Чтобы знать, как лучше донести информацию о здоровье (фокус-группы).
- Чтобы знать об их насущных проблемах (для создания сайта).
- Важно принимать во внимание запросы подростков при планировании медицинской помощи. О них можно узнать несколькими путями: анкетирование, интервью, фокус-группы, метод DELPHI, обсуждение в малой группе с молодежными лидерами.

Необходимым условием соблюдения вышеперечисленных принципов является знание потребностей и основных проблем подростков, мотивов обращений в клинику, чему способствуют активное участие молодежи в работе КДМ (волонтерское движение и пр.) и проведение регулярных социологических исследований (анкетирование, справочные опросы, интервьюирование посетителей, проведение фокус-групп и т.п.).

Возможны разные варианты оказания помощи государственными и общественными организациями в зависимости от целевой группы. В мире существует большое количество моделей помощи подростку: от разовых выездных акций врачей-специалистов до узкоспециализированных поликлиник или центров комплексных медицинских и социальных услуг молодежи. Реализация идеологии КДМ как подхода в предоставлении медико-социальных услуг может осуществляться:

- Под эгидой органов управления здравоохранением: создаваемые службы, по функциям похожие на отделения медико-социальной помощи, будут работать с общими группами подростков и молодежи.
- Негосударственными организациями: обеспечение потребностей целевых подгрупп и решение частных конкретных задач — реабилитация наркопотребителей, медико-социальные услуги работницам коммерческого секса, помощь детям улицы и пр.

КДМ не являются альтернативой и не должны заменить для подростков уже имеющиеся службы, например детские поликлиники. Эти службы будут дополнять друг друга в достижении единой цели — обеспечении здоровья молодого поколения. КДМ могут быть составной частью детского ЛПУ как отделения медико-социальной помощи подросткам.

Предпосылки создания КДМ, роль Министерства здравоохранения и социального развития РФ в организации подобных служб

В начале 90-х годов прошлого столетия в России проблема охраны репродуктивного здоровья девочек до 15 лет решалась службой детских гинекологов, причем, по данным исследователей (Юрьев В.К., 1998), за помощью обращалась только каждая десятая девочка из числа нуждающихся. В периоде же завершения полового созревания с 15 до 18 лет, несмотря на увеличение рисков (раннее начало сексуальных отношений, дополнительные психоэмоциональные и психосоциальные нагрузки, вредные привычки и др.), обращение девушек-подростков во взрослую медицинскую сеть ограничивалось отсутствием конфиденциальности и незнанием врачами женских консультаций деонтологических и акушерско-гинекологических особенностей подросткового возраста. Проблемами репродуктивного здоровья юношей специализированно практически никто не занимался.

Изменившаяся к этому времени в стране социально-экономическая ситуация не могла не сказаться как на уровне соматического здоровья детей и подростков, так и на состоянии репродуктивного здоровья молодежи. Повсеместно было отмечено увеличение нежелательных последствий сексуальных отношений в виде аборт и родов у юных женщин, воспалительных заболеваний половых органов, инфекций, передаваемых половым путем. У подростков 15–19 лет отмечен существенный подъем заболеваемости, в том числе социально значимых (поведенческих): наркомания, сифилис, ВИЧ-инфекция.

Показатель заболеваемости девочек-подростков на 10–15 % выше, чем у юношей. У 50–75 % девочек отмечаются различные расстройства здоровья, которые впоследствии могут повлиять на реализацию репродуктивного потенциала. Отмечается замедление темпов полового созревания, в результате чего 20 % девушек фертильного возраста являются функционально не готовыми к нормальному вынашиванию беременности. Сегодня каждая третья женщина, рожаящая впервые, уже ранее сделала аборт. Каждая пятая не достигла 20-летнего возраста. Внебрачная рождаемость в группе несовершеннолетних составляет от 60,7 до 68,7 %. Говоря о здоровом и желанном материнстве, нельзя забывать и о здоровом и осознанном отцовстве — сегодня 30 % юношей-подростков имеют патологию репродуктивной системы.

Интерес к раннему началу сексуальной жизни подстегивается, в том числе и СМИ, и в сочетании с отсутствием системы просветительской работы, недостаточностью медико-социальных служб для подростков и скудностью их финансирования, неподготовленностью педагогов, родителей к обсуждению «острых» тем. Это оборачивается резким увеличением числа нежелательных беременностей и венерических болезней.

Среди множества факторов, формирующих репродуктивный потенциал, одним из важнейших является информирование о здоровом образе жизни, безопасных сексуальных отношениях. Основным источником информации для подростков становится, к сожалению, некомпетентный сверстник, сексуальный партнер, печальный собственный опыт.

Второе место занимает популярная литература и реклама, на третьем и четвертом местах находятся сведения, полученные в семье и от подростков. Только 16 % подростков указали в качестве источника информации врачей. Специалисты, от которых школьники ожидают получения знаний, — это врачи, специально подготовленные педагоги. Лишь незначительное число опрошенных подростков хотят получать эти знания от родителей.

Именно медики стали инициаторами создания специализированных подростковых служб по охране репродуктивного здоровья подростков. Первый в России — центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», созданный в Санкт-Петербурге в марте 1993 года. За 10 лет своей деятельности он показал высокую востребованность подростками услуг по охране репродуктивного здоровья и эффективность профилактической и лечебной комплексной помощи (Информационное письмо МЗ РФ «Об опыте консультативно-диагностического центра «Ювента» Санкт-Петербурга по организации работы в области охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет» от 07.09.2001 г.).

В октябре 1993 года в Новосибирске был создан муниципальный консультативно-диагностический центр для детей и подростков «Ювентус», уникальность которого обусловлена объединением ресурсов Комитета здравоохранения и Комитета по делам молодежи, созданием медико-педагогического отделения и активным вовлечением подростков-лидеров в деятельность клиники.

С 1994 года в Хабаровске активно функционирует на базе Комитета по молодежной политике Краевой молодежный социальный медико-педагогический центр. С 2000 года создается сеть филиалов в Хабаровском крае. Основные трудности в деятельности центра обусловлены сложностью взаимодействия с органами здравоохранения.

Нельзя не отметить положительный результат деятельности молодежных клиник, организованных при центрах по профилактике и борьбе со СПИДом (Томск, Барнаул, Бийск, Волоград).

Опыт работы по созданию КДМ в РФ. Положительный опыт работы первых служб, высокая потребность молодежи в оказании медико-социальной помощи по охране репродуктивного здоровья и необходимость приближения этой помощи к местам их проживания, учебы и работы, а также изучение зарубежного опыта стали основой развития сети клиник, дружелюбных к молодежи, в разных регионах.

На сегодняшний день в России функционируют более 50 медико-социальных центров, работающих в соответствии с принципами оказания услуг, дружелюбных молодежи. Только в Санкт-Петербурге открыты 12 молодежных центров и готовятся к открытию еще 4 в разных районах города. В 20 регионах страны проведены установочные семинары для руководителей администраций, депутатов законодательных собраний, руководителей Комитетов здравоохранения, социальной защиты и образования, определивших пути развития сети клиник, дружелюбных к молодежи, в своих регионах с использованием комплексного, межведомственного взаимодействия.

Совершенно очевидна значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, их сексуального образования, формирования ответственного контрацептивного поведения. Обязательным условием эффективности такой работы является совместная деятельность медицинских работников, социальных педаго-

гов и психологов, прошедших необходимую подготовку по психологии общения и методике консультирования. Согласно штатному расписанию, утвержденному МЗ РФ (приказы № 219-у от 23.03.1998 и № 154 от 05.05.1999), центры планирования семьи и медико-социальные отделения должны иметь помимо гинеколога или подросткового гинеколога андролога, психолога, социального работника. Также необходим преподаватель-методист, обеспечивающий взаимосвязь с органами образования, учебными заведениями, координирующий проведение курсов по гигиеническому (половому) воспитанию для работников учебных заведений и осуществляющий подбор методического материала для специалистов по работе с подростками.

Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ/ЮНФПА и Министерства здравоохранения и социального развития РФ по клиникам, дружественным к молодежи

В разных странах существуют разные модели оказания медико-социальной помощи подросткам и молодежи: от выездных форм работы (аутрич-работа, проведение массовых акций с участием медицинских и социальных работников и т.д.) до оказания помощи в специализированных лечебно-профилактических учреждениях и медико-социальных центрах.

