



Руководство по оценке
обрацаемости за лечебной
наркологической помощью

Руководство по оценке обрацаемости за лечебной наркологической помощью

8



УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ
Вена

Руководство по оценке обращаемости за лечебной наркологической помощью

Глобальная программа по оценке масштабов
злоупотребления наркотиками Управления
Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности
в сотрудничестве
с Европейским центром мониторинга
наркотиков и наркомании

Модуль 8 Инструментария



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Нью-Йорк, 2006 год

Предисловие

В большинстве стран общество решительно осуждает и отторгает людей, страдающих зависимостью от наркотиков. Но такие люди не должны становиться изгоями, ведь это приведет лишь к усугублению проблемы. Таким людям следует оказывать медицинскую помощь – это единственная возможность вернуть их в общество, свободное от наркомании.

В определенном смысле увеличение числа лиц, обращающихся за лечением, – хороший признак. Это не только главный показатель состояния проблемы злоупотребления наркотиками, но и крик о помощи. И это первый шаг к преодолению наркозависимости.

Поэтому чрезвычайно важно, чтобы людям оказывалась соответствующая помощь, если они обращаются за лечением. В противном случае проблемы наркозависимости и социальной изоляции могут обостриться еще больше.

Лечение проводится на основе имеющейся информации. Применительно к конкретному человеку специалист системы здравоохранения должен располагать всесторонней информацией о пациенте, с тем чтобы понимать, в чем заключается проблема, и назначить соответствующий курс лечения и реабилитации.

В более общем плане собираемые данные необходимы для того, чтобы лучше разобраться в тенденциях и формах наркозависимости, получить более полное представление о характере и масштабах проблемы и, следовательно, повысить результативность и эффективность лечебных служб.

Настоящий Модуль 8 Инструментария – Руководство по оценке обращаемости за лечебной наркологической помощью подготовлен Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности совместно с Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании и экспертами других международных организаций и национальных систем сбора и обработки информации по наркотикам с целью оказания странам помощи в укреплении их информационных систем по проблеме наркотизма. Настоящий модуль, при разработке которого учитывался также Общий протокол Группы Помпиду/ЕЦМНН по показателю обращаемости за лечением, содержит конкретные руководящие принципы для специалистов и практиков сферы наркологического обслуживания по вопросам создания и функционирования систем сбора данных обращаемости за лечением.

Цель настоящего документа заключается в совершенствовании общих стандартов сбора данных и мониторинга. Это позволит применять более согласованный подход во всем мире, получить более четкое представление о тенденциях развития наркоситуации и облегчить проведение сравнительного анализа. Собираемые фактические данные позволят расширить наши возможности оценивать потребности в наркологической помощи и соответствующим образом реагировать на них с помощью эффективных программ и проектов в области сокращения спроса.

Настоящий документ подготовлен благодаря общей заинтересованности Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании и Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, которым соответствующие государ-

ства-члены и руководящие органы поручили собирать и анализировать информацию по наркопроблеме. Мы надеемся, что этот совместный проект позволит повысить эффективность анализа наркоситуации и поможет определить эффективные подходы к задачам оказания наркологической помощи и реабилитации.



Антонио Мария Коста
Исполнительный директор Управления
Организации Объединенных Наций
по наркотикам и преступности



Вольфганг Гётц
Директор Европейского центра
по контролю над наркотиками
и наркоманией

Выражение признательности

Модуль 8 Инструментария: Руководство по оценке обращаемости за лечебной наркологической помощью был подготовлен в рамках Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками (ГПО) силами Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) при участии экспертов других международных организаций и национальных систем сбора и обработки информации по наркотикам. Обе организации выражают благодарность уважаемым экспертам за их вклад в подготовку настоящей публикации.

Первый автор и редактор

Майкл Донмолл, Национальный центр наркологической экспертизы, Манчестерский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Редакционный совет

Стефано Бергераме	ЮНОДК
Майкл Донмолл	Манчестерский университет, Соединенное Королевство
Рику Лехтовуори	ЮНОДК
Линда Монтанари	ЕЦМНН

Другие авторы

Эндрю Джонс	Национальный центр наркологической экспертизы, Соединенное Королевство
Питер Лоринсон	Флиндерский университет, Австралия
Джин Лонг	Группа Помпиду, Ирландия
Тим Миллар	Национальный центр наркологической экспертизы, Соединенное Королевство
Луис Роюэла Моралес	Государственная информационная система по проблеме наркотизма, Мадрид
Тон Ауверханд	Организация информационного управления системы здравоохранения, Нидерланды

Консультативная группа экспертов

Стефано Бергераме	ЮНОДК
Луис Карис	Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД)
Майкл Донмолл Соединенное Королевство	Национальный центр наркологической экспертизы,
Кен-Гарфилд Дуглас	Карибский эпидемиологический центр
Пол Гриффитс	ЕЦМНН
Ли Хендерсон	Управление наркологических и психиатрических служб, Соединенные Штаты Америки
Питер Лоринсон	Национальный центр наркологических исследований, Австралия
Рику Лехтовуори	ЮНОДК
Джин Лонг	Группа Помпиду, Ирландия
Линда Монтанари	ЕЦМНН

Луис Рохюэла Моралес	Национальный план деятельности в отношении наркотиков, Испания
Висвесваран Наваратнам	Национальный центр наркологических исследований, Малайзия
Камран Ниаз	ЮНОДК, Турция
Исидор С. Обот	Всемирная организация здравоохранения
Чарлз Парри	Сеть эпидемиологического надзора за наркологической ситуацией Сообщества по вопросам развития стран юга Африки
Брайен Раш	Центр наркологических и психиатрических исследований, Канада
Бела Студникова	Управление наркоэпидемиологических исследований, Чешская Республика
Файзел Суллиман	Центр профилактики и лечения алкоголизма и наркомании им. д-ра Идриса Гумани, Маврикий
Хуана Томас-Росселло	ЮНОДК
Мэтью Уорнер-Смит	ЮНОДК, Египет

ЮНОДК и ЕЦМНН выражают признательность всем учреждениям и сетям экспертов, которые любезно согласились сообщить о некоторых используемых методах и средствах, предоставили соответствующие материалы и оказали помощь в составлении *Модуля 8 Инструментария*. Особая благодарность Европейской группе экспертов по показателю обращаемости за лечением, от которой поступали ценные замечания на разных этапах подготовки публикации.

ЮНОДК с признательностью отмечает поддержку правительств Австрии, Германии, Италии, Канады, Нидерландов, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Франции и Швеции, благодаря финансовой помощи которых опубликован *Модуль 8 Инструментария*.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Предисловие	iii
Выражение признательности	v
I. ВВЕДЕНИЕ	1
А. Цель	1
В. Общий подход	2
II. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ СБОРА ДАННЫХ О ЛЕЧЕБНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	5
А. Для чего необходима система сбора данных о лечении: основные цели	5
В. Недостатки	9
III. СОЗДАНИЕ БАЗОВЫХ УСЛОВИЙ	11
А. Оценка потребностей	11
В. Организационные вопросы	12
С. Учет предоставляемых услуг и описание системы лечения	14
D. Вопросы этики	14
E. Технические стандарты	15
F. Управление средствами защиты	16
IV. РЕШЕНИЕ ВОПРОСОВ, КАСАЮЩИХСЯ ДАННЫХ	19
А. Введение	19
В. Руководящие принципы	20
С. Рекомендуемый международный набор основных данных	21
D. Единица наблюдения, определение понятий и элементов	21
V. ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ	27
А. Этап выявления	27
В. Этап разработки	27
С. Этап работы на местах	28
VI. АНАЛИЗ И ОТЧЕТНОСТЬ	31
А. Введение	31
В. Подготовка данных	33
С. Анализ данных и отчетность	34
VII. ОБСЛУЖИВАНИЕ СИСТЕМЫ И ОЦЕНКА	39
А. Внутренняя достоверность	39
В. Внешняя достоверность	40
<i>Литература</i>	43

Введение

Глава I

А. Цель

Несмотря на то что данные относительно обращаемости за лечебной помощью в связи со злоупотреблением наркотиками, как правило, имеются во многих странах, отсутствие общих стандартов в вопросах охвата данных, используемых концепций, методов и средств существенно осложняет сопоставление данных между странами и выявление характеристик и потребностей клиентов в условиях разных стран и регионов. Для оказания странам помощи в сборе сопоставимых данных обращаемости за лечебной наркологической помощью был подготовлен общий инструментарий по применению показателя обращаемости за лечением (ПОЛ), который планировалось включить в Эпидемиологический инструментарий Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками (ГПО) Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) в качестве Модуля 8. Этот модуль разработан во взаимодействии с Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) с учетом результатов работы Группы Помпиду и опыта функционирования ведущих систем сбора информации о лечении.

ГПО помогает государствам-членам создавать системы, которые необходимы для сбора надежных данных и разработки обоснованной политики и мероприятий; поощряет обмен опытом и техническими разработками в рамках региональных партнерских отношений; и стимулирует применение научно обоснованных методов сбора сопоставимых данных.

Эпидемиологический инструментарий ГПО призван помочь государствам – членам Организации Объединенных Наций создать информационные системы по наркотикам, которые подходят для соответствующей культуры и определенных условий, обеспечить соответствие действующих информационных систем международно признанным стандартам надлежащей практики и сосредоточить усилия на унификации показателей, характеризующих положение в области злоупотребления наркотиками. Другие модули обеспечивают поддержку в следующих областях:

- создание комплексной информационной системы по наркотикам;
- косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков;
- школьные обследования;
- интерпретация данных и управление данными для целей разработки политики;
- анализ основных данных с помощью пакета статистического программного обеспечения в социологических целях;

- целевые исследования по оценке с использованием методов анализа качественных признаков;
- вопросы этики.

Мероприятия ГПО включают также техническую и финансовую поддержку в создании информационных систем по наркотикам, а также поддержку и координацию глобальных мероприятий по сбору данных. Для получения дополнительной информации о модулях Эпидемиологического инструментария ГПО следует связаться с ГПО по электронной почте (gap@unodc.org), выйти на веб-сайт ЮНОДК (www.unodc.org) или обратиться в Управление по адресу: P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria.

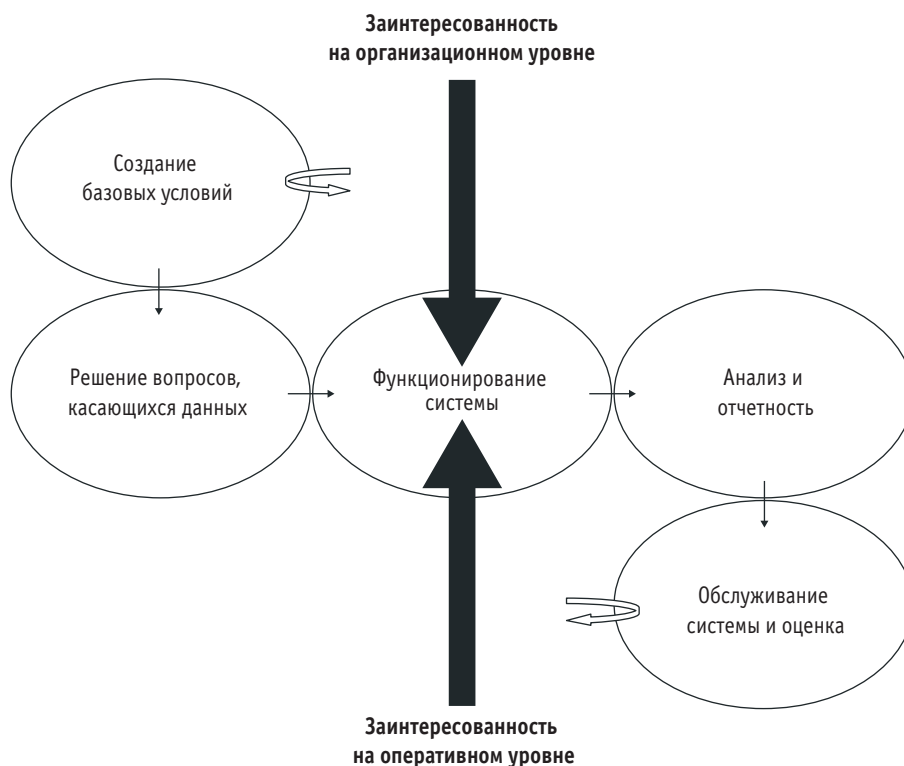
Дополнительную информацию о методологии и результатах работы ЕЦМНН, касающихся ПОЛ, можно получить на следующем веб-сайте: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>.

