

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ И РИСКУ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Карпец А.В.¹, Чернышова О.В.², Дмитриева Е.В.³, Фролов С.А.³,
Орлова М.О.³

¹ОГСУЗ «Областная наркологическая больница», Калининград

²АНО «Бюро по проблемам наркомании», Оренбург

³Фонд «Содействия национальным проектам в области общественно-го здравоохранения «Здоровье и Развитие», Москва

E-mail: andrey.karpets@yandex.ru

Разработана модель медико-социальной помощи стационарным наркологическим пациентам с учетом разного уровня мотивации к лечению и риска ВИЧ-инфицирования, обеспечивающая их удержание в системе оказания помощи и преемственность между различными учреждениями, включенными в эту систему, в том числе, оказывающими помощь при ВИЧ-инфекции. При проектировании терапевтического маршрута пациента учитывалась степень его мотивации на получение помощи и личные потребности. Инновационные формы работы с «трудными» клиентами наркологических стационаров (мотивационное интервью, консультации инфекциониста, «буферные группы», «детская комната», телефонное интервьюирование), объединенные в единую систему, показали свою эффективность и оказались востребованными в практической работе наркологических учреждений. Синергетический эффект разработанной модели медико-социальной помощи обеспечивается проектным подходом, согласованным межсекторным планом работы и финансирования, четкой структурой управления проектом и обучения персонала.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ, стационарные наркологические пациенты, ВИЧ-инфекция, медико-социальная маршрутизация, наркозависимые ВИЧ+ женщины, имеющие детей

Распространенность и социальная значимость зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и ВИЧ-инфекции вкупе с высокими экономическими затратами на их лечение обуславливают актуальность разработки новаторских форм, способствующих поддержанию приверженности наркологических пациентов к прохождению лечебно-реабилитационных программ, обеспечивающих повышение их качества жизни. Стойкая ремиссия у наркологических пациентов формируется только при использовании системного лечебно-реабилитационного подхода, учитывающего особенности личности больного и его потребности не только в медицинской, но и в психологической, социальной и правовой сферах. Однако часто пациенты детоксикационных отделений наркологических стационаров не имеют достаточных личностных ресурсов для продолжительной терапии. Например, только у 30,6% мужчин, зависимых от алкоголя и проходящих

лечение, выявлен позитивный уровень мотивации на лечение [14]. В наркологические стационары, как правило, попадают пациенты с более высоким индексом тяжести зависимости [2], которые не могут выходить в состояние ремиссии самостоятельно или в амбулаторных условиях. Анализ эффективности лечения наркозависимых в отделении неотложной помощи показал, что после выписки из отделения всего 10% пациентов обратились в интенсивную реабилитационную программу [4]. Таким образом, важной задачей является составление «оптимального терапевтического маршрута» для пациентов, получивших неотложную помощь, но имеющих различный уровень мотивации (позитивный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый, негативный по В.М. Ялтонскому) к отдельным формам и методам лечения и реабилитации. В связи с этим возрастает роль разработки новых индивидуализированных и дифференцированных программ оказания помощи при зависимости от ПАВ с акцентом на вовлечение и удержание пациентов, прежде всего, «трудных» и «неустойчивых», в терапевтическом процессе. Особую группу в данном аспекте составляют пациенты, которые нуждаются одновременно в лечении химической зависимости и ряда других социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит, инфекции половой сферы и др.). Следует также учитывать, что привлекательность медицинской услуги часто определяется вопросами специфики организации помощи в зависимости от возраста и пола.

Все вышеизложенное легло в основу пилотного проекта построения и поэтапной реализации модели комплексного медико-социального сопровождения наркологических пациентов, имеющих риск ВИЧ-инфицирования.

Общая характеристика проекта

Проект реализован в Оренбургской области с марта 2007 г. по март 2010 г. в сотрудничестве с Фондом «Здоровье и Развитие» (Москва).

Стратегической целью проекта являлось создание работающей модели повышения качества здоровья и социальной адаптации, с акцентом на профилактику ВИЧ-инфекции, потребителей ПАВ обоих полов, в том числе, наркозависимых ВИЧ+ женщин с детьми, а также их родственников.

Краткосрочные задачи проекта были следующие: увеличение информированности потребителей ПАВ по различным вопросам ВИЧ-инфекции; способствование повышению обращаемости указанных лиц в центр СПИД на предмет тестирования на ВИЧ и назначения антиретровирусной терапии; достижение позитивных поведенческих изменений у потребителей ПАВ в отношении своего здоровья и риска заражения ВИЧ, а также повышение для них доступности и привлекательности медико-социальных услуг.