Для обобщения имеющейся в мире информации и опыта в ноябре 1995 года ВОЗ совместно с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и с Фондом народонаселения ООН (ЮНФПА) сформировали исследовательскую группу по разработке программ в области охраны здоровья подростков.

Основываясь на выводах и рекомендациях, полученных в ходе этих консультаций и проведенных международных конференций, представители ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА начали работу над организацией Международного совещания по вопросам служб/услуг здравоохранения, дружественных к подросткам (март 2001 г.).

Основными целями совещания были следующие:

Выработать единое понимание проблем и потребностей подростков, связанных с их состоянием здоровья и развития, а также роли и вклада служб здравоохранения в укреплении здоровья и благосостояния молодых людей.

Определить наилучшие пути повышения качества медицинских услуг и способы их предоставления (в соответствии с принципами и характеристиками услуг, дружественных к молодежи) в условиях экономических и социально-культурных ограничений, существующих во многих странах.

Выработать единый подход в разработке программы действий, способствующих получению подростками необходимой квалифицированной помощи.

Согласованные положения, разработанные в ходе международного совещания, изложены ниже:

Содействие нормальному развитию и здоровью подростков требует общего понимания и соответствующих мероприятий, нацеленных на осуществление прав и отвечающих потребностям подростков.

Все подростки должны иметь возможность получения в учреждениях здравоохранения профилактической и лечебной помощи, соответствующей их уровню зрелости и социальным потребностям.

По разным причинам подростки зачастую не могут получить необходимую медицинскую помощь.

Дружественные к клиенту услуги/службы необязательно рассчитаны только на подростков.

Существует ряд подходов к тому, как увеличить охват подростков услугами (в тех местах, где уже созданы клиники и службы, дружественные к молодежи).

Для более полного и широкого охвата подростков помимо государственных учреждений здравоохранения можно привлекать и другие каналы. Подросткам гораздо легче получить помощь, если существующие учреждения объединены в сеть.

Целесообразно определить составляющие основного пакета услуг и способы их оказания и развития в разной обстановке и при разных условиях.

Работники здравоохранения должны обладать необходимой квалификацией для работы в области охраны здоровья и развития подростков.

Методы улучшения и гарантии качества, дающие возможность работникам здравоохранения оказывать услуги, ориентированные на клиента, следует применять и к службам охраны здоровья подростков.

С 2003 года международные организации (ВОЗ, Детский фонд ООН, Фонд народонаселения ООН) совместно с Министерством здравоохранения РФ начали работать над разработкой критериев служб, дружественных к молодежи, в России. В марте 2003 года в Санкт-Петербурге проведен международный семинар в рамках реализации проекта «Консультации по вопросам разработки критериев аттестации медицинских учреждений на присвоение статуса «Клиники, дружественные к молодежи».

Основной целью семинара явилась оценка возможности проведения аттестации медицинских или медико-социальных учреждений в целях присвоения статуса клиники, дружественной к молодежи.

На основе накопленного практического опыта российские и зарубежные коллеги анализировали следующие вопросы:

Соответствие характеристик клиник, дружественных к молодежи, практике действующих служб.

Возможность проведения оценки применительно к каждому критерию услуг, дружественных к молодежи.

Возможность проведения практического мониторинга, осуществления процесса повышения качества предоставляемых подросткам услуг, а также возможность проверки выполнения конкретных требований и оценки соответствия услуг стандартам.

Возможность измерения охвата контингента или целевых групп услугами и определения взаимосвязи охват/качество услуг.

Возможность практического использования инструментов ВОЗ для оценки потенциальных затрат конкретных медицинских учреждений, работающих по принципам КДМ.

Для дальнейшей реализации проекта и решения задач, которые были поставлены на семинаре, в июне 2003 года в молодежных клиниках Томска было проведено пилотное исследование по оценке возможности практического использования и приемлемости предложений ВОЗ для оценки качества и эффективности работы учреждений, работающих по принципам КДМ. Апробация проводилась представителями ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ).

Второе исследование было проведено в октябре–ноябре 2003 года в молодежных клиниках Барнаула, Бийска, Новосибирска и Томска. Конечной целью этой работы является разработка универсального алгоритма оценки эффективности и качества молодежных клиник, который в дальнейшем может использоваться для аккредитации учреждений в целях присвоения статуса «Клиника, дружественная к молодежи».

План действий учреждения, претендующего на статус «Клиника, дружественная к молодежи»

Специалисты Министерства здравоохранения и социального развития РФ, ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА считают, что претендовать на получение статуса «Клиника, дружественная к молодежи», могут любые лечебно-профилактические и медико-социальные учреждения или структурные подразделения ЛПУ, которые предоставляют комплексную медико-социальную помощь подросткам и молодежи в области охраны репродуктивного здоровья и профилактики рискованного поведения подростков, основанную на принципах добровольности, доверия, доступности и доброжелательности.

Статус учреждения, дружественного к молодежи, могут получить:

Городские консультативно-диагностические центры, специализирующиеся на оказании услуг в области охраны репродуктивного здоровья детей и подростков.

Молодежные консультативно-диагностические медицинские центры (молодежные консультации, молодежные клиники, молодежные медицинские центры («Проект положения о молодежной клинике» — см. в приложении 2) в структуре женских консультаций, городских поликлиник, больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений для обучающейся молодежи, детских поликлиник, центров планирования семьи и репродукции, центров профилактики и борьбы со СПИДом.

Медико-социальные отделения детских поликлиник.

Специализированные отделения родильных домов и детских многопрофильных центров (отделения детской и подростковой гинекологии, урологические отделения т.д.).

Психолого-педагогические медико-социальные центры системы образования и социальной защиты.

Учреждение может сообщить о своей заинтересованности в получении статуса «Клиника, дружественная к молодежи», в Минздравсоцразвития РФ или в Представительство ЮНИСЕФ в РФ.

После получения заявки вышеназванные организации предоставляют учреждению всю необходимую информацию о предстоящей процедуре экспертной оценки и высылают специальные пособия и опросный лист для руководителя учреждения, при помощи которых проводится первый этап — самооценка учреждения (схема самооценки представлена в приложении 3).

В пакет документов, которые получает руководитель, входят: утвержденное МЗ РФ «Положение об учреждении, соответствующем статусу КДМ», «Положение о молодежной клинике/молодежной консультации», «Всемирная консультация/совещание по предоставлению услуг, дружественных к молодежи», опросный лист для руководителя учреждения и «Протокол экспертизы учреждения на присвоение статуса КДМ» (см. приложения 1, 2, 4).

Руководитель молодежной клиники проводит самооценку, заполняет столбец «СО» (самооценка) Протокола экспертизы молодежной клиники, готовит все требуемые документы. Заполненный руководителем протокол экспертизы направляется обратно.

В том случае, когда руководитель молодежной клиники приходит к выводу, что учреждение удовлетворяет всем требованиям, которые перечислены в вышеназванных пособиях, можно обратиться с просьбой о проведении второго этапа — внешней оценки деятельности молодежной клиники.

Второй этап проводится группой внешних экспертов согласно стандартной процедуре экспертизы. На проведение этого этапа требуется три—пять дней.

Стандартная процедура внешней экспертизы предусматривает:

Проведение анонимного анкетирования сотрудников и посетителей учреждения.

Собеседование (интервьюирование) с руководителем учреждения.

Ознакомление с медицинской документацией, позволяющей получить представление об объеме и характере предоставляемых услуг (учетно-отчетные формы официальной статистики и т.п.).

Эксперты проводят проверку, анализ данных, обобщают результаты опроса руководителя, сотрудников и посетителей учреждения, отражают свое мнение в столбце «Экс» (эксперты) в протоколе экспертизы.

Для проведения анкетирования посетителей и сотрудников учреждения используются «Опросный лист для посетителей молодежной клиники» и «Опросный лист для сотрудников молодежной клиники» (см. приложение 4). Собеседование с руководителем учреждения проводится на основании вопросов «Опросного листа для руководителя молодежной клиники».

В спорных или в сложных ситуациях, когда возникает необходимость получения дополнительной, достоверной, исчерпывающей и более объективной информации, старший эксперт или лицо, ответственное за проведение внешней экспертизы, может принять решение об изменении стандартной процедуры экспертизы и введении дополнительных методов оценки деятельности молодежной клиники, таких, как:

интервьюирование посетителей и сотрудников;

интервьюирование руководителей или представителей вышестоящих органов управления здравоохранением;

опросы (анкетирование или очное интервьюирование) волонтеров или молодых людей, которые привлекаются для сотрудничества с учреждением;

проведение фокус-групп с сотрудниками, посетителями и волонтерами клиник;

проведение супервизии и/или хронометража рабочего времени сотрудников молодежной клиники.