В. Общий подход

Для того чтобы информационная система по наркотикам функционировала, требуется подход, затрагивающий как оперативный, так и организационный аспект этой задачи.

1. Оперативный аспект

Это практический подход, применяемый на низовом уровне, или подход “снизу вверх”, посредством которого лечебным учреждениям и службам помогают понять необходимость и важность такой системы, чтобы они присоединились к этой инициативе и стали ее приверженцами, осознав ее значение и пользу.



2. Организационный аспект

Это политический подход, или подход “сверху вниз”, посредством которого ключевые лица и организации проводят в жизнь эту инициативу, исходя из собственных стратегических потребностей, или убеждаются в необходимости создания такой системы в интересах достижения более высокой цели. В любом случае для осуществления этого процесса требуется политическая воля, пронизывающая различные структурные уровни и позволяющая добиться выполнения этой задачи.

3. Последовательные этапы

На приведенной выше диаграмме показаны логически связанные между собой этапы, которые непременно должен включать такой процесс. Эти этапы соответствуют главам III–VII самого Инструментария:

- I. Введение.
- II. Основания для сбора данных о лечебной наркологической помощи.
- III. Создание базовых условий.
- IV. Решение вопросов, касающихся данных.
- V. Функционирование системы.
- VI. Анализ и отчетность.
- VII. Обслуживание системы и оценка.

Основания для сбора данных о лечебной наркологической помощи

Глава II

А. Для чего необходима система сбора данных о лечении: основные цели

Первые системы учета данных о лечении появились в 60–70-е годы прошлого века, а в 90-е годы многие европейские страны усовершенствовали и/или унифицировали такие системы [1]. Во многих странах они являются наиболее полными источниками информации о потреблении наркотиков и охватывают длительный период.

Сведения о числе и характеристиках наркопотребителей, которым требуется помощь, и о лечении, которое они проходят, находят самое широкое применение. На них должна строиться деятельность по планированию и управлению системой медицинской помощи, и исходя из них должны приниматься решения об организации медицинского обслуживания. Кроме того, они могут пригодиться в процессе оценки потребностей, а также могут содержать необходимые данные для исследований и служить эпидемиологическими показателями состояния наркопроблем в обществе в целом. Наконец, они должны входить в фактологическую базу национальной информационной системы, на основе которой разрабатывается и осуществляется политика в отношении наркотиков.

1. Эпидемиологические цели

Информация о лицах, проходящих лечение в связи с наркопроблемами, чрезвычайно важна для эпидемиологов, которым систематически собираемые данные о наркологической помощи позволяют лучше разобраться в наркопроблеме, оценить ее масштабы, формы и тенденции. Такой сбор данных должен быть систематизирован, особенно с учетом того, что данные необходимо получать из учреждений наркологической помощи разного типа. Исследования в других областях эпидемиологии нередко проводятся на основе данных учета заболеваемости, и в области эпидемиологии злоупотребления наркотиками надлежащим образом организованные системы наблюдения за лечением должны выполнять аналогичную функцию.

Охваченные лечением наркопотребители составляют видимую часть, как правило, малозаметной группы населения, которая испытывает проблемы в связи с употреблением наркотиков. Сама по себе информация о выявленных случаях употребления наркотиков может служить “окном” в область наркопроблем, которая до этого была невидимой.

Такая информация позволяет определить группы населения, в наибольшей степени пораженные наркопроблемами, виды проблем, с которыми они сталкиваются, и уровень связанной с наркопотреблением заболеваемости. Но прежде всего она должна давать ответ на вопрос об уровне обращаемости за лечением и характере использования существующих служб.

Желательно, чтобы данные о лечении позволяли осуществлять привязку к конкретным больным, если это допускается законодательством о защите конфиденциальных данных. Это позволит сократить количество подсчетов в тех случаях, когда наркопотребители могут быть зарегистрированы в нескольких службах. Это позволит также осуществлять привязку в системах учета, которые регистрируют контакты наркопотребителей с другими учреждениями. Например, это могло бы облегчить продольные наблюдения за перемещением клиентов между системой здравоохранения и системой уголовного правосудия и обеспечить возможность применения других методов в отношении данных этой информационной системы, в частности метода повторного отбора. Во многих странах данные о лечении содержат так называемый “атрибутивный” код [2], включающий такие сведения, как инициалы клиента, дату рождения и пол, которые вполне пригодны для целей привязки.

Для определения форм и характера потребления наркотиков

Во многих странах, где прежде не собирали такие данные, следует прежде всего определить основные формы и характер потребления наркотиков, в том числе виды наркотиков, о потреблении которых сообщается чаще всего, способ их употребления и возрастные группы, в наибольшей степени затронутые потреблением наркотиков, т. е. получить информацию, которая прежде отсутствовала. Значение такой базовой информации нельзя недооценивать. По мере совершенствования систем могут приниматься меры для сбора более подробных и конкретных данных и для решения более сложных исследовательских задач.

В качестве косвенного показателя тенденций потребления наркотиков, вызывающего проблемы

Поведение наркопотребителей нередко влечет за собой общественные и правовые санкции; поэтому группы населения, сталкивающиеся с наркопроблемами, как правило, малозаметны или “скрыты”. Вследствие этого обычно приходится опираться на косвенные показатели основных изменений, происходящих в этой среде. Одним из таких косвенных показателей могут быть данные о лечении, если сбор информации осуществляется на регулярной основе и если в течение длительного времени используются неизменные определения термина “больной” и соответствующие данные.

Изменение численности и состава контингента, который обращается за помощью, может свидетельствовать об изменении численности или состава всей совокупности, сталкивающейся с наркопроблемами. Например, рост потребления стимуляторов может выразиться в росте числа потребителей стимуляторов, которые обращаются за помощью. Желательно, чтобы в процессе сбора данных можно было выявить больных, которые впервые обратились за лечением (*первичное обращение за лечением*), поскольку эти данные могут быть весьма репрезентативными для генеральной совокупности, не охваченной лечением. Рост числа первичных обращений за лечением может свидетельствовать о расширении масштабов наркопроблем. Появление новых наркотиков, новых способов их употребления или изменение характеристик конкретного контингента могут быть свидетельством изменений, происшедших в не охваченной лечением совокупности.

Тем не менее важно помнить о том, что данные о лечении непосредственно зависят от характера предоставляемых услуг, поскольку изменения в контингенте, охваченном лечением, могут быть следствием изменений в системе обслуживания, а не в генеральной совокупности.

В качестве основы для других методик

Система наблюдения за лечением может обеспечивать непосредственный доступ к данным, которые могут быть использованы в рамках других методик оценки. Например, если такая система позволяет собирать элементы данных, пригодные для привязки больных, она позволит получить выборки для исследований распространенности методом повторного отбора. Метод повторного отбора позволяет определить степень полноты выборок, использованных для составления перечней известных больных, которые были взяты в генеральной совокупности. Это делается путем сопоставления областей перекрытия известных выборок, и на этой основе рассчитывается размер части генеральной совокупности, не охваченной выборкой. Данный метод рекомендуется ЕЦМНН в качестве метода расчета распространенности на местном уровне [3] и широко применяется в различных исследованиях по проблеме потребления наркотиков [4–35]. Этот метод является выверенным и хорошо зарекомендовавшим себя средством получения полезных и надежных оценочных данных о распространенности проблемного потребления наркотиков, хотя его применение в эпидемиологии подвергается критике [36].

Если имеются данные динамических рядов о лицах, обращающихся за лечением, то эти данные вполне могут быть использованы в качестве основы для получения показателей инцидентности потребления определенных видов наркотиков в данной совокупности. С помощью методов поправки на запаздывание можно получить показатели динамики инцидентности в генеральной совокупности применительно к тем, кто еще не обращался за помощью в связи с наркопроблемами [37–39]. Эти методы предусматривают совмещение информации о наблюдаемой инцидентности среди диагностированных больных с информацией о наблюдаемом отставании по времени между началом потребления наркотиков и установлением диагноза – таким образом получают расчетные показатели инцидентности для лиц, которые еще не обращались за помощью.

В управленческих целях

Лица, отвечающие за вопросы планирования и организации лечебных служб, а также управления ими, должны иметь возможность оценивать функционирование этих служб. Система наблюдения за лечением может быть внешним источником объективной информации, которая позволяет сопоставлять схожие службы и следить за изменением функционирования этих служб с течением времени.

По мере того как на национальном уровне будет расти понимание важности наркологических служб, то и местном уровнях, скорее всего, будут ставиться соответствующие цели, по которым будут оцениваться результаты деятельности (см., например, местные планы работы и соглашения о службах общего пользования в Англии по адресу: <http://www.ndtms.net/LocalDeliveryPlan.aspx> и <http://www.ndtms.net/>.)

Для управления этим процессом, по всей видимости, потребуется информационная система, которая будет содержать более подробную информацию о процессе лечения и его результатах и позволит получать ответы на такие вопросы, как: сколько приходится ожидать начала лечения? Как долго длится лечение? В каком состоянии находятся клиенты по окончании лечения?

Пожалуй, самые главные вопросы в сфере управления – в какой степени лечебные учреждения охватывают свой контингент и как долго он остается под их контролем. Ответ на эти основополагающие вопросы могут дать данные о лечении в сочетании со сведениями из других источников информации. Например, если для оценки распространенности применяются такие методы, как метод повторного отбора (см. ниже), то с их помощью и в сочетании с информацией о численности контингента, пользующегося соответствующими службами, можно получить показатель заболеваемости охватываемого этими службами целевого контингента [32, 40].

Для целей директивной и пропагандистской деятельности

Информация о лицах с установленными наркопроблемами может иметь важное значение для лиц, отвечающих за разработку политики, в плане принятия общих решений относительно необходимости профилактической деятельности, лечебных служб, постоянного последующего ухода и контроля.

Для определения характера использования служб

Когда система будет создана и начнет функционировать в полной мере и когда можно будет совместить данные обращаемости за лечением с другими национальными массивами данных, должна появиться возможность для выявления недостатков в сфере обслуживания в пределах соответствующего географического/административного района.

Для оценки предоставляемых услуг

Странам станет ясно, что на данные информационных систем о лечении имеется большой спрос для осуществления разнообразных исследований и оценок по вопросам обращения за лечением, непрерывности лечения и его эффективности.

Прочие цели

К таким целям относится распространение информации среди учащихся, средств массовой информации и населения.

Чтобы отвечать этим целям, сбор данных должен носить систематический характер. Он должен основываться на последовательном применении различными учреждениями и в разных регионах на протяжении длительного периода единых определений понятия “больной” и соответствующих данных. Если последовательный и систематический сбор данных не обеспечивается, серьезные проблемы в плане совмещения информации разных учреждений могут возникнуть даже на уровне одного города или региона. Эти проблемы усугубляются на национальном и международном уровнях. Кроме того, в случае частого изменения определений очень скоро становится практически невозможно обнаружить какие-либо тенденции на основе имеющейся информации.

Систематизированные сбор и группировка данных, осуществляемые на постоянной основе, служат главным ориентиром для исследователей, которым требуется анализировать данные о лечении, и позволяют на регулярной основе публиковать агрегированные статистические данные. Хотя требования разных учреждений в отношении степени подробности информации о лечении могут различаться, тщательно разработанная система обеспечивает эффективную с точки зрения затрат возможность

свести воедино информацию, которую все или почти все лечебные учреждения обычно собирают для целей отчетности и управления клинической работой.