Долгосрочными задачами проекта являлись снижение новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц с поведением, увеличивающим риск ВИЧ-инфицирования и формирование устойчивой системы, обеспечивающей оперативное направление лиц из группы риска и ВИЧ-инфицированных, потребляющих ПАВ, в центр СПИД.

В качестве отдельной задачи проекта выделялась организация дружественного медико-социального сервиса для наркозависимых женщин, в том числе ВИЧ+, имеющих детей.

Целевая группа проекта — лица, зависимые от ПАВ, поступившие на стационарное лечение (F1x.2 по МКБ-10). Особый акцент в проекте был сделан на работе с женщинами, страдающими химической зависимостью.

В работе использован экспериментальный проектный метод. Мероприятия осуществлялись в несколько последовательных этапов: 1 — оценка текущей ситуации в целевой группе и анализ потребностей ее членов; 2 — этап формирования и обучения мультидисциплинарной команды специалистов проекта; 3 — построение экспериментальной модели организаций-участников проекта; 4 — тестирование модели медико-социального сопровождения на практике; 5 — оценка эффективности проекта.

В завершающей фазе (2009–2010 гг.) было проведено изучение результативности проекта. Для этого были разработаны специальные формы отчетности и мониторинговые индикаторы. На основании ежемесячных отчетных форм, таблиц и количественных индикаторов был проведен анализ выполненных работ в рамках проекта, выявлены проблемы, возникающие при его реализации, и предложены варианты их решения. Кроме того, были проведены стандартные, специально разработанные очные интервью с 584 пациентами с алкогольной зависимостью и 136 пациентами с наркотической зависимостью. Интервью проводилось врачом психиатром-наркологом. Последующее состояние пациентов оценивалось заочно, посредством телефонного опроса лиц, выписанных из стационара, через один, три и шесть месяцев после включения в проект.

Всего в рамках проекта работа проводилась с 737 пациентами наркологических стационаров, в том числе 228 женщинами. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с алкогольной зависимостью составила 10% (11,5% у мужчин и 9,3% у женщин), среди лиц с зависимостью от наркотиков — 15% среди мужчин и 24% среди женщин.

Структура и основные особенности функционирования разработанной модели

В рамках разрабатываемой модели была апробирована технология медико-социального сопровождения индивидуального случая заболевания — «кейс-менеджмент» [1, 13]. Метод заключается в том, что специально выделенным в штате специалистом — менеджером медико-социального сопровождения — выстраивается схема маршрутизации конкретного пациента по требующимся ему, в рамках прохождения лечения, реабилитации и социальной поддержки, видам услуг [3]. Менеджер медико-социального сопровождения, на основе постоянной обратной связи с пациентом и исходя из его потребностей, координирует мультидисциплинарную команду (бригаду) специалистов, участвующих в оказании помощи.

Мультидисциплинарная бригада была представлена следующим штатом сотрудников: координатором проекта — менеджером по медико-социальному сопровождению, консультантом центра СПИД, психологами для работы с взрослыми и детьми, ведущим психологом «буферных групп», педагогом для развития детей, специалистом по мониторингу, врачом психиатром-наркологом по проблемам созависимости, врачом-инфекционистом, «равным консультантом», социальным работником и группой доверенных врачей, которые работали

в проекте в рамках своих функциональных обязанностей. Руководством проекта уделялось отдельное внимание созданию не просто формальной «бригады специалистов», а творческой команды единомышленников.

Ключевую и связующую роль в маршрутизации пациента играл менеджер медико-социального сопровождения. Он распределял и направлял потоки пациентов, собирал обратную связь о предоставленной им помощи, активно выходил на пациентов посредством телефонной связи. Менеджер хорошо знал всех членов бригады специалистов, их функциональные возможности и должностные обязанности. Кроме того, в задачи менеджера входила координация взаимодействия между учреждениями — участниками проекта.