Решение об изменении процедуры внешней экспертизы принимается после информирования Министерства здравоохранения и Представительства ЮНИСЕФ в РФ.

Исходя из результатов внешней оценки, группа экспертов дает заключение о том, что данное учреждение действительно является клиникой, дружественной к молодежи, и может получить искомое звание, на основании которого принимается окончательное решение и учреждению вручаются специальный сертификат и диплом.

Программа обучения и подготовки персонала КДМ

Эффективность работы клиники в значительной степени определяется правильным подбором и обучением персонала. Глубокие знания своей специальности еще не являются залогом успешной работы с подростками. Обязательным условием для сотрудника КДМ является знание физиологии и патологии подростков, социальной педиатрии, социологии молодежи, наличие личностных предпосылок и желания работы с молодежью.

Подготовка специалистов базируется на требованиях к персоналу КДМ (Куликов А.М. и соавт., 1997; Кротин П.Н., 2001):

- необходимые профессиональные навыки по своему разделу работы,
- знание возрастных особенностей подростков по своей специальности,
- умение работать с подростками, знание их психологических и социальных особенностей,
- знание нормативно-правовой базы,
- умение работать в команде,
- понимание важности сохранения здоровья подростков,
- принятие принципов деятельности КДМ.

Чем большему количеству требований соответствует будущий сотрудник, тем меньше ресурсов потребуется на его дополнительную подготовку.

Важно прислушиваться к мнению молодежи, которая высказывает в адрес работников здравоохранения следующие пожелания (Материалы Фонда ООН по народонаселению, 1999):

принимать молодежь такой, какая она есть, и не морализировать по поводу ее поведения;

позволять молодым людям самим принимать решения, касающиеся их жизни;

не создавать предвзятого мнения о молодежи;

создавать условия, при которых молодежь чувствовала бы себя уверенно и комфортно;

предоставлять необходимую информацию и услуги;

не разглашать конфиденциальные сведения;

своевременно оказывать услуги, если это необходимо;

учитывать мнение молодых людей в отношении оказываемых услуг;

относиться к молодым людям с пониманием и избегать оценочных суждений, быть терпеливым.

Необходима специальная, в том числе и психологическая, подготовка врача и медицинской сестры, фельдшера и акушерки. Специалисты факультета охраны здоровья Университета им. Джона Хопкинса в общении медработников с молодежью рекомендуют: быть открытым, гибким, давать прямые и простые ответы, быть искренним, подчеркивать соблюдение конфиденциальности, держаться спокойно, уважительно относиться к подросткам так же, как ко взрослым; относиться к молодым с пониманием и избегать оценочных суждений, быть терпеливым.

Программа подготовки. Наиболее перспективным представляется вариант двух-этапной подготовки специалистов. На первом этапе каждый из них проходит углубленную подготовку по своей специальности, желательно с учетом возрастных особенностей подростков. На втором — проводится одновременное обучение всего персонала КДМ (врачей, средних медработников, психолога, социолога и желательно юриста). Цель — адресная комплексная подготовка, знание смежных проблем, умение работать с подростками, умение работать в команде.

На кафедре подростковой медицины и валеологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования второй этап подготовки персонала КДМ представлен циклом «Медико-социальная помощь подросткам в молодежных консультациях» объемом 72 учебных часа (приложение 5).

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ, СООТВЕТСТВУЮЩЕМ СТАТУСУ КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ

1. К числу учреждений, претендующих на присвоение звания «Клиника, дружелюбная к молодежи», могут относиться любые лечебно-профилактические и медико-социальные учреждения или их структурные подразделения, оказывающие лечебно-диагностическую, профилактическую и медико-социальную помощь подросткам и молодежи. В том числе к ним могут относиться: городские консультативно-диагностические центры, оказывающие услуги по охране репродуктивного здоровья детей и подростков; молодежные клиники (молодежные консультации, молодежные консультативно-диагностические центры) в структуре женских консультаций, детских поликлиник, городских поликлиник и/или больниц для обучающейся молодежи и т.п.; медико-социальные службы; центры комитетов социальной защиты и образования и т.д.

2. КДМ — это учреждения, оказывающие комплексную медицинскую, психологическую и социальную помощь по проблемам сохранения здоровья (в том числе репродуктивного), обусловленным спецификой подросткового возраста.

Деятельность КДМ основана на реализации принципов добровольности, доступности, доброжелательности и доверия.

Под реализацией принципа *доступности* следует понимать такую организацию структуры учреждения, которая бы позволила молодым людям и подросткам иметь реальную возможность получения информации и услуг, а именно: простота обращения в учреждение, бесплатность предоставляемых услуг или предоставление услуг по доступным ценам, комплексность оказываемой помощи, удобное место расположения и удобное транспортное сообщение.

Под реализацией принципа *добровольности* подразумевается создание условий, предрасполагающих подростков и молодых людей к самостоятельному, осознанному обращению в клинику и участию в ее деятельности.

Под реализацией принципа *доброжелательности* следует понимать максимально доброжелательное отношение персонала учреждения к юным пациентам, основанное на понимании и принятии особенностей подростков; проявление терпимости и уважения к ним; соблюдение в работе принципов доверительности и конфиденциальности и т.д.

3. Реализацией принципов и идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

4. Основным и самым необходимым методом работы сотрудников КДМ является *консультирование*, которое вместе с социально-психологическим сопровождением проводится на всех этапах обслуживания пациентов. В КДМ могут использоваться несколько видов консультирования, в том числе консультирование семей, групповое и индивидуальное

консультирование, информационное консультирование и консультирование по телефону.

5. Модель КДМ, так же как и приоритетная специализация, выстраивается исходя из основных медицинских или социальных проблем, которые негативно влияют на жизнь и здоровье подростков и молодежи.

6. Учреждения, претендующие на получение статуса КДМ, предоставляют своим посетителям услуги, соответствующие характеристикам услуг, дружественных к молодежи (WHO Global Consultations on AFHS, Consensus Statement, Geneva 7–9 March 2001; Discussions at a WHO expert advisory group, Geneva 2002).

На основании этих характеристик учреждение проводит политику, подразумевающую следующее:

Предоставлять услуги пациентам из целевой группы бесплатно или по доступным для подростков и молодых людей ценам (сниженные цены, предоставление льгот учащимся и малоимущим и т.д.).

Организовывать работу сотрудников в часы, удобные для посетителей, предусматривать возможность организации консультирования в вечернее время, а также при необходимости в выходные и праздничные дни.

Предоставлять консультативную помощь сотрудников как по предварительной записи, так и без нее; при необходимости обеспечивать быстрое направление пациентов в профильные ЛПУ или медико-социальные, кризисные центры.

Уделять большое внимание организации четкой работы регистратуры и справочно-информационной службе.

В своей работе сотрудники учреждения придерживаются апробированных и рекомендованных схем обслуживания, консультирования, обследования, лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов; используют соответствующие протоколы, руководства, нормативно-правовые документы и учебно-методические пособия (к примеру, СНиП, клинические руководства по ведению пациентов с ИППП, руководства по контрацепции, экстренной контрацепции, указания и правила забора крови у пациентов и т.д.).

Своевременное оформление для посетителей учреждения необходимой информации о режиме работы сотрудников, а также порядке, характере и стоимости предоставляемых услуг; размещение на стендах информации о деятельности медико-социальных служб, ЛПУ и кризисных центров для подростков и молодежи с указанием названий, адресов и телефонов этих учреждений.

Руководитель учреждения подбирает для работы профессионально компетентных сотрудников, понимающих специфику работы с подростками и молодыми людьми.

Сотрудник учреждения должен соответствовать следующим требованиям:

- 1) понимать необходимость и важность работы по сохранению здоровья молодежи;
- 2) относиться ко всем посетителям учреждения с равным вниманием и уважением вне зависимости от их статуса и гендерного фактора;
- 3) строить свою работу, основываясь на принципах деятельности КДМ;
- 4) владеть методами работы с подростками и знать их возрастные особенности;
- 5) знать нормативно-правовую базу и правовые аспекты оказания помощи подросткам.

Руководитель учреждения организует постоянное обучение, повышение квалификации и обмен опытом сотрудников, а также учитывает обратную связь со стороны целевой группы/пациентов.

