

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ**

«Согласовано»

Руководитель Центра научных
исследований, экспертизы и
инновационной деятельности в
здравоохранении РГП «РЦРЗ» МЗ РК

 В. Койков

« 30 » апреля 2014 г.

«Утверждаю»

Директор Департамента науки
и человеческих ресурсов
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

 А. Сыздыкова

« 30 » апреля 2014 г.

**Амбулаторная реабилитация клиентов
с опиоидной зависимостью
(опыт использования ИТА)**

Методические рекомендации

Павлодар, 2014

Аяганова Д.Е., Прилуцкая-Сущенко М.В.

Амбулаторная реабилитация клиентов с опиоидной зависимостью (опыт использования ИТА): Методические рекомендации. – Павлодар, 2014. – 30 с.

Методические рекомендации составлены научным сотрудником сектора доказательной медицины РГКП «РНПЦ МСПН» Д.Е. Аягановой, врачом-психотерапевтом отделения психотерапии и реабилитации РНПЦ МСПН М.В. Прилуцкой-Сущенко.

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для практикующих врачей-психиатров, врачей-наркологов, психологов, организаторов здравоохранения и широкого круга специалистов, занимающихся проблемами реабилитации.

Методические рекомендации созданы с целью обеспечения применения подходов, использованных и разработанных в ходе функционирования проекта по амбулаторной реабилитации лиц, зависимых от наркотиков. В методических рекомендациях отражён опыт использования Индекса тяжести аддикции (ИТА) в качестве не только диагностического инструмента при работе с амбулаторными больными, но и оказания им противорецидивной и поддерживающей терапии. Описаны структура и организация амбулаторной службы, даны практические рекомендации.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук Россинский Ю.А.

Доктор медицинских наук Имангазинов С.Б.

Методические рекомендации рассмотрены на заседании Учёного совета Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (председатель учёного совета – Кусаинов А.А., протокол № 280 от «6» сентября 2013 г.).

© РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»
Республика Казахстан, Павлодар, 2014

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ИТА	– Индекс тяжести аддикции
РНПЦ МСПН	– Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании
ПАВ	– Психоактивное вещество
РК	– Республики Казахстан
ООН	– Организация Объединенных Наций
UNODC	– United Nations Office on Drugs and Crime
МСП	– Медико-социальная реабилитация
НПО	– Неправительственная организация
ГУ	– Государственное учреждение
СПИД	– Синдром приобретенного иммунодефицита
КГП на ПХВ	– Казенное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения
ВИЧ	– Вирус иммунодефицита человека
ВУЗ	– Высшее учебное заведение

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Введение.....	5
2.	Инструмент оценки ИТА.....	6
3.	Планирование лечения.....	7
4.	Структура и организация амбулаторной помощи.....	10
4.1	Структура амбулаторной службы.....	10
4.2	Услуги и их ресурсное обеспечение (специалисты, медикаментозная помощь, социально-психологическая поддержка, профилактическая работа).....	16
5	Заключение. Практические рекомендации.....	22
	Список использованной литературы.....	23
	Приложения.....	24

1. Введение

Злоупотребление наркотиками, которое сопровождается выраженными медицинскими и социальными последствиями, ставит эту проблему в ряд наиболее актуальных проблем, как для здравоохранения, так и для общества в целом. Развитие и распространение зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) несёт в себе угрозу не только для соматического, психического, но и для социального здоровья нации [9]. Это повышает актуальность разработки эффективных способов курации данной патологии. Для того, чтобы лечение зависимости было максимально эффективным, необходим всеобщий и всесторонний подход к этой проблеме. Сложившаяся эпидемиологическая ситуация диктует необходимость изменения приоритетов как в научных исследованиях, так и в области практической наркологии [1, 4, 6].

Актуальная проблема сегодняшней наркологии – это повышение эффективности наркологической помощи, увеличение длительности и стойкости ремиссий, повышение качества жизни и социального функционирования лиц, больных наркоманией, и их ближайшего окружения на этапе противоречивой и поддерживающей терапии [2, 3, 5]. В настоящее время в Республике Казахстан (РК) наркологическая помощь испытывает дефицит систематизированных амбулаторных мероприятий. Фактически амбулаторные услуги осуществляются в рамках устаревшей диспансерной службы, рассматривающей зависимость исключительно как биологическое заболевание, изредка предоставляющей разрозненные психологические услуги в отдельных регионах, что свидетельствует в пользу системных дефицитов.

Соответственно, при построении комплексной, многофункциональной амбулаторной службы высока вероятность актуализации упомянутых выше сложностей в виде конкретных практических проблем. Во-первых, выявляется дефицит юридических рычагов по организации службы. Во-вторых, отсутствует теоретическая система (стандарты), обосновывающая порядок функционирования данной службы. При создании основных правоустанавливающих документов амбулаторной службы выявляется пробел знаний в целях, принципах, объектах, субъектах реабилитационных мероприятий. При администрировании и менеджменте сложность составляют документирование, определение функциональных обязанностей специалистов, планирование конкретного спектра услуг, формирование гибкого механизма учета потребностей пациентов [7, 8].

Руководствуясь необходимостью решения таких проблем, на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (г. Павлодар, РК) в течение 3 лет функционирует амбулаторная служба, оказывающая помощь клиентам с наркотической зависимостью, находящимся в посттерапевтических и спонтанных ремиссиях. Данная служба была создана в рамках глобального проекта Управления ООН по наркотикам и преступности «*Treatnet*», главной целью которого является укрепление потенциала для расширения доступа к качественным услугам по

лечению наркотической зависимости на основе скоординированных действий между UNODC и рядом национальных и международных партнеров.