Процесс разработки маршрутов пациентов начинался уже во время прохождения ими детоксикации в стационарном отделении неотложной наркологической помощи. Приемный покой и отделения наркологического стационара были оснащены просветительскими стендами с информацией о различных видах помощи, которую можно было получить больным после детоксикационных процедур. Пациенты получали печатные материалы о вариантах дальнейшего взаимодействия (буклеты, тематическую газету), активно собирались в группы для обсуждения своих проблем и потребностей, проходили до- и послетестовое консультирование на ВИЧ [7], встречались с доверенным врачом-инфекционистом областного центра СПИД. В дальнейшем этот же доктор встречал пациентов в СПИД-центре, что облегчало им контакт с официальной медициной, что способствовало их вовлечению в лечебные мероприятия.

В ходе работы по проекту было установлено, что пациентов наркологических стационаров, в том числе ВИЧ-инфицированных, по степени внутренней вовлеченности в программы дальнейшей терапии можно условно разделить на три группы: 1) заведомо настроенные на лечение и последующую реабилитацию; 2) имеющие неустойчивую мотивацию на длительное лечение; 3) твердо не намеренные продолжать терапию и реабилитацию.

Пациенты, имевшие стойкую позитивную мотивацию на лечение, после детоксикации могли получить достаточно широкий спектр медицинских и социальных услуг. В этой группе основную роль играло подробное информирование и контроль качества предоставляемых «на маршруте» услуг. Обратная связь с больными показала, что в течение сопровождения мотивация могла значительно снижаться, что требовало системного анализа ситуации, своевременного вмешательства и коррекции терапевтического маршрута.

Обнаружено, что наибольшие «потери» пациентов в программах сопровождения возникали на этапах завершения неотложной медицинской помощи или направления в другие подразделения (учреждения). Имеющийся в этот момент объективный «организационный и психологический вакуум» вокруг пациента приводил к повышению субъективного уровня тревоги и страха и, как следствие, наступали «кризис привлекательности услуги» и отказные реакции. Поэтому были разработаны специальные мероприятия, повышающие приверженность пациентов к терапии в эти периоды. Перед принятием решения о дальнейшем маршруте пациенты приглашались на заседания так называемой «буферной группы». Этот термин возник по ходу выполнения проекта, он отражает потребность связать разные точки маршрута пациента между собой и сле-

лать переход от одного вида помощи в другой более дружественным и безопасным. Буферные группы — это психотерапевтические открытые группы, куда приглашали пациентов, не отвергающих возможность дальнейшего лечения и реабилитации. Кроме того, любому пациенту, проявившему хотя бы малейший интерес к видам оказания помощи после детоксикации, даже если он не собирался сразу после этого продолжать программу терапии, предлагалось посетить буферную группу. Таким образом, основной терапевтической мишенью психотерапевтической работы в буферных группах была неустойчивая мотивация на лечение у «сомневающихся» пациентов. Основная цель занятий в буферной группе - развить интерес к продолжению участия в терапии, сделать последующее пребывание в программе сопровождения привлекательным, повысить уровень внутренней мотивации пациента на дальнейшую помощь. Буферная группа функционирует как механизм, заполняющий вакуум между процессом детоксикации и последующими видами помощи; ее посещение способствует восполнению информационного голода пациентов, снятию у них необоснованных страхов и их знакомству «лицом к лицу» с персоналом последующих этапов программы помощи. Поэтому «равные консультанты», психологи, психотерапевты и лица занимающиеся реабилитацией — это частые гости на сессиях буферных групп.

Уже на детоксикационном этапе к работе подключались родственники пациентов, которые приглашались в вечернее время на так называемые «родительские встречи» с врачом психиатром-наркологом. В ходе этих встреч решались вопросы преодоления семейной созависимости, прививались навыки такого общения с пациентами, которое могло бы способствовать их задержке в терапевтической программе. Родственников больных информировали также о механизмах зависимости и ВИЧ-инфекции и вовлекали в разработку терапевтических планов.

Те пациенты, которые отказывались от продолжения лечения в связи с негативной мотивацией, также нуждались в диспансеризации и разработке индивидуального маршрута. Было установлено, что среди этой группы пациентов были востребованы парамедицинские услуги: психологическое и семейное консультирование, социальная и правовая помощь. Такого рода «парамедицинское взаимодействие» с клиентом, осуществляемое консультантом (социальным работником) при личной встрече или по телефону, повышает приверженность к программе, позволяет постепенно продвигать пациента к положительным изменениям, проведению медицинского обследования. Таким образом, немедицинские потребности пациентов могут использоваться в мотивационной психотерапии в качестве «мостика» для перехода от негативного отношения к лечению к появлению мотивации к нему.