Сотрудники учреждения проходят базовое обучение или получают подготовку, а также имеют общие подходы по ведению пациентов и обслуживанию посетителей внутри учреждения по следующим направлениям: принципы работы КДМ, особенности подростковой психологии, отдельные специфические вопросы клинического менеджмента (методы контрацепции у подростков, экстренная контрацепция, методы профилактики ВИЧ, наркомании и т.п.).

Сотрудники учреждения строго соблюдают принципы врачебной этики и деонтологии, гарантируют приватность и конфиденциальность (в отдельных случаях анонимность) пациентам.

Сотрудники учреждения активно привлекают молодежь к работе и внедряют волонтерство и соответствующие профилактические программы обучения подростков и молодых людей по принципу «равный — равному», что позволяет повысить эффективность работы учреждения, получить обратную связь от представителей целевых групп.

Регулярное проведение медико-социальных, социологических исследований для определения личных потребностей подростков и молодых людей и оценки качества предоставляемых услуг.

7. В учреждениях, претендующих на получение статуса КДМ, должно быть достаточное количество наглядной печатной, инструктивной и методической информации по вопросам пропаганды здорового образа жизни, в том числе по охране репродуктивного здоровья, профилактике нежелательной беременности, ИППП, ВИЧ-инфекции, которые адресованы подросткам, молодым людям, а также их ближайшему окружению (родителям, родственникам, педагогам и др.). Информационные материалы размещаются и распространяются в местах, доступных как для персонала, так и для посетителей.

8. Учреждения, полностью соответствующие критериям и статусу КДМ, что подтверждается специальным заключением группы внешних экспертов, получают от МЗ РФ и Представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) специальный сертификат и диплом.

ПРОЕКТ ПОЛОЖЕНИЯ О МОЛОДЕЖНОЙ КЛИНИКЕ (МОЛОДЕЖНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, МОЛОДЕЖНОМ МЕДИЦИНСКОМ КОНСУЛЬТАТИВНОМ ЦЕНТРЕ)

I. Общие положения

Молодежная клиника (консультация, центр, молодежный консультативный центр — далее МК) является лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим первичную специализированную лечебно-диагностическую и медико-социальную помощь подросткам, направленную на сохранение их репродуктивного здоровья.

МК организовывается по территориальному (зональному) принципу. Может существовать как самостоятельное учреждение здравоохранения, так и в структуре подразделения лечебно-профилактического учреждения (далее — ЛПУ).

МК руководствуется в своей деятельности законами РФ, постановлениями Правительства РФ, решениями законодательных органов, приказами Министерства здравоохранения РФ, приказами муниципальных (территориальных) органов управления здравоохранением, настоящим положением.

Руководство МК осуществляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности вышестоящим органом управления здравоохранением.

II. Задачи

1. Профилактика и раннее выявление заболеваний репродуктивной системы, а также инфекций, передаваемых половым путем (далее — ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, у подростков до 18 лет и молодых людей.

2. Работа по пропаганде здорового образа жизни, половому воспитанию и просвещению.

3. Профилактика нежелательной беременности у девочек подросткового возраста, обучение современным методам контрацепции подростков и молодежи.

4. Обучение и информирование по данным вопросам и правовым аспектам деятельности медицинских работников, педагогов, представителей общественных и молодежных организаций, средств массовой информации.

5. Психокоррекция поведения подростков; формирование установки на здоровый образ жизни: профилактика ИППП, наркомании, алкоголизма и т.д.

6. Оказание первичной специализированной лечебно-диагностической помощи детям подросткового возраста с патологией репродуктивной системы в районе обслуживания данной МК.

7. Обеспечение преемственности в работе с другими ЛПУ: своевременное направление на консультацию в профильные ЛПУ (в том числе в городские консультативно-диа-

гностические центры и кризисные центры, специализированные стационары, центр планирования семьи и репродукции и т.д.).

8. Осуществление диспансерного наблюдения и проведение реабилитационных мероприятий подросткам, прошедшим основной курс лечения в узкоспециализированных профильных ЛПУ.

9. Обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям.

III. Практическое осуществление

Для выполнения указанных задач работа в молодежных медицинских центрах (консультациях, клиниках) организована по четырем основным направлениям:

1. Профилактическое направление

Участие в организации и проведении профилактических осмотров всех детей в возрасте до 18 лет, учащихся образовательных учреждений района (административной единицы города, если молодежная клиника межрайонная).

В соответствии с Приказом МЗ РФ от 05.05.1999 № 154 все подростки в возрасте 15 лет и старше подлежат ежегодному осмотру врачей-специалистов — гинеколога и уролога-андролога. График проведения профилактических осмотров согласовывается с руководителями учебных заведений и с заведующими школьно-дошкольных отделений/ отделений организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях детских поликлиник и утверждается руководителем органа управления здравоохранением.

Юноши и девушки приглашаются на осмотры раздельно в количестве не более 25 человек. Сотрудники молодежных клиник совместно с медицинскими работниками и педагогами образовательных учреждений обеспечивают своевременное информирование подростков, молодых людей и родителей учащихся школ о предстоящем профилактическом осмотре, его целях и порядке проведения. Сведения о результатах проведенных осмотров оформляются в виде отчета.

Консультирование по вопросам планирования семьи: ознакомление подростков с современными средствами и методами контрацепции, показаниями и противопоказаниями к их применению; консультирование и динамичное наблюдение за пациентами, особенно в случае возникновения побочных эффектов или осложнений на фоне или после использования контрацептивов.

Распространение и учет средств контрацепции.

Консультирование по всем проблемам периода полового созревания: вопросы безопасных сексуальных отношений; предупреждение нежелательной беременности, ИППП, ВИЧ-инфекции.

Работа строится в форме бесед, лекций, семинаров, тренингов с использованием тематических видеофильмов, аудио- и видеотехники, наглядных пособий и др. Предпочтение отдается интерактивным методам и формам обучения с привлечением лидеров из подростковой/молодежной среды (добровольцев или волонтеров).

2. Лечебно-диагностическое направление

Диагностика заболеваний репродуктивной системы у подростков и молодых людей.

Диагностика, лечение неспецифических воспалительных заболеваний наружных половых органов, в том числе неспецифических кольпитов у девочек-подростков и юных женщин.

Диагностика беременности у юных пациенток, в случае необходимости прерывания беременности проведение обследования, подготовительного этапа и своевременное направление на медицинский аборт в профильные учреждения (в том числе в ЦПСИР или в другие профильные гинекологические стационары).

Проведение заключительного этапа реабилитации юных пациенток после прерывания беременности, включая профилактику повторной беременности, а также консультирование в случае возникновения отдаленных осложнений (в том числе в случае возникновения нарушений менструального цикла — далее НМЦ), по желанию пациентки.

Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение девочек-подростков с НМЦ, своевременное направление на консультацию к врачу гинекологу-эндокринологу.

Диагностика, реабилитация и диспансерное наблюдение девочек-подростков с воспалительными заболеваниями органов малого таза (далее — ВЗОМТ); своевременное направление пациенток с острым или обострением хронического ВЗОМТ на стационарное лечение.

Диагностика и лечение пациенток с заболеваниями шейки матки; направление на углубленное (цитологическое, вирусологическое) обследование; осуществление диспансерного наблюдения данного контингента больных (объем наблюдения определяется после проведения углубленного исследования).

Своевременная диагностика и направление на лечение юных пациенток с новообразованиями, пороками, травмой половых органов.

Диспансерное наблюдение девочек подросткового возраста с патологией репродуктивной системы, обслуживающихся МК.

Первичная диагностика патологии молочной железы у девочек-подростков и своевременное направление для обследования и лечения к специалисту хирургу-маммологу.

Активное выявление и лечение подростков с ИППП, направление пациентов с сифилисом и гонореей на лечение в КВД.

Диагностика и направление на лечение в профильные учреждения мальчиков-подростков и юношей с врожденными и приобретенными заболеваниями половых органов.

Медико-психологическое консультирование подростков по проблемам общего психического здоровья, сексуальных отношений в подростковом возрасте, медико-психологическая коррекция нарушений всех видов поведения подростков, проведение индивидуальных и групповых психологических и психотерапевтических тренингов с подростками.

Участие в разработке психокоррекционных программ с учетом индивидуальных половых и возрастных особенностей подростка совместно с другими специалистами МК.

Лечебно-диагностическая деятельность осуществляется путем организации индивидуальных приемов подростков, обращающихся в МК самостоятельно или по направлению специалистов других ЛПУ. Все лечебно-диагностические мероприятия с подростками про-

водятся в строгом соответствии с Федеральным законом «Об основных гарантиях ребенка в РФ», Законом РФ «Об охране здоровья граждан». Возможный конфиденциальный характер работы специалистов МК с подростками старше 15 лет направлен на увеличение гарантии сохранения врачебной тайны.

