Лечение наркомании и реабилитация:

практическое руководство по планированию и осуществлению

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Управление по наркотикам и преступности

УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ
Вена

Лечение наркомании и реабилитация:

практическое руководство по планированию и осуществлению

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
Нью-Йорк, 2003 год

Управление по контролю над наркотиками и предупреждению преступности было переименовано в Управление по наркотикам и преступности 1 октября 2002 года.

UNITED NATIONS PUBLICATION
Sales No. R.03.XI.11
ISBN 92-1-448004-4

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны Секретариата Организации Объединенных Наций какого бы то ни было мнения относительно правового статуса страны, территории, города или района или их властей либо относительно делимитации их границ.

Выражение признательности

Настоящее издание *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* подготовлено Секцией по сокращению спроса Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП). ЮНДКП хотела бы выразить признательность за вклад в подготовку *Руководства* следующим сторонам:

- группе консультантов по проекту: д-ру Джону Марсдену, Национальный наркологический центр, Институт психиатрии, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии; д-ру Роберту Али, Совет по услугам в области лечения наркомании и алкоголизма, Аделаида, Южная Австралия; д-ру Майклу Фарреллу, Национальный наркологический центр, Институт психиатрии, Великобритания; и д-ру Манит Шрисурапанонт, кафедра психиатрии университета Чиангмаи, Таиланд, которые составили и отредактировали *Руководство;*
- экспертам по вопросам лечения и реабилитации, которые вместе с сотрудниками Секции по сокращению спроса ЮНДКП и группой по проекту участвовали в совещании консультативной группы в феврале 2001 года: д-ру Альфреду Бамисо Маканджуле, Нигерия; д-ру Виктору Капоччиа, Соединенные Штаты Америки; д-ру Аугусто Пересу Гомесу, Колумбия; и д-ру Надим-ур-Рехману, Пакистан;
- экспертам из различных стран мира, которые поделились своим опытом в области планирования и осуществления программ лечения и реабилитации. Такой опыт описан во многих врезках, содержащихся в *Руководстве;*
- экспертам по вопросам сокращения спроса на наркотики и координационным центрам в региональных и страновых отделениях ЮНДКП, которые обеспечивали сбор информации, и особенно сотрудникам Регионального отделения в Мексике, которые координировали проведение экспериментального испытания в Центральной Америке;
- членам Латиноамериканской сети экспертов по вопросам сокращения спроса из Гватемалы, Гондураса, Коста-Рики, Никарагуа, Панамы и Сальвадора, которые участвуют в проекте “Комплексный субрегиональный проект по созданию структуры для профилактики, реабилитации и возвращению в общество” (AD/CAM/00/F17) и которые в экспериментальном порядке применили *Руководство* на практике в своих странах;
- членам Группы экспертов по вопросам сокращения спроса, которые участвуют в проекте “Центры лечения и реабилитации наркоманов в Тустла-Гутьеррес, штат Чьяпас, Мексика” (AD/MEX/01/F84), которые в экспериментальном порядке применили это *Руководство* на практике;
- экспертам по вопросам лечения и реабилитации проекта “Программа сокращения спроса на наркотики для Гайаны” (AD/GUY/99/C08) и персоналу психиатрического отделения Корпорации государственной больницы Джорджтауна, которые в экспериментальном порядке применили *Руководство* на практике в Гайане;
- членам Восточноафриканской сети экспертов по вопросам сокращения спроса, которые любезно предоставили информацию;
- сотрудникам Программы юридических консультаций ЮНДКП, которые предоставили документы и информацию относительно правовой основы лечения;
- международным экспертам в области лечения и реабилитации, которые изучили окончательный вариант *Руководства* и предоставили ценную информацию: д-ру Вирджинии Карвер, Канада; д-ру Анне МакДж. Чизмен, Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами Организации американских государств; д-ру Маристеле Монтейро, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); д-ру Аугусто Пересу Гомесу, Колумбия; и д-ру Джерарду М. Шипперсу, Нидерланды.

I. ВВЕДЕНИЕ

A. Культурный контекст I.1
B. Ограничения, связанные с наличием ресурсов I.1
C. Принципы, лежащие в основе *Руководства* I.1
D. Как составлялось *Руководство* I.2
E. Цель и структура *Руководства* I.3
F. Как пользоваться *Руководством* I.3

II. РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИЧЕСКОЙ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ

A. Стратегически важные определения и принципы II.1
B. Правовая и регламентарная основа II.5
C. Разработка и осуществление эффективной стратегии лечения II.10

III. ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ

A. Сущность оценки потребностей III.1
B. Планирование и осуществление оценки потребностей III.3
C. Оценка размера группы населения, нуждающегося в лечении III.4

IV. ЭФФЕКТИВНЫЕ УСЛУГИ В ОБЛАСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

A. Элементы комплексной системы лечения IV.1
B. Оценка информации об эффективных методах лечения IV.6

V. РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ УСЛУГ

A. Участие общины и интеграция лечения наркомании в систему первичной медико-санитарной помощи V.2
B. Создание новой лечебной службы V.3
C. Функционирование программы лечения V.9

VI. ЭФФЕКТИВНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ЛЕЧЕБНЫХ СЛУЖБ

A. Определение и характеристики комплексной системы лечения VI.1
B. Функционирование системы: процесс оценки пациентов VI.5

VII. МОНИТОРИНГ ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

A. Цель мониторинга лечения VII.1
B. Элементы системы мониторинга исполнения и результатов VII.3
C. Управление информацией и сообщение результатов VII.10

Приложения

I. Люди с особыми потребностями в области лечения I.1
II. Подгруппы лиц, злоупотребляющих наркотиками II.1
III. Пример программы реабилитации в центрах совместного проживания III.1
IV. Образец вопросника для скрининга пациентов IV.1
V. Образец вопросника для приоритетной оценки V.1
VI. Показатель степени тяжести наркомании Lite VI.1
VII. Группа Помпиду – Проект ЕЦМНН по определению показателя потребности в лечении VII.1
VIII. Наркологический профиль Модсли VIII.1
IX. Глоссарий терминов IX.1

ВРЕЗКИ

1. Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики II.2
2. Национальная стратегическая основа борьбы с наркотиками в Австралии с 1998–1999 годов по 2002–2003 годы II.4
3. Услуги, предоставляемые испанской лечебной и реабилитационной сетью II.4
4. Правовые нормы, касающиеся лечения наркомании в Словении II.5
5. Практическое применение законодательства о правах потребителей на профилактику и лечение наркомании II.6
6. Поддержанная инициатива Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами: стандарты обслуживания при лечении наркомании II.7
7. Разработка минимальных стандартов обслуживания для программ лечения наркомании и лекарственной зависимости в Никарагуа II.8
8. Минимальные стандарты обслуживания в Индии II.8
9. Онлайновая юридическая библиотека ЮНДКП II.10
10. Разработка национальной стратегии Ирландии в области борьбы с наркотиками: о пользе консультаций с общественностью II.11
11. Обновленные национальные программы лечения и реабилитации в Чили II.13
12. Лечение на уровне общины в лагере афганских беженцев в Пакистане II.14
13. Структура управления реализацией в Соединенных Штатах II.15
14. Разработка показателей исполнения в Уэльсе II.16
15. Структура эпидемиологической основы оценки потребностей в Соединенном Королевстве III.2
16. Национальная оценка злоупотребления наркотиками в Пакистане, 2000 год III.4
17. Подгруппы лиц, злоупотребляющих наркотиками: главные проблемы и необходимые основные услуги III.6
18. Медикаментозное лечение и процесс обслуживания IV.3
19. Матричная модель IV.6
20. Ямайка: реабилитация вместо тюремного заключения IV.7
21. Мобилизация общины, Чанг-Мэй, Северный Таиланд V.2
22. Привлечение традиционных целителей в Нигерии V.2
23. Участие общинных медицинских работников, Лаосская Народно-Демократическая Республика V.2
24. Королевский колледж врачей общего профиля – цели обучения работников первичной медико-санитарной помощи V.3
25. Создание лечебных служб в Ирландии V.4
26. Создание служб для женщин, злоупотребляющих наркотиками, в Пакистане V.4
27. Определение источников финансирования в Кении V.5
28. Мобилизация общины и специалистов на создание лечебного центра на Маврикии V.5
29. Создание Национального центра лечения и реабилитации в Объединенных Арабских Эмиратах V.6
30. Создание лечебного центра и управление им: ключевые вопросы, требующие решения V.8
31. Система контроля за работой персонала V.10
32. Пример элементов лечебной системы VI.2
33. Пример действующей комплексной лечебной системы: структура образцовой модели обслуживания в Соединенном Королевстве VI.3
34. Диверсификация и увязка услуг для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций: лечение по методу замещения опиатов в Литве VI.4
35. Пример направлений комплексного обслуживания по программе замещающего лечения от опиоидной зависимости на уровне общины VI.5
36. От героина к метамфетамину: изменение характера проблем наркотиков в Таиланде VI.6
37. Скрининг-тест на употребление алкоголя, табака и психоактивных веществ VI.7
38. Простая структура процесса оценки VI.7
39. Критерии приемлемости для дезинтоксикации на базе общины VI.8
40. Пример увязки различных видов лечения отдельного пациента VI.11
41. Международные руководства и пособия ВОЗ/ЮНДКП/ЕЦМНН по оценке служб и систем по лечению расстройств здоровья, связанных с употреблением психоактивных веществ VII.2
42. Пример минимального набора данных, требуемого по каждому пациенту VII.4
43. Программа на уровне общины: отчет о результатах лечения в течение 12 месяцев пациентов женского пола в разбивке по возрастным группам VII.5
44. Вопросник к ежегодным докладам: часть II (Злоупотребление наркотиками) VII.6
45. Базовое описание связи между употреблением наркотиков, занятостью и преступностью (последние 30 дней до начала и перед прекращением лечения) VII.7
46. Пример логической модели для программы реабилитации в центре совместного проживания VII.9
47. Банк методов оценки Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании VII.10
48. Электронный сбор данных о лечении в Соединенных Штатах VII.10
49. База данных систематических обзоров Кокрейн VII.11

Глава I

Введение

Мы предлагаем вам ознакомиться с практическим руководством Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) по планированию и предоставлению услуг в области лечения наркомании и реабилитации. Издание *Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению* призвано служить практическим средством для правительств, специалистов по планированию политики, лиц, предоставляющих услуги и обеспечивающих лечение. Представленный материал может быть полезен в весьма различных национальных и культурных условиях. *Руководство* в первую очередь предназначено для общин, где в настоящее время имеются незначительные возможности для лечения злоупотребления психоактивными веществами или такие возможности отсутствуют вообще. Кроме того, *Руководство* будет представлять интерес и ценность для тех общин, где услуги по лечению хорошо развиты, но при этом нуждаются в дальнейшей интеграции.

Разработка практического руководства в данной области является сложной задачей, главным образом потому, что его целевая аудитория весьма разнообразна и находится на различных стадиях развития и предоставления услуг по лечению. На международном уровне также существуют значительные отличия с точки зрения стратегии и практики решения государствами проблемы злоупотребления наркотиками и связанных с этим проблем. Вместе с тем на международном уровне наблюдается тенденция к сближению ключевых идей, предопределяющих успех лечения и реабилитации. Таким образом, *Руководство* базируется на основных принципах, имеющих важное значение при рассмотрении, планировании и предоставлении эффективных в медицинском и экономическом плане услуг.

Руководство разработано на основе международного опыта в области планирования, предоставления и оценки услуг в различных странах. Оно призвано обеспечить широкую современную основу, которой могут руководствоваться лица, занимающиеся планированием и осуществлением программ, с помощью ряда ключевых мер, необходимых для организации и последующего развития услуг в области лечения и реабилитации. Ожидается, что данный материал будет представлять особую ценность для стран, которые заинтересованы в развитии или укреплении потенциала своих лечебных служб.

A. Культурный контекст

Руководство предназначено для применения в весьма различных культурных условиях с существенными различиями во взглядах на злоупотребление наркотиками и рядом важных экономических, культурных, религиозных и политических аспектов, влияющих на способы решения различными обществами проблем наркомании. Такие различия способствуют дальнейшему обогащению и диверсификации мер, направленных на решение проблемы наркомании. Существенное значение имеет уважение ключевых вопросов в области культуры. *Руководство* основывается на том принципе, что программы лечения, которые доказали свою эффективность в одной культурной среде, могут быть адаптированы для использования в других культурных условиях.

B. Ограничения, связанные с наличием ресурсов

Обеспеченность общин ресурсами весьма различна, и в *Руководстве* признается, что некоторые страны при развитии услуг сталкиваются с серьезными ограничениями, связанными с их наличием. Однако сегодня проблемы злоупотребления наркотиками ложатся непосильным бременем на все общества, и поэтому в любых условиях очень важно не жалеть сил и времени на решение этих проблем. Подобные затраты сил и времени имеют особое значение в условиях нехватки ресурсов, когда скрытые издержки и расходы, связанные с проблемами злоупотребления наркотиками (например, издержки для системы здравоохранения, потеря производительности труда и издержки системы уголовного правосудия), приводят к значительному спросу на ресурсы, которые могли быть направлены на другие цели, если бы действовали комплексные стратегии профилактики наркомании и принятия надлежащих мер вмешательства.

C. Принципы, лежащие в основе *Руководства*

Руководство придерживается позитивной философской позиции в отношении решения проблемы наркомании и связанных с этим проблем. Такая позиция основана на появившихся во многих странах надежных данных исследований, которые свидетельствуют

о том, что хорошо организованное лечение и подготовленный вспомогательный лечащий персонал могут оказать быстрое и продолжительное воздействие на людей, страдающих злоупотреблением наркотиками. Это дает четкую основу для того, чтобы лица, разрабатывающие национальную и международную политику, стремились обеспечить ресурсы для конструктивного решения серьезных проблем наркотиков и наркомании.

Инвестиции в лечение – разумная позиция в человеческом и экономическом плане. В издании *Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики* [1], которое следует изучать совместно с настоящим *Руководством*, развивается мысль о том, что можно определить целый ряд эффективных методов лечения, а также важные активные составляющие эффективного лечения. Затем будет важно адаптировать эти элементы к различным социокультурным и экономическим условиям [2].