В. Недостатки

Следует признать, что данные о лечении обладают некоторыми недостатками. Во-первых, эти данные зависят от того, в какой мере учреждения соблюдают требования в отношении представления данных. Медицинские работники не всегда соблюдают требование представлять данные даже в тех случаях, когда оно предусмотрено в законодательстве [41]. Если соблюдение таких требований основывается лишь на доброй воле, в рамках систем лечения неизбежно будет происходить недоучет. В некоторых случаях представление неполной информации может быть лишь следствием загруженности административными функциями или смены персонала. В других случаях учреждения в принципе не желают представлять информацию о своей лечебной деятельности для внешней проверки или беспокоятся о возможном придании гласности информации о больных. В любом случае желательно иметь механизмы проверки полноты представляемых данных, с тем чтобы можно было оценить степень недоучета, разобраться в его причинах и в дальнейшем свести его к минимуму.

Иногда на точность конечных выводов могут повлиять систематические ошибки и внешние факторы. Например, уже отмечалось, что, хотя увеличение числа лиц, обращающихся за лечением, может свидетельствовать о расширении распространенности наркопотребления, это может указывать также на увеличение мощности или пропускной способности лечебных учреждений. Подобно этому увеличение числа молодых людей, обращающихся за лечением, может указывать на повышение инцидентности наркопроблем в данной совокупности или может быть следствием успешных попыток вмешательства на начальном этапе “пути” наркопотребителей. Данные лечебных учреждений зависят от качества предоставляемых услуг, т. е. они отражают не только численность и состав контингента, сталкивающегося с наркопроблемами, но и попытки пробудить у этого контингента интерес к лечению.

Кроме того, поскольку лечебные учреждения порой занимаются конкретными категориями клиентов, данные о лечении могут не содержать информацию о некоторых контингентах в составе этой совокупности. Например, если службы занимаются главным образом лицами, которые употребляют опиаты, рост потребления кокаина в данном контингенте может не привести к росту обращаемости за лечением от кокаиномании.

Необходимо также иметь в виду, что изменения в генеральной совокупности не сразу находят отражение в контингенте, проходящем лечение. Например, изменения показателя инцидентности потребления не сразу находят отражение в данных о лечении вследствие задержки по времени между началом потребления и первым обращением за медицинской помощью.

Определения проблем, связанных с потреблением наркотиков, в определенной мере отражают социальные, культурные и политические, а также медицинские аспекты. Учреждение, занимающееся главным образом медицинскими последствиями наркомании, и учреждения, которые занимаются прежде всего вопросами социальной защиты или общими вопросами здравоохранения, могут охватывать совершенно разные группы наркопотребителей.

Получателям информации, основанной на данных о лечебной наркологической помощи, следует знать об этих недостатках. Это особенно важно в тех случаях, когда дан-

ные предназначены для широкого опубликования или ориентированы на аудиторию, не знакомую со спецификой этих методов. Если имеется вероятность того, что публикуемые показатели могут быть неверно истолкованы, то в публикации следует, насколько это возможно, обратить особое внимание на то, какие выводы допустимо делать, а какие нецелесообразно.

Создание базовых условий

Глава III

В качестве первого шага в процессе создания информационной системы для сбора данных обращаемости за лечебной наркологической помощью следует определить исходный объем имеющейся информации и ресурсов с помощью комплекса мероприятий, состоящего из трех этапов: оценки потребностей, оценки организационной структуры и учета имеющихся лечебных учреждений. Иногда такой комплекс мероприятий называют оценкой информации, потребностей и ресурсов (ОИПР)*.

А. Оценка потребностей

Следует выделить достаточно времени на выполнение следующих исходных задач:

- a) выявить ключевые заинтересованные стороны, которые будут получать информацию в результате осуществления этих первоначальных мероприятий;
- b) документально зафиксировать виды и характер имеющейся информации о злоупотреблении наркотиками в стране;
- c) провести учет средств сбора данных;
- d) провести обзор существующих исследований и докладов по проблеме злоупотребления наркотиками;
- e) выявить важные вопросы, на которые не могут быть получены ответы на основании имеющейся информации;
- f) оценить имеющиеся возможности организации наблюдения и надзора на постоянной основе;
- g) определить, какие ресурсы предполагается выделить на осуществление проекта, и наметить ориентировочный график работ;
- h) определить приоритетные области для проведения национальной оценки и сбора данных в будущем, а также документально зафиксировать потребности в соответствующей вспомогательной инфраструктуре, технической поддержке и подготовке кадров.

После проведения такого обзора ключевым заинтересованным сторонам необходимо проанализировать полученную информацию по трем направлениям:

во-первых, анализируется каждый из имеющихся источников данных о злоупотреблении наркотиками в отдельности для оцен-

*С одним из докладов ОИПР можно ознакомиться по адресу www.un.org.tr/unic/docs/INRA_Turkey_Eng.pdf.

ки их пригодности и определения областей схожего назначения и содержания, если таковые существуют, с тем чтобы свести к минимуму дублирование;

во-вторых, информация, полученная в результате анализа источников данных, объединяется с информацией об имеющихся ресурсах с целью создания основы для разработки системы;

в-третьих, определяются стратегические цели процесса создания предлагаемой информационной системы.

После определения стратегических целей рекомендуется выполнить следующие задачи:

- a) выявить ключевые учреждения и лиц, которые могут внести наибольший вклад в создание национальной эпидемиологической сети наркологического профиля;
- b) создать согласованную информационную сеть, включающую каналы связи и обмена информацией и объединяющую различных специалистов, а также механизм отчетности и учреждения, которые занимаются контролем над наркотиками;
- c) решить вопрос об организации обучения соответствующих работников, занятых в области эпидемиологии наркотизма, особенно в том, что касается руководящих принципов разработки основных показателей, управления данными и их анализа, а также сбора данных на уровне клинической деятельности;
- d) удовлетворить инфраструктурные потребности, такие как набор персонала, создание основной группы специалистов с целью разработки стандартов для сбора данных и определения показателей, предоставление программного обеспечения и компьютеров для базы данных и обеспечение поддержки.

За основу изложенного выше раздела взят текст одного из документов Организации Объединенных Наций [42].

В. Организационные вопросы

1. Обеспечение политической поддержки и поддержки старшего руководства

Выше уже говорилось о необходимости заручиться политической поддержкой. На этом этапе работы чрезвычайно важно участие соответствующих учреждений всех уровней. Следует в индивидуальном порядке связаться с ключевыми должностными лицами на уровне центрального правительства и местных органов власти, а также с руководителями старшего звена соответствующих организаций, например медицинских и социальных служб, и разъяснить им поставленные цели и намеченные процедуры. В медицинских учреждениях может быть целесообразно заручиться поддержкой старшего медицинского и сестринского персонала. Профессиональные группы порой занимают своего рода протекционистскую позицию по отношению к своей сфере деятельности и не сразу соглашаются с необходимостью установления дополнительных требований для своего персонала. Тем не менее без их поддержки добиться функционирования системы весьма сложно.

По возможности, следует получить официальное разрешение, которое в дальнейшем может использоваться для обеспечения функционирования системы.

Организации, отвечающей за внедрение и применение ПОЛ, следует знать о политических трудностях, которые могут возникнуть в случае опубликования социологических данных на национальном или международном уровне.

2. Выявление заинтересованных сторон

Потребности заинтересованных сторон различаются в зависимости от сферы их деятельности. Одних будут интересовать результаты оценки и эффективность функционирования, других – выводы, имеющие отношение к клинической практике, а третьих – вопросы эпидемиологии и научных исследований.

Важно попытаться сбалансировать эти разнообразные потребности посредством открытого и конструктивного обсуждения возможностей предлагаемой новой информационной системы.

Следует выявить все заинтересованные стороны, причем им не следует возлагать на новую систему слишком большие и нереалистичные надежды. Как показывает практика, такие надежды в конечном счете приводят к неудовлетворенности и стремительному сокращению объема поступающих данных.

Важную роль в обеспечении успешного функционирования играет мотивация. Для того чтобы заинтересовать ключевых партнеров на местах в этой деятельности, важно убедить их в необходимости сбора данных и в целесообразности достижения поставленных целей.

Наиболее важным является наличие четкой информации об использовании данных на всех уровнях – это обеспечит участие сторон в процессе создания информационной системы и ее устойчивость.

3. Местоположение

Следует как можно раньше определить организацию, которая будет отвечать за функционирование системы, сбор данных, их анализ и управление ими. Во многих случаях имеет смысл назначить организацию, которая будет беспристрастно выполнять функции сбора и обработки данных. Такая организация должна поддерживать тесную связь с лечебными учреждениями и с соответствующими организациями, которым предстоит поставлять данные. Ее работой должны руководить лица в составе правительства, отвечающие за это направление. Следует заключить четкие соглашения относительно предполагаемой сферы компетенции и деятельности этой организации, в том числе ее роли и функций, касающихся таких вопросов, как защита/конфиденциальность данных, контроль качества и обратная связь.

В качестве “головной организации”, особенно на начальных этапах создания системы, может быть выбрано одно из самих лечебных учреждений. При этом необходимо проявлять крайнюю осторожность, с тем чтобы обеспечить беспристрастность и целостность данных. Обычно в таком случае необходимо согласовать план передачи независимой третьей стороне функции управления информационной системой, после того как она начнет функционировать в полном объеме.

4. Финансирование

Необходимо обеспечить надлежащее финансирование и отчетность для всего проекта. Должны быть найдены ресурсы для выполнения всех оперативных задач, а также для проведения подготовки кадров в центре и на периферии. Может также возникнуть необходимость в выделении ресурсов учреждениям, предоставляющим информацию, с тем чтобы облегчить процессы сбора данных, а также их загрузки/скачивания.

C. Учет предоставляемых услуг и описание системы лечения

Для того чтобы обеспечить надлежащее толкование данных, совершенно необходимо провести обзор всех имеющихся в стране лечебных организаций и услуг, которые они предоставляют. Это совсем непростая задача и для ее выполнения необходимо разработать схему классификации, соответствующую данной системе лечения, или приспособить для этого уже существующую схему. Она должна охватывать максимально широкий круг лечебных учреждений и вспомогательных организаций, которые работают с наркопотребителями. Такой обзор поможет решить вопросы степени охвата и надежности. Кроме того, он позволит распределить данные в соответствии с конкретным характером и содержанием существующих методик лечения и услуг.

D. Вопросы этики

Исследования/мероприятия по сбору информации о человеке основываются на следующих четырех общих этических принципах:

- a) автономность;
- b) благодеяние;
- c) непричинение вреда;
- d) справедливость.

Принцип **автономности** более известен как обоснованное согласие, которое включает три составляющих: информирование, осознание и согласие. Оно должно даваться без какого-либо давления со стороны или необоснованной мотивации. В идеале необходимо, чтобы согласие получала нейтральная сторона, а не главный поставщик медицинских услуг. Отказ от участия или отзыв согласия не должны ставить клиента в невыгодное положение. Согласие не требуется, если данные уже находятся в общем доступе, однако в разных странах применяют разные определения “общего доступа”. Совсем не обязательно, чтобы в каждой стране для сбора и сводки обычных данных о лечении, получаемых на анонимной основе, требовалось обоснованное согласие.

Принципы **благодеяния** (делать добро) и **непричинения вреда** (не наносить ущерб) зачастую образуют единое целое. Конечная цель эпидемиологических исследований состоит в том, чтобы предоставить человеку более широкий выбор возможностей поправить свое здоровье. Имеется также моральное обязательство не причинять “ущерб” участникам научных исследований или объектам систем наблюдения. Риск причинения ущерба в результате применения эпидемиологической системы наблюдения весьма мал, хотя риск нарушения конфиденциальности личных данных сохраняется. Данные системы наблюдения могут содержать идентифицирующие сведения лишь в том случае, если это абсолютно необходимо, а доступ к базам данных должны иметь лишь лица, которым это требуется по долгу службы. В отношении хранения идентифицирующих данных и доступа к ним должны применяться процедуры, исключающие возможность утечки информации. При анализе данных, касающихся небольшого числа объектов, следует проявлять крайнюю осторожность, если имеется вероятность идентификации. Лица, охваченные системой наблюдения, должны регулярно получать обзорные отчеты. Такие отчеты необходимо составлять в удобной для восприятия форме (например, в виде информационных листов), и они могут использоваться участниками в информационно-пропагандистских целях.