3. Социальное направление

Организация медико-социального патронажа семей подростков, обслуживающихся МК, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке.

Социальная защита подростков, находящихся в кризисной ситуации, касающейся их репродуктивного здоровья (сексуальное насилие, нежеланная беременность, ИППП, ВИЧ-инфекция и т.д.).

Взаимодействие с психолого-педагогическими, медико-социальными центрами района (территориальной единицы) и органами социальной защиты района.

Взаимодействие с социальными педагогами и психологами образовательных учреждений района (территориальной единицы).

4. Учебно-методическое направление

Проведение образовательных семинаров, тренингов, конференций, встреч, индивидуальных консультаций для родителей подростков, педагогов, социальных работников, медицинского персонала и психологов образовательных и лечебно-профилактических учреждений на территории обслуживания МК в целях повышения их компетентности в области охраны репродуктивного здоровья подростков.

Отбор и подготовка лидеров (волонтеров) из молодежной среды для работы с подростками.

Взаимодействие и привлечение к совместной работе представителей молодежных и общественных организаций, социальных служб, средств массовой информации, личное участие в образовательной, санитарно-просветительской работе среди населения, в том числе выступления, статьи в периодической печати и др.

Участие в подготовке информационных и методических материалов для населения, специалистов лечебно-профилактических учреждений, работников образовательных учреждений.

Организационная структура

Штаты

Штатное расписание формируется на основании нормативов, установленных Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Исходя из фактических потребностей территориальной единицы, обслуживаемой МК, руководителем МК могут устанавливаться сверхнормативные штатные единицы по согласованию с вышестоящим руководством.

В состав персонала МК входят:
 заведующий(ая);
 врач-гинеколог;
 врач уролог-андролог;
 врач-психотерапевт/ медицинский психолог;
 акушерки/ медицинские сестры;
 социальный педагог или социальный работник;
 медицинский регистратор;
 санитарка.

Деятельность персонала МК осуществляется на основании должностных инструкций, выработанных и утвержденных вышестоящим руководством.

Помещение и оборудование

Организация МК желательна в отдельных зданиях с удобным транспортным сообщением, по соседству с местами проведения досуга или учебы молодежи, что позволяет сделать помощь подросткам более доступной и эффективной. В случае расположения МК в помещении ЛПУ или образовательного учреждения следует обратить особое внимание на наличие отдельного входа и отдельного гардероба и регистратуры. Не рекомендована организация МК на базе кожно-венерологического диспансера.

Рекомендуемая площадь МК — не менее 160 кв. м. В структуре МК организовываются следующие кабинеты:

регистратура;
 холл;
 кабинет/кабинеты врачей специалистов — гинеколога/уролога-андролога (две смежные комнаты);
 кабинет психолога;
 конференц-зал;
 процедурная;
 административное помещение;
 помещение для персонала;
 две туалетные комнаты (отдельно для посетителей и персонала);
 подсобное помещение;
 гардероб.

Режим работы

Режим работы специалистов детской и подростковой служб необходимо сделать удобным для пациентов. При односменной работе врача пропорционально чередовать утренние, дневные и вечерние приемы. Работу подросткового центра целесообразно организовывать с 8.00–9.00 до 19.00–20.00 в будние дни, следует предусмотреть возможность организации консультирования в выходные и праздничные дни, обеспечивая таким образом выполнение исследований и процедур в удобное для пациентов время. Большое значение имеет внимательная, доброжелательная, четкая деятельность регистратуры и спра-

вочной службы, которая обеспечивает предварительную запись на приемы при личном посещении или по телефону. В регистратуре должна быть оформлена информация о расписании приема врачей, лаборатории, диагностических кабинетов и подростковых служб города.

Прием в подростковых центрах производится как по направлениям врачей, так и, даже в большей степени, по самостоятельному желанию подростков.

IV. Прекращение деятельности

Деятельность МК может быть прекращена в установленном законом порядке.

ПРОВЕДЕНИЕ САМООЦЕНКИ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРЕТЕНДУЮЩИХ НА ПРИСВОЕНИЕ СТАТУСА КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ

Каждому учреждению, заинтересованному в получении статуса КДМ, следует в качестве первого шага провести оценку своей деятельности применительно к указанным выше требованиям.

Самооценка проводится путем заполнения соответствующей части (СО) протокола экспертизы, которая позволяет быстро оценить работу учреждения по предоставлению комплексной медико-социальной помощи юным пациентам и представить, как реализуется политика, дружественная к молодежи. Вопросы адресованы только руководителю учреждения. Для проведения самооценки не требуется проводить опросы посетителей и сотрудников.

Заполнение разделов протокола экспертизы проводится без внешнего участия и является первой стадией экспертизы деятельности учреждения. Следует подчеркнуть, что прохождение лишь первой стадии — самооценки не дает основания для присвоения статуса КДМ.

Если учреждение желает пригласить специалистов по оценке деятельности с целью получить звание КДМ, заполненные разделы протокола экспертизы и письмо с просьбой о проведении второго этапа (внешней экспертизы) направляется в Минздравсоцразвития РФ и в Представительство Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в РФ.

Учреждения, которые по результатам первого этапа самооценки не в полной мере реализуют политику и принципы КДМ, разрабатывают план мероприятий для проведения изменений и оптимизации своей работы. План представляется в вышеназванные организации в письменном виде.

Когда руководитель учреждения приходит к выводу о том, что учреждение удовлетворяет всем требованиям, предъявляемым к КДМ, он может обратиться с просьбой о проведении внешней экспертизы.

Результаты внешней экспертизы анализируются специалистами МЗСР РФ, Представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Фонда народонаселения ООН (ЮНФПА). При наличии положительного заключения экспертов, в случае соблюдения всех критериев КДМ, учреждение получает соответствующий статус, сертификат и диплом.

ПРОТОКОЛ ЭКСПЕРТИЗЫ УЧРЕЖДЕНИЯ НА ПРИСВОЕНИЕ СТАТУСА КДМ

Опросный лист заполняется руководителем и/или главным врачом учреждения.

Общая информация

Полное название учреждения: _____

Дата открытия (число/месяц/год): _____

Тип учреждения:

- Больница
- Самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение (АПУ)
- Структурное подразделение АПУ
- Офис врача частной практики
- Структурное подразделение стационара
- Мобильная (выездная) служба
- Другое (уточните, что именно) _____

Почтовый адрес учреждения: _____

Ф.И.О. руководителя: _____ контактный телефон _____

E-mail _____

Ф.И.О. руководителя, в структуре которого работает учреждение: _____

_____ контактный телефон _____ e-mail _____

Работа по экспертизе разделена на два этапа:

1 этап — самооценка. Руководитель учреждения проводит самооценку, заполняет разделы протокола экспертизы (столбец «СО» и разделы «Для руководителя» в таблицах протокола), готовит всю необходимую документацию, а также оформляет часть для самооценки в карте итогов экспертизы.

2 этап — экспертная оценка. Внешние эксперты проводят проверку учреждения и анализируют представленные данные по деятельности учреждения, отражают свое мнение в столбце «Экс» (экспертиза), а также в заключении по результатам экспертизы и в карте итогов экспертизы.

Примечания: Пункты «Только для эксперта» заполняются только внешними экспертами.

Оценка соответствия учреждения требованиям КДМ выражается в условных обозначениях:

- «+» — полное соответствие;
- «+/-» — частичное соответствие;
- «-» — полное несоответствие;
- «Н» — требование неприменимо;
- «?» — затруднения с ответом.

По требованию экспертов любой числовой показатель должен быть подтвержден соответствующими документами.

Общие требования к заполнению протокола:
разборчивый почерк и нежелательность помарок и исправлений;
на каждом документе просим указать название учреждения, пронумеровать страницы.

Общая характеристика/описание учреждения

1. Есть ли в учреждении система, позволяющая оценить, кто нуждается в помощи немедленно, а кому можно назначить посещение врача позже.