При подготовке материалов для *Руководства* за основу были взяты следующие 11 важнейших соображений:

- люди, у которых есть связанные с наркотиками проблемы, нередко нуждаются в весьма различном лечении, затрагивающем ряд личностных, социальных и экономических аспектов;
- проблемы злоупотребления наркотиками поддаются эффективному решению в том случае, если люди имеют доступ к услугам в области лечения и реабилитации, соответствующим их потребностям и являющимся достаточно качественными, интенсивными и продолжительными;
- финансовая помощь, предопределяющая лечение и реабилитацию, должна направляться на те услуги, которые доказали свою эффективность;
- ни один метод лечения не будет одинаково эффективным для всех. В различные периоды времени и на разных этапах обращения за помощью люди могут нуждаться в различных видах комплексного и эффективно скоординированного лечения;
- люди должны иметь возможность получить доступ к лечению, которое наилучшим образом отвечает их потребностям, или быть направленными на такое лечение. В услугах по лечению должны учитываться специфические потребности, связанные с полом, возрастом, состоянием здоровья и рискованным поведением;
- профилактика переносимых кровью инфекций, включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатиты B и C, является ключевой составляющей комплексного подхода к лечению;
- услуги по лечению по мере возможности должны опираться на существующие медицинские и социальные учреждения, быть связаны с ними и интегрированы, обеспечивая непрерывную помощь. Они должны также включать услуги по поддержке, оказываемые на уровне общины;
- важной задачей любой эффективной и действенной системы лечения является координация предоставляемой помощи;
- эффективное планирование лечения должно предусматривать партнерские отношения между правительством, региональными и местными правительственными и неправительственными организациями, учреждениями, предоставляющими услуги, потребителями услуг [3] и общиной;
- услуги в области лечения и реабилитации должны играть ключевую роль в сокращении социального отторжения и дискриминации лиц, злоупотребляющих наркотиками, и содействовать их реинтеграции в общество в качестве здоровых и полезных членов;
- исследовательская деятельность должна быть направлена на заполнение значительных пробелов в знаниях об эффективных методах лечения и о лечении специфических групп. Подготовка кадров должна вестись в этом же направлении.

D. Как составлялось *Руководство*

Руководство разработано благодаря партнерству международной группы экспертов из Австралии, Таиланда и Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии при участии экспертов ЮНДКП и специалистов по вопросам лечения и сокращения спроса Организации Объединенных Наций. В течение всего времени работы над *Руководством* основное внимание уделялось консультациям с широким кругом специалистов по вопросу о его материалах. При этом стояла цель обеспечения того, чтобы не доминировал подход какого-либо одного специалиста или какой-либо одной страны. Напротив, на вооружение был взят многодисциплинарный подход, с тем чтобы *Руководство* включало материалы, отражающие вопросы терапии, психиатрии, психологии, социального обеспечения и правосудия. Международная группа экспертов составила первоначальный вариант основных разделов *Руководства* в период между октябрем 2000 года и январем 2001 года. Встреча основной части группы с международными экспертами из Колумбии, Нигерии, Пакистана и Соединенных Штатов Америки состоялась в Вене с 26 по 28 февраля 2001 года в целях изучения предварительных материалов и последующего рассмотрения соответствующих вопросов. Информация о практических примерах решения вопросов лечения и реабилитации в различных общинах поступила из многих стран благодаря тесной связи с местными отделениями ЮНДКП. По возможности материалы в *Руководстве* подкрепляются ключевыми цитатами из справочной литературы, при этом особое внимание уделяется материалам, с которыми можно ознакомиться во Всемирной паутине.

Затем была проведена экспериментальная проверка и/или обзор *Руководства* в ряде стран Центральной и Южной Америки (Боливия, Гайана, Гватемала, Гондурас, Коста-Рика, Мексика, Никарагуа, Панама и Сальвадор); Восточной Африки (Кения, Маврикий, Сейшельские Острова, Уганда и Эфиопия); Ближнего Востока (Египет и Иордания); Южной Азии (Пакистан) и

Юго-Восточной Азии (Лаосская Народно-Демократическая Республика и Мьянма). Первоначальный вариант *Руководства* был также изучен ведущими экспертами по вопросам лечения и сокращения спроса на наркотики из Канады, Нидерландов, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов и Швейцарии.

E. Цель и структура *Руководства*

Руководство способствует развитию системного подхода к проблеме злоупотребления наркотиками и наркоманов, нуждающихся в лечении, а также к планированию и предоставлению услуг. В нем отстаивается логический, поэтапный порядок увязывания политики с оценкой потребностей и планирования и проведения лечения с мониторингом и оценкой.

Помимо настоящей вводной главы *Руководство* включает следующие главы:

глава II: Разработка стратегической основы лечения;
глава III: Оценка потребностей в лечении;
глава IV: Эффективные услуги в области лечения и реабилитации;
глава V: Разработка и предоставление услуг в области лечения;
глава VI: Эффективная интеграция лечебных служб;
глава VII: Мониторинг деятельности в области лечения и ее результатов.

В **главе II** описываются основные компоненты стратегического плана или политики в области лечения наркомании и реабилитации и пути разработки и осуществления такого плана или политики. В материалах главы рассматривается, как лечение согласуется с более широкими политическими проблемами и правовой основой той или иной страны и как наилучшим образом оценивать прогресс в осуществлении политики с учетом ее целей и задач.

В **главе III** описывается, как наилучшим образом разработать концепцию "потребностей в лечении" и как рассматривать население страны с точки зрения наличия всевозможных проблем и изучать различные группы, которые важно не упустить из виду. Далее даются практические советы относительно порядка проведения оценки потребностей, которыми можно постоянно пользоваться.

В **главе IV** рассматривается ряд услуг в области лечения и реабилитации, которые, согласно данным научных исследований, доказали свою эффективность. Материалы этой главы должны иметь практическую пользу при изучении вопроса о том, какие именно виды лечения следует развивать для решения конкретных проблем. Главу V следует изучать вместе с изданием *Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных* [4].

Глава V предлагает практическое руководство по вопросу о разработке единой системы услуг в области лечения или более сложных систем лечения и реабилитации. Меры, направленные на удовлетворение оцененных потребностей, включают услуги в области лечения, основанные на фактических данных, о которых шла речь в главе IV. Практические поэтапные предложения относительно того, как следует продвигать процесс планирования, рассматриваются в основной части *Руководства*.

Глава VI продолжает тему планирования и разработки, начатую в главе V. Основное внимание в ней сосредоточено на обеспечении того, чтобы единая система услуг и несколько видов услуг работали во взаимодействии и эффективно, а также на способах обеспечения наиболее эффективной работы групп.

Глава VII связана со всеми предыдущими главами *Руководства*. В ней рассматривается проблема оценки или мониторинга лечения и оценки его эффективности. Содержащиеся в ней практические предложения касаются наилучших методов сбора базовой или более сложной информации о том, как работают лечебные службы и насколько хорошо они соответствуют установленным целям.

Следующие шесть глав *Руководства* можно читать подряд или по отдельности. Странам, которые только рассматривают возможность разработки своего лечебного потенциала, рекомендуется последовательно изучить главы *Руководства* со II по VII. Страны с развитыми системами могут сосредоточиться на главах VI и VII, вместе с тем им могут быть интересны главы III и V, когда они будут организовывать новую оценку потребностей в конкретной общине или столкнутся с новой проблемой злоупотребления наркотиками, а также при поиске оптимальных путей ее решения.

Представленный ниже вопросник для проведения самооценки может быть полезен в вопросе о том, как наилучшим образом использовать *Руководство*.

F. Как пользоваться *Руководством*

ЮНДКП признает, что многие читатели будут использовать *Руководство* для удовлетворения конкретных интересов или стратегических потребностей. С тем чтобы помочь читателю ориентироваться в материале, ниже приводится вопросник для самооценки, включающий ряд вопросов об условиях и ситуации для каждого читателя. Ответы на него могут помочь читателю использовать материалы *Руководства* в качестве практического инструмента.

Вопросник для самооценки

B1. Есть ли в вашей стране национальная политика или стратегический план, которые касаются лечения наркомании и реабилитации?

Нет – *начните с главы II, после чего переходите к вопросу 2.*

Да – *включает ли эта политика или план показатели их выполнения и цели, позволяющие контролировать их ход?*

Да – *переходите к вопросу 2.*

Нет – *начните с главы II, после чего переходите к вопросу 2.*

B2. Нуждаетесь ли вы в разработке методов оценки того, какие проблемы, связанные с наркотиками, требуют лечения и какое именно лечение может потребоваться для решения известных проблем наркотиков в конкретной общине или группе населения?

Да – *см. главу III, после чего переходите к вопросу 3.*

Нет – *переходите к вопросу 3.*

B3. Нуждаетесь ли вы в проведении обзора ряда услуг, эффективность которых при лечении наркомании подтверждается международной базой данных научных исследований?

Да – *см. главу IV, после чего переходите к вопросу 4.*

Нет – *переходите к вопросу 4.*

B4. Существует ли необходимость в создании нового лечебно-реабилитационного центра или в усовершенствовании существующих услуг в одной или нескольких частях страны?

Да – *см. главу V, после чего переходите к вопросу 5.*

Нет – *переходите к вопросу 5.*

B5. Имеется ли желание проанализировать работу существующих служб или укрепить связи и повысить эффективность взаимодействия и координации между службами?

Да – *см. главы VI и VII.*

Нет – *переходите к вопросу 6.*

B6. Существует ли необходимость усовершенствовать механизмы мониторинга операций и деятельности служб лечения и реабилитации в одном или нескольких районах?

Да – *см. главу VII.*

Глава II

Разработка стратегической основы лечения

В главе II *Руководства* задается следующий вопрос: “Как разработать концепцию стратегической основы лечения и каковы ключевые проблемы, которые требуют решения при разработке и осуществлении политики и планов в области лечения?”

Изучение и применение на практике главы II *Руководства* позволяют:

- включить развитие услуг в области лечения в более широкие стратегические и правовые рамки в целях контроля над наркотиками и сокращения спроса на них;
- признать важность постановки поддающихся измерению целей и приоритетов в планировании политики;
- понять ключевые элементы и руководящие принципы политики в области лечения;
- понять потребность в многосекторном партнерстве в целях развития и эффективного предоставления услуг в области лечения.

В материалах главы II рассматриваются элементы стратегической основы и то, насколько они сообразуются с более широким национальным планом борьбы с наркотиками. Глава предназначена для содействия в разработке стратегии в области лечения. Она предназначена прежде всего для лиц, ответственных за разработку политики, ведущих специалистов и их консультантов из национальных и местных органов, включая государственные министерства (здравоохранения, юстиции и социального обеспечения), а также региональные и государственные учреждения. К числу других важных заинтересованных сторон, которых следует привлечь к разработке стратегической основы, относятся отдельные лечебные заведения и специалисты, потребители услуг, общинные группы и правозащитные организации, которым также предстоит сыграть свою роль в разработке стратегии.

С главой II *Руководства* следует знакомиться вместе с парным документом *Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики*. В этом документе в сжатом виде рассматриваются ожидания, которые общества связывают с решением проблем злоупотребления наркотиками, и характер прибыли на инвестированный капитал, которую должны принести предоставляемые услуги по лечению в виде улучшения состояния здоровья отдельных лиц и смягчения социальных проблем для семей и общин. В ней особо рассматривается воздействие различных форм лечения в свете не связанных с лечением альтернатив, таких как полный отказ от лечения и принятие мер уголовного правосудия, и аргументируется необходимость включения лечения в направления политики, которые вместе образуют часть национальной основы.

Глава II делится на три раздела. В разделе A дается обоснование стратегической основы и рассматриваются связанные с лечением определения и принципы, лежащие в основе политики, а также ключевые элементы, которые, как правило, включаются в стратегический план. В разделе B рассматриваются правовая и регламентарная основа стратегии и правовые вопросы, касающиеся проведения лечения, профессионального поведения, качества лечения, и оперативные, финансовые и договорные вопросы, а также лечение в рамках системы уголовного правосудия. Раздел C посвящен разработке и осуществлению стратегии, в нем рассматривается важное значение привлечения различных партнеров; выполнения политических обязательств; проведения разумной оценки и планирования; необходимости опираться на данные исследований; разработки более широкого поэтапного подхода; содействия сотрудничеству и интеграции; необходимости опираться на меры на уровне общин; обеспечения диверсификации, наличия и доступности услуг; а также мониторинга исполнения.

A. Стратегически важные определения и принципы

Сегодня почти все страны должны изучить вопрос о том, как наилучшим образом реагировать на злоупотребление одним или несколькими психоактивными веществами, что создает проблемы для отдельных лиц, семей и общин. К таким наркотикам относятся каннабис, опиоиды (такие, как героин), кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда, седативные средства/транквилизаторы, галлюциногены, растворители/ингалянты и алкоголь. Ответные меры той или иной страны на злоупотребление наркотиками носят более организованный и направленный характер, когда осуществляются в соответствии с государственной политикой в этой области и соответствующей стратегической основой. Можно разработать программу лечения или целую систему лечения и не имея такой основы, однако создание ее дает существенные преимущества. Значимость стратегической основы заключается в том, что она позволяет в четком и кратком документе сформулировать суть проблемы, меры, принимаемые страной для ее решения, и результаты, которые можно ожидать.

Разработка современных мер лечения наркомании на местном, региональном и национальном уровнях лучше всего обеспечивается при наличии государственной политики и в рамках процесса планирования создания стратегической основы. Такая основа для лечения должна соответствовать контексту генерального плана борьбы с наркотиками соответствующей страны или национальной основе политики борьбы с наркотиками и должна стать важным элементом включенных в эти документы стратегий сокращения спроса на наркотики.

1. Определение лечения

Прежде чем приступать к разработке стратегической политики лечения, необходимо выработать четкую концепцию и дать определение собственно лечения.

В общем плане лечение можно определить как осуществление отдельных или нескольких структурированных мер вмешательства в целях решения проблем, связанных со здоровьем, и других проблем, возникших в результате злоупотребления наркотиками, а также повышения или максимального увеличения дееспособности отдельных лиц и общества. Согласно определению Комитета экспертов по лекарственной зависимости Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) термин "лечение" обозначает "процесс, который начинается, когда лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, вступают в контакт с медицинским учреждением или любой другой общинной службой, и который может продолжаться с помощью проведения последовательных специальных мер, вплоть до достижения наиболее высокого уровня здоровья и благополучия" [5].

В издании *Сокращение спроса: глоссарий терминов*, выпущенном Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности Секретариата (ранее: Управление по контролю над наркотиками и предупреждению преступности Секретариата), добавляется: "По существу, предоставляя лицам, имеющим проблемы, которые вызваны употреблением ими психоактивных веществ, ряд лечебных услуг и возможностей, которые максимально увеличивают их физический, интеллектуальный и социальный потенциал, им можно оказать содействие в достижении конечной цели освобождения от наркотической зависимости и полной социальной интеграции. Лечебные услуги и возможности могут включать дезинтоксикацию, замещающую/поддерживающую терапию и/или психосоциальную терапию и консультирование. Кроме того, лечение нацелено на снижение зависимости от психоактивных веществ, а также на уменьшение негативных последствий для здоровья и общества, вызванных употреблением таких веществ или связанных с ним" [6].

Характер лечебных мер, включая медикаментозное, психосоциальное, традиционное лечение и другие реабилитационные услуги, в разных странах может принимать различные формы. Такие меры вмешательства не являются неизменными и подвержены влиянию разнообразных политических, культурных, религиозных и экономических факторов, которые определяют, как они организованы и осуществляются, а также как они меняются со временем.