В рамках существующей практики предпринимается попытка не только создать внесударственную сеть амбулаторной помощи, но и реализовать пилотный проект по формированию отдельного звена медико-социальной реабилитации (MCP), которое может быть интегрировано в общую систему наркологической помощи.

Имея совершенно конкретные цели, программа должна обладать валидным, специфичным и надежным диагностическим инструментарием, который позволяет планировать терапию и применять разнообразные развивающие практики [1, 2, 3]. Так, в нашем случае для окончательного понимания ситуации клиента и определения целей лечения были необходимы стандартизированные инструменты оценки проблем. Такие возможности обеспечивались применением методики полуструктурированного интервью «Индекс тяжести аддикции» (The Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) (ИТА) с определением проблемных зон клиента, исключающей вероятность упущений неупомянутых пациентом проблем [1].

Таким образом, можно сделать заключение о необходимости построения амбулаторных программ нового поколения. Это требует изучения рынка данных услуг.

2. Инструмент оценки ИТА

Индекс тяжести аддикции оценивает частоту и тяжесть злоупотребления психоактивными веществами, а также тип и степень тяжести психосоциальных проблем, которые обычно сопровождают злоупотребление как, например, проблемы медицинского, психического, юридического, семейного, социального, трудового характера. Обобщение мирового опыта по использованию ИТА позволяет оценить данный инструмент как достаточно удобный для планирования, проведения и оценки лечебного процесса. ИТА может использоваться как основной регистрационный документ, который отражает не только паспортную часть и проблемные области клиента, но и содержание лечебной работы, он также позволяет отслеживать динамику состояния пациента, оценивать эффективность проделанной работы, направление и степень измерения. По сути, ИТА является структурированным интервью, и работа с ним проводится по отдельным стадиям в несколько приёмов. На клиента составляется своеобразное досье, разбитое на ряд разделов, к которым можно возвращаться на последующих этапах реабилитации, вносить дополнения и уточнения, оценивать промежуточные и итоговые результаты совместной деятельности специалистов и пациента на пути оказания амбулаторной помощи. Опросник ИТА имеет четыре стадии: формулировка проблем, детализация проблем, формулирование целей реабилитации и плана помощи, оценка степени достижения целей терапии и удовлетворенности результатами лечения. В среднем на заполнение опросника требуется от 30 до 40 минут.

На стадии формулирования проблем основной целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента, которые включают следующие разделы:

- медицинский статус;
- образование; работа/поддержка;
- зависимости: алкоголь; наркотики и другие вещества;
- юридический статус;
- семейный/социальный статус;
- психиатрический статус.

Для определения пациентом и специалистом степени тяжести проблем по каждому разделу используется шкала оценки тяжести проблем и потребности в лечении/консультации. По каждому разделу значимыми являются комментарии, где специалист в свободном стиле в процессе интервью уточняет ответы клиента для отбора проблем, требующих более подробного анализа. Итогом интервью является определение наиболее актуальных проблем и регистрация результатов. Профиль проблем позволяет сделать обзор и сравнение рейтингов оценки тяжести проблем и потребности в помощи, определить приоритет проблем, требующих первоочередного решения. А так же выбрать направление помощи в процессе совместного анализа полученного профиля [10]. Это легло в основе своей в выявление потребностей клиентов с опиоидной зависимостью, получающих наркологическую помощь в амбулаторном порядке, и в принцип построения амбулаторной помощи. Использовалась версия ИТА, разработанная в рамках проекта «*Treatnet*».

3. Планирование лечения

После заполнения основных 7 разделов ИТА необходимо поэтапно спланировать необходимую клиенту помощь в решении его проблем.

План лечения определяет наиболее важные цели лечения для клиента, выявленные в ходе оценки, описывает измеримые, определённые во времени шаги к достижению этих целей, отражает письменное или устное согласие между специалистом и клиентом. Наиболее важным моментом в составлении плана является участие самого клиента, который работает со специалистом, для того, чтобы определить и согласовать цели лечения и стратегии их достижения, что само по себе может служить сильным мотивирующим фактором на лечение. План лечения должен быть динамичным, несмотря на то, что план разрабатывается во время первичного осмотра, он продолжает совершенствоваться и пересматриваться в процессе всего лечения, отражая изменения в состоянии и потребностях пациента.

Планирование лечения включает в себя несколько компонентов:

- *постановка проблемы* – это компонент, который включает в себя информацию, полученную в ходе оценки (ИТА, проблемный лист);
- *постановка цели*, которая включает в себя конечный результат решения проблем пациента (план лечения);

а) *постановка задач*, где определяются конкретные действия пациента для достижения поставленных целей;

б) *интервенции*, которые определяют, что должен делать персонал для помощи клиенту в продвижении к намеченным целям и для выполнения имеющихся задач;

в) *сильные стороны пациента* – компонент, отражающий те стороны состояния и возможностей пациента, которые способствуют успешному прохождению лечебного процесса;

г) *участники планирования* – субъекты планирования, которые должны быть документированы и выразить свое отношение к разработанному плану.

Основная цель первого компонента – детализация проблемы, конкретное уточнение проблемы, что достигается в процессе совместного интервью, использования техник мотивационного консультирования при точном описании проблемы и потребности в помощи словами и выражениями пациента. Данные регистрируются в соответствующей учётной форме – «Детализации проблем пациента». Процесс конкретного формулирования и регистрации результатов проводится в заранее структурированных формах досье, что помогает клиенту по-новому взглянуть на свою проблемную ситуацию и на возможные пути ее решения. При этом необходимо учитывать ряд важных моментов в написании проблемных утверждений: использование безоценочного подхода, отсутствие жаргонов, полная структура предложения.