Ответ	СО	ЭКС
Да		
Нет		
Затрудняюсь ответить		

Виды предоставляемых услуг

2. Какие виды услуг вы предоставляете (отметьте в списке)

Услуга	На месте (М) или по перед- рессации (П)		По записи (З) Без записи (Б/з) Смешанный ва- риант (С)		Возраст или другой специ- фический кри- терий ¹ (уточни- те какой)	
Услуга						
<i>Общее состояние здоровья</i>						
Неотложная скорая помощь (травмы, несчастные случаи)						
Психическое здоровье (консультации врачей-наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов)						
Профилактическая помощь (Информация/консультирование/развитие навыков)						
Аутрич (укажите целевую группу) _____						
Другое (консультирование врачей: Терапевта Эндокринолога Гепатолога Инфекциониста Социально-психологическое сопровож- дение Прочее _____)						

¹ Зависит ли предоставление услуг от возраста или других критериев (пола, семейного положения и т.д.)?

Услуга	На месте (М) или по перед- рессации (П)		По записи (З) Без записи (Б/з) Смешанный ва- риант (С)		Возраст или другой специ- фический кри- терий ¹ (уточни- те какой)	
<i>Сексуальное и репродуктивное здоровье</i>						
Услуги по контрацепции						
Экстренная контрацепция						
Обеспечение клиентов презервативами						
Медицинские аборт						
Консультации гинеколога						
Консультации уролога-андролога						
Диагностика и лечение ИППП						
ВИЧ/инфекционные заболевания: Обследование на ВИЧ Дотестовое и послетестовое консульти- рование Лечение и диспансеризация ВИЧ-инфи- цированных						

¹ Зависит ли предоставление услуг от возраста или других критериев (пола, семейного положения и т.д.)?

3. Предназначены ли ваши услуги частично или полностью для подростков?

Ответ	СО	ЭКС
<input type="checkbox"/> Только для подростков		
<input type="checkbox"/> Только в определенные часы		
<input type="checkbox"/> Не только для подростков		

4. Режим работы

СО	ЭКС

5. График работы специалистов учреждения

Ответ	СО	ЭКС
В одну смену		
В две смены		
Скольльзящий график		

6. Прием проводится вместе со взрослыми пациентами

Ответ	СО	ЭКС
Да		
Нет		

7. Если в учреждении совмещаются взрослый и подростковый приемы, то это происходит:

Ответ	СО	ЭКС
В одни и те же часы		
В разные часы		

8. Организован ли кабинет доврачебного приема в вашем учреждении?

Ответ	СО	ЭКС
Да		
Нет		

9. Кадровый состав

Тип персонала	Количество	
	СО	ЭКС
<i>Медицинский персонал</i>		
<i>Всего:</i>		
• Врачи		
• Медсестры		
<i>Немедицинский персонал</i>		
<i>Всего:</i>		
• Психологи, юристы и т.д.		
• Социальные работники		
Вспомогательный персонал (регистратор, уборщица, администратор)		
ИТОГО		

1) Количество штатных ставок _____, из них занятых физическими лицами _____

2) Из общего числа сотрудников учреждения сертифицированы: _____

3) Укомплектованность штатов _____; % совместительства _____

Показатель	СО	ЭКС
Число сотрудников соответствует требуемым нормативам		
Наличие в штате учреждения (КДМ) врачей, имеющих квалификационную категорию		
В том числе:		
Первую		
Вторую		
Высшую		
Не имеющие квалификационной категории		
Наличие в штате молодежной клиники среднего персонала, имеющего квалификационную категорию		
В том числе:		
Первую		
Вторую		
Высшую		
Не имеют категории		

Показатель	СО	ЭКС
Прохождение всеми сотрудниками курсов повышения квалификации по своей специальности за последние 5 лет		
Прохождение всеми специалистами дополнительной подготовки по вопросам организации работы в КДМ и по вопросам оказания помощи подросткам		
Фактическое выполнение установленного плана посещений		
В том числе: Врачами Средним медицинским персоналом Немедицинским персоналом: психологом социальным работником юристом		
<i>Дополнительные данные</i>		
Стабильность кадров за последний год		
Периодическая аттестация на соответствие занимаемой должности		
Знание и выполнение сотрудниками должностных инструкций и обязанностей		
Знание и реализация в своей практике сотрудниками учреждения принципов КДМ		
ВЫВОДЫ		
<i>Число сотрудников учреждения и объем их работы соответствуют требованиям по КДМ</i>		
Для врачей		
Для среднего медицинского персонала		
Для немедицинского персонала		
<i>Квалификация сотрудников соответствует требованиям КДМ</i>		
Для врачей		
Для среднего медицинского персонала		
Для немедицинского персонала		

ТОЛЬКО ДЛЯ ЭКСПЕРТА:

Проводится анкетирование сотрудников в целях получения представления о социально-психологическом климате коллектива, о кадровой политике, о работе руководителя и для оценки условий работы сотрудников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ:

ТОЛЬКО ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ:*Характеристики целевой группы*

10. Какие категории подростков посещают ваше учреждение (возможно выделить несколько категорий)?

Например:

- Учащиеся
- Не посещающие учебные заведения
- Бездомные/уличные
- Направленные к вам по какому-либо молодежному проекту
- Направленные из других учреждений
- Работающие
- Воспитанники детских домов и приютов
- Прочие (уточните)

11. На какие целевые группы и на решение каких проблем ориентированы ваши услуги?

12. Каковы основные проблемы, связанные со здоровьем и развитием, у вашей целевой группы?

13. Есть ли у вас данные о численности вашей целевой группы и удельном весе той ее части, которая охвачена вашими услугами?

14. Есть ли какие-либо особые группы, не получающие тех услуг, в которых они нуждаются?

15. Были ли вашим учреждением предприняты какие-либо меры для привлечения и обслуживания мальчиков?

16. Проводите ли вы опросы среди вашей целевой группы за пределами учреждения (в том числе среди тех, кто не пользуется вашими услугами)?

Информационный менеджмент/отчетность. Система управления, организация труда сотрудников учреждения МК. Система внутреннего и внешнего контроля качества предоставляемых услуг. Медицинская документация.

17. Какого рода отчетность вы ведете регулярно?

18. Число посещений за 6 месяцев?

(Если вы располагаете только ежегодными данными, уточните)

Количество	Мужчины	Женщины	20–24* года	15–19 лет	До 15 лет
Общее количество клиентов					
% первичных посещений					
% повторных посещений					
Причина обращения или диагноза (Где возможно, перечислите)					

* Границы возрастных групп могут быть изменены в соответствии с национальными стандартами.

Показатель	СО	ЭКС
Наличие плановых нормативов органов управления здравоохранением, которые должны выполняться учреждением МК		
Наличие плановых нормативов, которые разработаны в учреждении МК		
Наличие системы внешнего и внутреннего контроля и оценки качества работы сотрудников МК		

СИСТЕМА ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА УЧРЕЖДЕНИЯ МК

Только для руководителя:

19. Представьте данные:

Как часто и кем осуществляется текущий контроль за предоставлением услуг подросткам и молодежи в вашем учреждении (где фиксируются результаты проверок и мониторинга; наличие соответствующей формы учета)?

Каким образом осуществляется плановый контроль деятельности сотрудников?

Укажите принятые решения, выполненные рекомендации по оптимизации деятельности учреждения МК.

Как организован и кем проводится контроль за выполнением рекомендаций и принятых решений (приведите конкретные факты и примеры)?

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ МК. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ

Показатель	СО	ЭКС
Структура учреждения отвечает потребностям по сложности, качеству и объему деятельности КДМ, т.е.: Имеет место организационно-методическое руководство со стороны органов управления здравоохранением и т.п.		
Осуществляется контрольно-методическая и организационная помощь со стороны главных специалистов		
Имеются все необходимые должностные инструкции для сотрудников		
Отлажены функционально-должностные связи внутри учреждения и внешние связи (взаимодействие с другими ЛПУ, с органами образования, социальной защиты и др.)		
Имеются приказы вышестоящих органов управления здравоохранением, а также руководства ЛПУ, регламентирующие деятельность МК		
Положительные результаты проверок вышестоящими организациями		
Обеспечены наличие, знание, использование, оперативное изучение, доступность директивной и нормативной информации, документов, регламента работы МК и т.п., их выполнение и соответствие условиям работы		
МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ		
Отработана и применяется единая система учета и отчетности		
Существуют перечень и описание форм отчетов, порядка их составления и представления		

Показатель	СО	ЭКС
Обеспечивается и выполняется четкое, своевременное ведение медицинской документации		
В картах пациентов отражается вся необходимая клиническая информация, позволяющая оценить объем и качество помощи: анамнез заболевания, анамнез жизни, описание данных осмотров, диагностические и лечебные назначения, течение заболевания, результаты лечения, данные о процедурах, результаты лабораторных и других исследований, заключения и рекомендации при выписке, исходы лечения, документальные доказательства взаимодействия сотрудника учреждения МК с другими специалистами, принимающими участие в лечении пациента		
Обеспечиваются условия сохранности медицинской документации		
Соблюдаются условия хранения медицинской документации и регламентируется доступ к ней		

ТОЛЬКО ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЯ:

Профессиональная подготовка и супервизия

20. Существует ли специальное обучение персонала по следующим направлениям (отметьте то, что практикуется у вас)?