2. Международный консенсус в отношении разработки стратегии лечения

В настоящее время среди государств – членов Организации Объединенных Наций существует консенсус относительно инвестирования в различные профилактические и лечебные виды деятельности и их развитие. В Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики говорится, что "программы сокращения спроса должны охватывать все сферы профилактической деятельности, от предотвращения начального потребления наркотиков до уменьшения негативных последствий для здоровья и социальных последствий злоупотребления наркотиками. Они должны преду-

Врезка 1

Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики[a]

"8. ... в соответствии с принципами Устава Организации Объединенных Наций и международного права обеспечивать, в частности, уважение суверенитета и территориальной целостности государств, прав человека и основных свобод и принципов Всеобщей декларации прав человека и соблюдение принципа совместной ответственности:

a) должен обеспечиваться сбалансированный подход к осуществлению взаимоукрепляющих мер по сокращению спроса и сокращению предложения в рамках интегрированного подхода к решению проблемы наркотиков;

b) меры по сокращению спроса должны:

- *i)* быть направлены на предупреждение потребления наркотиков и уменьшение неблагоприятных последствий злоупотребления наркотиками;
- *ii)* обеспечивать и поощрять активное и согласованное участие отдельных лиц на уровне общины в целом и в ситуациях особого риска с учетом, в частности, их географического положения, экономических условий или относительно высокой численности наркоманов;
- *iii)* учитывать культурные особенности и гендерные факторы;
- *iv)* способствовать созданию и закреплению благоприятных условий.

10. Программы сокращения спроса должны охватывать все сферы профилактической деятельности, от предотвращения начального потребления наркотиков до уменьшения негативных последствий для здоровья и социальных последствий злоупотребления наркотиками. Они должны предусматривать меры по информированию, воспитанию, просвещению населения, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции. Нуждающимся должны быть предоставлены возможности своевременного получения помощи и доступа к соответствующим службам".

[a]Резолюция S-20/3 Генеральной Ассамблеи, приложение.

сматривать меры по информированию, воспитанию, просвещению населения, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции. Нуждающимся должны быть предоставлены возможности своевременного получения помощи и доступа к соответствующим службам". В Декларации также изложены особые принципы, которые должны лежать в основе разработки стратегии. Эти принципы резюмированы во врезке 1.

Большинство стран имеет национальные генеральные планы борьбы с наркотиками или более широкие национальные политические основы, призванные организовать и направлять деятельность страны по разрешению этой проблемы. Ввиду того что проблемы злоупотребления наркотиками могут затрагивать многие слои населения и стать причиной медицинских, социальных и правовых проблем, эти планы часто включаются в существующую политику в области правоохранительной деятельности, правосудия, образования, здравоохранения, трудовых отношений, сельского хозяйства, экономики и социальной политики.

Успешные стратегии лечения наркомании должны быть включены в эту более широкую политическую основу, когда сокращение предложения и спроса на наркотики имеет первостепенное значение. Меры в области лечения и профилактики являются важнейшей составляющей, обеспечивающей успешное осуществление сбалансированных мер по сокращению спроса. Несмотря на то что политика в области профилактики выходит за рамки настоящего исследования, она должна разрабатываться одновременно с политикой в области лечения, с тем чтобы обеспечить общий сбалансированный подход. В целом стратегическое планирование является важнейшей задачей, в рамках которой одно или несколько учреждений определяют характер и объем потребностей населения и создают основу в целях наиболее эффективного использования ресурсов для удовлетворения этих потребностей.

3. Основные характеристики стратегической основы лечения

Во многих общинах растут ожидания относительно доступности ряда услуг в области лечения, независимо от возраста, расы, пола, сексуальных предпочтений, социального и экономического положения и местожительства. Ключевым элементом успешных мер борьбы со злоупотреблением наркотиками являются партнерские отношения и активное сотрудничество между центральными и местными властями, неправительственными организациями, учреждениями по предоставлению таких услуг и общинами. Лица, злоупотребляющие наркотиками, нередко относятся к стигматизированной группе населения, и партнерам на уровне общины вместе с влиятельными людьми, возможно, придется взять на себя роль их защитников, с тем чтобы содействовать пониманию проблем злоупотребления наркотиками и путей их эффективного решения. Поддержка лечебных услуг на уровне общины имеет очевидные преимущества. Она может содействовать формированию позитивного климата в отношении профилактики наркомании и обеспечению выделения необходимых ресурсов для соответствующих мер, обеспечивающих работу и развитие служб.

Концепция лечения представляет собой описание важных принципов, которые лежат в основе подходов к лечению в конкретной стране, и содержит цели, задачи и виды деятельности национальной лечебной системы. В ней определены ресурсы, учреждения и организации, участвующие в предоставлении лечебных услуг на основе концепции, что позволяет осуществлять мониторинг деятельности на основе показателей исполнения.

В некоторых странах подобные планы превратились в детально разработанные заявления о политике и принимаемых мерах. Однако стратегический основополагающий документ не должен быть большим и подробным. Вместе с тем в нем должен быть отражен культурный и экономический контекст государства и установленные приоритеты в решении проблемы борьбы с наркотиками. Важно, чтобы в основополагающем документе были четко сформулированы общие принципы и цели. Важно также определить конкретные мероприятия, которые будут осуществляться, и согласованную систему показателей, которые следует использовать для оценки того, насколько хорошо стратегия соответствует поставленным целям. Важно, чтобы стратегическая основа лечения рассматривалась как действующий документ с установленным сроком действия, подлежащий, при необходимости, регулярному пересмотру и исправлению.

Стратегические планы борьбы со злоупотреблением наркотиками, несмотря на все их разнообразие, объединяет ряд общих черт. В частности, большинство планов:

- содержат оценку и характеристику групп населения, подверженных злоупотреблению наркотиками, природы и масштабов проблем, подлежащих решению;
- содержат резюме мнений, ценностей, целей и задач национальных, региональных и общинных учреждений и организаций, предоставляющих услуги, которые должны быть привлечены к решению проблемы;
- определяют руководящий орган или отдельное лицо, которое будет отвечать за руководство политикой;
- содержат описание общих функций каждой участвующей национальной, региональной и местной (государственной и неправительственной) организации и того вклада, который они должны будут внести на различных этапах планирования и осуществления политики;
- указывают механизмы привлечения и представительства общины;
- содержат описание законодательной основы и положений, которые сделают возможным проведение лечения;
- содержат подробное описание конкретных видов лечения, которые следует разрабатывать или

Врезка 2

Национальная стратегическая основа борьбы с наркотиками в Австралии с 1998–1999 годов по 2002–2003 годы

Правительство Австралии разработало национальную стратегическую основу борьбы с наркотиками на период с 1998–1999 годов по 2002–2003 годы.

Доступ к лечению, установление партнерских отношений, увязка с другими стратегиями и профессиональное обучение и подготовка – это четыре из восьми приоритетных областей, указанных в стратегической основе.

В стратегической основе под заголовком “доступ к лечению” определены следующие области будущего развития услуг по лечению:

- расширение перечня имеющихся услуг, например путем развития ряда эффективных альтернативных фармакотерапевтических методов лечения опиоидной зависимости, с тем чтобы лучше приспособить лечение к нуждам конкретных лиц;
- повышение эффективности и качества услуг, например путем обеспечения того, чтобы услуги предоставлялись на основе фактических данных и оказывались опытным и надлежащим образом подготовленным персоналом;
- расширение доступа к услугам и обеспечение того, чтобы предоставляемые услуги принимались общиной, в том числе развитие услуг для особых групп населения (молодежи, коренных жителей, женщин, имеющих детей, людей, живущих в сельских и отдаленных районах, людей из иной культурной и языковой среды), а также повышение качества обслуживания с учетом культурных особенностей, предоставляемого основными лечебными учреждениями;
- расширение участия основных поставщиков услуг, таких как общепрактикующие врачи и больницы общего профиля, на ранних этапах вмешательства и профилактики рецидивов;
- установление более прочных связей между наркологическими и психиатрическими службами, с тем чтобы повысить качество обслуживания в обоих секторах и в основной системе медицинского обслуживания для оказания помощи пациентам, имеющим проблемы с психическим здоровьем и наркотиками;
- расширение доступа к лечению для людей в рамках систем уголовного правосудия и правосудия по делам несовершеннолетних, включая расширение программ замены уголовной ответственности альтернативными видами наказания, с тем чтобы лица, задержанные за незначительные правонарушения, связанные с наркотиками, могли быть направлены для прохождения соответствующего курса лечения от наркотической зависимости.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/ document/ndsf.pdf**

Врезка 3

Услуги, предоставляемые испанской лечебно-реабилитационной сетью

В настоящее время Испания имеет объединенную и диверсифицированную сеть программ и ресурсов, предлагаемых лицам, злоупотребляющим наркотиками, включая ряд мероприятий, направленных на удовлетворение различных потребностей потребителей и их семей.

В своей деятельности сеть полагается на общины и отдельные города, местные органы и неправительственные организации, которые занимаются проблемой наркомании.

Большинство людей получают помощь в виде амбулаторного лечения, а вторым наиболее распространенным видом лечения является замещающее лечение метадоном, который получают по назначению врача или в раздаточных пунктах.

В связи с этим особо следует подчеркнуть значительное увеличение в последние несколько лет второго вида программ (то есть лечение метадоном) и в целом рост числа программ, направленных на уменьшение вреда, связанного с употреблением наркотиков (программы вакцинации, программы раздачи и обмена игл, раздача гигиенических наборов и т. п.).

Цель других программ заключается в том, чтобы интегрировать в общество людей, страдающих наркоманией и проходящих лечение. Эти программы включают общеобразовательную и профессиональную подготовку и интеграцию в состав рабочей силы (работа в ремесленных мастерских, специальные программы занятости, содействие созданию кооперативов самопомощи и т. д.), а также поддержку по месту жительства (путем предоставления временного жилья в центрах для выздоравливающих или в патронатных семьях и т. п.).

В целях поощрения развития программ трудоустройства и в соответствии с соглашением о сотрудничестве между Министерством внутренних дел и Министерством труда и социальных вопросов было создано 5 тыс. рабочих мест, с тем чтобы содействовать интеграции наркоманов в состав рабочей силы посредством Национальной программы профессиональной подготовки и интеграции.

Кроме того, глобальная программа мероприятий, предназначенных для наркоманов, имеющих проблемы с законом или отбывающих наказание, включает следующие стратегии: альтернативы наказанию в виде лишения свободы; программы, осуществляемые в полицейских участках и судах; и программы мероприятий в пенитенциарных учреждениях, особенно программы лечения метадоном.

Источник: Национальный план борьбы с наркотиками в Испании. Более подробная информация содержится по адресу: http://www.mir.es/pnd/presenta/html/user.htm

совершенствовать, и мер, которые необходимо принять в этих целях;
- определяют уровни финансовых и людских ресурсов, которые будут выделены;
- определяют реальные результаты, которых можно ожидать от лечения, и методы оценки успешности этих результатов;
- определяют методы мониторинга и пересмотра стратегии и то, каким образом информация о ее осуществлении и воздействии будет распространяться и анализироваться в стране.

В качестве примеров национальной политики борьбы со злоупотреблением наркотиками во врезке 2 описаны ключевые элементы национальной стратегической основы борьбы с наркотиками в Австралии, а во врезке 3 описана национальная правительственная сеть услуг в области лечения, действующая в Испании.

B. Правовая и регламентарная основа

Международные договоры о контроле над наркотиками создают правовую основу для деятельности, связанной с контролем над наркотиками. Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года [7], Конвенция о психотропных веществах 1971 года [8] и Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года [9] содержат положения, предлагающие государствам – членам Организации Объединенных Наций уделять особое внимание и принимать все возможные меры в целях своевременного выявления, лечения, последующего наблюдения, реабилитации и социальной реинтеграции лиц, имеющих проблемы со злоупотреблением наркотиками. Государствам-членам также рекомендуется содействовать подготовке персонала в областях лечения, последующего наблюдения, реабилитации и социальной реинтеграции лиц, злоупотребляющих наркотиками [10].

Принятие мер для решения проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками, – это сложная сфера социального вмешательства, которая часто охватывает широкий ряд учреждений, включая социальные службы, учреждения системы уголовного правосудия, такие как полиция, органы пробации и тюремные власти, а также другие учреждения системы здравоохранения и социального обеспечения.

На организацию и предоставление лечения от наркомании и лекарственной зависимости влияет ряд правовых вопросов и положений. Между странами существуют заметные различия в характере и сфере применения мер правового контроля. Во многих случаях правовые положения, регулирующие вопросы лечения от злоупотребления психоактивными веществами, содержатся не в одном законе или законодательстве, а в различных нормативных документах, таких как законы о наркотиках, положения о правах потребителя или инструкции, касающиеся медицинской практики. Во всех случаях необходима высокая степень согласованности

Врезка 4

Правовые нормы, касающиеся лечения наркомании в Словении

Словенский Закон о профилактике употребления незаконных наркотиков и касающийся лиц, потребляющих незаконные наркотики (1999 года) определяет, среди прочего, меры, направленные на лечение наркомании и лекарственной зависимости. Закон устанавливает, что лечение лиц, потребляющих незаконные наркотики, должно осуществляться на основе программ стационарного и амбулаторного лечения, утвержденных Советом по вопросам здравоохранения.

Министр, ответственный за здравоохранение, должен назначить орган для координации работы центров профилактики и лечения зависимости от незаконных наркотиков. Этот орган разрабатывает политику лечения наркомании, контролирует ее осуществление и координирует профессиональное сотрудничество между центрами профилактики и лечения зависимости от незаконных наркотиков. В соответствии с законом, регулирующим медицинскую деятельность, лечение включает поддерживающее лечение метадоном и другими замещающими препаратами, утвержденными Советом по вопросам здравоохранения.

Амбулаторные центры профилактики и лечения зависимости от незаконных наркотиков организуются на уровне первичной медико-санитарной помощи как часть сети служб системы здравоохранения. Услуги, предоставляемые в амбулаторных центрах, включают программы поддерживающего лечения метадоном.

Кроме того, правительство Словении должно создать в системе здравоохранения учреждение, ответственное за проведение стационарного и специализированного амбулаторного лечения, – Центр лечения лиц, злоупотребляющих незаконными наркотиками. Стационарное лечение, как считается, должно включать дезинтоксикацию в условиях стационара, психосоциальную терапию, продолжительное лечение и восстановление здоровья.

Согласно Закону, общины, образованные для проживания наркоманов, должны представлять собой терапевтические общины, которые осуществляют профессиональные терапевтические и реабилитационные программы, общинные группы, которые осуществляют программу, основанную главным образом на взаимопомощи, и центры по оказанию специальной помощи, выполняющие программу, основной упор в которой делается на жизнь и работу в группах.

В Законе также рассматривается необходимость привлечения неправительственных организаций и координации их деятельности с национальной программой.

Предусматривается, что фонды для совместного финансирования осуществления программ профилактики и лечения, а также контроля над потреблением будут выделяться из национального бюджета. Деятельность неправительственных организаций должна совместно финансироваться из национального бюджета и других фондов. Часть платежей производят участники программы.