Столкновение интересов (**принцип справедливости**) возникает в том случае, когда у исследователя или спонсора имеется или может иметься личная заинтересованность, которая может повлиять на интерпретацию результатов. Перед тем как систе-

ма наблюдения начнет функционировать, головной группе следует выявить возможные столкновения интересов и разработать стратегии их преодоления. Столкновение интересов, как правило, возникает в рамках исследований, спонсорами которых выступают промышленные круги и правительственные ведомства. Все результаты являются интеллектуальной собственностью головной организации, и обеспечение их независимости должно быть главным и постоянным приоритетом. До опубликования результатов целесообразно направлять их на рецензию по крайней мере одному независимому эксперту. Распространение результатов в средствах массовой информации и среди общественности должно происходить одновременно.

Для системы наркологической отчетности необходим протокол, главное назначение которого заключается в том, чтобы:

- a) определить текущую ситуацию, обосновать необходимость предлагаемой системы отчетности и наметить потенциальные результаты;
- b) установить адекватность и надежность предлагаемых методов;
- c) продемонстрировать реальную возможность функционирования системы на практике с учетом участия персонала и клиентов, а также потребностей в подготовке кадров и ресурсах;
- d) подтвердить, что головное учреждение, осуществляющее исследование, располагает необходимыми возможностями для успешного применения системы на практике.

Протокол будет использоваться для получения разрешения и необходимых ресурсов, а также для управления процессом функционирования системы наблюдения. Этот документ имеет ключевое значение для оценки надежности и эффективности такой системы.

Для соблюдения этических требований необходимо подготовить подробный протокол исследования с описанием текущей ситуации и изложением оснований для создания предлагаемой системы отчетности. В этом протоколе должны быть отражены:

- цели системы наркологической отчетности;
- методы, которые предполагается использовать для сбора, ввода, хранения, проверки и анализа данных;
- вопросы защиты данных в условиях конкретной страны и процедуры их урегулирования;
- этические вопросы (согласие, конфиденциальность и использование данных) и меры, принимаемые для решения каждого из них (например, применение соответствующих информационных бланков для клиентов и поставщиков услуг, процедур хранения данных и доступа к ним, процедур рецензирования планируемых публикаций);
- план ввода в эксплуатацию с обоснованием потребностей в людских и финансовых ресурсах и соответствующих структурах;
- результаты, которые ожидается получить благодаря функционированию системы отчетности.

Е. Технические стандарты

Процедуры передачи и представления данных должны соответствовать стандартам безопасности, применяемым в отношении файлов, содержащих такие конфиденциальные данные. В этой связи могут потребоваться меры по защите файлов, средства

защиты линий связи, средства защиты доступа, авторизация пользователя и аналогичные средства (протоколы передачи данных, метод контрольной суммы, шифрование, дешифрование, виртуальная частная сеть (ВЧС) и инфраструктура открытого ключа (ИОК)).

Выбор должен осуществляться с учетом имеющихся в стране технических и правовых возможностей. Основу для стандартизации средств защиты могут обеспечить:

Международные и национальные стандарты в области защиты информации системы здравоохранения.

Международная организация по стандартизации.

Работу Международной организации по стандартизации (МОС) в области защиты информации и ее связь с системой здравоохранения лучше всего отражает следующая схема:

Схема МОС

<i>Потребности</i>	→	<i>Руководящие принципы</i>	→	<i>Конкретные стандарты</i>
Комплексная система управления средствами защиты (КСУЗ) BS17799.2		Оценка риска Устранение риска Обеспечение качества (ISO 17799)		Банковская деятельность Здравоохранение (ISO 27799)

Европейская организация по стандартизации

Европейская организация по стандартизации (ЕОС) и МОС договорились обмениваться результатами своей работы с целью ускорения процесса сближения европейских и мировых стандартов. Эта договоренность получила название Венской договоренности. Стандарт CEN/TC 251 касается "Информатики в сфере здравоохранения". Важное значение имеют предварительные стандарты ENV13606 ("Электронная передача данных системы здравоохранения") и ENV13608 ("Защита средств связи системы здравоохранения").

Кроме того, во многих странах существуют национальные комиссии по стандартизации, которые разрабатывают протоколы мероприятий для обеспечения международной стандартизации.

Г. Управление средствами защиты

Вопросы защиты информации имеют множество аспектов. В процессе сбора национальной информации об обращаемости за лечением основное внимание уделяется трем таким аспектам.

1. Технология повышения уровня защиты персональных данных

Для защиты процесса сбора наркологической информации следует использовать процедуру псевдоанонимизации. В отношении персональных идентифицируемых сведений следует использовать алгоритм одностороннего шифрования, с тем чтобы исключить возможность привязки этих сведений к конкретным лицам.

2. Защита средств передачи данных

При передаче данных в национальную базу данных используются средства шифрования сообщений. Если данные уже были обработаны с помощью алгоритма шифрования и не могут быть использованы для установления личности человека, может быть достаточно использования какой-нибудь простой процедуры шифрования, например преобразования в файл формата WinZip© с защитой по паролю.

3. Защита средств хранения данных

Для предотвращения несанкционированного дистанционного или местного доступа к терминалам, связанным с данными о лечении, следует разработать специальные протоколы и применять соответствующее программное обеспечение и аппаратные средства.

Решение вопросов, касающихся данных

Глава IV

А. Введение

Во многих странах уже созданы национальные системы сбора данных о деятельности и характеристиках наркологических служб и их клиентах.

Для того чтобы сгруппировать и сопоставить данные нескольких стран, необходимо вычлнить основной набор общих элементов данных и согласовать методологии сбора данных. Не стоит недооценивать сложность этой задачи. Хотя подготовить краткий перечень элементов данных может быть относительно просто, значительно сложнее согласовать все массивы собранных данных и прийти к единому базовому набору определений для таких явлений, как потребление наркотиков и лечение.

Чтобы определить набор общих элементов данных, при подготовке настоящего Инструментария было проведено сопоставление нескольких минимальных сводов данных, содержащих показатели обеспеченности медицинской помощью, которые были получены от лечебных служб на национальном уровне и на уровне провинций. Для сравнения были взяты набор данных о проведенных курсах лечения (TEDS) Соединенных Штатов, европейский ПОЛ, национальный минимальный набор данных (NMDS) Австралии и наборы данных Канады и Южной Африки. Следует иметь в виду, что европейский ПОЛ рассчитывается на основе данных нескольких применяемых в Европе систем и с учетом опыта Группы Помпиду [43, 44].

Общие элементы, образующие основу центрального набора данных, касаются характеристик клиентов, характеристик лечения и характера потребления наркотиков. Основные различия между сводами данных заключаются в использовании разных единиц наблюдения, например, регистрации клиентов (Европейский союз), лечения (Соединенные Штаты) или курсов лечения (Австралия); разных правил отчетности и разных периодов сбора данных. Эти системы различаются также по категориям учреждений, клиентов, мероприятий и наркотиков, включаемых в своды данных. В настоящем документе не рассматриваются сходства и различия между этими и другими системами сбора данных. Вместо этого в Инструментарии освещаются лишь ключевые практические вопросы, которые необходимо решить, чтобы можно было получить сопоставимый на международном уровне набор данных.

В. Руководящие принципы

Следует свести к минимуму бремя, возлагаемое на персонал лечебных служб, которому будет поручено заниматься сбором данных. Этого можно добиться следующим образом:

- следует приложить все усилия к тому, чтобы использовать и/или адаптировать уже существующие системы сбора данных. Страны, в которых уже имеются системы сбора данных, будут в большей степени расположены к участию в составлении международного свода данных, если соответствующие данные могут быть извлечены из национальных систем без существенной корректировки их сферы охвата, определений или перечня элементов;
- странам, которые не располагают системами сбора данных, может быть предложен несложный шаблон элементов и методологий сбора данных, который может быть использован в качестве основы для удовлетворения местных потребностей в данных;
- следует обратить внимание на обычный порядок сбора данных в лечебных центрах, с тем чтобы: а) по возможности не допускать дублирования в процессе сбора данных и б) как процесс сбора данных, так и сами данные имели ценность для клинической практики, и были приложены все усилия к тому, чтобы интегрировать процесс сбора данных в обычную клиническую практику;
- следует обеспечить возможность учета – в разумных пределах – имеющихся различий в сфере охвата и определениях, когда они установлены и документально зафиксированы.

Дополнительные соображения:

- процесс сбора данных должен иметь своей целью определение ограниченного количества показателей и подготовку умеренного по размерам набора основных данных;
- процесс сбора данных должен осуществляться в соответствии с научно обоснованными методологическими принципами для обеспечения надежности и достоверности;
- методы сбора данных должны быть пригодны для использования в разных социокультурных условиях и отражать специфику этих условий, сохраняя при этом свою целостность;
- следует стандартизировать определения элементов и понятий, а также сферу охвата мероприятий по сбору данных и отчетный период;
- процессы сбора данных и отчетности должны строиться на основе этических принципов и обеспечивать защиту конфиденциальных данных и частной жизни клиента;
- процесс сбора данных должен быть практически осуществимым и эффективным с точки зрения затрат;
- роли и обязанности организации и работающих с ней лиц должны быть четко определены, осознаны и приняты;
- для обеспечения выполнения требований и содействия решению проблем, связанных с функционированием системы на местах, необходимо наладить и поддерживать связи с учреждениями;
- необходимо обеспечить поддержку на всех уровнях организации и предоставления услуг;
- с учреждениями, собирающими данные, и административными структурами на местном, региональном и национальном уровнях следует поддерживать регулярную обратную связь.

С. Рекомендуемый международный набор основных данных

В результате обзора отмеченных выше ключевых международных информационных систем в значительной степени достигнуто единство мнений относительно категорий основных наиболее важных данных, которые необходимы для создания полезной, надежной и сопоставимой системы. В краткой форме они изложены в представленной ниже таблице. Предполагается, что этот набор элементов может стать основой для составления международного набора основных данных.

Набор основных элементов, полученный в результате сопоставления различных наборов данных

Клиент	Потребление наркотиков (последние 30 дней)	Лечение
<ul style="list-style-type: none"> • Атрибутивный код^а • Возраст/дата рождения • Пол • Раса/этническая принадлежность • Семейное положение • Занятость 	<ul style="list-style-type: none"> • Основной наркотик • Второстепенные наркотики • Метод употребления^б • Частота употребления^б • Возраст первого употребления^б 	<ul style="list-style-type: none"> • Вид лечебного учреждения • Дата начала лечения • Учреждение, направившее на лечение • Предыдущие случаи лечения

^а Атрибутивный код (инициалы + дата рождения + пол) или эквивалентный метод применяется для сведения к минимуму многократных подсчетов.

^б По возможности, в отношении главного наркотика или по каждому наркотику.

Эти элементы следует рассматривать как набор данных с “наименьшим общим знаменателем”. В случае использования этого набора данных дополнительное время в странах, которые уже осуществляют сбор национальных данных о лечении, будет сведено к минимуму (или на нет), а страны, не располагающие такими системами, получат относительно простой набор элементов для сбора данных.

Следует иметь в виду, что национальные подходы к проблемам злоупотребления наркотиками всегда будут различаться по условиям их применения, в том числе по тому, какие факторы – медицинские, социальные или юридические – являются определяющими в плане предоставления лечебных услуг, поэтому важно учитывать эти и другие национальные/местные обстоятельства.