В процессе работы пациент является активным действующим участником и совместно с терапевтом принимает заключительные решения в отношении формулировки уточнённой проблемы и требования помощи, приобретая навык ответственного выбора и принятия решения, в том числе за результаты и процесс реабилитации. Следует отметить, что все идентифицированные проблемы в ходе оценки должны быть включены независимо от доступности услуг в учреждении, вне зависимости от того, можно ли их решить сразу или можно отсрочить, и каждая секция должна быть рассмотрена. Данный подход предполагает направление в другие службы, что является эффективным в решении различных проблем.

На следующей стадии формулирования целей лечения и плана помощи необходимо сформулировать и согласовать план лечения в максимально конкретной форме для того, чтобы динамику изменений можно было отследить и оценить.

Для формулирования согласованных целей удобно использовать принцип SMART:

– S (*Specific*) – задачи и интервенции специфичные и сфокусированные на цели, выражены в определенных поведенческих терминах, в отношении того как будет улучшен уровень функционирования.

– M (*Measurable*) – задачи и интервенции являются измеримыми, достижения являются очевидными, а индикаторы процесса клиента можно измерить.

– A (*Acceptable*) – задачи и интервенции должны быть достижимы во время активной фазы лечения, фокус на «улучшение функционирования», а не просто на излечение, определение целей, достижимых на уровне предоставляемых услуг.

– R (*Realistic*) – пациент объективно может выполнить задачи в течение определенного периода времени, цели и задачи достижимы в пределах окружения, уровня поддержки, уровня функционирования данного клиента, при этом необходимо помнить, что любой процесс требует усилий клиента.

– T (*Time*) – фокус на ограниченных во времени или краткосрочных целях и задачах, задачи интервенции должны пересматриваться в течение определенного периода.

Работа с целями определяет следующие преимущества для специалиста и клиента:

- 1) определяется направление определенных изменений;
- 2) выявляются конкретные предложения по оказанию помощи, сотрудничеству с определенным специалистом;
- 3) приобретаются новые знания, умения, навыки, способствующие эмоциональным, когнитивным и поведенческим изменениям, мотивирующим на отказ от ПАВ;
- 4) поддерживается мотивация на продолжение лечения;
- 5) определяется возможность формулирования следующих целей в процессе завершения плана помощи.

С одной стороны, в общем плане помощи учитывается биопсихосоциальный подход к формулированию целей клиента, позволяющий оказать компетентную помощь со стороны различных специалистов. С другой стороны – в индивидуальный план лечения необходимо включить:

- обзор целей помощи, согласованный с каждым специалистом отдельно;
- собственно план реабилитационных/терапевтических мероприятий (конкретные задачи);
- отметку клиента о выполнении задач;
- сроки и частоту проведения реабилитационных/терапевтических мероприятий;
- совместную (клиента и специалиста) оценку степени достижения поставленных целей;
- общую совместную оценку удовлетворенности результатами реабилитации;
- план последующих действий.

Периодически необходимо проводить оценку степени достижения целей лечения и удовлетворенности результатами лечения. Совместная оценка достигнутых результатов лечения/помощи и общая оценка удовлетворенности результатами лечения проводится неоднократно по достижению определенных целей и при постановке новых целей, показатели оценки регистрируются в форме индивидуального плана терапии.

Если в ходе обсуждения клиент и специалист приходят к выводу, что цель достигнута в недостаточной степени или совершенно не достигнута, необходимо после проведенного анализа выбрать одну из следующих альтернативных возможностей:

- продолжить проводимые лечебные мероприятия еще некоторое время;
- составить новый индивидуальный план помощи;
- вернуться на этап уточнения проблемы, соответствующей проблемной зоны.

Безусловно, в плане будут отражены и потребности клиента, которые требуют перенаправления к другим поставщикам услуг, либо будут отложены на более поздний срок.

4. Структура и организация амбулаторной помощи

4.1 Структура амбулаторной службы

Организация амбулаторной службы представляет собой многокомпонентный процесс, состоящий из ряда этапов, гарантирующий бесперебойное функционирование данной структуры в последующем.

Предварительный этап – анализ существующей ситуации в области предоставления внестационарных услуг, разработка стратегических задач, концепции службы.

Подготовительный (операционный) этап – формирование основных операционных узлов, прописывание алгоритмов взаимодействия с дружественными организациями, планирование работы с клиентами, утверждение документации.

Основной этап – собственно оказание услуг, корректировка промежуточных трудностей.

Завершающий этап – подведение результатов, формирование рекомендаций для планирования работы амбулатории на следующий год.

Анализируя существующие ресурсы, следует выделить 4 позиции, характеризующие вопрос оказания амбулаторных услуг в Павлодарской области: сильные и слабые стороны процесса, его возможности и риски.

Сильные стороны в решении проблем создания альтернативной сети амбулаторной поддержки:

- потребность в оказании амбулаторных услуг с привлечением элементов медико-социальной реабилитации;
- отсутствие конкуренции на рынке услуг, в части предоставления продолжительной помощи;
- наличие сети НПО, оказывающих отдельные социальные, психологические и юридические услуги декретированным группам, в том числе наркозависимым;
- наличие двух наркологических центров, оказывающих стационарную помощь наркозависимым лицам;

- отсутствие ограничений в перераспределении финансов партнерским организациям, оказывающим часть амбулаторных услуг;
- возможность анонимного получения амбулаторной помощи без динамического учета клиентов;
- наличие опыта предыдущей амбулаторной программы, осуществлявшейся на базе Управления ООН «Treatnet».