между стратегической основой лечения и соответствующими национальным законодательством и нормами. Принятие законодательства о контроле над наркотиками нередко предшествует разработке стратегий лечения. В таких случаях необходимо проанализировать существующие законы на предмет их согласованности с планируемой политикой и стратегией для национальной системы лечения и, если требуется, изменить их. Остальная часть настоящего раздела освещает проблемы законодательства в девяти областях.

1. Назначение органа, ответственного за лечение

Ключевым аспектом, который часто находит отражение в законодательстве, регулирующем лечение от злоупотребления психоактивными веществами и реабилитацию, является назначение ответственных за это учреждений. Учитывая масштаб проблем со здоровьем людей, а также социальных, семейных, экономических и уголовных проблем, которые связаны со злоупотреблением психоактивными веществами, неудивительно, что ряд департаментов центрального и местного правительств играют активную роль в решении данной проблемы. Стратегии борьбы с наркоманией нередко разрабатываются как заявления об основном политическом курсе, предусматривающем широкое партнерство и назначение в составе правительства соответствующего органа, однако назначенный ведущий департамент несет полную ответственность за анализ политики и выбор политического курса. Исторические прецеденты и организация систем медико-санитарной помощи и социального обеспечения в стране, как правило, определяют соотношение ответственности между департаментами. Какое бы соотношение ни было установлено, оно должно обеспечивать эффективную координацию лечебных услуг. Пример того, как было проведено назначение ответственного за лечение органа и обеспечена общая координация услуг в Словении, приведен во врезке 4.

2. Профессиональные стандарты и поведение

Персонал, работающий в сфере предоставления лечебных услуг и получивший официальную профессиональную подготовку, должен в своей работе придерживаться профессионального кодекса поведения, а также регламентарных норм и дополнительных профессиональных положений. Может существовать также ведущая ассоциация профессионалов, работающих в конкретной области злоупотребления психоактивными веществами, например занимающихся консультированием. Профессиональные стандарты могут включать:

- обязательство, гарантирующее, что ни один профессионал не будет дискриминировать пациентов на основе пола, расы, вероисповедания, сексуальной ориентации или инвалидности;
- соблюдение руководящих правил и стандартов, касающихся профессионального поведения и предоставления пациентам информации об их лечении;
- особую приверженность соблюдению прав пациентов, включая право на конфиденциальность, в отношении подготовки, хранения и разглашения данных из историй болезни и клинических сведений;
- обеспечение требуемого уровня профессиональной компетентности для выполнения конкретных функций, а также текущего контроля и по мере необходимости непрерывного обучения и подготовки;
- наглядную приверженность ценностям и целям организации, подтвержденную участием в обеспечении гарантии качества и осуществлении стратегий постоянного мониторинга ее реализации и результатов.

Элементы профессионального кодекса поведения могут включать: профессиональную безопасность; профессиональные функции и ограничения; правила разглашения сведений; меры и санкции в случае непрофессионального поведения. Медицинское сообщество, как правило, наделено определенными правами в плане расследования деятельности и/или временно-

Врезка 5

Практическое применение законодательства о правах потребителей на профилактику и лечение наркомании

Управление Соединенных Штатов по наркологической и психиатрической помощи разработало руководящие принципы, касающиеся прав пациентов при профилактике наркомании и получении лечебных услуг. Они обеспечивают практическое применение законодательства Соединенных Штатов о правах потребителей и учитывают ключевые проблемы, которые возникают при применении Билля о правах и обязанностях потребителя в контексте психического здоровья и профилактики и лечения зависимости от химических веществ. Наряду с практическим оперативным руководством и примерами того, как эти права и обязанности могут осуществляться на практике, был рассмотрен ряд вопросов. В связи с руководством рассмотрены следующие вопросы:

Разглашение информации	Стороны, предоставляющие услуги, и планы
Услуги экстренной медицинской помощи	Выбор метода лечения
Уважение и недискриминация	Конфиденциальность информации о здоровье
Жалобы и апелляции	Обязанности потребителя
Доступ к услугам	Программы омбудсмена
Медицинская грамотность	Глоссарий терминов

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.samhsa.gov/mc/content/cbr/index.htm**

Врезка 6

Поддержанная инициатива Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами: стандарты обслуживания при лечении наркомании

Поддержанная инициатива, осуществляемая СИКАД с 1997 года, призвана помочь правительствам достичь консенсуса в рамках национального сообщества медико-санитарных работников относительно желательной разработки стандартов обслуживания и последующего применения на практике соответствующих методов и руководящих принципов. Долговременная цель, рекомендованная Группой экспертов по сокращению спроса СИКАД (в марте 1998 года и в августе 2001 года), заключается в разработке систем аккредитации лечебных учреждений.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.cicad.oas.org/en/demandreduction/ Projects/Standards.htm**

го отстранения человека от исполнения обязанностей. Большинству специалистов, работающих с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, необходимо иметь профессиональную страховку или покрытие профессиональной ответственности.

3. Права и обязанности участников программ лечения

Во многих странах принято общее законодательство о правах личности на получение медицинской и социальной помощи, но в нем не содержится какого-либо конкретного упоминания о злоупотреблении наркотиками. Согласно этим общим положениям наркоманы имеют те же права на получение лечения, что и люди с другими хроническими расстройствами здоровья. Такие права могут быть различными путями отражены в разных направлениях политики и стратегиях, в том числе: личное достоинство человека; предоставление услуг на недискриминационной основе; доступ к лечебным услугам, которые отвечают потребностям человека; и механизмы защиты интересов и консультирования, имеющие отношение к системе уголовного правосудия. Пользователи услуг, когда речь идет о лечебных услугах, также связаны обязательствами, которые, как правило, касаются их поступков, надлежащего поведения и участия в программе лечения.

Во многих странах пользователи услуг имеют права, привилегии и льготы, которые гарантируют пациенту право обращаться с жалобами на неадекватное лечение, а также право ознакомиться и получить копию всех клинических записей об их лечении. Во многих системах лечения также сложились правила соблюдения конфиденциальности. Они, как правило, ограничивают действия лечебных заведений и лечащего персонала, устанавливая абсолютное минимальное юридическое требование, касающееся разглашения или стремления получить от персонала, представляющего третью сторону, сведений о лечении пациента без его письменного на то согласия. Детальный анализ этих вопросов и некоторые практические руководящие принципы, касающиеся прав пациентов, изложены во врезке 5.

4. Стандарты обслуживания и аккредитация

Отмечается растущий интерес к развитию систем аккредитации услуг по лечению злоупотребления психоактивными веществами. Аккредитация означает систему гарантий того, что предоставляющая услуги сторона соответствует ряду стандартов деятельности, которая основывается на существующих правовых нормах, имеющих отношение к организации, регулированию и проведению лечения.

Одна из наиболее развитых систем аккредитации действует в Соединенных Штатах. Центр лечения токсикомании контролирует систему аккредитации Соединенных Штатов для лечения зависимости от психоактивных веществ и предоставляет техническую помощь, направленную на содействие оказывающим услуги лечебным заведениям в обеспечении соответствия стандартам аккредитации [11]. Во врезке 6 описана инициатива Межамериканской комиссии по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД), направленная на поддержку разработки стандартов обслуживания в Западном полушарии.

5. Вопросы качества и оперативные вопросы

Во многих странах действуют контроль качества, клинические стандарты и другие стандарты обслуживания, которые основываются на национальном и международном праве. Эти стандарты могут охватывать вопросы окружающей обстановки и такие вопросы, как повышение надежности, неприкосновенность частной жизни пациентов, находящихся в специализированных учреждениях, адекватные условия проживания (отопление, освещение, питание и т. п.) и соответствующее оборудование. Национальные правила руководства клинической деятельностью могут также по закону требовать наличия определенной организационной политики и практики, включая следующее:

- наличие органов управления и руководящих комитетов определенного размера и состава;
- ведение истории болезни пациента и обеспечение безопасности данных;
- порядок оценки риска и раскрытия врачебной тайны без наличия согласия (например, в ситуациях, когда пациенты, как считается, представляют опасность для самих себя и/или других лиц);
- юридическую регистрацию лечебного учреждения при правительственном органе;
- порядок хранения и выдачи контролируемых лекарственных средств;
- обязательства в отношении персонала согласно трудовому праву.

Врезка 7

Разработка минимальных стандартов обслуживания для программ лечения наркомании и лекарственной зависимости в Никарагуа

Правительство Никарагуа занимается разработкой минимальных стандартов обслуживания для центров или программ лечения наркомании и лекарственной зависимости при координации со стороны исполнительного секретаря Национального совета по борьбе с наркотиками и Министерства здравоохранения. Как часть этого процесса в рамках регионального проекта, финансируемого ЮНДКП, в Манагуа в январе 2002 года был организован семинар, направленный на достижение консенсуса и содействие разработке стандартов. В работе семинара приняли участие в общей сложности 31 участник, представляющие различные секторы исполнительной власти и ответственные за соответствующие вопросы (здравоохранение, семья, контроль над наркотиками и уголовное правосудие), а также государственные и неправительственные заведения, предоставляющие лечебные услуги. Такой уровень участия имел важнейшее значение для разработки стандартов обслуживания, в которых учтены реалии Никарагуа.

Общая цель запланированных минимальных стандартов обслуживания заключалась в том, чтобы повысить его качество в государственных и частных центрах или через осуществление программ, которые предназначены для людей, имеющих проблемы в связи с употреблением наркотиков. Были определены следующие ближайшие цели для этих стандартов:

- служить в качестве справочного и руководящего материала в работе лечебных учреждений;
- разработать единые национальные критерии оценки качества обслуживания в государственных и частных учреждениях;
- выявить факторы, являющиеся причиной несоответствия новым установленным национальным стандартам обслуживания и их несоблюдения.

Работа семинара основывалась на методике участия и включала заседания рабочих групп, заседания, проводившиеся по методу “мозгового штурма”, дискуссии и выступления участников. Основным результатом семинара стал документ, принятый на основе консенсуса и содержащий в общей сложности 87 стандартов обслуживания, сгруппированных по следующим категориям:

- доступ, наличие и критерии лечения;
- оценка пациента;
- характер и организация лечения и предоставляемые услуги;
- выписка после лечения, последующее наблюдение и направление к специалистам;
- охват медицинским обслуживанием и быстрое вмешательство;
- права пациентов;
- физическая инфраструктура лечебных центров;
- укомплектование персоналом.

Группа согласилась с планом действий по разработке и введению системы мониторинга соблюдения согласованных минимальных стандартов обслуживания. Планом действий устанавливаются конкретные сроки и определяются комитеты, ответственные за осуществление согласованных мероприятий. Координационный комитет, возглавляемый Департаментом психического здоровья Министерства здравоохранения, должен был составить окончательный документ для его экспериментальной проверки на практике. Предполагалось, что система контроля начнет действовать к концу 2002 года.

Врезка 8

Минимальные стандарты обслуживания в Индии

В соответствии с мандатом на координацию стратегии сокращения спроса на алкоголь и наркотики правительства Индии Министерство по вопросам социальной справедливости и полномочий за прошедшие 15 лет, действуя через добровольцев, осуществило на уровне общин широкий спектр программ профилактики алкоголизма и наркомании, а также лечения и реабилитации лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью.

Организации на уровне общин, занимающиеся этими программами, участвовали в осуществлении широкого ряда новаторских, основанных на учете потребностей и местной специфики мер, адаптированных к нуждам общины в целом и целевых групп в частности.

В рамках программ подготовки, предназначенных для персонала, который предоставляет такие услуги, и основанных на принципах и практике ухода и защиты при реабилитации после лечения от злоупотребления психоактивными веществами, со временем установились определенные минимальные стандарты обслуживания со стороны специалистов по вопросам реабилитации.

Однако, если учесть размеры страны, широкое разнообразие социокультурных условий и различный потенциал учреждений-исполнителей, давно ощущалась необходимость в определении наилучших методов предоставления услуг и их систематизации в свод руководящих принципов, которые могли бы единообразно применяться ко всем учреждениям-исполнителям в качестве минимальных стандартов.

В результате этих усилий было составлено *Руководство по минимальным стандартам обслуживания для программ, осуществляемых в соответствии с системой профилактики алкогольной и психоактивной (наркотической) зависимости.* В *Руководстве*, которое указало в качестве основной цели полное выздоровление человека, определяются основные компоненты программ сокращения спроса на алкоголь и наркотики в соответствии с системой профилактики, установлены минимальные требования к инфраструктуре для каждого компонента, характер и качество услуг, мероприятия, связанные с предоставлением различных услуг, затрачиваемые ресурсы и предполагаемые результаты для каждого вида деятельности, обязательные записи и т. п. В нем также заложена основа для создания сетей и установления связей между службами и учреждениями, с тем чтобы обеспечить целостность мер вмешательства и оптимальное использование ресурсов. Помимо стандартизации опыта и выработки на этой основе практики оно также будет обеспечивать объективную оценку программ на основе показателей исполнения.

Руководство определило этический кодекс для лечебных учреждений, предоставляющих услуги, на основе признания прав и обязанностей пациентов. Это должно обеспечить благоприятную, искреннюю и заботливую атмосферу в лечебных учреждениях.

Руководство, если ему будут следовать партнеры, государственные и неправительственные организации, как предполагается, приведет к новому этапу предоставления качественных услуг через добровольные организации в социальном секторе. Оно также откроет путь для постоянного пересмотра и совершенствования стандартов на основе нового опыта и все более продуманного осуществления программ.

Источник: Foreword to Asha Das, Manual on Minimum Standards of Services for the Programmes under the Scheme for Prevention of Alcoholism and Substance (Drugs) Abuse (New Delhi, Ministry of Social Justice and Empowerment of India, 2001).

Примеры инициатив, касающихся стандартов обслуживания, приводятся во врезках 7 и 8.

6. Регламентация фармакотерапии

Особое правовое требование касается медицинского лечения наркомании с использованием терапевтических лекарственных средств для лечения наркотической зависимости. Наиболее часто прописываемым замещающим лекарственным средством является метадон, который используется для лечения опиоидной зависимости. Международные конвенции о контроле над наркотиками требуют, чтобы снабжение и выдача пациентам контролируемых психоактивных веществ осуществлялись только на основании медицинских рецептов. Прописывать такие препараты может только имеющий на это разрешение (или лицензию) врач. Могут также иметься правовые методы контроля за различными аспектами фармакотерапии, включая:

- уполномоченные учреждения и/или персонал, который может обеспечить различные методы лечения;
- приготовление разрешенного лекарственного средства (как правило, только для перорального употребления);
- условия выдачи контролируемых лекарственных средств (например, может ли пациент заниматься самолечением без врачебного контроля);
- установление уровней максимальных доз для проведения лечения и последующих этапов поддерживающего лечения;
- критерии приемлемости пациентов для прохождения замещающего лечения (например, минимальный возраст, предыдущие попытки лечения или зависимость в течение минимального периода времени);
- требование, касающееся регулярного биологического тестирования пациентов на наличие в организме незаконных наркотиков.