Д. Единица наблюдения, определение понятий и элементов

Помимо составления набора элементов для сбора основных данных необходимо выбрать единицу наблюдения для процесса сбора данных, т. е. решить, что будет положено в его основу – регистрация клиента или курс лечения. Во-вторых, необходимо согласовать определения основных понятий: например, что означает “лечение”, что принимать за начало лечения, как определяется “клиент”, и что означает “потребление наркотиков”? Наконец, следует определить элементы и обеспечить, чтобы их поля данных можно было отобразить в общем наборе кодов, если они не были точно согласованы. Такая переводная методология может быть отражена в словаре данных. Этот вопрос решается на более позднем этапе. Для достижения успеха в составлении международного свода данных необходимо обеспечить, прежде всего, чтобы данные, собранные в разных странах, можно было перевести в общий набор приемлемых кодов.

Хотя на страновом уровне все эти понятия и определения порой остаются несогласованными, а в разных регионах мира возникает множество различных смысловых нюансов,

ансов, изложенные ниже рекомендации могут стать ценным руководством для стран, начинающих заниматься этой проблемой.

1. Единица наблюдения

Наиболее прагматичным подходом является применение регистрации клиента/больного в качестве исходной единицы наблюдения по аналогии с тем, как это делается в настоящее время в Европейском союзе в отношении ПОЛ.

Регистрация клиента/больного

Клиент/больной – это лицо, начавшее лечение в связи с потреблением наркотиков в лечебном центре в течение календарного года (с 1 января по 31 декабря).

Чтобы свести к минимуму многократные подсчеты клиентов, которые пользуются услугами нескольких разных учреждений в течение одного года, для целей национальной отчетности на основе ПОЛ учитывается лишь последнее лечение, предоставленное клиенту в течение какого-либо года, а продолжающееся лечение, которое было начато в предыдущие годы, не учитывается в последующие годы. Это распространяется на любой временной отрезок или район исследований (см. главу VI “Анализ и отчетность”, а также стандартный протокол ПОЛ версии 2.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420> и гиперссылка на протокол Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании/Группы Помпиду “Treatment demand indicator Standard protocol 2.0” в разделе “Protocol and methodological reports”). Применение этого подхода дает возможность “отображения” данных системы, в основу которой положен учет курсов лечения, и их подсчета в единицах, эквивалентных регистрации клиентов.

Курс лечения или регистрация клиента/больного:

- a) под *курсом лечения* обычно понимается отрезок времени, продолжающийся с момента начала лечения (в связи с наркопроблемой или пьянством) до момента его окончания (выписки). Установление даты выписки имеет решающее значение, поскольку без нее сложно определить окончание курса лечения, если только не предусматривается условный срок его прекращения, например через шесть месяцев;
- b) под *регистрацией клиента/больного* обычно понимается тот момент, когда клиент обращается в лечебную службу (см. ниже). Следует иметь в виду, что метод регистрации клиента в индивидуальном порядке не в полной мере отражает бремя, которое фактически несет система здравоохранения, поскольку клиенты, как известно, могут обращаться во многие службы в течение одного года. Наличие сведений о дате выписки и основаниях для выписки является основным условием для принятия мер по оценке результата лечения. В то же время метод регистрации клиента/больного позволяет практически сразу начать работу, а после начальных мероприятий от него можно перейти к системе, основанной на учете курсов лечения.

2. Что такое лечение?

Поскольку применяемые в разных странах методы лечения лиц с наркопроблемами существенно различаются по сфере применения и характеру лечения, чрезвычайно важно выбрать достаточно широкое определение лечения и его начала, которое было бы понятным и приемлемым во многих регионах.

Лечебная наркологическая помощь

Лечебной наркологической помощью считается любое системное вмешательство, имеющее своей непосредственной целью решение проблемы потребления наркотиков.

Хотя наркопотребители могут сталкиваться с самыми разнообразными проблемами, лечение имеет своей целью решение собственно проблемы потребления наркотиков. К такой наркологической помощи относятся стабилизация и сокращение потребления наркотиков, поддерживающая терапия и мероприятия, обеспечивающие воздержание от наркопотребления, поведенческая терапия, медицинское или психологическое вмешательство и т. д. В этом контексте помощь в решении смежных проблем, касающихся жилищного вопроса, образования или межличностных отношений, не относится к лечению, хотя поддержка в этих областях может быть важным дополнением к лечению.

3. Какие учреждения следует включать в процесс сбора данных

Во многих странах специализированные наркологические учреждения являются основным местом лечения для рассматриваемого контингента, хотя следует иметь в виду, что наркопотребители, несомненно, могут наблюдаться у целого ряда других специалистов общего профиля (например, у семейных врачей) или в специализированных медицинских учреждениях (например, в психиатрических клиниках). В тех странах, где специализированные наркологические учреждения отсутствуют, проблемные наркопотребители зачастую обращаются в основном в медицинские учреждения общего профиля и/или учреждения социальной помощи. Важно охватить все места, в которых осуществляются системные мероприятия для оказания наркопотребителям помощи в связи с потреблением наркотиков.

Группы самопомощи, такие как “Анонимные наркоманы” или “Анонимные алкоголики”, не относятся к сфере системного лечения и поэтому обычно их не учитывают.

Лечебные центры

Лечебным центром является любое учреждение, которое оказывает лечебную помощь лицам с наркопроблемами. Обычно лечение осуществляется в специализированных учреждениях для наркопотребителей, но иногда оно может проводиться в неспециализированных учреждениях, например в больницах общего профиля. В одном лечебном центре может быть организовано несколько программ или служб наркологической помощи.

В организационном отношении лечебные центры могут входить в состав медицинских или немедицинских, правительственных или неправительственных, государственных или частных, специализированных или неспециализированных учреждений. К ним относятся палаты дезинтоксикации стационарного типа, клиники для амбулаторных больных, программы заместительного лечения (поддерживающей терапии или менее продолжительной дезинтоксикации), терапевтические общины, справочно-консульта-

тивные центры, пункты анонимной помощи, антикризисные центры, программы наркологической помощи в тюрьмах и специальные службы для наркопотребителей, создаваемые в рамках медицинских учреждений общего профиля или учреждений социальной помощи.

Следует иметь в виду, что к таким центрам обычно не относят: кабинеты неотложной помощи или медицинские учреждения общего профиля/учреждения социальной помощи, в которые наркопотребители обращаются для решения проблем, не связанных с наркотиками, и программы, предусматривающие исключительно распространение шприцев/игл или информации, если только эта деятельность не является составной частью более широкого круга услуг для людей, сталкивающихся с наркопроблемами.

4. Когда начинается лечение?

В данном случае требуется определенная гибкость для отражения существующих различий в клинической практике. Иногда перед принятием решения о лечении устанавливается очередность оказания медицинской помощи клиентам; в других случаях началом процесса лечения считается освидетельствование клиента; в третьих – таким моментом считается назначение лечения.

Начало лечения

Это первый официальный контакт с лечебной службой, когда учреждение, предлагающее лечение, проводит обследование и/или лечение и, как правило, осуществляет официальную регистрацию данного лица в лечебном центре. При этом в установленном порядке проводится обследование, на основании которого составляется план лечения.

5. Кто такие клиенты?

Определение клиента

Клиент – это наркопотребитель, у которого возникли проблемы и который начинает лечение в лечебном центре из-за потребления наркотиков. К этой категории не относятся лица, которые обращаются в лечебный центр от имени наркопотребителя и лица, проблемы которых вызваны лишь их отношениями с наркопотребителем.

Система должна учитывать в качестве клиентов лишь проблемных наркопотребителей, находящихся на излечении, но не третьи стороны (выступающие от имени кого-либо) или лиц, обращающихся лишь за консультацией и информацией. Тем не менее, если в систему сбора информации о лечении уже заложено требование включать третьи стороны, чрезвычайно важно, чтобы можно было вычленять таких лиц в системе и исключать их из анализа.

б. Какие наркотики включаются в исследование

Определение наркотика

Любой наркотик, являющийся предметом злоупотребления, за исключением алкоголя или табака.

ИЛИ

Любые наркотики, являющиеся предметом злоупотребления, включая алкоголь и табак, если в дальнейшем они могут быть исключены при необходимости из анализа.

Понятие злоупотребления наркотиками зачастую не включает потребление алкоголя и табака, даже несмотря на то, что потребление этих веществ может создавать еще большие медицинские проблемы и еще большее бремя для общества. Отношение к наркотикам и подход к ним зависят от особенностей культуры и сохранившихся в обществе традиций, которые различаются по странам так же, как законодательство, разрешающее или запрещающее потребление наркотиков. Решение включать или не включать алкоголь или табак в информационную систему зависит в основном от политических соображений и имеющихся ресурсов. По существу нет никаких оснований для того, чтобы не включать эти вещества в процесс сбора данных, хотя следует отметить, что в большинстве случаев вопросы, включенные в перечни основных элементов, характеризующих лечебную наркологическую помощь, не затрагивают проблем, непосредственно связанных с алкоголем или табаком.

Чрезвычайно важно, чтобы все системы допускали возможность исключать из своих наборов данных тех лиц, которые потребляют только алкоголь и табак, с тем чтобы можно было производить анализ и сопоставление на международном уровне.

В такие наборы следует включать данные о злоупотреблении лекарственными средствами, отпускаемыми по рецепту, которые приводят к возникновению проблем.

Функционирование системы

Глава V

Считается, что стадия функционирования системы наступает, когда завершены все подготовительные работы. Затем функционирование носит чисто практический характер.

Мобилизация участников

Для успешного функционирования информационной системы по наркотикам решающее значение имеет сотрудничество лиц, которые будут охвачены этой системой. Необходимо оказывать им поддержку, организовывать их подготовку и выделять ресурсы, с тем чтобы такие лица могли выполнять свои функции. Эта задача предусматривает три этапа: выявление, разработка и работа на местах.

А. Этап выявления

Рекомендуется выявить:

- поставщиков информации;
- организации, способные выступать принимающими сторонами;
- другие ключевые заинтересованные стороны;
- потребности в программном обеспечении/аппаратных средствах;
- каналы связи;
- сферы компетенции;
- процедуры;
- потребности в подготовке кадров;
- системы обратной связи.

В. Этап разработки

Параллельно с вышеупомянутым этапом или сразу же после его завершения необходимо провести этап разработки, с тем чтобы обеспечить наличие всех материалов и структурных элементов, прежде чем пытаться активировать новую систему. Это особенно важно при необходимости завоевания доверия к новой системе. Если система недостаточно четко продумана и неприемлема в практическом плане, то очень скоро поддержка и содействие, особенно со стороны клиниче-

ских лечебных учреждений, прекратятся. Зачастую бывает весьма полезно опробовать разработанные инструменты (графики, документацию и т. д. на местах), чтобы убедиться, что они понятны и верно истолковываются.

Рекомендуется разработать:

- план и график ввода в эксплуатацию;
- программное обеспечение для сбора/анализа данных;
- руководство и словарь данных;
- письменные материалы:
 - письма к заинтересованным сторонам;
 - материалы для печати;
 - логотипы и т. д.;
 - бланки для сбора данных;
 - прикладные руководства;
- протоколы сбора данных, передачи данных и обратной связи;
- учебные ресурсы;
- процедуры испытаний и пересмотра.

Если предполагается использовать бланки, желательно, чтобы они были относительно простыми, удобными в пользовании и, по возможности, не превышали одной страницы. Чрезвычайно важно на начальном этапе ставить относительно простые задачи и не пытаться собрать все данные, которые могут потребоваться в конечном итоге. Необходим прагматичный и реалистичный подход.

Методику и процедуры следует опубликовать в виде руководства, которое будет служить учебным руководством для тех, кто впервые начинает использовать систему, и справочником для тех, кто уже пользуется такой системой. Руководство должно включать по крайней мере следующую информацию:

- требования в отношении представления данных (на бумаге/на дисках/по электронной почте/через веб-страницы);
- крайние сроки и методы стимулирования/принуждения;
- процедуры ввода данных, включая процедуры логической проверки;
- систему обратной связи с лечебными учреждениями для информирования об ошибках или несоответствиях и их исправления;
- план анализа данных (с образцами таблиц);
- многоуровневый план отчетности, отражающий местную специфику;
- резюме этических требований и вопросов безопасности и путей их урегулирования.