Слабыми сторонами являлись:

- отсутствие систематизированной законодательной базы, в части стандартов оказания наркологической помощи, в том числе относительно амбулаторной службы;
- низкая готовность наркозависимых к получению многокомпонентной социально-психологической поддержки, ограничение запросов зачастую областью приема медикаментозной терапии;
- ограниченная возможность предоставления информации о работе амбулатории и предоставлении услуг через сеть дружественных/партнерских организаций;
- низкая готовность специалистов к работе в формате междисциплинарного взаимодействия и мобильности;
- отсутствие прописанных алгоритмов проведения отдельных терапевтических интервенций в рамках работы с клиентами;
- необходимость интеграции технологий клиент-центрированного взаимодействия (мотивационное консультирование, проведение ИТА) и клинической парадигмы (наркологический подход, психопатологическое центрирование);
- дискретный, разовый характер программы (планирование на отдельный год), в то время как эффективность возрастает по экспоненте по мере удлинения сроков оказания амбулаторных услуг;
- низкое развитие службы телефонного консультирования;
- акцент амбулаторной программы на оказании только противорецидивной терапии наркозависимым лицам;
- отсутствие разработанной системы мониторинга эффективности оказываемых услуг, а также службы катамнеза.

Возможности, которые актуализируют продолжение программы и закрепление полученных результатов:

- развитие мультидисциплинарного подхода с созданием устойчивой сети партнерских организаций;
- удовлетворение запросов клиента, в том числе скрытых;
- формирование сообщества клиентов, с высокой готовностью получения регулярных услуг;
- развитие комплаенса между командой специалистов и клиентом;
- проведение непрерывной мотивационной работы с клиентами;
- возможность экстраполирования опыта отдельного пилотного проекта на государственный сектор амбулаторных услуг;

- создание базы для расширения спектра услуг (социально-психологическое сопровождение поддерживающей терапии, работа с созависимым окружением, привлечение зависимых от алкоголя).

Риски в реализации службы и последующем её функционировании:

- зависимость от дискретного финансирования;
- привязанность к технологии ИТА, что требует обучения специалистов;
- зависимость от активной работы всех участников команды, в том числе от вклада партнерских организаций;
- потеря части клиентов при отсутствии гибкого реагирования специфики услуг в ответ на запросы клиентов;
- трудности интегрирования полученных наработок в государственный сектор наркологической помощи.

Таким образом, выстраивание амбулатории диктовалось не только актуальностью существующей проблемы, но и данными проведенного анализа. Согласно прогнозируемым позициям проводились планирование и корректировка структуры.

Для эффективного функционирования амбулаторной службы необходимо привлекать различные общественные институты (учреждения), так как это позволит использовать ресурсы целостных организаций. В описываемом случае амбулаторная служба была развернута на базе РНПЦ МСПН, что было продиктовано близостью к ресурсному центру по обеспечению специалистами в формате медико-социальной реабилитации. Вместе с тем использовалась материально-техническая база РНПЦ МСПН, что позволило сократить данную статью расходов. С другой стороны, базовое учреждение получило возможность для апробации заявленных ранее фрагментов научно-технических программ по расширению сети амбулаторных служб, более того, вне стационарное звено было приближено к длительно существующим психотерапевтическим отделениям. Но амбулатория может быть организована и на базе других наркологических учреждений.

Информационная работа для привлечения клиентов осуществляется по нескольким направлениям (рисунок 1):

- а) через рекламное агентство, участвующее в разработке раздаточных информационных буклетов;

- б) через партнерские/дружественные организации непосредственно предоставляющих информацию клиентам (НПО, медицинские организации);

- в) через базовую организацию, размещавшую информационные стенды, и направлявшую клиентов после курсов стационарной реабилитации.



Рисунок 1. Информационная работа, направленная на привлечение в амбулаторию клиентов

Менеджмент и администрирование осуществляются на базе организации, что, однако, не исключает возможности инициатив на местах (партнерские/дружественные организации). Суммация и составление сводных отчетов, равно как и экономическое управление выстраивается по централизованному принципу. Система контроля объема и качества оказанных услуг складывается из акта выполненных работ, протоколов проведенной консультации или групповой встречи (регистрационный журнал, карта амбулаторного больного), самоотчета специалиста, оценки клиента (рисунок 2).

Оказание амбулаторных услуг – включает в себя первичное консультирование, заполнение ИТА, психологическую коррекцию в индивидуальном и групповом формате, профилактику срыва, а так же перенаправление к другим поставщикам необходимых клиенту услуг. Дополнительно привлекаются на регулярной основе НПО, осуществлявшие предоставление социальных, юридических услуг, а также проводящих заседание групп взаимопомощи (рисунок 3).