7. Финансовые и договорные вопросы

В мире существуют огромные различия в наличии людских и финансовых ресурсов, необходимых для поддержки усилий по лечению и обеспечения правовых норм, которые регулируют их осуществление. Какими бы скромными ни были эти ресурсы, эффективная стратегия должна охарактеризовать уровень возможных инвестиций и пути их выделения для финансирования лечебных услуг. Это может включать, например, национальные системы здравоохранения, финансируемые посредством налогообложения и страхования граждан, смешанные средства государственных и частных лечебных служб или службы, финансируемые исключительно из частных источников.

Лечебные учреждения могут иметь юридически обязательные договорные соглашения с финансирующими органами или инвесторами, которые выделяют финансовые ресурсы для осуществления лечения. Эти соглашения могут касаться:

- предоставления обслуживания в установленном объеме в определенный период времени;
- срока действия любого соглашения о предоставлении обслуживания и прекращении лечения и аспектов о нарушении договора;
- установленных штрафов за неспособность предоставить помощь достаточного объема или качества;
- обязательств финансирующего органа или плательщика, касающихся сроков платежей за лечение и других финансовых договоренностей.

Могут действовать двусторонние соглашения между двумя или более странами, которые дают возможность людям проходить лечение в другой стране. Такие соглашения, например, действуют в Европейском союзе.

8. Неофициальные и официальные меры принуждения к лечению

Мотивацией для прохождения лечения могут служить различные формы воздействия, как неофициального, так и официального (основанного на законе). Люди, решившие пройти лечение, могут быть озабочены возможным разладом в семье и ее финансовым положением. Других может волновать потеря работы, и они соглашаются на лечение, получив официальное направление от отдела кадров или медицинского отдела.

Прямое принуждение к лечению может происходить в форме обязательного направления на лечение в соответствии с законом, хотя многие юрисдикции требуют от соответствующего человека письменного согласия. Письменное согласие также означает важный акт принятия этим человеком на себя ответственности, которая за время осуществления программы способна помочь ему впоследствии преодолеть препятствия на пути к выздоровлению.

Эта мера может оказаться эффективной с точки зрения затрат и стать реабилитационной альтернативой лишению свободы для лиц, совершивших правонарушения, связанные со злоупотреблением наркотиками. Для обеспечения эффективности правовые нормы должны быть подкреплены адекватным совершенствованием лечебной системы, интенсивной координацией и взаимодействием между учреждениями систем правосудия и лечения, а также непрерывной оценкой результатов. Важно, чтобы правовые нормы были тщательно разработаны, поскольку они вводят ограничения основных прав человека – на свободу личности и личную неприкосновенность.

9. Лечение в рамках системы уголовного правосудия

Весьма высока вероятность того, что лица, злоупотребляющие психоактивными веществами и страдающие зависимостью от них, могут столкнуться с системой уголовного правосудия. Лечение, начатое по направлению органов уголовного правосудия, общинных лечебных учреждений и программ реабилитации

на базе тюрьмы, может стать частью общей системы лечения. Высокий процент лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, в учреждениях тюремной системы привел к появлению в учреждениях пенитенциарной системы специальных медико-санитарных услуг, а также программ лечения от наркотической зависимости и реабилитации.

Законодательством многих стран предусматривается выведение наркозависимых лиц из системы уголовного правосудия для направления их на лечение и реабилитацию в рамках соответствующих программ. В соответствии с некоторыми подходами полиция может давать заключенному разрешение на встречу с наркологом, который может провести оценку потребностей пациента и рекомендовать ему определенную программу лечения. Суд может принять во внимание результаты этой встречи и оценку специалиста и сам предложить осужденному пройти лечение в общинном лечебном центре в качестве альтернативы тюремному заключению. Такая альтернатива наказанию жестко регламентируется требованием к пациенту являться на лечение и соблюдать предписания программы лечения. В случае несоблюдения режима пациент может быть исключен из программы замены уголовной ответственности и передан в традиционную систему уголовного правосудия.

Некоторые юрисдикции создают существенные стимулы для того, чтобы человек продолжал лечение и добивался поставленной цели. Например, на Бермудских островах, если участник такой программы не употребляет наркотики и не совершил нового правонарушения по истечении первых 12 месяцев его участия в программе лечения от наркомании по направлению суда, то вмененное ему в вину первоначальное правонарушение может быть аннулировано. Если все эти условия соблюдаются по истечении двух лет, то уголовное досье этого человека может быть закрыто.

Врезка 9

Онлайновая юридическая библиотека ЮНДКП

Онлайновая юридическая библиотека ЮНДКП содержит полный текст законов и правил, опубликованных государствами, с тем чтобы привести в действие три основных международных договора о контроле над наркотиками. В соответствии с этими договорами государства обязаны информировать Организацию Объединенных Наций о своем законодательстве по контролю над наркотиками. Большинство государств информируют ЮНДКП о таком законодательстве на добровольной основе. Первоначально онлайновая библиотека включала только законы, принятые с 1990 года.

Обновление фондов юридической библиотеки зависит от сообщений, предоставляемых государствами, об изменениях в их законодательстве. Таким образом, ЮНДКП не может гарантировать, что пользователь всегда найдет самые последние данные о законодательном статусе каждой страны.

К числу стран, которые приняли законодательство, включенное в базу данных и содержащее специальные положения о лечении от наркомании, относятся Австрия, Германия, Греция, Испания, Италия, Кения, Кипр, Никарагуа, Польша, Португалия, Соединенное Королевство, Таиланд, Франция, Швеция и Южная Африка.

Более подробную информацию см. по адресу:
http://www.undcp.org/legislation.html

В некоторых странах существующие политическое и законодательное положения таковы, что совершающие правонарушения наркоманы скорее всего будут приговорены к лишению свободы без направления на лечение. В таких случаях аргументы в поддержку создания возможностей для направления на лечение в рамках системы уголовного правосудия должны быть сформулированы с точки зрения возможной экономической эффективности такой политики.

ЮНДКП создала онлайновую юридическую библиотеку, которая может дать более подробную информацию по этому и другим соответствующим правовым вопросам (см. врезку 9).

C. Разработка и осуществление эффективной стратегии лечения

В настоящем заключительном разделе главы II основное внимание сосредоточено на 11 областях, которые должны рассматриваться как часть процесса разработки и осуществления стратегии лечения. К их числу относятся следующие области:

- привлечение учреждений-партнеров;
- привлечение потребителей услуг и общин;
- обеспечение приверженности политике;
- проведение обоснованной оценки и планирования;
- выделение ресурсов в соответствии с потребностями;
- опора на данные исследований;
- разработка расширенного и поэтапного подхода;
- содействие сотрудничеству, координации и интеграции;
- опора на меры на уровне общины;
- обеспечение наличия и доступности услуг;
- мониторинг исполнения.

1. Привлечение учреждений-партнеров

В ряде стран лечение наркомании преимущественно проводится в рамках сектора здравоохранения, хотя в других странах оно, как правило, осуществляется в учреждениях системы социального обеспечения или главным образом в рамках системы уголовного правосудия. Хотя соразмерность вкладов секторов здравоохранения, социального обеспечения и уголовного правосудия может весьма значительно изменяться со временем, в идеале должны участвовать все секторы.

Помимо помощи людям в прекращении употребления наркотиков услуги по лечению также сосредоточены на оказании благоприятного немедленного воздействия на здоровье посредством сокращения вредного для здоровья употребления наркотиков и связанного с этим поведения. В рамках специальных программ лечения также необходимо сотрудничать с другими учреждениями, предоставляющими такие услу-

ги, в целях решения ряда медицинских, поведенческих, социальных и экономических проблем, с которыми сталкиваются отдельные лица и семьи, страдающие от злоупотребления наркотиками.

Важно помнить о том, что в современные системы лечения можно вовлечь множество различных учреждений. Существуют государственный сектор и финансируемые государством учреждения, а также частный сектор, неправительственные и другие организации на уровне общины, включая религиозные организации. Кроме того, другие формы традиционного лечения и социальной поддержки могут сыграть свою роль в общей организации и обеспечении комплексной системы лечения. Первичная медико-санитарная и социальная помощь и меры на уровне общины являются важнейшими компонентами, обеспечивающими доступность системы лечения, и поэтому следует использовать широкий подход на уровне системы здравоохранения и всего населения к планированию лечения и предоставлению услуг.

2. Привлечение пользователей услуг и общины

Растет осознание того, что пользователи лечебных услуг являются частью общины и что процесс установления потребностей в таких услугах должен осуществляться с учетом широкого диапазона интересов общины и разрабатываться в соответствии с ними. Пользователи услуг играют важную роль в содействии формированию подхода, который обеспечивает должную отчетность и ответственность всех тех, кто участвует в предоставлении услуг. Привлечение пользователей услуг к разработке стратегии направлено на поощрение следующего:

- изменение индивидуального поведения;
- повышение степени учета в лечебных услугах потребностей потребителя;
- повышение эффективности использования медицинских услуг;
- меры вмешательства, ориентированные на общину;
- поддержку на уровне общественного мнения и политики в области здравоохранения.

В процессе планирования следует попытаться установить контакт и вовлечь в этот процесс те группы, которых, вероятнее всего, затронет разработка стратегической основы или системы лечения. Это может обеспечить поддержку и пропаганду лечения на местном уровне. Ключевой целью должно стать снижение уровня сопротивления со стороны населения созданию служб лечения наркомании в том или ином конкретном месте.

Врезка 10

Разработка национальной стратегии Ирландии в области борьбы с наркотиками: о пользе консультаций с общественностью

В течение 2000 года правительство Ирландии разрабатывало стратегию борьбы с наркотиками на период 2001–2008 годов. Частью процесса разработки должно было стать широкое участие общественности в процессе консультаций.

Обзор существующей стратегии включал широкий процесс консультаций, исследования, сосредоточенные на международных примерах передового опыта, и изучение различных соответствующих докладов об оценке и другой литературы. Всем установленным органам власти, основным заинтересованным сторонам на уровне общины и профессиональным группам было предложено через рекламные объявления в национальных газетах делиться своими мнениями о существующих пробелах и предлагать новые подходы или, при необходимости, новые механизмы осуществления новой стратегии борьбы с наркотиками.

По всей стране было проведено восемь региональных консультативных форумов. На этих форумах министр, ответственный за разработку стратегии борьбы с наркотиками, представил обзор текущей стратегии, после чего состоялись выступления представителей секторов здравоохранения и образования, а также неправительственных организаций и полиции. На форумах состоялась открытая дискуссия, которая проводилась в форме вопросов и ответов. Затем были проведены семинары по таким ключевым областям, как снижение риска, лечение и реабилитация, сокращение предложения, просветительские меры и другие вопросы, включая новые проблемы, связанные с наркотиками, и пробелы в текущей стратегии. В результате этого 34 группы, представляющие правительственные министерства, организации, учреждения, предоставляющие лечебные услуги, и другие заинтересованные стороны были приглашены на встречу с министром и членами ревизионной группы для обсуждения внесенного ими вклада в преодоление проблемы наркотиков и изучения возможных путей разрешения проблем, выявленных на форумах.

Основные заинтересованные стороны также представили документы в письменной форме и выступили с устными заявлениями. Эта тема затем обсуждалась в сенате и парламенте, и, наконец, был опубликован подробный план действий и сроки его осуществления.

Общая цель стратегии борьбы с наркотиками правительства Ирландии состоит в обеспечении эффективных комплексных мер решения проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками. В основе стратегии лежат три основных принципа:

- меры решения проблемы наркотиков должны учитывать различные уровни злоупотребления наркотиками, существующие в стране;
- все программы и услуги, способствующие решению проблемы наркотиков, должны предоставляться на последовательной и комплексной основе;
- общины, в которых отмечаются наивысшие уровни злоупотребления наркотиками, должны поощряться к участию в разработке и осуществлении соответствующих мер по решению проблемы в их районах.

Более подробная информация содержится по адресу:
http://www.gov.ie/tourism-sport/pressroom/ archive/ ndstrategy01-08.pdf

Планируя изменения в области лечения, важно проконсультироваться с широким кругом отдельных лиц и групп в общине, включая:

- местные общинные организации;
- пациентов действующих служб;
- группы защиты интересов пациентов и представительские группы;
- лиц, злоупотребляющих наркотиками, которые не охвачены лечением;
- группы родителей и другие заинтересованные общинные и семейные группы;
- представительские органы профессиональных групп;
- учреждения системы социального обеспечения и общинные учреждения;
- медицинский персонал;
- руководителей и администраторов действующих программ лечения наркомании;
- учреждения и организации, оказывающие медико-санитарную помощь;
- официальных лиц, ответственных за разработку политики и стратегическое планирование;
- государственные учреждения в области здравоохранения, социального обеспечения и юстиции;
- технических консультантов (в случае необходимости).

Значение широких консультаций для поддержки и определения направления стратегии хорошо видно на примере национальной стратегии Ирландии в области борьбы с наркотиками, которая описывается во врезке 10.

3. Обеспечение политических обязательств

На политическом уровне может возникнуть необходимость в поиске поддержки для осуществления мер вмешательства, которые в противном случае будут нецелесообразными. В некоторых странах, например, существует политическое и общинное противодействие некоторым формам программ фармакотерапии, направленных на смягчение наркотической зависимости. Государственная политика влияет как на неблагоприятные последствия злоупотребления наркотиками, так и на вероятность разработки эффективных лечебных мер. В то же время широко распространены ожидания относительно того, что инвестирование национальных ресурсов в лечение окажет благоприятное воздействие на уменьшение вреда и неравенства. Правительства имеют естественное стремление потребовать введения в действие механизмов мониторинга исполнения и результатов работы и наглядно показать получение “прибыли на инвестированный капитал”. В более широком контексте обязательство правительства осуществлять регулярный пересмотр правовой основы, касающейся злоупотребления психоактивными веществами и предоставления лечения, также имеет свои преимущества, и в некоторых странах в целях информирования об этом процессе прибегают к услугам специализированных профессиональных консультативных органов.

4. Проведение обоснованной оценки и планирования

Эффективные меры лечения базируются на обоснованной оценке. Настоящее *Руководство* обеспечивает технические средства для оценки и разработки основанных на потребностях мер в области злоупотребления психоактивными веществами. Оценки на основе потребностей позволяют определить, какие людские и технические ресурсы необходимо выделять на решение проблем по мере их выявления в общине. Они также обеспечивают сосредоточение услуг там, где в них есть наибольшая потребность. Дальнейшие указания относительно способов проведения оценки характера и масштабов потребностей в лечении в конкретной местности или стране содержатся в главе III *Руководства*.

5. Обоснованное выделение ресурсов в соответствии с потребностями

В некоторых странах был накоплен ценный опыт пересмотра и переориентации текущей стратегии лечения наркомании. Этот процесс включает анализ существующих потребностей и имеющихся ресурсов, а также перераспределение ресурсов в соответствии с рядом заранее определенных показателей потребностей. Пример, приведенный во врезке 11, отражает именно такой процесс, где отдельные показатели, указывающие на приоритетность медицинских услуг в соответствующих обслуживаемых районах, касались распространенности злоупотребления наркотиками, индекса развития человека, инвестиций, выделяемых другими секторами, и потенциала для расширения лечения.