С. Этап работы на местах

Необходимо осуществить программу первоначальных организационных мероприятий и подготовки кадров. Следует связаться с каждой из заинтересованных сторон в лич-

ном порядке или посредством письма, и следует приложить достаточные усилия, с тем чтобы обеспечить всестороннее понимание и поддержку этой инициативы. Следует выделить достаточно времени для выполнения этой задачи.

После установления контакта следует постоянно поддерживать связь с лечебными учреждениями и основными заинтересованными сторонами, в том числе регулярно посещать их, звонить по телефону, рассылать бюллетени и т. д. Такие меры помогают добиться уделения должного внимания каждой мелочи и контролю за качеством в процессе сбора данных, а также получать ответную информацию относительно функционирования системы, ее ясности, объема данных и по другим соответствующим вопросам.

Анализ и отчетность

Глава VI

А. Введение

Для того чтобы на основе собранных данных была налажена плодотворная обратная связь, необходимо подготовить данные для анализа и выбрать подходящие формы обратной связи с соответствующими целевыми группами. Необходимо провести очистку и проверку данных, задействовать соответствующее программное обеспечение, определить приоритеты в сфере отчетности, четко сформулировать определения и согласовать уровень подробности представляемых данных.

1. Целевая группа

Показатели обращаемости за лечением должны обеспечивать многоуровневую обратную связь с разными целевыми группами, к которым могут быть отнесены поставщики услуг, уполномоченные организации, национальные правительственные органы и в некоторых случаях международные организации. Отчетность перед существующими международными системами может осуществляться в соответствии с уже утвержденными процедурами. Иногда может быть целесообразно придерживаться тех же методов, какие используются в рамках международной отчетности, а в других случаях – осуществлять анализ с учетом конкретных местных потребностей. Далее в настоящей главе все внимание будет сосредоточено на общем круге вопросов, неизбежно возникающих в том случае, когда необходимо проанализировать набор данных о лечебной наркологической помощи.

2. Определения

С помощью показателя обращаемости за лечением не предполагается оценить весь объем отношений между наркологическими службами и их клиентами. В течение какого-то определенного отрезка времени один клиент может несколько раз обращаться в одну и ту же службу, и ему могут быть предложены различные формы или программы лечения. В течение того же отрезка времени клиент может, конечно же, обратиться за медицинской помощью и в несколько центров. Каждое обращение в какой-либо центр может быть зарегистрировано как отдельный курс лечения. Применительно к каждому аспекту отчетности необходимо решить, что является наиболее подходящей основой для анализа: отдельный человек или курс лечения. После принятия этого решения следует продумать вопрос о том, как определить и извлечь данные, касающиеся отдельного человека или курса лечения, из имеющегося набора данных.

Отдельные лица

Когда анализ осуществляется на уровне отдельных лиц, как правило, представляются данные о признаках клиента (таких как пол, этническая принадлежность, возраст и потребление наркотиков). То есть для анализа берется лишь один случай по каждому человеку за соответствующий отрезок времени. В этой связи по отношению к больным необходимо применять определенную систему приоритетности. Возможны следующие варианты:

- a) первый курс лечения в течение данного отрезка времени;
- b) последний курс лечения в течение данного отрезка времени;
- c) сводка всех курсов лечения в один (подходит лишь для некоторых областей).

Обычно считается наиболее целесообразным сообщать о последнем обращении в течение определенного отрезка времени, поскольку эта информация представляет собой наиболее актуальные сведения о состоянии и жизнедеятельности клиента. Информация о семейном положении, занятости клиента и потреблении наркотиков, несомненно, может со временем меняться, поэтому наиболее адекватной, по всей видимости, будет последняя информация о состоянии клиента. Какой бы метод не был избран, необходимо четко разъяснить получателю данных все недостатки такого метода, с тем чтобы избежать неверной интерпретации данных.

Рассмотрим, например, группу из 10 клиентов, которые обратились за медицинской помощью в начале отчетного периода из-за осложнений, связанных с потреблением героина. Позднее, в течение того же периода, пятеро из них вновь обратились за медицинской помощью из-за осложнений, связанных с потреблением каннабиса. В соответствии с методикой "последнего курса лечения" будет сообщено о пяти лицах с проблемами, обусловленными героином, и пяти – с проблемами, обусловленными каннабисом. В случае применения другого метода отчетности (сводка всех случаев) будет сообщено о том, что у 10 человек были отмечены проблемы, обусловленные потреблением героина, и у пяти – проблемы, обусловленные потреблением каннабиса, но что эти две группы не являются взаимоисключающими. Определение национального показателя обращаемости, несомненно, будет значительно более сложной процедурой, но этот простой пример свидетельствует о том, как важно решить вопрос о выборе соответствующего метода интерпретации данных.

В каждом отдельном случае обращения за медицинской помощью возраст пациента, естественно, будет разным, а в условиях вполне вероятного интереса и повышенного внимания к информации о молодежи наиболее важными для учета в некоторых случаях будут характеристики, отмеченные при первом обращении за медицинской помощью. Для исследователя, заинтересованного в выявлении новых случаев потребления наркотиков, наибольший интерес, возможно, будет представлять первый случай обращения в течение данного отрезка времени, особенно если на данном этапе этот человек является новым клиентом лечебной системы.

Для каких-то конкретных задач/целевых групп может быть целесообразно сочетание этих методологий, хотя обычно в целях обеспечения ясности и простоты интерпретации результатов рекомендуется использовать один метод в рамках одного отчета. Любое отклонение от стандартной методологии всегда должно сопровождаться подробными инструкциями и разъяснениями.

Пропущенные данные о характеристиках, которые обычно не меняются (пол, этническая принадлежность), можно заменить данными из других случаев, отобрав самый последний значимый ответ на данный вопрос или переменную за тот же отрезок вре-

мени. Например, если применяется метод учета “последнего курса лечения” и пол не указан, но он известен по предыдущему курсу лечения, эта информация может быть перенесена из предыдущего курса лечения. В случае пропуска данных последний позитивный ответ, как правило, можно использовать, даже если изменение поля данных/переменной является обоснованным.

Курсы лечения

При проведении анализа на уровне курсов лечения более целесообразным может быть представление таких данных, характеризующих курсы лечения, как вид лечебного учреждения или ведомство, направившее клиента на лечение. Эти данные также могут интерпретироваться по-разному: на уровне лечебного центра зачастую целесообразнее собирать сведения об общей обращаемости, а не просто о количестве отдельных клиентов.

В. Подготовка данных

Надлежащий анализ начинается с тщательной очистки и проверки данных. Этот процесс может включать выявление ошибочных или потенциально ошибочных данных и меры по подтверждению/редактированию данных или удалению соответствующих случаев. Компьютерная система ввода данных может не допустить ввода информации по большому, если пропущены какие-нибудь ключевые поля (так называемая “внутренняя проверка достоверности”). Если это не произойдет, пропущенные элементы необходимо выявить до начала проведения анализа. Могут быть также выявлены следующие часто встречающиеся ошибки:

- слишком высокий или слишком низкий возрастной показатель;
- несоответствие способа введения наркотика виду наркотика (например, каннабиса – введение инъекций);
- по сравнению с тем временем, когда клиент впервые попробовал наркотики, его возраст уменьшился.

В зависимости от характера собираемых данных система может предусматривать сотни таких внутренних проверок достоверности. Из-за этого между этапом сбора данных и моментом представления результатов может пройти довольно много времени, особенно если необходимо связываться с учреждениями для корректировки представленных данных. Поэтому чрезвычайно важно принять меры к тому, чтобы персонал, занимающийся обработкой данных, располагал автоматизированной/полуавтоматизированной системой последовательной проверки данных.

1. Категории перекодирования

Желательно собирать подробные данные, а затем перекодировать их в удобные для пользования категории для целей разнообразных отчетов. Например, из источника могут быть получены данные о сотнях отдельных категорий наркотиков, которые необходимо перекодировать в группы для обеспечения осуществимости отчетности. Эти группы могут быть настолько широкими или узкими, насколько это необходимо: например, опиаты/стимуляторы или героин/метадон/другие опиаты/кокаин/амфетамины/ другие стимуляторы. Категории должны быть достаточно гибкими, для того чтобы их можно было изменить со временем для отражения перемен, произошедших в обследуемой совокупности. В качестве примера можно привести выделение крэк-кокаина в отдельную категорию “кокаина” в результате роста его потребления в Соеди-

ненном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии в 90-е годы XX века. Для того чтобы контролировать потребление конкретных наркотиков, необходимо анализировать проблему наркопотребления самым подробным образом.

Для упрощения процедуры отчетности необходимо также сформировать возрастные группы; их, в свою очередь, следует разбить на пятилетние категории для целей классификации, которая отражает потребности страны и является достаточно гибкой, обеспечивая возможность перекодирования и сопоставления данных с другими международными данными.

При перекодировании конкретных данных в более широкие группы всегда должна сохраняться возможность восстановления их исходного состояния во избежание потери каких-либо элементов имеющихся данных.

2. Расчет ключевых полей

Во многих базах данных возраст не запрашивается в процессе сбора данных, а рассчитывается по дате рождения. Для показателя обращаемости за лечением возраст рассчитывается как время, прошедшее с даты рождения до даты обращения за лечением. Такая процедура обеспечивает более высокий уровень точности, чем простой отбор данных о возрасте в исходном наборе данных. Она зависит от наличия информации как о дате рождения, так и о дате обращения за лечением, хотя без этих данных определить человека (на основе атрибутора) в течение данного отрезка времени не представляется возможным.

С. Анализ данных и отчетность

1. Предлагаемый анализ

Глава II позволяет получить ясное представление о степени использования показателя обращаемости за лечением, особенно если он устанавливается на долгосрочный период. Весь диапазон возможных направлений анализа настолько широк, что его невозможно охватить в настоящем разделе, но некоторые базовые потребности в учетной информации, по всей вероятности, будут едиными в разных странах. Совершенно очевидно, что главное назначение ПОЛ заключается в том, чтобы отразить характер и масштабы потребления наркотиков, о котором сообщается лечебным учреждениям, а также оценить степень различия этих потребностей по категориям характеристик клиентов. Представляемая учетная информация (по каждому отрезку времени и району проживания или формы лечения) должна включать по крайней мере:

- a) количество лиц, обращающихся за лечением: это, пожалуй, наиболее важная цифра для любого ПОЛ, указывающая на количество людей, которые соответствуют критерию проблемного наркопотребления и стремятся пройти лечение в связи с этой проблемой;
- b) количество обращений за лечением со стороны таких лиц: многие лица неоднократно обращаются за лечением в течение определенного периода в разные службы или в разных районах обслуживания, и эта цифра указывает на уровень обращаемости в такие службы;
- c) виды учреждений, в которые обращаются за помощью: поскольку службы создаются для удовлетворения потребностей, важно оценить уровень обращаемости в службы каждого вида и характер проблем, с которыми к ним обращаются;

- d) количество лиц, сообщающих о преимущественном потреблении определенного наркотика: основным наркотиком может быть наркотик, вызывающий больше всего проблем в момент обращения за лечением, и/или наркотик, из-за которого клиент обращается за лечением (вопрос о его точном определении может быть рассмотрен в рамках учебных мероприятий участвующих учреждений). В любом случае этот показатель лучше всего свидетельствует о характере проблем, на которые необходимо реагировать существующим службам;
- e) количество лиц, сообщающих о каком-либо потреблении разных наркотиков: потребление других наркотиков, помимо основного, не всегда создает проблемы. И хотя это количество не всегда служит непосредственным показателем характера обращаемости в соответствующие службы, оно тем не менее является важным показателем общей ситуации с наркопотреблением и потребностей, которые могут остаться неудовлетворенными;
- f) масштабы использования инъекций: введение наркотиков путем инъекций может свидетельствовать о “развитой культуре” потребления наркотиков и в то же время пробудить в обществе обеспокоенность в связи с распространением передаваемых через кровь болезней. В этом смысле “использование инъекций” является весьма важным показателем. Оценка этого фактора с привязкой к местности может также прямо указать на потребности в услугах по снабжению чистым инъекционным инструментарием;
- g) количество лиц, которые прежде уже проходили или еще не проходили лечение: этот показатель позволяет контролировать уровень обращаемости скрытого (прежде) контингента и может свидетельствовать о возникновении новых тенденций в области потребления наркотиков и новых характеристиках клиентов. Наконец, он может быть показателем возникновения эпидемии или стабильности контингента (см. главу II);
- h) пол зарегистрированных лиц: мужчины и женщины могут сталкиваться с разными проблемами, испытывать разные потребности в обслуживании и обращаться в службы в разном возрасте и на разных стадиях. Все эти факторы свидетельствуют о насущности потребностей в такой учетной информации;
- i) этническая принадлежность зарегистрированных лиц: этническая принадлежность является фактором, аналогичным половой принадлежности, и позволяет следить за тем, насколько справедливо предоставляются услуги в разных общинах;
- j) возрастные группы зарегистрированных лиц: у более молодых людей могут быть иные потребности в лечении, и любое изменение характера их потребностей в лечении может свидетельствовать о возникновении новой тенденции.