Повышение привлекательности комплексной помощи у женщин осуществлялось посредством проведения «женских» групп, ведущими которых были клинические психологи и «равный консультант» (женщина, имеющая многолетний опыт трезвости и живущая с ВИЧ). Групповая динамика и содержание работы здесь отличались от смешанных по полу или буферных групп. Женщины чувствовали себя в такой группе более защищенными, и их поведение было более открытым и целенаправленным. Работая в «женских» группах, женщины

обычно быстрее продвигались к позитивным изменениям. На базе детско-подросткового отделения была открыта оборудованная «детская комната», где можно было оставить ребенка с подготовленным персоналом. Женщина, определив ребенка в детскую комнату, имела возможность посетить нужного специалиста, пройти необходимые медицинские процедуры или решить свои бытовые вопросы. Важным элементом сопровождения женщин стало установление преемственной связи с психотерапевтом центра СПИД, а также группами личностного роста и взаимопомощи лиц, живущих с ВИЧ. Эти индивидуальные консультации, супервизии и заседания «равных» групп проводились в офисах некоммерческих организаций.

Установлено, что наиболее востребованными у клиентов проекта на этапе детоксикации были следующие услуги: послетестовое консультирование на ВИЧ, консультация врача-инфекциониста Центра СПИД в наркологическом стационаре, мотивационные группы по продолжению лечения — «буферные группы», консультирование родственников. После выписки наилучшим образом зарекомендовали себя такие виды помощи, как амбулаторные консультации инфекциониста, «женские» группы, «равное» консультирование, пользование «детской» комнатой, телефонное консультирование.

На телефонный мониторинг после детоксикации согласились только половина пациентов-мужчин, страдающих как алкогольной, так и наркотической зависимостью. Более охотно соглашались на телефонное интервью женщины — 65% от всех клиенток с алкогольной зависимостью и 68% - с наркотической. Наиболее высокие показатели готовности к телефонному интервью у наркозависимых женщин обнаружались в первый и третий месяц после выписки — 59 и 47% соответственно (от числа согласившихся на интервью). Менее охотно откликнулись женщины с алкогольной зависимостью.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Апробированная нами модель согласуется с дальнейшими перспективами развития наркологической помощи населению. Так, проектируемая «Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» предусматривает формирование маршрутов движения больных, создание системы поэтапной преемственной помощи, а также создание в каждом стационаре службы маршрутизации, ответственной за организацию долечивания и реабилитации выписывающихся больных [9]. Кроме того, в рамках модернизации здравоохранения с 2011 г. предусматривается поэтапное создание нового патронажно-реабилитационного уровня оказания помощи — «парагоспитального» [5]. Об этом же гласит проект Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан», который содержит нововведения — обозначение и регулирование вопросов профилактики, медицинской реабилитации и паллиативной помощи [10]. Активно развивается институт «социальной реабилитации» (преимущественно в общественных и религиозных организациях), обеспечивающий для лиц с зависимостью от ПАВ после их выписки из специализированных медицинских учреждений возможность восстановления трудовых, профессиональных и коммуникативных навыков повседневной жизни [6, 12].

Таким образом, маршрут «комплексной терапии и социальной реабилитации» ВИЧ-инфицированного наркологического пациента будет направлен на взаимодействие медицинских служб с парамедицинскими и социальными структурами, некоммерческими (общественными) организациями и правоохранительными органами. Приоритет охраны здоровья матери и ребенка, а также включение некоммерческих организаций в процесс предоставления социальных услуг людям, которые попали в трудную жизненную ситуацию, озвучены Президентом России Д.А. Медведевым в последнем Послании Федеральному Собранию [11]. Все это предопределяет важность разработки и внедрения обновленных практических схем и алгоритмов межведомственной (межсекторной) медико-социальной маршрутизации наркологических пациентов после их выписки из стационаров.

Основное достижение реализованного проекта — создание партнерской модели, которая обеспечивает повышения уровня удержания наркологических пациентов в системе учреждений, оказывающих им помощь, а также достижение реальной преемственности между этими учреждениями, в том числе, оказывающими помощь при ВИЧ-инфекции. Предложенная модель маршрутизации позволяет провести четкое разделение функций и полномочий между разными сервисами. За счет использования проектного подхода и предварительного согласования между всеми принимающими участие в модели учреждениями общего межсекторного (межучрежденческого) плана работы, финансовых вопросов, схем управления и обучения, достигается синергетический эффект.