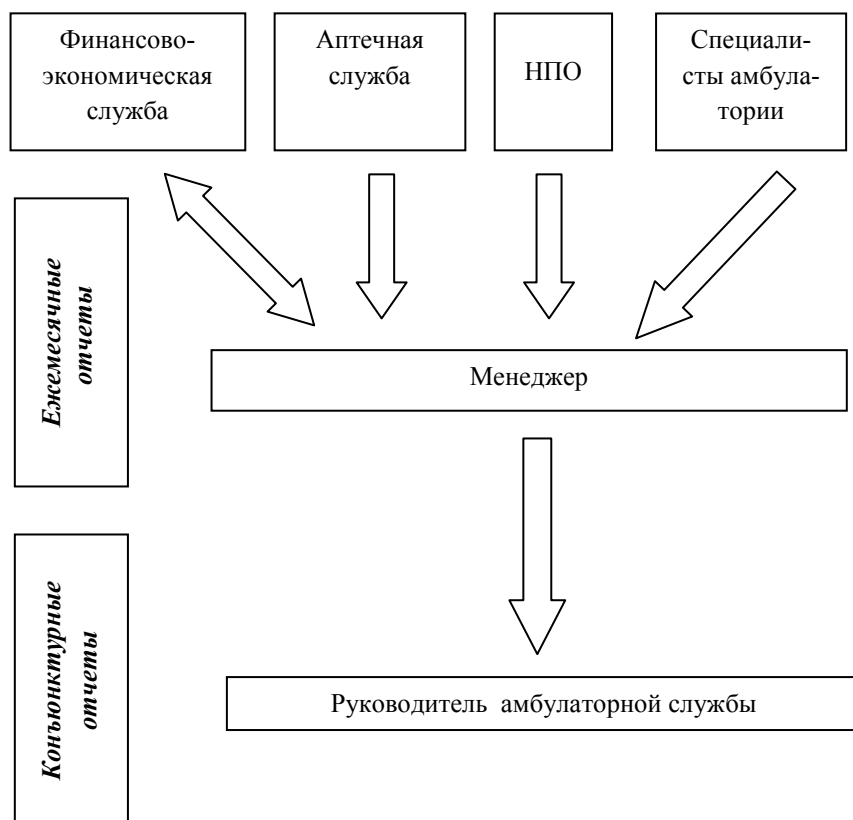


Рисунок 2. Менеджмент и администрирование



Рисунок 3. Оказание амбулаторных услуг

Следует отметить, что привлечение НПО и других общественных организаций к сотрудничеству призвано обеспечить формирование сети по предоставлению расширенного спектра услуг, обмена соответствующей инфор-

мацией и накопления на этой основе данных об особенностях построения такого формата работы.

В нашем случае важным было делегирование ответственности партнёрским организациям и получение поддержки по интересующим пунктам у них. Связи и перенаправление играют решающую роль, так как ни одна программа не может удовлетворить все потребности клиентов. Это есть принципы кейс-менеджмента – координация профессиональных, социальных и медицинских услуг для оказания помощи людям с комплексными потребностями, зачастую для обеспечения долговременного ухода и защиты [11] (рисунок 4).

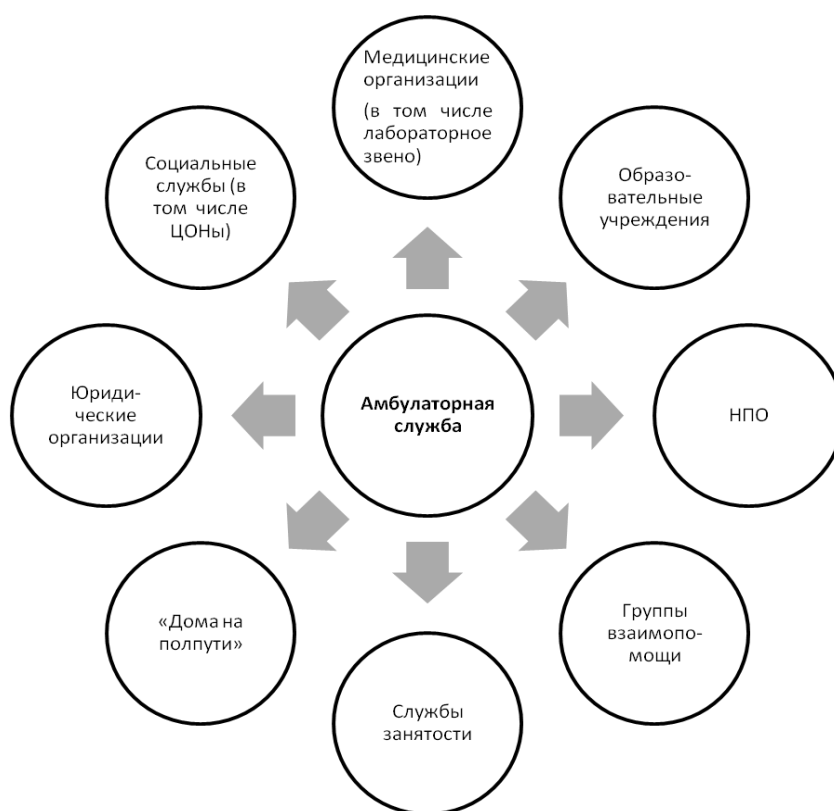


Рисунок 4. Перенаправление клиентов амбулатории

Данные позиции юридически закрепляются договорами на оказание услуг и меморандумами о сотрудничестве, соответственно. В обоих случаях внимание уделяется регистрации взаимных обязательств и выделению конкретных практических аспектов взаимодействия: оказанию услуг, ведению документации, анализу результатов своей работы, предоставлению необходимых документов и информации, имеющей отношение к кругу вопросов, возникающих в связи с исполнением настоящего договора.

Впервые на вне государственном уровне достигнуто соглашение с медицинскими организациями г. Павлодара: ГУ «Павлодарский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», КГП на ПХВ «Павлодарский

областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний», ГУ «Областная инфекционная больница».

Целями партнерских организаций стали повышение вовлеченности наркозависимых в программы реабилитации посредством мотивационной работы с клиентами и их информирование, а также рост доступности смежных услуг (рисунок 5).



Рисунок 5. Сферы смежных интересов в работе амбулаторной службы

В договорах, кроме вышеперечисленных целей, отражены финансовые вопросы, в том числе обязанности сторон, приведены оказываемые услуги.

4.2 Услуги и их ресурсное обеспечение (специалисты, медикаментозная помощь, социально-психологическая поддержка, профилактическая работа)

Крайне важным моментом для создания устойчивой амбулаторной службы является формирование команды специалистов, которые должны обеспечивать оказание адекватной качественной помощи по нескольким направлениям. Такая задача выполнима благодаря применению мультидисциплинарного подхода. Преимущества работы заключаются в следующем:

- одновременное знакомство с документацией пациента сразу всех специалистов;
- с помощью составления плана помощи проблемные зоны становятся видимыми как для пациента, так и для специалиста;
- определение приоритетов и наличие этапов дают понимание и помогают структурировать терапевтический/реабилитационный процесс;
- мотивацией на лечение пациента занимается каждый специалист;
- работа в мультидисциплинарной команде создает творческую атмосферу и позволяет более разумно и рационально использовать время и ресурсы, как сотрудников, так и пациента.