Этот список ни в коем случае нельзя считать исчерпывающим, поскольку в разное время разным основным заинтересованным сторонам могут потребоваться различные комбинации учитываемых данных. В сущности общий принцип состоит в том, что все собранные данные должны быть использованы и опубликованы на определенном этапе, если изначально для их сбора имелись определенные основания. Тем не менее чрезвычайно важно представлять учетные данные в единообразной и стандартной форме, с тем чтобы можно было проводить сопоставление по разным периодам и использовать их при необходимости в качестве основы в других целях. Изложенный выше перечень предназначен для оценки характера и уровня обращаемости, а также их возможной динамики. Для того чтобы можно было проводить наиболее очевидные и наиболее важные сопоставления, перечисленные выше дескрипторы (a)–(f) следует анализировать по возрасту, полу, этнической принадлежности, прошлому опыту лечения и району проживания/лечения. Система, предусматривающая сбор такого минимума учетной информации, скорее всего обеспечит удовлетворение большинства потребностей в базовой информации и контроль за процессом достижения поставленных целей.

2. Тенденции

Важно регистрировать и учитывать динамику этих основных дескрипторов, которая может быть использована для оценки изменения характера и степени обращаемости за лечением, а также прогресса в достижении любых поставленных целей. Как правило, сообщается об изменениях, произошедших за год. Можно оценить изменения, происходящие и за более короткий период, хотя они могут быть в наибольшей степени подвержены сезонным и другим краткосрочным колебаниям. Для организационно-административных целей желательно иметь возможность анализа данных за определенный финансовый период, обычно с 1 апреля по 31 марта. Тем не менее системы учета должны предусматривать возможность представления данных как за календарные, так и за финансовые годы.

Ни в коем случае нельзя просто сопоставлять данные одного периода с данными предыдущего периода, не оценив значимости произошедших изменений в контексте долгосрочной динамики.

3. Район предоставления лечебных услуг и проживания клиентов

Уполномоченным органам, по всей вероятности, потребуется информация как об уровне обращаемости за лечением на территории, находящейся в их ведении, так и об уровне обращаемости за лечением среди жителей этого района, поскольку эти два показателя вряд ли будут идентичными. Результаты анализа надо будет представлять по каждому из этих признаков, и, возможно, потребуется отразить также степень пересечения обоих показателей.

4. Уровни интерпретации

Включение в любой статистический отчет какого-либо толкования анализируемых данных обычно облегчает работу с таким отчетом. Наличие соответствующего толкования, как правило, позволяет улучшить содержание ответной информации, поскольку оно может содержать замечания относительно описательных частотных таблиц данных и их анализ. На национальном и региональном уровнях может проводиться сравнение между административными районами или районами, находящимися в ведении уполномоченных органов, а отчетность на местном уровне или даже на уровне отдельных учреждений может включать вопросы, представляющие конкретный и совершенно определенный интерес на местном уровне.

Интерпретируя данные, следует обратить внимание на возможные последствия систематических ошибок, которые могут быть вызваны проблемами охвата. Например, если какие-то контингенты отказываются участвовать в процессе сбора данных из-за вопросов, связанных с обоснованным согласием, или если в этом процессе не принимают участия определенные лечебные центры, играющие важную роль в этой области, это отразится на всем массиве собранных системой данных, которые будут объектом анализа и интерпретации.

5. Анонимность

Информация, основанная на ПОЛ, представляется, как правило, на национальном и региональном уровнях, на уровне, находящемся в ведении уполномоченного органа, и на уровне отдельных учреждений. Хотя любая информация, представляемая выше уровня отдельных учреждений, должна готовиться в сжатой и обобщенной форме без идентификации клиентов, следует, тем не менее, обращать внимание на вероятность

идентификации в тех случаях, когда представляется информация о небольшом количестве больных, особенно если такая информация предназначена для широкой публикации. Вся отчетная информация должна быть полезной и справедливой и ни в коем случае не должна ставить под угрозу анонимность клиента или создавать впечатление недостаточно серьезного отношения к вопросу анонимности. Представление информации о наркопотреблении среди небольшого числа клиентов с определенными характеристиками в определенном районе проживания может быть сочтено нецелесообразным, хотя такая информация и не позволяет прямо идентифицировать клиентов. На международном уровне эти правила еще не согласованы, однако обычно считается нецелесообразным представление информации о контингенте, насчитывающем менее 10 человек, и на местном уровне следует внимательно подходить к принятию таких решений.

6. Предостережения/предел точности данных

В любом анализе или отчете должно четко разъясняться, как допускается и как не допускается интерпретировать представленные данные. В частности, должно быть разъяснено, что данные касаются лиц, сообщивших о проблемном потреблении наркотиков лечебным службам, а не всей совокупности наркопотребителей, и что количество новых обращений в соответствующие учреждения не отражает всего объема общей обращаемости в лечебные службы.

Изменения в сфере предоставления услуг (например, создание службы в связи с определенным видом наркопотребления, оставшимся прежде без внимания) может существенно повлиять на степень охвата отдельных групп населения. Эти изменения в сфере предоставления услуг могут вызвать соответствующие изменения характеристик контингента, охваченного лечением, поэтому их следует интерпретировать в конкретном контексте, т. е. они могут отражать изменения в контингенте, которому требуется лечение, но не изменения в генеральной совокупности проблемных наркопотребителей.

7. Обратная связь/контроль качества

Важно включить в систему обратной связи учреждения, которые предоставляют исходные данные, с тем чтобы направлять в плане обратной связи анализ представляемых ими данных и дать им возможность сопоставить свои данные с данными других учреждений в пределах соответствующего географического района или района, находящегося в ведении уполномоченного органа. Это дает также хорошую возможность оценить уровень полноты и качества данных в учреждениях, которые их предоставляют, и обратить должное внимание на их важность.

На регулярной основе (ежемесячно или через другой промежуток времени) следует представлять всем основным заинтересованным сторонам, особенно учреждениям-спонсорам/лечебным учреждениям, отчеты по данным, полученным из системы. В зависимости от потребностей и имеющихся ресурсов, эти отчеты могут представляться в виде таблиц данных с подробными комментариями или без таких комментариев. На уровне лечебных учреждений может быть более целесообразным представление более подробной информации и меньшего объема комментариев, в то время как на районном/региональном или национальном/международном уровнях следует представлять меньше таблиц данных и больше комментариев и пояснений. Чрезвычайно важное значение имеет также обратная связь с персоналом на уровне сбора данных как средство повышения их заинтересованности и мотивирования. Для того чтобы сот-

рудники учреждений старались предоставлять необходимые данные, необходимо надлежащим образом оценивать их заслуги.

8. *Особые запросы*

Структуры систематической отчетности не могут дать ответ на все вопросы, которые могут возникнуть в связи с имеющимися данными. Вполне вероятно, что на основные вопросы большинства заинтересованных сторон будут получены ответы, но при этом многим потребуется более подробная дополнительная информация. Конечно, сложно предугадать характер и уровень этих дополнительных потребностей, однако желательно принять меры, чтобы при возникновении таких запросов имелся соответствующий аналитический потенциал для их удовлетворения. Очень важно принять все меры и для того, чтобы такие особые запросы не создавали помех (в плане использования людских ресурсов) для деятельности по обеспечению функционирования стандартной системы отчетности. Необходимо установить четкий порядок оценки адекватности и приоритетности каждого запроса и не забывать о том, что не все виды анализа непременно должны быть доступны для всех сторон, которые их запрашивают.

9. *Пропуск информации*

В случае пропуска данных возникает целый ряд проблем, в частности, необходимость направить учреждениям ответное сообщение с изложением требования готовить максимально полный набор данных по каждому человеку и внимательно подходить к анализу и представлению данных. В случае пропуска некоторых основных полей, например элементов атрибутивного кода (инициалов, даты рождения, пола) или названия учреждения, предоставляющего информацию, возможно, потребуется исключить данного больного/запись из анализа или совсем удалить из набора данных, если нет возможности восстановить эту запись.

Хотя некоторый пропуск данных неизбежен, после определенного уровня он может отразиться на достоверности интерпретации данных. В случае пропуска данных в таблицах анализа, как правило, указывают значимые долевые показатели (т. е. при расчете в качестве знаменателя используется не общее количество больных, а количество *значимых ответов*) и уровень пропуска данных. В результате читатель видит долевые показатели, составляющие в сумме 100 процентов, и может составить определенное мнение о степени их репрезентативности для данного контингента в общем наборе данных.

10. *Расширенный сбор и анализ данных*

В настоящей главе рассматриваются некоторые возможные виды анализа данных системы, предназначенной для оценки обращаемости за лечением. Следует рассмотреть также возможности, которые дает система, позволяющая регистрировать каждый курс лечения и включать данные о начале и конце лечения. Информация такого рода позволяет обобщить данные обращаемости за лечением, а также содержит большое количество разнообразных сведений, таких как характер и уровень фактически проведенного лечения, продолжительность контакта с лечебными службами (включая уровень завершенности или незавершенности лечения в рамках курсов лечения) и общая загруженность клиентами в определенный отрезок времени или в определенном районе, находящемся в ведении уполномоченного органа.

Обслуживание системы и оценка

Глава VII

Важно на регулярной основе обновлять реестр предлагаемых услуг и включать эти данные в систему статистического учета. Эта задача выполняется путем поддержания постоянной связи со всеми лечебными учреждениями. Организация такой работы на региональной основе или в рамках менее крупной территориальной единицы может быть наиболее целесообразным в практическом отношении и наиболее эффективным решением.

Целесообразно также использовать систему регистрации, которая контролирует и подтверждает поступление данных из каждого источника, а также регистрирует запросы относительно обработки данных и аномальные явления, возникающие в рамках процедур оценки и проверки на отсутствие ошибок. Все трудности, возникшие на любом уровне, следует зафиксировать, а также обсудить с учреждениями, представляющими данные, и другими заинтересованными сторонами. Следует учесть и возможные управленческие проблемы. Следует разработать долгосрочную программу поддержания контакта и обратной связи с заинтересованными сторонами. Эта задача может быть выполнена путем проведения дважды в год совещаний основного персонала, дополняемых сессиями коллегиального обзора и обновления программы и рекомендациями экспертов по конкретным вопросам.

Оценка – это непрерывный процесс, призванный выявлять расхождения между целями и достигнутыми результатами. Оценка данных/показателей обращаемости за лечением должна также преследовать цель: а) повышения качества собираемых данных и б) улучшения и изменения показателя при необходимости.

А. Внутренняя достоверность

Для обеспечения соблюдения протоколов и руководящих принципов сбора данных, процедур обработки данных и их анализа необходимо проводить соответствующие проверки. Данные, являющиеся внутренне достоверными, отражают использование правильного определения понятия “больной”, правильное использование схем кодирования, исключение или по крайней мере сведение к минимуму возможности двойного учета и приемлемый уровень полноты данных, а также меры по предотвращению чрезмерно частого пропуска значений данных. В случае пропуска данных, а также в том случае, когда значения (в словесной или цифровой форме или в виде полей данных) выходят за рам-

ки допустимого диапазона или неверно закодированы, следует принять меры для корректировки данных.