Инновационные формы работы с «трудными» клиентами наркологических стационаров (мотивационное интервью, консультации инфекциониста, «буферные группы», «детская комната», телефонное интервьюирование), объединенные в единую систему маршрутизации клиента, могут быть востребованы в практической деятельности наркологических учреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективная модель междисциплинарного медико-социального сопровождения и профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей ПАВ включает: 1) постановку управленческой задачи на работу со всеми типами пациентов, в том числе с «трудными» и «отказными»; 2) обучение персонала современным технологиям сопровождения; 3) разработка индивидуального маршрута терапии в зависимости от состояния внутренней мотивации пациента на лечение (негативной, неустойчивой, позитивной) и его потребностей; 4) применение бригадного метода с наличием в штате менеджера сопровождения; 5) использование технологии мотивационного интервью и буферных групп на критически важных этапах — после детоксикации, а также при подготовке пациента к выписке или переводу; 6) перераспределение нагрузки персонала в сторону более интенсивной работы с «трудными» пациентами; 7) регулярные консультации врачей-инфекционистов в наркологическом стационаре; 8) предоставление парамедицинских и социальных услуг в качестве средств, увеличивающих приверженность пациентов к терапии; 9) введение специфических программ маршрутизации женщин, в том числе, имеющих детей; 10) использование современных дистанционных технологий диспансеризации и консультирования пациентов.

Маршрутизация ВИЧ-инфицированных пациентов, поступивших на стационарное наркологическое лечение, должна формироваться исходя из их внутренней картины заболевания и уровня мотивации к лечению.

Для мотивированных лиц лечебный маршрут может состоять из следующих узловых этапов: обследование и детоксикация, вхождение в бригадное сопровождение, восстановительное стационарное или амбулаторное лечение, амбулаторная медицинская реабилитация, социальная реабилитация.

Для лиц с неустойчивой мотивацией эффективный маршрут следующий: обследование и детоксикация, индивидуальные консультации специалистов, сессии в буферных группах, интенсивный курс мотивационных и восстановительных мероприятий в стационаре, вхождение в сопровождение, стационарная или амбулаторная медицинская реабилитация, социальная реабилитация.

Клиенты с негативной мотивацией, отказывающиеся от лечения, нуждаются в формировании у них привлекательного образа терапевтической программы и в том, чтобы с ними поддерживался контакт со специалистами, которые при этом проявляют благожелательность и заинтересованность по отношению к больным. Для этой группы приемлема следующая последовательность мероприятий: обследование и детоксикация, определение индивидуальных потребностей и индекса тяжести зависимости, мотивационное интервью, консультирование «равный-равному» и при посещении терапевтических сообществ (АА, АН, ЛЖВС), низкопороговые амбулаторные медицинские и психосоциальные услуги, периодический дистанционный контакт (по телефону или через Интернет) с менеджером по сопровождению, амбулаторное консультирование и информирование по запросу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демина М.В. Школа молодых наркологов и аддиктологов регионов России // Сб. материалов / Под ред. В.Д. Менделевича. — Казань, 2009. С. 226.
2. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. — М.: Верди, 2009. — 128 с.
3. Карпец А.В. Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта // ГВС/ТППС. 2009. С. 33–36; <http://hiv-policy.ru/publications/?id=677>.
4. Карпец А.В., Пхиденко С.В., Алексеева А.И. // Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием. — М., 2009. С. 161–162.
5. Комаров Ю.М. Повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. — 2010.
6. Матевосян С.А. // Наркология–2010: Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. — М., 2010. С. 97–98.
7. Методические рекомендации «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию» МЗ и СР РФ № 5950-РХ от 06.08.2007. — М., 2007.
8. Методические рекомендации «Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения» МЗ и СР РФ № 6834-РХ от 20.12.2006. — М., 2006. — 98 с.

9. Проект концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.; <http://www.zdravo2020.ru/concept>.
10. Проект Ф3 от 30.07.2010 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»; <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/projects/530/?plus=1>.
11. Сайт Президента России; <http://www.kremlin.ru/news/9637>.
12. Сайт ФСКН России; www.fskn.gov.ru/includes/periodics/events_right/2010/1201/03379164/detail.shtml.
13. Сборник стандартов по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных (кейс-менеджмент). — М.: Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ), 2008. — 113 с.
14. *Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И.* // Наркология–2010: Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. — М., 2010. С. 175–176.