При планировании штатного расписания логичной должна быть оценка потребностей обслуживаемой амбулаторией территории. В нашем случае объёмы услуг были определены головной организацией, финансирующей проект «Treatnet», что предполагало оказание услуг 100 клиентам в течение 12 месяцев.

Привлечение того или иного специалиста строилось на основании идентификации проблемных зон на основании ИТА: медицинские проблемы, ПАВ, семейные и социальные расстройства, психическое неблагополучие, юридические проблемы. Соответственно, команда состоит из:

- координатора проекта;
- администратора/финансовый служащий;
- менеджера;
- врача-психотерапевта;
- врача-нарколога;
- психолога;
- социального работника.

Универсальные требования, предъявляемые к члену команды:

- а) компетентность в области оказания помощи в рамках МСР, в частности в условиях вне стационарного звена;
- б) владение навыками мотивационного консультирования;
- в) готовность к принятию гибкого графика рабочего времени;
- г) умение анализировать проведенную работу с корректированием заявленных планов и целей собственной деятельности;
- д) умение выделять ключевую информацию, которая должна быть использована другими членами команды при работе с каждым конкретным пациентом;
- е) умение проводить консультацию в ограниченные сроки, с достижением измеримых и видимых для клиента результатов.

Важным принципом в динамическом оказании услуг в условиях амбулатории является наличие этапов (рисунок 6).

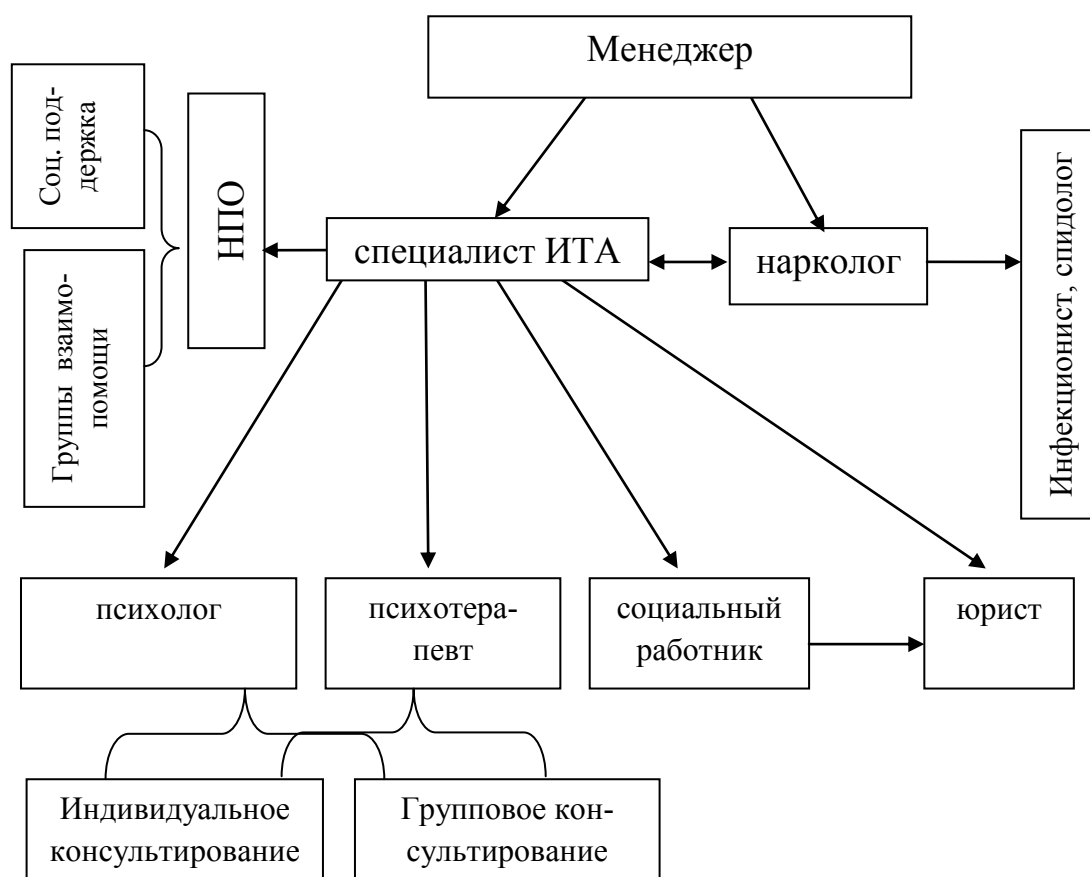


Рисунок 6. Маршруты амбулаторного консультирования

Попадая в реабилитационную среду, клиент должен получить порой ряд интенсивных интервенций, ограниченных по времени. Соответственно, единственно возможным является сортировка курируемых случаев согласно тяжести заявленной проблемы и четкое адресное перенаправление на получение максимально адекватных услуг не только оказываемых в условиях амбулаторной службы, но и за её пределами.

По сути, это использование кейс-менеджмента, который помогает клиенту собрать всё лечение вместе, другими словами с целью обеспечения удовлетворения различных потребностей клиента (например, перенаправление в другие медицинские организации для добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ и гепатиты, на консультацию по финансовым вопросам, семейную терапию, поиск жилья, обучение профессиональным навыкам) [11].

Первая встреча с менеджером амбулатории предназначена для регистрации клиента в программе, информирования о формате оказания услуг. Одновременно специалист проводит экспресс-консультирование в мотивационном формате (рисунок 7).