После обзора применяемых методов, возможно, потребуется принять практические меры для улучшения процесса сбора данных, например, усовершенствование формата данных или предоставление средств электронного сбора данных через компьютер, и такие меры, возможно, позволят существенно повысить уровень качества и достоверности данных.

Одним из средств постепенного повышения качества представляемых данных являются отчеты, направляемые отдельным поставщикам данных в рамках процедуры обратной связи, которые отражают посторонние значения или неверные записи.

Некоторые элементы базы данных должны быть внутренне согласованными. Например, даты (рождения, первого случая приема наркотиков, начала лечения) должны быть хронологически последовательными и не должны противоречить здравому смыслу, и должна наблюдаться последовательность определенных элементов данных о наркотиках, таких как способ введения наркотика и сообщение об употреблении наркотиков путем инъекций в прошлом.

Атрибутивные коды

Многие страны используют основные личные данные о человеке, т. е. инициалы, дату рождения и пол, для выведения *атрибутивного кода*, который является достаточно уникальным, но не позволяет установить личность человека. Обычно используются инициалы, дата рождения и пол, хотя возможны различные варианты в зависимости от существующей в данной стране традиции.

Главное назначение таких атрибутивных кодов состоит в том, чтобы увязать регистрационные записи и свести к минимуму их повтор. Это особенно важно при рассмотрении данных за несколько лет или даже за один год, если имеется вероятность того, что какое-то лицо обращалось в несколько лечебных служб. С эпидемиологической точки зрения важно иметь возможность вычленять отдельных лиц, например для представления значимых долевого показателей потребителей героина или количества мужчин/женщин, хотя иногда необходимо подсчитать все случаи оказания медицинской помощи, в частности для целей организации лечебной деятельности.

Для этого могут быть созданы процедуры внутренней проверки, которые будут выявлять точные соответствия и близкие соответствия, которые иногда называют также “полными” и “неполными” соответствиями. В принципе, близкие соответствия следует проверять на предмет их точности, однако в большинстве случаев эта задача практически невыполнима. Возможности и/или критерии допустимости сочетания таких данных будут существенно различаться между странами, а настоящий Инструментарий не преследует цель запрещения какого-либо метода. Тем не менее важно иметь возможность различать количество людей и количество повторяемых курсов лечения в пределах допустимого диапазона ошибок.

В. Внешняя достоверность

Поскольку большинство систем наблюдения функционирует на основе принципа самоотчета, лучше всего было бы проверять получаемые данные путем сопоставления

с результатами внешних обследований, например с результатами анализа мочи, слюны или волос. Однако эта задача в большей степени относится к сфере исследований, а не статистических наблюдений. Поэтому большинство систем опираются на другие регистрируемые показатели, например, на данные демографических обследований, показатели смертности, сведения кабинетов неотложной помощи и оперативные данные местных правоохранительных органов. Наилучшим и наиболее простым методом проверки является получение ответной информации от лечебных служб. В этой связи может быть целесообразно сопоставить больных, включенных в показатель, с больными, взятыми из выборки клинических материалов лечебных центров. Таким образом можно оценить степень охвата услуг лечебных центров и степень охвата клиентов за определенный отрезок времени, а также определение понятия “больной” и методологические руководящие принципы, и тем самым получить фактические данные, характеризующие показатель с точки зрения его чувствительности, специфичности и пригодности для прогнозирования.

Важное значение для более адекватного понимания и интерпретации данных о лечении имеет также контекстуальная и качественная информация. Проведению оценки внешней достоверности данных может также способствовать сбор соответствующей информации о наличии, доступности, использовании и характеристиках соответствующих служб.

Так же, как и степень охвата деятельности самих лечебных учреждений, важное значение имеет степень полноты собираемых данных, т. е. степень охвата системой всех предполагаемых лиц.

Следует разработать механизм обслуживания системы и оценки, чтобы контролировать решение всех вопросов качества и проверки достоверности данных, и следует на регулярной основе представлять всем основным заинтересованным сторонам соответствующие отчеты. В результате эти данные будут считаться более весомыми и к ним будут относиться с большим доверием, что позволит надлежащим образом использовать эти данные в рамках процессов принятия решений и повысить эффективность предоставляемых услуг и мер, принимаемых обществом для решения проблем злоупотребления наркотиками.

Литература

1. M. Stauffacher, "Drug treatment data as an epidemiological indicator: methodological considerations and improved analyses", *Bulletin on Narcotics*, vol. LIV, Nos. 1 and 2 (2002) (United Nations Publication, Sales No. E.03.XI.17), pp. 73-85.
2. M. C. Donmall, "The drug misuse database: local monitoring of presenting problem drug use" (London, Department of Health, Her Majesty's Stationery Office, 1990).
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level* (Lisbon, 1990).
4. R. Hartnoll and others, "Estimating the prevalence of opioid dependence", *Lancet*, vol. 325, No. 8422 (1985), pp. 203-205.
5. M. Frischer and others, "A new method of estimating prevalence of injecting drug use in an urban population: results from a Scottish city", *International Journal of Epidemiology*, vol. 20, No. 4 (1991), pp. 997-1000.
6. M. Frischer and others, "Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985-1990", *AIDS*, vol. 6, No. 11 (1992), pp. 1371-1375.
7. Y. Hser, "Population estimation of illicit drug users in Los Angeles County", *Journal of Drug Issues*, vol. 23, No. 2 (1993), pp. 323-334.
8. T. D. Mastro and others, "Estimating the number of HIV-infected injection drug users in Bangkok: a capture-recapture method", *American Journal of Public Health*, vol. 84, No. 7 (1994), pp. 1094-1099.
9. D. J. Korf, S. A. Reijneveld and J. Toet, "Estimating the number of heroin users: a review of methods and empirical findings from the Netherlands", *International Journal of the Addictions*, vol. 29, No. 11 (1994), pp. 1393-1417.
10. A. Larson, A. Stevens and G. Wardlaw, "Indirect estimates of 'hidden' populations: capture-recapture methods to estimate the numbers of heroin users in the Australian Capital Territory", *Social Science and Medicine*, vol. 39, No. 6 (1994), pp. 823-831.
11. N. F. Squires and others, "An estimate of the prevalence of drug misuse in Liverpool and a spatial analysis of known addiction", *Journal of Public Health Medicine*, vol. 17, No. 1 (1995), pp. 103-109.
12. A. Domingo-Salvany and others, "Use of capture-recapture to estimate the prevalence of opiate addiction in Barcelona, Spain, 1989", *American Journal of Epidemiology*, vol. 141, No. 6 (1995), pp. 567-574.
13. M. Frischer and others, "Estimating the population prevalence of injection drug use and infection with human immunodeficiency virus among injection drug users in Glasgow, Scotland", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, No. 3 (1993), pp. 170-181.
14. G. Hay and N. McKeganey, "Estimating the prevalence of drug misuse in Dundee, Scotland: an application of capture-recapture methods", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 50, No. 4 (1996), pp. 469-472.

15. P.-Y. Bello and G. Chkne, "A capture-recapture study to estimate the size of the addict population in Toulouse, France", *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1997).
16. P.-Y. Bello, "Estimates of opiate use in Toulouse conurbation in 1995", *Methodological Pilot Study of Local Level Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
17. C. Comiskey, "Estimating the prevalence of opiate use in Dublin, Ireland, during 1996", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
18. D. Seidler and A. Uhl, "Estimating the number of opiate users in Vienna", *Methodological Pilot Study of Local Level Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
19. O. Kaukonen and others, "Estimating the number of amphetamine and opiate users in the Greater Helsinki area", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
20. D. D'Ippoliti, "Prevalence estimation of drug addiction in Rome", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
21. W. Kirschner and M. Kunert, "Case-finding, capture recapture and double counting: a Berlin case study", *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
22. S. Freire and M. Moreira, "Estimating the number of opiate users in Setúbal", *Methodological Pilot Study of Local Prevalence Estimates*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Lisbon, 1997).
23. A. Domingo-Salvany and others, "Analytical considerations in the use of capture-recapture to estimate prevalence: case studies of the estimation of opiate use in the metropolitan area of Barcelona, Spain", *American Journal of Epidemiology*, vol. 148, No. 8 (1998), pp. 732-740.
24. R. F. Brugha and others, "A drug misuser prevalence study in a rural English district", *European Journal of Public Health*, vol. 8, No. 1 (1998), pp. 34-36.
25. M. Hickman and others, "Estimating the prevalence of problem drug use in inner London: a discussion of three capture-recapture studies", *Addiction*, vol. 94, No. 11 (1999), pp. 1653-1662.
26. A. G. Davies, R. M. Cormack and A. M. Richardson, "Estimation of injecting drug users in the City of Edinburgh, Scotland, and number infected with human immunodeficiency virus", *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, No. 1 (1999), pp. 117-121.
27. S. Cox, M. Shipley and M. Lester, "The ten year growth of drug misuse in two inner city London boroughs", *Health Trends*, vol. 30, No. 4 (1999), pp. 90-93.
28. R. F. Calkins and G. B. Aktan, "Estimation of heroin prevalence in Michigan using capture-recapture and heroin problem index methods", *Journal of Drug Issues*, vol. 30, No. 1 (2000), pp. 187-204.
29. F. Wood, M. Bloor and S. Palmer, "Indirect prevalence estimates of a national drug using population: the use of contact-recontact methods in Wales", *Health Risk and Society*, vol. 2, No. 1 (2000), pp. 47-58.
30. G. Hay, "Capture-recapture estimates of drug misuse in urban and non-urban settings in the north east of Scotland", *Addiction*, vol. 95, No. 12 (2000), pp. 1795-1803.
31. G. Hay, N. McKeganey and S. Hutchinson, "Estimating the national and local prevalence of problem drug misuse in Scotland" (Glasgow, 2001).
32. C. Beynon and others, "Hidden need for drug treatment services: measuring levels of problematic drug use in the North West of England", *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, No. 4 (2001), pp. 286-291.
33. C. M. Comiskey and J. M. Barry, "A capture recapture study of the prevalence and implications of opiate use in Dublin", *European Journal of Public Health*, vol. 11, No. 2 (2001), pp. 198-200.

34. M.C.A. Buster, G.H.A. van Brussel and W. van den Brink, "Estimating the number of opiate users in Amsterdam by capture-recapture: the importance of case definition", *European Journal of Epidemiology*, vol. 17, No. 10 (2001), pp. 935-942.
35. K. McElrath, "Prevalence of problem heroin use in Northern Ireland" (Belfast, 2002).
36. R. M. Cormack, "Problems with using capture-recapture in epidemiology: an example of a measles epidemic", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 52, No. 10 (1999), pp. 909-914.
37. L. G. Hunt and C. D. Chambers, *The Heroin Epidemics* (New York, Spectrum, 1976).
38. T. Millar and others, "The dynamics of heroin use: implications for intervention", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, No. 12 (2001), pp. 930-933.
39. M. Hickman, S. Seaman and D. de Angelis, "Estimating the relative incidence of heroin use: application of a method for adjusting observed reports of first visits to specialized drug treatment agencies", *American Journal of Epidemiology*, vol. 153, No. 7 (2001), pp. 632-641.
40. M. Hickman and others, "Estimating prevalence of problem drug use: multiple methods in Brighton, Liverpool and London" (London, Home Office, 2004).
41. J. Mott, D. Caddle and M. Donmall, "A comparison of doctors' practice in notifying addicts to the Home Office and reporting them to the North Western Drug Misuse Database", *Addiction*, vol. 88, No. 2 (1993), pp. 249-256.
42. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC project AD/TUR/02/GO2, 2005.
43. R. Simon and others, "The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator Protocol: a European core item set for treatment monitoring and reporting", *European Addiction Research*, vol. 5, No. 4 (1999), pp. 197-207.
44. M. C. Donmall, "UK monitoring of problem drug users: the drug misuse database—a system based on regional centres", *European Addiction Research*, vol. 5, No. 4 (1999), pp. 185-190.