- Общие принципы работы с подростками
- Балинтовские группы
- Специфические вопросы клинического менеджмента (например, методы контрацепции для подростков)
- Другое (уточните что)

21. Проводится ли у вас систематическая оценка работы персонала в таких видах деятельности, как:

- Работа с подростками
- Специфические тематические вопросы (например, методы контрацепции для подростков)
- Другое (уточните)

22. Существует ли у вас система постоянной переподготовки персонала, проводятся ли мероприятия по развитию профессионального потенциала сотрудников?

23. Проводятся ли у вас регулярный мониторинг, аудит и оценка по следующим направлениям:

- Материалы и оборудование
- Степень удовлетворенности клиентов
- Ведение клиента
- Ведение истории болезни
- Работа персонала

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уровень управления, организации труда, внешний и внутренний контроль за деятельностью учреждения МК, а также супервизии и система подготовки сотрудников обеспечивается:	СО	ЭКС
В полной мере		
Частично		
Не обеспечивается		

Участие подростков

ПОКАЗАТЕЛЬ	СО	ЭКС
Подростки и молодые люди, посещающие ваше учреждение, имеют возможность высказывать свое мнение о предоставляемых услугах, в том числе:		
Регулярно		
Периодически		
Подростки и молодые люди участвовали в планировании, реализации и в оценке каких-либо услуг, предоставляемых в учреждении		

**ТОЛЬКО ДЛЯ ЭКСПЕРТА: проводится анкетирование волонтеров.
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО АНКЕТИРОВАНИЯ**

Инструкции и алгоритмы

24. Есть ли в вашем учреждении стандартные и изложенные в письменном виде инструкции и алгоритмы по следующим направлениям:

Направление	Инструкции/Алгоритмы (отметьте, если таковые имеются, и уточните, ориентированы ли они специально на подростков)		Применение	
	СО	ЭКС	СО	ЭКС
Согласие на оказание медицинских услуг (включая тех, кто не достиг возраста, после которого не требуется разрешения взрослых)				

Направление	Инструкции/Алгоритмы (отметьте, если таковые имеются, и уточните, ориентированы ли они специально на подростков)		Применение	
	СО	ЭКС	СО	ЭКС
Клинические руководства по: ИППП Экстренная контрацепция Аборты Контрацепция Обследование на ВИЧ и консультирование Неотложная помощь				
Забор крови и утилизация игл				
Хранение историй болезни				
Поведение персонала по отношению к клиентам				
Защита детей				
Насилие по отношению к персоналу				
Конфиденциальность				
Супервизия и повышение квалификации персонала (все сотрудники)				
Медицинская экспертиза				

Часть II. Материально-техническая база КДМ

Вид материала	Количество, имеющееся в наличии сегодня/ежедневно	Сколько раз за последние 6 месяцев вы испытывали дефицит этих материалов?	Самый длинный период, в течение которого отсутствовали материалы	Удается ли вашему учреждению привлекать дополнительные финансовые средства для пополнения запасов материалов или вы полностью зависите от государственных поставок?	Время с момента сдачи анализа до получения результата или на доставку заказанных материалов
Резиновые перчатки					
Тесты на беременность					
Иглы/шприцы					
Анализы мочи					
Тест на ВИЧ					
Тест на хламидии					
Мужские презервативы					
Оральные контрацептивы (таблетки)					
Информационные листки для клиентов					
Упаковка тетрациклина (таблетки)					
Экстренная контрацепция					

ТОЛЬКО ДЛЯ ЭКСПЕРТА:

1. Занимаемые площади МК

2. Оснащение МК

3. Наличие кабинетов, оборудованных для работы с подростками:

да — 1;

нет — 2.

4. Наличие отдельной смотровой в кабинете врачей: гинеколога, уролога-андролога, дерматовенеролога (нужное подчеркнуть):

да — 1;

нет — 2.

5. МК расположена:

в здании ЛПУ, в структуре которого организована, — 1;

отдельно от ЛПУ — 2;

другое — 3 (уточните где) _____

6. Если МК находится в здании ЛПУ, то организованы ли специально для подростков:

отдельный вход:

да — 1;

нет — 2;

отдельная регистратура:

да — 1;

нет — 2;

отдельный гардероб:

да — 1;

нет — 2.

7. Количество функционирующих кабинетов врачей-специалистов (укажите специальности), проводящих приемы подростков

Показатель	СО	ЭКС
Имеется полный набор помещений, необходимых для КДМ		
Техническое состояние помещений допускает в них оказание услуг в соответствии с направлениями и задачами работы КДМ		
Площади помещений соответствуют нормативам		
Коммуникации по наличию, мощности и техническому состоянию допускают возможность предоставления услуг		
Удовлетворены специальные требования к помещению по зрительной и акустической изолированности		
<i>Обеспечение учреждения МК хозяйственным инвентарем, оргтехникой, канцелярскими товарами, медикаментами и расходными материалами:</i>		
Полностью		
Частично		
СЕРВИСНЫЙ УРОВЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ		
Доступность получения высококвалифицированной помощи		
Обеспечение безопасности пребывания подростков		
Соблюдение тайны лечения и прав пациента		
Соблюдение принципов приватности при обслуживании пациентов		
Высокая культура обслуживания посетителей МК		

Показатель	СО	ЭКС
Удобное для пациентов время работы МК		
Рациональное расположение кабинетов в МК		
Наличие места для ожидания приема		
Наличие доступной информации о работе сотрудников, а также информация о профильных ЛПУ, кризисных центрах, медико-социальных службах для подростков и молодежи		
Соблюдение первоочередного принципа обслуживания подростков в МК		
Предоставление информации о спектре, порядке и стоимости предоставляемых услуг		
Предоставление информации о профессиональном уровне и квалификации лиц, оказывающих услуги в МК		
Предоставление пациентам права самостоятельного выбора специалистов МК		
Выполнение процедур только с согласия пациентов		
Привлекательный вид МК, соответствие интерьера клиники требованиям по КДМ		
Организация работы с обращениями, жалобами и пожеланиями посетителей		

ТОЛЬКО ДЛЯ ЭКСПЕРТА: *проводится анкетирование пациентов (подростков и молодежи) МК по разработанной анкете/опросному листу (см. приложение).*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ:

КАРТА ИТОГОВ ЭКСПЕРТИЗЫ

Учреждение МК _____

Дата проведения самооценки _____

Дата проведения внешней экспертной оценки _____

РЕЗУЛЬТАТЫ

Параметр	При самооценке	При экспертизе
Виды и объем предоставляемых услуг		
Кадровое обеспечение		
Организационный уровень В том числе: Общие вопросы организации деятельности Система управления и организации труда сотрудников Внешний и внутренний контроль работы сотрудников		
Профессиональная подготовка сотрудников		
Результаты супервизии сотрудников		
Информационный менеджмент и отчетность		
Состояние медицинской документации		
Участие подростков и молодежи в деятельности учреждения МК		
Инструкции и алгоритмы, регламентирующие деятельность МК		
Состояние материально-технической базы		
Сервис		
ИТОГ		
Подписи экспертов, руководителей МК и руководителей ЛПУ, в структуре которого организована МК		

Дата:

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ ПРОГРАММЫ ЦИКЛА «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ В МОЛОДЕЖНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ» КАФЕДРЫ ПОДРОСТКОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ВАЛЕОЛОГИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1. Фундаментальные основы подростковой медицины.

1.1. Общие проблемы здоровья подростков.

Социальное значение здоровья подростков. Объект и предмет подростковой медицины.

Особенности заболеваемости подростков (болезни, общие для всех возрастных групп, заболевания пубертатного периода, болезни поведения). Эпидемиологические и демографические показатели в России и в Европе.

1.2. Физическое и половое развитие.

Становление репродуктивной сферы. Гормональная регуляция процессов роста и развития. Методы оценки физического и полового развития.

1.3. Психическое и социальное развитие.

Когнитивное, эмоциональное и личностное созревание. Акцентуации характера и их роль в формировании рискованного поведения.