Рисунок 7. Цели мотивационной работы в условиях амбулатории

Анализируя собственный опыт, можно заключить, что зачастую клиенты обнаруживали заинтересованность в получении узкого спектра услуг (в пределах медикаментозной коррекции соматического состояния), кроме того они демонстрировали низкое доверие программам вне стационарной психологической поддержки. Между тем планомерное и структурированное предоставление информации в формате клиент-центрированного подхода позволяет довести до пациента мысль об активном его участии в реабилитационной работе, продвижение его к осознанию собственной уникальной роли и принятию ответственности за результат реабилитации. Таким образом, каждый раз закрепляется добровольное согласие для дальнейшего продолжения программы.

Направление на работу со специалистом по ИТА означает для клиента полноценное вхождение в программу. На данном этапе проводится основная диагностика профиля клиента, выделение проблемных зон и акцентирование на них внимания клиента. Формат вопросов предполагает активное участие пациента в поиске мишеней и самодиагностике стрессовых зон. В этот момент продолжается мотивационное консультирование, которое усиливает комплаенс терапии, актуализирует скрытые запросы. Параллельно проводится когнитивная терапия, направленная на укрепление отказа от ПАВ. Вторая часть заполнения ИТА, как описано выше, предполагает разработку совместного плана лечения, обучение пациента технике постановки целей. Одновременно подчеркивается личная ответственность клиента, поддерживается поиск альтернатив поведения, дается обратная связь как элемент поддержки в условиях принятия и эмпатии. Заполнение всех пунктов ИТА обеспечивает заключение и проработку психотерапевтического контракта и исключает преждевременный уход клиента из программы.

В дальнейшем, согласно выявленным специалистом ИТА проблемам, клиенты направляются к специалистам амбулаторной службы, и осуществля-

ется перенаправление. Специалист ИТА является для клиента тем кейс-менеджером, который не только помогаем клиенту выявить проблемные моменты и планировать лечение, но и обеспечивает, чтобы клиент получал услуги, и следит за прогрессом клиента; выявляет препятствия и работает с клиентом и источниками перенаправления для их преодоления; координирует взаимодействие с многофункциональной командой [11].

Врач-нарколог, оказывает, как правило, медицинские виды вмешательств, кроме консультирования, диагностики клинического статуса, заполнения амбулаторной карты (за основу взята форма № 025/у), назначает медикаментозное лечение, направляет клиента на консультации к инфекционисту, неврологу и прочим специалистам, чётко оговаривая с клиентом частоту и продолжительность встреч, общий срок терапии, контролируя ремиссию (тест на наличие наркотических веществ в моче). Медикаментозная терапия проводится строго по показаниям с первых дней включения клиента в программу и фиксируется в листе назначений (приложение 1). Средства для лечения наркомании назначаются индивидуально с учётом особенностей клиники заболевания. В основном в монотерапии или в различных сочетаниях используются общие средства:

- блокаторы опиатных рецепторов (налтрексон 50 мг), с целью стабилизации ремиссии, профилактики рецидивов зависимости путём поддержания у клиента состояния, при котором этот вид наркотиков не оказывает характерного наркотического действия;
- антидепрессанты (феварин 50 мг), с целью улучшения психического функционирования, нормализации настроения, нивелировании апатии, тревожности, нарушений сна и пр., а также для воздействия на синдром патологического влечения (обсессивный компонент);
- антикольвусанты (карбамазепин 200 мг), обладающие не только противосудорожным, но и нормотимическим и эмоциотропными свойствами и как являющиеся средством воздействия на патологическое влечение к ПАВ;
- гепатопротекторы (семипар), с гепатопротектной целью клиентам с наличием гепатитов в анамнезе.

Врач-психотерапевт, психолог в индивидуальном формате оказывают противорецидивные услуги, помогая клиенту разрешить поведенческие, когнитивные, эмоциональные проблемы, а так же проблемы человеческих отношений, брака, семьи, взаимоотношений с окружающими, в рамках, выявленных с помощью ИТА проблем. Параллельно проводится групповая работа с целью раскрытия и усиления ресурсных состояний клиента, актуализации нормативных частей его личности, обучения коммуникативным навыкам, при необходимости стратегиям поведения в социуме, исключающего употребление наркотиков. Частота встреч 1-2 раза в неделю с заполнением протокола психологической группы (приложение 2).

В процессе заполнения ИТА был выявлен ряд проблем, касающихся практических и имущественных сторон жизни. Формулирование целей в об-

ласти этих социальных проблем было максимально реалистичным и осуществимым при имеющихся политических, экономических и культуральных обстоятельствах. Наша задача состоит не в том, чтобы предоставить клиенту место работы или возможность обучиться в ВУЗе, а выступить в роли активного посредника между клиентом и предложениями общества в плане социальной помощи. Другими словами социальный работник, оказывает услуги по социальному сопровождению (в том числе перенаправление на консультацию к юристу), согласно сервисному плану социального сопровождения (приложение 3).

Все проведённые консультации фиксируются в журнале консультаций, а назначение медицинских препаратов – в журнале медикаментов.

В направлении «Профилактическая работа» амбулаторная служба может быть эффективна при выстраивании мероприятий вторичной и третичной профилактики.

Вторичная профилактика – включает в себя клинические звенья амбулатории, предполагающие предотвращения рецидивов заболеваний и срывов ремиссии. В этом направлении в рамках существующего учреждения представлена альтернатива «золотому стандарту» – диспансеризации в форме мультидисциплинарного подхода и командной работы. С помощью плана лечения выстраиваются конкретные профилактические мероприятия с дальнейшим динамическим отслеживанием степени их реализации. В отличие от диспансеризации исключается метод «принудительного патронажа», вместо этого используются элементы индивидуального графика наблюдений пациента. В рамках профилактической помощи клиент получает возможность получать услуги как активный участник процесса. Кроме того, в системе профилактики немаловажную роль играет мотивационная работа с зависимым лицом и его окружением, что обеспечивает продолжительную и непрерывную работу.