6. Опора на данные исследований

Международные исследования обеспечивают надежную базу данных об эффективности некоторых видов лечения, и это послужило хорошим аргументом в поддержку лечения для правительств и инвесторов. Однако эти данные являются далеко не полными, поэтому некоторые страны вынуждены опираться исключительно на результаты лечения и на исследования, проводившиеся в других странах. Трудно судить о том, могут ли результаты, полученные в других странах, быть в полной мере применимы к условиям конкретной культурной среды, поскольку зачастую наблюдаются заметные различия в типах людей, которые принимают участие в исследованиях для получения определенных результатов, и в структуре и деятельности исследуемых лечебных учреждений. Возможно, это привело к тому, что правительства предпочитают в большей мере опираться на данные исследований и часто стремятся использовать и адаптировать к своим условиям международные исследования и опыт в качестве средства обеспечения надежной основы для выработки национальной стратегии.

7. Разработка расширенного и поэтапного подхода

Следует придерживаться системного подхода в целях обеспечения наилучшего использования имеющихся

Врезка 11

Обновленные национальные программы лечения и реабилитации в Чили

За последние 10 лет в секторе здравоохранения Чили, который охватывает 70 процентов населения страны, осуществлен ряд мер, направленных на решение проблем алкоголизма и наркомании. К числу основных аспектов принятых мер относятся следующие:

- увеличение людских ресурсов в службах здравоохранения, наиболее нуждающихся в этом;
- содействие стабилизации терапевтических общин;
- подготовка профессиональных кадров в области лечения наркомании и реабилитации;
- содействие раннему выявлению проблем алкоголизма и наркомании среди пациентов на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- поощрение возобновления деятельности и координации групп взаимопомощи, особенно семейных групп.

В результате проведенной в 2001 году углубленной оценки планов лечения был выработан окончательный курс действий, включающий сотрудничество Министерства здравоохранения и Национального совета по борьбе с наркотическими средствами (CONACE) в рамках новой стратегии, ключевыми элементами которой являются следующие:

- Институционнальное объединение. Министерство здравоохранения и CONACE вместе с 28 службами здравоохранения (каждая отвечает за удовлетворение медицинских потребностей от 50 тыс. до 1 млн. человек) и Национальным фондом здоровья создали объединение, в рамках которого каждый его участник отвечает за конкретные соответствующие аспекты, такие как финансирование, разработка норм, техническая поддержка и контроль, с тем чтобы обеспечить более широкую и квалифицированную помощь наркоманам;
- Надлежащее использование имеющейся информации. Принятие стратегических решений основывается на объективной информации (например, коэффициенты распространенности наркомании и злоупотребления наркотиками за последний месяц), полученной в результате обследований домохозяйств, проведенных CONACE, которые дают оценку потенциального спроса на лечение;
- Инвестиции в соответствии с иерархией потребностей. Лечебные учреждения классифицируются в соответствии с характерными особенностями обслуживаемых ими районов, поэтому больше ресурсов выделяется тем из них, которые имеют более высокие уровни потребления наркотиков, более низкий индекс развития человека, более высокий потенциал для расширения лечебных услуг и более низкий уровень инвестиций;
- Разработка диверсифицированных услуг. Разработано шесть планов лечения, а в настоящее время составляются клинические протоколы, призванные поддержать и обеспечить руководство осуществлением каждого из этих планов. Такими планами являются:
    - план первоначального вмешательства, осуществляемый центрами первичной медико-санитарной помощи;
    - план базового амбулаторного лечения;
    - план интенсивного амбулаторного лечения;
    - план стационарного лечения;
    - план лечения абстинентного синдрома (дезинтоксикация);
    - план лечения при смешанном диагнозе;
- Финансовые трансферты лечебным центрам. Трансферты осуществляются на регулярной основе в соответствии с ранее проведенной оценкой и утвержденным объемом работы каждого центра. Финансовые средства поступают от CONACE при посредничестве Национального фонда здоровья;
- Регистрация. Лечебные центры придерживаются стандартной системы регистрации, позволяющей контролировать предоставляемые пациентам услуги на местном и национальном уровнях;
- Оценка. Проведено два исследования: сравнительное исследование лечебных центров, а также их возможностей и результатов деятельности, и оценка затрат по различным лечебным планам;
- Укрепление потенциала. Созданы программы для специалистов и вспомогательного персонала, занимающегося реабилитацией, которые включают подготовку персонала в целях обеспечения необходимого уровня качества ухода. Укрепление потенциала также включает создание надзорного механизма для устранения трудностей.

Оценка первых десяти месяцев работы программ показала удовлетворительные уровни функционирования в большинстве из почти 200 действующих лечебных центров. Приблизительно 4 тыс. человек уже прошли или проходят лечение. Координация создавала существенные проблемы для руководства, тем не менее растет удовлетворенность как пациентов, так и персонала. Следующим шагом, который в настоящее время находится в стадии предварительной разработки, станет оценка результатов на основе информации, получаемой в результате регулярного сбора данных в каждом лечебном центре, а также на основе результатов трех- и шестимесячных периодов последующего наблюдения за пациентами после окончания лечения.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.conace.cl**

ресурсов для развития услуг лечения наркомании. Вполне очевидно, что вид услуг, которые следует развивать, будет определяться объемом имеющихся местных и национальных ресурсов. Хотя в любом случае необходимо сочетание первичной помощи и специализированных услуг, во многих ситуациях такие услуги должны разрабатываться поэтапно. Там, где существует значительный дефицит ресурсов, лечебные учреждения должны опираться в своей деятельности на соответствующую подготовку персонала в рамках общины и систему первичной помощи. Но, как только появляются ресурсы, возникает возможность добавить к ней специализированные услуги.

8. Содействие сотрудничеству, координации и интеграции

Меры лечения сосредоточиваются на различных уровнях, включая отдельных лиц, семьи, ближайшую общину и более широкое социальное окружение. Главные основополагающие принципы эффективных мер вмешательства включают необходимость поощрять участие на уровне отдельного человека, семьи, лечебного учреждения, общины, конкретного окружения и политики. Предоставление лечения также следует рассматривать в контексте более широкого, предусматривающего сотрудничество подхода, направленного на предупреждение проблем и установление связи между инициативами на уровне школ, системы государственного образования, инициативами по обмену информацией и консультированием, информированием и лечением на уровне общины.

Ни один отдельно взятый вид лечения не подходит для всех людей. Эффективность лечения от злоупотребления психоактивными веществами зависит от комплексного подхода на всех уровнях, включая общину. Учреждения, участвующие в программах лечения, должны не только взаимодействовать между собой, но и интегрироваться с соответствующими программами. Интеграция может включать следующие аспекты:

- интеграция различных видов программ сокращения спроса, из которых программы лечения и реабилитации являются лишь компонентом;
- интеграция проблем, связанных со злоупотреблением незаконными наркотиками, с проблемами злоупотребления другими психоактивными веществами и иными общемедицинскими проблемами, особенно ВИЧ и синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
- интеграция программ сокращения спроса и программ сокращения предложения как часть комплексной стратегии;
- интеграция программ, связанных со злоупотреблением наркотиками, с программами, относящимися к важным социальным и гуманитарным вопросам, таким как бедность, обеспечение жильем беженцев, занятость или развитие сельской местности.

9. Опора на меры на уровне общины

Стратегии в отношении лечебных мер на уровне общины являются эффективным средством осуществления таких мер. Многие люди, страдающие от неблагоприятных последствий злоупотребления психоактивными веществами, могут иметь ограниченные контакты с существующими организациями. Необходимы новаторские методы для охвата групп населения, в наибольшей степени затронутых злоупотреблением психоактивными веществами. Меры на уровне общины с привлечением местных учреждений и организаций, в том числе амбулаторное лечение, являются необходимым компонентом стратегии, направленной на охват лиц, которые не имеют контактов с лечебными службами. Меры на уровне общины направлены на:

- поощрение изменения поведения непосредственно в общине;
- активное привлечение местных организаций, членов общины и целевых групп населения;
- создание комплексной сети услуг на уровне общины.

Важно также упомянуть термин “расширение полномочий общины”, который подразумевает нечто большее, чем простое участие общины. Если общины смогут почувствовать свою сопричастность делу лечебных учреждений и служб, то деятельность последних с гораздо большей вероятностью будет успешной и устойчивой.

Врезка 12

Лечение на уровне общин в лагере афганских беженцев в Пакистане

Программа лечения, реабилитации и профилактики наркомании на уровне общин была организована ЮНДКП в лагере афганских беженцев Акора-Каттак за пределами Пешавара, в котором, по оценкам, находилось 9 тыс. взрослых. Программа обеспечивала дезинтоксикацию на дому, координированное последующее обслуживание и социальную реинтеграцию посредством сети местных неправительственных организаций, других учреждений системы Организации Объединенных Наций, добровольцев и общинных групп. В течение 2000 года в рамках программы был установлен контакт с 800 мужчинами и женщинами – наркоманами в лагере беженцев. Более 300 наркоманов до начала лечения получили консультации по мотивации лечения, а 128 мужчинам и 102 женщинам была обеспечена дезинтоксикация в домашних условиях. Кроме того, 150 выздоравливающих наркоманов смогли получить опыт работы, обучиться какой-либо профессии или получили первоначальное финансирование для начала деятельности, приносящей доход. В лагере также было создано шесть групп самопомощи – три для мужчин-наркоманов и три – для женщин-наркоманов, – а также мужские и женские общинные группы добровольцев.

Приобретенный при осуществлении программы опыт свидетельствует о том, что хорошо обеспеченная ресурсами программа лечения на уровне общин, полностью укомплектованная подготовленным персоналом, которому оказывалась всяческая поддержка, может обеспечить в афганских общинах надежную и эффективную с точки зрения затрат дезинтоксикацию в домашних условиях и план лечения наркоманов из числа как мужчин, так и женщин. Однако такой план лечения – чтобы быть успешным и эффективным и обеспечивать профилактику рецидивов – требует полной поддержки и содействия со стороны широкого ряда служб и учреждений, занимающихся последующим лечением и социальной реинтеграцией на уровне общин, включая общинные сети.

Лечение на уровне общины в контексте лечения от наркомании часто подразумевает больше, чем размещение стационарного лечебного центра в общине, располагающей немногочисленными и небольшими учреждениями, обеспечивающими последующий уход. Деятельность многих служб по-прежнему основывается на подходе, в котором упор делается на лечении в стационарном центре, а не на уровне общины, в которой предпринимаются попытки создать комплексную модель лечения наркомании. Таким образом, несмотря на очевидность того, что необходимы оба подхода, которые в идеале должны дополнять друг друга, важно помнить, что в действительности означает термин "на уровне общины". Пример соответствующих мер, которые специально направлены на нуждающуюся в них общину, приводится во врезке 12.

Как видно из врезки 12, ключевым моментом успешного осуществления программы стала радикальная перемена в понимании персоналом целей и задач служб лечения наркомании. Новая концепция в значительной степени опиралась на эффективную координацию широкого диапазона неспециализированных услуг. Единственный элемент инфраструктуры, описанный в предыдущем примере, – Центр программы лечения наркомании на уровне общин – задумывался как опорный центр для проведения амбулаторного лечения, включая дезинтоксикацию и семейную консультацию, подготовку добровольцев и т. п. Лечение наркомании на уровне общин в буквальном смысле означает лечение в общине.

10. Обеспечение диверсификации, наличия и доступности услуг

К числу ключевых факторов, обеспечивающих эффективное предоставление услуг, относятся их диверсификация, наличие и доступность. Услуги должны быть эффективными с точки зрения установления и поддержания контактов с целевыми группами населения. Они должны быть разнообразными, с тем чтобы могли удовлетворять потребности целевых групп населения в областях здравоохранения и обслуживания. Основные составляющие включают:

- удобство для потребителя;
- географическую доступность;
- экономическую доступность;
- меры на уровне общин;
- обеспечение адекватного, скоординированного комплекса услуг, предоставляемых на уровне учреждений и прочих уровнях;
- поощрение участия и привлечения пациентов;
- проведение вторичной профилактики, а также лечения;
- гибкий и открытый характер услуг, позволяющий им совершенствоваться и изменяться.

11. Мониторинг исполнения

Достижение главных целей любой стратегии, как правило, является результатом партнерских отношений и совместных усилий различных организаций. С тем чтобы контролировать ход выполнения, многие страны используют структуру управления реализацией каждого элемента стратегии. Два примера такой структуры управления реализацией приводятся во врезках 13 и 14.

Для каждой цели стратегии следует установить основную задачу, а также набор показателей и контрольных цифр в кратко-, средне- и долгосрочной перспективе. Эти показатели должны насколько возможно соответствовать определенным критериям. В частности, они должны:

- быть конкретными и легко толковаться;
- поддаваться измерению;
- быть достигнуты к конкретному времени;
- быть восприимчивыми к изменениям и, таким образом, способными отражать прогресс в решении проблемы злоупотребления наркотиками;
- быть осуществимыми и приемлемыми с точки зрения оценки жизнеспособности, экономической целесообразности и устойчивости и системы отчетности;
- основываться на международных системах показателей исполнения и глобальных системах отчетности Организации Объединенных Наций (см. главу VII, раздел B, подраздел 1);
- обеспечивать надежную информацию для оценки стратегии и местного планирования.

Врезка 13

Структура управления реализацией в Соединенных Штатах

Управление национальной политики контроля за наркотиками Соединенных Штатов разработало структуру управления реализацией на основе следующей структуры:

Стратегия	*Цели*	*Задачи*	*Контрольные показатели*	*Критерии*
Стратегия состоит в сокращении употребления наркотиков (спроса), доступности наркотиков (предложения) и смягчении последствий.	Цели определяют основные указания, установки или направления стратегии.	Задачи определяют основные направления деятельности для достижения требуемых целей.	Контрольные показатели обозначают желательные конечные показатели, с которыми будут сравниваться фактические показатели исполнения.	Критерии представляют собой средства (переменные и события) для отслеживания прогресса в достижении контрольных показателей.

Подход Соединенных Штатов состоит в том, чтобы составить четкую диаграмму, называемую "логическая модель", которая описывает, как различные заинтересованные стороны, включая центральные и местные органы власти и различные неправительственные организации, вносят свой вклад в достижение задач и целей стратегии.

Врезка 14

Разработка показателей исполнения в Уэльсе

Национальная ассамблея Уэльса разработала стратегический план для Уэльса – “Борьба с ненадлежащим употреблением психоактивных веществ в Уэльсе: подход, основанный на партнерстве”, который базируется на установлении и мониторинге показателей исполнения как средства освещения целей и мониторинга прогресса. В основе национальной стратегии лежат четыре главных направления деятельности: дети, молодые люди и взрослые; семьи и общины; лечение; и его наличие.