1.4. Психосексуальное развитие подростков.

Место психосексуального развития в пубертатном созревании. Стадии психосексуального развития (половая идентификация, полоролевое поведение, психосексуальная ориентация). Особенности подростковой сексуальности. Формы сексуального поведения подростков.

1.5. Репродуктивное и соматическое здоровье девушек с нарушениями в психосексуальном развитии.

Варианты нарушений в психосексуальном развитии. Соматическое, психическое и репродуктивное здоровье при разных вариантах нарушений. Подходы к коррекции.

1.6. Вегетативные дисфункции (психонейроэндокринноиммунная дисрегуляция в пубертатном периоде).

Вегетативные дисфункции как показатель качества жизни и универсальный критерий здоровья подростков. Место сексуальных проблем в формировании вегетативной дисфункции.

1.7. Соматические аспекты репродуктивного здоровья подростков.

Общность причин и механизмов развития соматических и репродуктивных заболеваний. Наиболее значимые для становления репродуктивной функции и сексуальности соматические заболевания. Взаимодействие педиатра, андролога и гинеколога.

2. Особенности врачебного обследования и работы с подростками.

2.1. Особенности соматического обследования подростков.

Особенности сбора анамнеза и анализа жалоб. Комплексная оценка пубертатного развития. Гормональные фенотипы. Выявление соматических факторов, значимых для репродуктивного здоровья.

2.2. Особенности гинекологического и андрологического осмотра подростков.

2.3. Психология общения с подростками. Профессиональная и личностная готовность специалиста к работе с подростками.

2.4. Методы консультирования подростков.

3. Репродуктивное здоровье подростков.

3.1. Воспалительные заболевания половой сферы. Инфекции, передающиеся половым путем, и их профилактика.

3.2. ВИЧ-инфекция.

3.3. Беременность и роды у несовершеннолетних, прерывание беременности.

3.4. Заболевания молочных желез.

3.5. Контрацепция.

3.6. Нарушения менструального цикла.

3.7. Репродуктивное здоровье юношей.

4. Профилактические аспекты в охране здоровья подростков.

4.1. Методические основы формирования потребности в здоровом образе жизни у подростков.

Понятия «здоровье» и «образ жизни». Резерв здоровья. Общие принципы здорового образа жизни. Психология здоровья. Внутренняя картина здоровья. Концепция факторов риска. Факторы риска в подростковом возрасте. Современные стратегии работы с факторами риска. Мотивационное интервью. Кратковременное профилактическое вмешательство.

4.2. Круговая модель изменения рискованного поведения J. Pochaska, C. DiClementi.

Тренинг навыков работы по модели изменения поведения. Методика проведения фокусных групп (Focus Group). Анализ отношения слушателей к обсуждаемым проблемам профилактической работы (курение, алкоголь, незащищенный секс, наркотики).

4.3. Наркомания. Раннее выявление и первичная профилактика.

4.4. Алкоголь и подростки.

Работа по стадиям: незаинтересованность, постановка проблемы, обдумывание, подготовка к изменению, выполнение рекомендаций, сохранение здорового образа жизни. Опросник АУДИТ.

4.5. Курение в подростковом возрасте.

Работа по стадиям. Стратегии работы с курящими. Массовые профилактические программы. Опросник Фагерстрема.

4.6. Питание подростков и юных беременных.

Пирамида питания. Методика формирования здорового рациона питания.

4.7. Оптимальная физическая активность и спорт.

Рекомендации ВОЗ по планированию и контролю уровня физической активности.

4.8. Половое и сексуальное воспитание.

Обязательность полового и сексуального воспитания в системе воспитания подрастающего поколения. Формы, методы и содержание полового и сексуального воспитания. Формирование репродуктивного поведения. Теория семьи. Изменение структуры современной семьи. Стадии супружеских отношений. Основные функции семьи. Подготовка молодежи к семейной жизни. Законодательство о браке и семье. Службы планирования семьи.

4.9. Подростковая субкультура и здоровье.

4.10. Семья как фактор риска для здоровья подростков.

Конфликт поколений. Типы семейного воспитания. Способы решения конфликтов в семье. Профилактика девиантного поведения и суицида. Поведение подростков в экстремальных ситуациях.

4.11. Волонтеры в пропаганде здоровья молодежи.

5. Организация работы молодежных консультаций, КДМ.

5.1. Организационно-правовые основы медицинской помощи подросткам.

Законодательство Российской Федерации и нормативные документы в области охраны здоровья подростков. Стандарты качества медицинской помощи подросткам.

5.2. Правовые аспекты лечения и охраны врачебной тайны при беременности, наркомании, ВИЧ-инфицировании и инфекциях, передающихся половым путем.

5.3. Организационная структура и содержание работы молодежных консультаций.

5.4. Анализ гинекологической и андрологической заболеваемости подростков по международной классификации болезней десятого пересмотра.

5.5. Критерии качества работы молодежных консультаций.

5.6. Психология делового общения. Работа в команде.

5.7. Клинико-экспертные аспекты при заболеваниях репродуктивной сферы.

Распределение на группы для занятий физической культурой. Годность к работе в молодежных трудовых объединениях. Врачебная профессиональная консультация.

5.8. Медико-социальный патронаж в семьях подростков.

Семьи с социальными факторами риска. Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Понятие «социальный патронаж». Роль специалистов по социальной работе. Организация совместной деятельности юрисконсультов и медицинских работников в семьях подростков социального риска.

5.9. Роль межведомственного взаимодействия при организации и оказании медико-социальной помощи подросткам и их семьям.

Обучение завершается выдачей удостоверений о повышении квалификации государственного образца (прим. 1).

Профессиональным преподавателям обязательно должны помогать опытные сотрудники эффективно функционирующих КДМ, а также возможно привлечение опытных подростков-волонтеров.

Примечание 1. Особую сложность вызывает реализация профилактического раздела такой программы. Обучение принципам здорового образа жизни подрастающего поколения часто наталкивается на формальное отношение взрослых.

В обучении врачей принципам проведения профилактической работы с подростками необходим комплексный подход:

1. Оно должно включать в себя занятия по формированию представлений о собственном образе жизни и его составляющих.

2. В программу необходимо включить вопросы психологии общения.

3. В процессе обучения необходимо сформировать навыки в оценке факторов риска подросткового периода и дать конкретные знания о степени риска для здорового подростка.

4. В качестве методик профилактической работы с подростками могут быть рекомендованы методика мотивационного опроса подростка по факторам риска, методика кратковременного профилактического вмешательства и методика «Помоги людям измениться», рекомендованные ВОЗ для работы семейных врачей.

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Adolescent friendly health services. An agenda for change. WHO, 2002. 44 p.
2. America's adolescents: are they healthy? National adolescent health information center, 1998. 40 p.
3. Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement (Geneva, 7–9 march 2001). Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization. 29 p.
4. Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). Recommendation monograph. AMA, 1997. 7 p.
5. Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/ UNICEF study group on programming for adolescent health. WHO Technical Report Series number 886, 1999. 245 p.
6. Воробьева Н.А., Ивановская О.Д., Итолитова М.Ф., Трубецкая Т.Е. Молодежная консультация как новая структура лечебно-профилактического учреждения. СПб: СПб-МАПО, 2001. 29 с.
7. Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения. Приказ МЗ РФ от 5 мая 1999 года № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
8. Клиники, дружественные к молодежи: Пособие для организатора. Новосибирск, ЮНИСЕФ, 2002. 235 с.
9. Молодежь Российской Федерации: положение, выбор пути: Государственный доклад / Здоровье молодежи. М., 2000. С. 33–40.
10. Об опыте консультативно-диагностического центра «Ювента» г. Санкт-Петербурга по организации работы в области охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет (информационное письмо). М., МЗ РФ, 2001. 30 с.
11. Оказание медико-психологической помощи детям и подросткам в педиатрических амбулаторно-поликлинических учреждениях: Пособие для врачей. М.: МЗ РФ, 2002. 29 с.
12. Основы ювенологии: Опыт комплексного междисциплинарного исследования / Под ред. Е.Г. Слуцкого. СПб: ИРЭ РАН, НАЮ, 2001. 360 с.
13. Приказ Минздрава РФ от 7 мая 1998 года № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».
14. Проблемы подросткового возраста (избранные главы) / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М., РАМН, Союз педиатров России, Центр информации и обучения, 2003. 480 с.
15. Репродуктивный потенциал мальчиков — будущих отцов. (В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский). СПб., 2000. 170 с.