Третичная профилактика направлена на предотвращение осложнений, как основного, так и сопутствующего заболеваний. Возможными направлениями такой работы в рамках амбулатории могут быть: технологии мультидисциплинарного подхода и перенаправления клиентов в смежные и дружественные организации. В нашем случае маршруты были адресованы в НПО, СПИД-центры, гепатоцентры, кабинеты врачей соматической медицины, сайты заместительной терапии. Кроме того, третичная профилактика осуществляется посредством медикаментозной поддержки (блокада опиоидных рецепторов). По сравнению с выстраиванием системы вторичной профилактики третичная профилактика менее универсальна и начинает действовать в более короткие сроки.

Таким образом, можно констатировать, что система профилактических мер входит в перечень услуг амбулаторной службы и может быть расширена при последующей практической работе как в сторону привлечения информационных технологий в масс-медиа, так и обогащения репертуара психотерапевтических, социальных и психологических превентивных практик.

5. Заключение и практические рекомендации

Если опыт стационарных форм реабилитации зависимых от ПАВ накапливался и становился востребованным, то опыт социально-психологической реабилитации в амбулаторных условиях в Казахстане практически отсутствовал, поэтому реализация нового методологического подхода в реабилитации наркозависимых стала столь актуальной.

Принципы работы амбулаторной службы, которые основаны на использовании технологии полуструктурированного интервью ИТА не только для диагностики социальных и медицинских проблем, но и для выстраивания лечебного плана, оказания помощи во всех сферах жизни клиента с опиоидной зависимостью, позволяет расширить лечебные и реабилитационные возможности наркологической службы Павлодарской области. А также использовать данный опыт наркологическим учреждениям других регионов РК.

Однако в ходе проведённого нами исследования и работы амбулаторной службы были извлечены уроки и необходимость реализации следующих рекомендаций:

- создать систематизированную законодательную базу в части оказания наркологической помощи, в том числе относительно амбулаторной службы;
- сформировать сообщество клиентов с высокой готовностью получения регулярных услуг (выявилась низкая готовность наркозависимых к получению многокомпонентной социально-психологической поддержки, ограничение запросов зачастую областью приема медикаментозной терапии);
- разработать алгоритмы проведения отдельных терапевтических интервенций в рамках работы с клиентами;
- необходимость возможности оказания помощи в диагностике и лечении сопутствующих заболеваний (выявилась обеспокоенность этими проблемами у 41,3% наших клиентов), а не только перенаправление в другие лечебные учреждения;
- оказывать семейное консультирование (32,5% клиентов обеспокоены данными проблемами), работа с созависимостью, групповые занятия с родителями и близкими клиентов;
- развить службу телефонного консультирования;
- чётко разработать систему мониторинга эффективности оказываемых услуг (катамнез), дополнительно к оценке реализации разработанного плана лечения.

Данные тезисы должны быть учтены с дальнейшей проработкой, внедрением и при продолжении работы над усовершенствованием модели амбулаторной службы.

Таким образом, это, по сути, отдельный прецедент построения амбулаторной помощи нового поколения, который может быть использован в государственном масштабе.

Список использованной литературы:

1. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков: Методическое руководство под ред. Ф. Траутманна, Ю.В. Валентика, В.Ф. Мельникова. – Павлодар. – 2004. – 254 с.
2. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. Учебное пособие. – М.: Прогрессивные био-медицинские технологии, 2000. – 36 с.
3. Пак Т.В., Лаврентьев О.В. Проект протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ». – Павлодар, 2005.
4. Пелипас В., Цетлин М., Дудко Т. Современные тенденции развития Реабилитационной помощи наркологическим больным в Российской Федерации. – Режим доступа: www.narcom.ru
5. Соборникова Е.А. Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 2012. – Режим доступа: www.medical-diss.com
6. Соборникова Е.А. Психогенетическая теория личности Ю.В. Валентика – новый взгляд на проблему зависимости // Психотерапия. – 2010. – № 3. – С. 15-21.
7. Софронов А.Г. Состояние лечебной и реабилитационной помощи наркозависимым, осуществление реабилитационных программ наркологического профиля в Санкт-Петербурге / Информационный бюллетень «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта». – 2009.
8. Тарасов В.К. Аналитическая записка: модели (центры) реабилитации больных наркоманиями и другими наркологическими заболеваниями. – Режим доступа: www.pond-nn.ru
9. Фридман Л.С. Наркология – М.: «Бином», 1998.
10. Юсопов О.Г. Планирование лечения, работа с индексом тяжести аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах МСР // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 44-53.
11. Лечение расстройств, вызванных употреблением ПАВ – Непрерывный уход / Учебное руководство организации План Коломбо. – 2011.

Приложения

Приложение 1

Лист врачебных назначений

Код _____

Дата рождения _____

Назначения	Исполнитель	Отметка о назначении и выполнении						
		Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата	Дата

Подпись руководителя амбулаторной службы _____

Протокол групповой психотерапевтической сессии

« _____ » 20__ г.

Список участников: (код)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____

[illegible]

Сервисный план социального сопровождения

Дата интервью: _____ Код клиента _____
Дата первого контакта _____ Дата последнего контакта _____

Оказанные социальные услуги

Медико-социальные	Социально-психологические	Социально-педагогические	Социально-экономические	Социально-правовые	Социально-бытовые	Социально-трудовые услуги	Социально-культурные услуги	Другие виды социальной помощи

Социальный консультант _____