Характеристика ключевых показателей исполнения для направления лечения, а также дополнительных и вспомогательных показателей приведена ниже.

Ключевые показатели исполнения для направления лечения призваны увеличить долю лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, которые участвуют в программах лечения от злоупотребления психоактивными веществами, до 40 процентов в 2002 году; 70 процентов к 2005 году; и 100 процентов к 2008 году. Эти контрольные цифры показывают рост относительно исходных данных о лицах, находившихся на лечении до 2002 года. Дополнительные вспомогательные показатели призваны уменьшить вред для здоровья и социальный ущерб, который причиняет злоупотребление психотропными веществами.

Другие показатели предназначены для следующих целей:

- увеличить число лиц, злоупотребляющих проблемными психоактивными веществами, которые обратились в наркологические службы;
- увеличить доступ к соответствующим услугам людям, которым поставлен двойной диагноз: злоупотребление психоактивными веществами и проблемы с психическим здоровьем;
- сократить время, в течение которого лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, ожидают оценки своих потребностей;
- сократить время ожидания между оценкой потребностей и предоставлением лечения;
- сократить долю лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций, и долю тех из них, кто пользовался общими принадлежностями для инъекций в течение предыдущих трех месяцев;
- сократить число смертей, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами.

Основные моменты

Основными моментами, которые освещаются в главе II *Руководства*, являются следующие:

- стратегическая основа является важнейшим элементом комплексных и успешных мер лечения;
- существует необходимость рассматривать лечение в контексте более широкой политики сокращения спроса, охваченной в национальном генеральном плане контроля над наркотиками или национальной политической основе;
- в основе должна быть подчеркнута важность широкого вовлечения общины и консультаций со всеми заинтересованными сторонами;
- в основе проясняются функции лиц, ответственных за разработку политики и планирование, и лечебных учреждений, предоставляющих услуги, а также отражаются ключевые руководящие принципы эффективных мер лечения;
- ключевыми элементами стратегической основы являются:

  i) характеристика населения, страдающего злоупотреблением наркотиками;
  ii) национальный документ, в котором изложены ценности, принципы, цели и задачи;
  iii) определение приоритетных областей с указанием ясных целей и поддающихся измерению задач;
  iv) назначение руководящего органа, ответственного за стратегию, а также государственных и неправительственных организаций, привлекаемых к ее осуществлению, и ожидаемое разделение ответственности и ролей между ними;
  v) механизмы вовлечения и представительства общины;
  vi) законодательная основа;
  vii) определение видов лечения, которые следует разработать, и мер, которые должны быть приняты в этих целях;
  viii) имеющиеся финансовые и людские ресурсы;
  ix) реалистичные результаты и методы оценки их достижения;
  x) механизмы мониторинга, обзора и информирования в целях поддержки стратегии;

- руководящими принципами стратегии эффективного лечения являются:

  i) вовлечение всех учреждений-партнеров в разработку стратегии;
  ii) вовлечение потребителей услуг и общины;
  iii) обеспечение политической приверженности со стороны правительств и официальных учреждений;
  iv) осуществление обоснованной оценки и планирования;
  v) опора на данные исследований;
  vi) обоснованное выделение ресурсов в соответствии с потребностями;
  vii) разработка более широкого и поэтапного подхода;
  viii) содействие развитию сотрудничества и интеграции различных программ;
  ix) опора на меры на уровне общин;
  x) обеспечение диверсификации, наличия и доступности услуг;
  xi) планирование мониторинга исполнения.

Справочная литература

Национальная политика и стратегия в области лечения

Klingemann, H., and Bergmark, A., "Drug Treatment Systems in an International Perspective", *European Addiction Research Journal*, vol. 5, No. 3 (1999).

Klingemann, H., and Hunt, G., eds., *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents* (London, Sage Publications, 1998).

Законодательные и регламентарные вопросы

Porter, L., Argandona, M., and Currant, W.J., *Drug and Alcohol Dependence Policies, Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation* (World Health Organization, Geneva, 1999).

Стандарты ухода

WHO Programme on Substance Abuse, *Assessing the Standards of Care in Substance Abuse Treatment* (World Health Organization, Geneva, 1993).

Ресурсы Интернет

Национальная политика и стратегия в области лечения

Национальная стратегия борьбы с наркотиками, Австралия
http://www.nationaldrugstrategy.gov.au
Национальная стратегия борьбы с незаконными наркотиками, Австралия
http://www.health.gov.au/pubhlth/strateg/drugs/illicit/index.htm
Управление Нового Южного Уэльса по политике борьбы с наркотиками, государственный план действия, Австралия
http://www.druginfo.nsw.gov.au/pdf/plan.pdf
Национальный совет по борьбе с наркотиками, Бразилия
http://www.senad.gov.br/ingles/botoes.htm
Стратегия борьбы с наркотиками, Канада
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/englishstrategy.pdf
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/profile.pdf
(Характеристика лечения злоупотребления психоактивными веществами и реабилитации в Канаде)
Национальный совет по контролю над наркотиками (CONACE), Чили
http://www.conace.cl
Национальная стратегия, Испания
http://www.mir.es/pnd/presenta/html/national/htm
Согласованный документ о лечении наркомании, Финляндия
http://www.aka.fi/users/132/1623.cfm
Трехлетний план борьбы с наркоманией и профилактики наркозависимости, Франция
http://www.drogues.gouv.fr/uk/index.html
Лечение и реабилитация в Гонконге
http://www.info.gov.hk/ne/text/treat/index.htm
Национальная стратегия борьбы с наркотиками, Ирландия
http://www.gov.ie/tourism-sport/pressroom/archive/ndstrategy01-08.pdf
Отчет о ходе осуществления политики борьбы с наркотиками в Нидерландах (1999-2001 годы)
http://www.minvws.nl/documents/gvm/Rapport/drugs-progress-eng.pdf
Национальная стратегия борьбы с наркотиками, Португалия
http://www.ipdt.pt/biblio/LDroga/enlcd_eng/estrategia_eng.pdf
Национальный план действия, Португалия
http://www.ipdt.pt/biblio/LDroga/horizon2004_eng/horizon2004_eng.pdf
Политика борьбы с наркотиками, Швейцария
http://www.bag.admin.ch/sucht/politik/drogen/e/drugpol.pdf
Политика борьбы с наркотиками, Таиланд
http://www.oncb.go.th/el-frame02.htm
Министерство внутренних дел, профилактика наркомании, Соединенное Королевство
http://www.homeoffice.gov.uk/atoz/drugs.htm
Государственная стратегия в области лечения наркомании, Соединенное Королевство
http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/3945.htm
http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm39/3945/aim-3.htm
(Цель (iii): Лечение: дать возможность людям, имеющим проблемы с наркотиками, преодолеть их и вести здоровый и законопослушный образ жизни)

Управление по национальной политике контроля над наркотиками (ONDCP), Соединенные Штаты
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/policy/policy.html
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publucations/policy/ndcs01/chap3_2.htm
(Национальная стратегия контроля над наркотиками, 2001 год, Лечение наркозависимых лиц)
Изменить характер диалога, Национальный план усовершенствования лечения от злоупотребления психоактивными веществами, Соединенные Штаты
http://www.natxplan.org
Стратегии борьбы с наркотиками европейских стран, ЕЦМНН
http://www.emcdda.org/policy_law/national/strategies/strategies.shtml

Законодательные и регламентарные вопросы

Утверждение и мониторинг программ лечения наркомании: руководство по распределению функций между федеральными учреждениями и учреждениями штатов, Соединенные Штаты
http://www.treatment.org/taps/tap12/TAP12toc.html
http://www.treatment.org/taps/tap12/TAP12exhibita.html
(Основные федеральные законы о лечении наркомании в Соединенных Штатах)
http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appe.html
(Правила, принятые в Соединенных Штатах, относительно конфиденциальности историй болезни лиц, страдающих злоупотреблением алкоголем и наркотиками)
http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appc.html
(Правила, принятые в Соединенных Штатах, относительно лекарственных средств, используемых для лечения наркоманов)
http://www.treatment.org/taps/tap12/tap12appf.html
(Определения, используемые в лечебных инструкциях Соединенных Штатов)
Билль о правах и обязанностях потребителей: значение для программ и практики лечения психических заболеваний и химической зависимости, Управление наркологических и психиатрических служб (SAMHSA), Соединенные Штаты
http://www.samhsa.gov/mc/content/cbr/index.htm
Аттестационные органы, требования к сертификации консультантов-наркологов, Соединенные Штаты
http://www.nattc.org/getCertified.html
Проект аккредитации программ лечения опиоидной зависимости: информация о программе, Соединенные Штаты
http://www.samhsa.gov.centers/csat/content/opat/otpaccr.html
Стандарты ухода при лечении наркомании, Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами (СИКАД)
http://www.cicad.oas.org/en/demandreduction/Projects/Standards.htm
Онлайновая юридическая библиотека ЮНДКП
http://www.undcp.org/legislation.html
Отчет Рабочей группы экспертов ЮНДКП о передовом опыте в области планирования, создания и руководства судами по делам о лечении от наркомании
http://undcp.org/legal_advisory_expert_working_groups.html
Типовой закон ЮНДКП о судах по делам о наркотиках
http://undcp.org/legal_advisory_model_legislation.html

Глава III

Оценка потребностей в лечении

В главе II *Руководства* описаны обоснование, структура и разработка национальных мер борьбы с наркоманией и место лечебных служб в рамках стратегии. В главе III рассматриваются характер и масштабы потребностей в лечении в конкретной местности или стране. В ней затронуты следующие вопросы: сущность и содержание оценки потребностей; выявление основных проблем, подлежащих решению, и основные услуги, в которых, вероятнее всего, будут нуждаться различные группы населения, страдающие злоупотреблением наркотиками; а также определение ключевых этапов проведения оценки потребностей.

В *Руководство* не включены подробные методические указания о конкретных методах, используемых для проведения оценок. Читателю предлагается ознакомиться со специальными ресурсами по этой теме, такими как руководящие принципы и инструкции по оценке лечения, разработанные ЮНДКП, ВОЗ и Европейским центром мониторинга наркотиков и наркомании (ЕЦМНН) (см. врезку 41).

Прочтение и использование главы III *Руководства* дает следующие преимущества:

- прояснение основных причин проведения оценки потребностей и связанных с ней ожиданий;
- понимание взаимосвязанных этапов, которых можно придерживаться при осуществлении оценки потребностей и использовании ее результатов;
- разработка концепции всего целевого населения, злоупотребляющего наркотиками, с точки зрения выделения подгрупп, которые могут иметь специальные потребности в лечении;
- понимание основных проблем и основных услуг, необходимых для каждой подгруппы наркоманов и каждой приоритетной группы.

Глава III предназначена для лиц, ответственных за разработку политики, технических советников и лечебных учреждений, предоставляющих услуги, на национальном и местном уровнях. Материалы главы III предназначены для содействия этим партнерам и их консультантам в изучении наилучших методов оценки потребностей для лечения наркоманов, что послужит основой для разработки национальной стратегии или местной инициативы в области лечения.

Потребности в лечении лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, различаются как внутри стран, так и между ними, главным образом из-за различий в характере преобладающих проблем наркотиков, в целевых группах населения, существующих системах обслуживания и в наличии ресурсов для этих систем. Осуществление оценки потребностей, какой бы ограниченной она ни была и как бы быстро ни проводилась, должно быть важнейшим элементом во всех планируемых системах лечения. Метод оценки потребностей может оказаться полезным как при разработке новых услуг, так и при проверке и обзоре существующей системы лечения.

Глава III поделена на три раздела. Раздел A знакомит с концепциями и обоснованием проведения оценки потребностей и включает краткое описание ее общей структуры. В разделе B представлен десятиступенчатый подход, которому можно следовать при применении этой методики, и в нем рассматривается ряд важных моментов в проведении оценки потребностей. Раздел C знакомит с различными подгруппами наркоманов, которые следует учитывать при проведении оценки потребностей.

A. Сущность оценки потребностей

Оценка потребностей, схожая с экспресс-оценкой положения, является методикой исследования, в которой используется сочетание ряда методов сбора количественных и качественных данных в целях оценки характера и масштабов некоторых проблем здравоохранения и социальных проблем, таких как злоупотребление наркотиками и текущая способность общины реагировать на такие проблемы. Возможно, не сразу всем очевидны причины, по которым необходимо проводить оценку потребностей.

1. Концепция потребности

“Потребность” можно определить как выгоду, которую человек может извлечь, получив доступ к системе лечения. Эта концепция также может применяться ко всему населению с точки зрения совокупного уровня выгоды. Концепция потребности может соответствовать или не соответствовать ожиданиям человека, которые он связывает с лечением. Таким образом, оценка потребностей – это систематическое изучение текущего состояния отдельно взятого индивида или группы людей, имеющих проблемы со злоупотреблением наркотиками, и изменений, которые они или

другие люди считают необходимыми для улучшения своего здоровья и повышения социального статуса. В этой части *Руководства* скорее рассматривается оценка групповых потребностей (на местном, региональном или национальном уровне), чем оценка потребностей отдельного человека.

Важно иметь четкую концепцию потребности в лечении и эпидемиологических аспектов злоупотребления наркотиками. Примером такой основы может служить основа, применяемая в Соединенном Королевстве для изучения серьезных болезненных состояний и наилучших методов их лечения (см. врезку 15).

Врезка 15
Структура эпидемиологической основы оценки потребностей в Соединенном Королевстве

Министерство здравоохранения Соединенного Королевства и Национальный институт повышения квалификации врачей профинансировали различные обзоры основы для оценки потребностей в связи с серьезными болезненными состояниями, включая наркоманию и алкоголизм, а также с рядом других состояний здоровья, включая рак, диабет, почечную болезнь, ожирение, гипертензию и периферические сосудистые заболевания. В каждом основополагающем документе используется стандартная структура и приводится наиболее полная и точная эпидемиологическая и связанная с лечебными услугами информация. Эта структура включает следующее:

- постановка задачи;
- подкатегории;
- уровень распространения и заболеваемость;
- имеющиеся услуги и их стоимость;
- эффективность и рентабельность услуг;
- количественные модели ухода и рекомендации;
- измерение результатов, методы проверки и цели;
- требования к информации и исследованиям;

Более подробная информация содержится по адресу: **http://hcna.radcliffe-online.com/main.html**

2. Обоснование проведения оценки потребностей

Могут существовать очевидные и зримые признаки злоупотребления наркотиками в конкретной общине и решительная политическая и профессиональная приверженность решению этой проблемы. Вместе с тем многие аспекты наркомании могут быть скрыты от глаз или данные об этой проблеме могут поступать из многочисленных противоречивых источников. Таким образом, оценка потребностей может в значительной степени помочь осознать суть проблемы и обеспечить краткую систематизацию информации, которая послужит основой для будущего планирования. Тем не менее оценка потребностей должна иметь пределы. Она должна установить приоритеты, то, какие знания необходимо приобрести, определить ресурсы или методы, которые необходимы (или предоставлены) и предполагаемые выгоды от осуществления проекта.

3. Компоненты оценки потребностей

Компоненты оценки потребностей могут включать:

- оценку контекста: описание тех структурных, социальных и культурных факторов, которые могут оказывать влияние на общее употребление наркотиков и положение со злоупотреблением наркотиками;
- оценку употребления наркотиков: составление полного описания положения с употреблением наркотиков и связанных с ним проблем с использованием различных инструментов, включая обзоры литературы, интервью, обсуждения в целевых группах (см. приложение IX), вопросники и обзоры данных о лечебных услугах;
- оценку ресурсов: определение существующих ресурсов, таких как финансовые средства, организации и людские ресурсы;
- оценку мер вмешательства и политики: оценка характера, целесообразности и адекватности существующих конкретных мер вмешательства и политики.

Как описано в главе II, многие государственные учреждения и органы, ответственные за планирование лечения, осуществляют официальные и неофициальные оценки потребностей как часть процесса консультаций с общественностью. Результаты оценки потребностей можно использовать, с тем чтобы направлять процесс планирования стратегии в области лечения, что может содействовать принятию конкретных решений:

- о соответствующих стратегиях, которые отвечают потребностям различных целевых групп населения (то есть какие услуги и где развивать);
- о выделении финансовых и людских ресурсов;
- о механизмах, используемых для финансирования предоставления услуг и контроля над этими системами;
- о наиболее эффективных способах разработки механизмов мониторинга и оценки в целях оценки результатов вмешательства.

Оценка уровня обслуживания, в котором нуждаются целевые группы населения, и разработка стратегических мер по предоставлению услуг должны носить гибкий характер и отвечать изменяющимся условиям в каждой конкретной местности, включая:

- различия и новые тенденции в употреблении наркотиков и структуре потребления;
- географическое распределение и места сосредоточения лиц, злоупотребляющих наркотиками;
- различия в спросе на услуги;
- изменяющиеся отношения между употреблением наркотиков и другими заболеваниями (главным образом ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом, передающимися через кровь);

- меняющуюся политику в ответ на стратегию борьбы с наркотиками;
- изменения в организации служб здравоохранения;
- результаты мониторинга базы данных по существующим и новым лечебным услугам.

B. Планирование и осуществление оценки потребностей

Оценка потребностей в лечении наркомании состоит из трех основных элементов: оценки характера и масштабов злоупотребления наркотиками; оценки существующих мер по предоставлению услуг (если такие есть) и пробелов в их предоставлении; и определения необходимых услуг и ресурсов, которые требуются для их осуществления.

1. Цели оценки потребностей

Цели планирования лечебных услуг должны быть направлены на определение:

- типа и возможного размера подгрупп, лиц, которые злоупотребляют различными наркотиками и имеют потребности в лечении (см. раздел C, подраздел 1, ниже);
- рисков и неблагоприятных условий, которые требуют специального вмешательства (см. раздел C, подраздел 2, ниже);
- оптимальных вариантов, методов лечения и лечебных учреждений, которые предоставляют такие услуги;
- возможного потенциала услуг, необходимого для каждого метода лечебного вмешательства;
- методов выбора из числа различных лечебных заведений, предоставляющих услуги (см. раздел C, подраздел 3, ниже);
- наилучших методов мониторинга предоставления услуг и контроля над расходами по договорам (см. главу VII).

Подробные указания по каждому из этапов даются в документе *Оценка лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, пособие 3: оценка потребностей*, разработанном совместными усилиями ВОЗ, ЮНДКП и ЕЦМНН [12]. Кроме того, указания можно найти в документе Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры, в котором описывается метод, разработанный ЮНДКП [13]; указаниями также могут служить метод экспресс-оценки и соответствующие меры, разработанные ВОЗ [14]. Эти ресурсы можно настоятельно рекомендовать любому, кто желает провести оценку потребностей.

Оценка потребностей в лечении должна начинаться с проверки существующих источников информации и методов применения имеющихся данных. Многие страны вкладывают инвестиции в системы информации о наркотиках, которые обеспечивают данные о структуре и тенденциях в области злоупотребления наркотиками. Таким образом, важно использовать имеющуюся информацию, прежде чем приступать к новому сбору данных.

2. Десятиэтапный процесс проведения оценки потребностей

Десятиэтапный процесс может содействовать организации оценки потребностей. Следует отметить, что некоторые этапы могут осуществляться одновременно и что начальный этап и порядок последующих этапов оценки могут выбираться в зависимости от ее масштабов и основной цели ее проведения. Подробное руководство по практическим аспектам дано в вышеуказанной публикации *Оценка лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, пособие 3: оценка потребностей*. Десять этапов, из которых состоит процесс, приводятся ниже.

Этап 1. Выделение ресурсов и разработка согласованного плана и методов оценки потребностей.

Этап 2. Оценка числа людей в составе целевой группы населения, нуждающихся в лечении, определение и характеристика подгрупп и приоритетных групп.

Этап 3. Подготовка ресурсной карты лечебных услуг, предоставляемых в данной местности, вместе с услугами, которые предоставляются лечебными заведениями, расположенными в других районах.

Этап 4. Проведение проверки структуры спроса на лечебные услуги (потенциал; число случаев; и примерное число лиц, нуждающихся в лечении).

Этап 5. Проведение личных опросов ключевых лиц, представляющих различные заинтересованные стороны и профессиональные группы, с тем чтобы обсудить достоинства и недостатки существующих служб и области неудовлетворенных потребностей.

Этап 6. Проведение открытых обсуждений в целевых группах или других обсуждений с основными заинтересованными сторонами, с тем чтобы выяснить их ожидания, связанные с услугами.

Этап 7. Составление отчета, содержащего анализ пробелов в существующем и желательном перечне услуг, включая разрыв между финансовыми и людскими ресурсами и услугами, которые необходимы или требуются.

Этап 8. Составление на основе имеющейся информации рекомендаций относительно увеличения охвата лечением, повышения способности людей приобретать лечебные услуги и эффективности услуг.

Этап 9. Проведение оценки реакции и откликов на рекомендации со стороны лиц, ответственных за разработку стратегии, уполномоченных, лечебных учреждений, предоставляющих услуги, и пользователей услуг.

Этап 10. Разработка плана осуществления на основе определения мероприятий, ресурсов и графика проведения оценки (см. главу V *Руководства*).

При проведении оценки потребностей следует также помнить о следующем:

- передача ключевой информации и результатов оценки потребностей должна быть тщательно продумана. Формат и содержание отчетов будут различаться в зависимости от целевой аудитории. Краткие резюме отчетов потребуются для лиц, ответственных за разработку политики, а доклады о технических деталях оценки потребностей будут предоставляться их консультантам по мере необходимости. Общинным группам понадобятся понятные резюме результатов оценки потребностей и ее последствий;
- оценка потребностей должна проводиться на периодической основе, с тем чтобы удовлетворять меняющимся потребностям и обстоятельствам.

Интересный пример национальной оценки потребностей, которая была проведена в Пакистане, кратко изложен во врезке 16.

C. Оценка размера группы населения, нуждающегося в лечении

Очевидно, что важно осознать объем потребностей в лечении в рамках общины и характеристики лиц, которые, вероятно, прежде всего нуждаются в таких услугах. Во многих случаях точные оценки не являются практически полезными для целей развития услуг.

Врезка 16
Национальная оценка злоупотребления наркотиками в Пакистане, 2000 год

Национальное исследование по оценке в Пакистане, проведенное в 2000 году Отрядом полиции по борьбе с наркотиками Пакистана при технической и финансовой поддержке ЮНДКП, состояло из ряда исследований, которые дали полную картину проблемы наркомании в Пакистане. Цели национального исследования по оценке включали получение общего представления о структуре и тенденциях в области злоупотребления наркотиками и о существующих проблемах, связанных с потреблением незаконных наркотиков, а также обзор системы лечения в Пакистане. Ниже приводится краткое описание каждого из исследований, проведенных в рамках Национального исследования.

В 36 городских и сельских выборочных местах было проведено национальное картирование с привлечением ключевых опрашиваемых лиц в целях получения общего представления о структуре и тенденциях в области употребления наркотиков в стране. Эти места были отобраны таким образом, чтобы можно было получить широкую репрезентативную для страны картину злоупотребления наркотиками. Ключевые опрашиваемые лица в этих местах отбирались на том основании, что они, будучи информированными, имели представление о структуре и тенденциях в области злоупотребления наркотиками в их районах. В целях исследования были опрошены в общей сложности 283 ключевых опрашиваемых лица, представляющих медицинских работников, неправительственные организации, учителей, общинных лидеров, религиозных деятелей, полицию и бывших наркоманов, с тем чтобы выяснить их представления о существующих структурах и изменяющихся тенденциях в области употребления наркотиков в их местности.

Опросы наркоманов, включая лиц, регулярно употребляющих героин, и лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, были проведены в административных центрах четырех провинций – Карачи, Лахор, Пешавар и Кветта. В этих городах было отобрано и опрошено почти в равных соотношениях на улице, в лечебных учреждениях и тюрьмах в общей сложности 1049 наркоманов. Эти опросы позволили получить информацию о социальном и демографическом составе наркоманов; их истории употребления наркотиков; существующих формах злоупотребления наркотиками; рискованном поведении, связанном с употреблением инъецируемых наркотиков; истории лечения; и тюремном заключении за правонарушения, связанные с наркотиками, и другие правонарушения. Кроме того, в ходе исследования были изучены такие вопросы, как обращение за лечением на протяжении всей жизни, средний возраст при первом обращении за лечением и промежуток времени между регулярным употреблением наркотиков и первым обращением за лечением.

Третье основное исследование, проведенное в рамках Национального исследования по оценке, включало обновление национального лечебного реестра. В ходе этого мероприятия работники на местах посетили 18 основных городских центров страны, обновили предыдущую информацию о лечебных услугах и проверили вид лечебных заведений и характер услуг, предоставляемых каждым из них в городских центрах. Они также собрали сведения о характеристиках обслуживаемого контингента, средних коэффициентах занятости койко-мест в лечебных заведениях и о других соответствующих услугах, предоставляемых ими.

Результаты Национального исследования по оценке свидетельствуют о том, что в изучаемых районах большинство лиц, употребляющих наркотики, нуждались в лечении, хотя для многих из них лечение было недоступно, главным образом по финансовым причинам. Государственные и неправительственные организации и частные учреждения проводили лечение и реабилитацию людей, имеющих проблемы с наркотиками. Неправительственные организации, как оказалось, предоставляли широчайший диапазон услуг и комплексную помощь, в то время как государственные службы сосредоточивали свои усилия главным образом на проведении дезинтоксикации. Результаты исследования говорят о необходимости расширить предоставление услуг по реабилитации и последующему наблюдению на уровне общин, с тем чтобы дополнить дезинтоксикацию в условиях стационара, в настоящее время проводимую преимущественно государственными лечебными учреждениями. Была также установлена необходимость доступных по стоимости лечебных услуг, которые отвечали бы потребностям различных групп населения.

Ценную информацию можно получить с помощью таких методов, как экспресс-оценка положения (см. приложение IX), исследования целевых групп и целевых общин, которые могут прояснить вид и объем неудовлетворенных потребностей в лечении. Преимущество этих методов состоит в том, что они являются низкозатратными и относительно простыми для осуществления и не требуют со временем крупных инвестиций и других ресурсов. Разработка более надежной оценки распространенности желательна, но технически сложна и требует значительных инвестиций ресурсов. В этих целях может быть также использован ряд эпидемиологических методов, включая методы наблюдения, косвенные методы статистической оценки и данные текущих наблюдений. Чтобы легче ориентироваться в этих вопросах, читателю предлагается познакомиться с исследованием ЕЦМНН *Оценка распространенности проблемы наркомании в Европе* [15] и материалами ЮНДКП, модуль 3: Косвенные методы оценки распространенности.

1. Подгруппы населения

Неоднородный по своему составу в различных странах мира контингент лиц, злоупотребляющих наркотиками, можно подразделить на различные подгруппы для целей эффективной оценки потребностей и стратегического планирования. На самом высоком уровне их можно сгруппировать по полу и возрасту. При составлении характеристики подгрупп важно учитывать следующие общие факторы:

- возраст, пол и культуру;
- социально-экономическое положение;
- уровень образования;
- беременность;
- модель семьи;
- вид употребляемых наркотиков, включая количество и частоту приема;
- острую интоксикацию (склонность к передозировке);
- степень нарушений здоровья и осложнений;
- способ применения наркотического средства (пероральный, вдыхание и внутримышечные и внутривенные инъекции);
- характеристику образа жизни, социальную поддержку и поддержку окружающих, а также стрессовые факторы;
- имеющиеся ресурсы и другие личные достоинства.

Сложные случаи, как правило (но не всегда), характеризуются наличием расстройств здоровья, вызванных наркотиками, наркотической зависимостью, регулярным употреблением наркотиков путем инъекций, высокими уровнями толерантности и сопутствующими функциональными проблемами в физиологической, психологической, личностной и социальной областях.

2. Люди, нуждающиеся в особом лечении

Помимо классификации подгрупп существует восемь приоритетных групп, нуждающихся в особом лечении, которые должны быть учтены. Особое внимание при планировании лечебных услуг следует уделять удовлетворению потребностей каждой из нижеследующих групп:

- молодые люди и дети;
- женщины;
- пожилые люди;
- люди, имеющие проблемы с наркотиками и другие психиатрические проблемы;
- бездомные;
- представители расовых и этнических меньшинств;
- ВИЧ-положительные;
- лица в системе уголовного правосудия.

Каждая из вышеперечисленных восьми приоритетных групп и их специальные потребности описываются в приложении I.

3. Подгруппы населения и подбор соответствующих услуг

Люди с проблемами со злоупотреблением наркотиками имеют различные характеристики, проблемы и потребности в лечении. В связи с этим лечебные службы должны предлагать ряд подходов, которые, насколько это возможно, следует приспособить к индивидуальным потребностям. Несмотря на то что широкий диапазон услуг должен быть доступен для всех наркоманов, значительную долю ресурсов следует направлять на нужды конкретных целевых групп.

Оставляя в стороне сложные случаи, когда употребляется более одного наркотика и сочетание различных наркотиков, для целей оценки потребностей можно определить шесть не являющихся независимыми (частично совпадающих) подгрупп населения. Характеристики этих подгрупп имеют особое значение для оценки потребностей в уходе, а также для планирования и предоставления лечебных услуг. К этим подгруппам относятся:

- лица, злоупотребляющие наркотиками, без наркозависимости;
- лица, злоупотребляющие наркотиками путем инъекций;
- лица, злоупотребляющие наркотиками, с наркозависимостью;
- лица, злоупотребляющие наркотиками, с острой интоксикацией;
- лица, злоупотребляющие наркотиками, в период абстиненции;
- выздоравливающие наркоманы.

Каждая из шести вышеупомянутых подгрупп описывается в приложении II. Люди в этих шести подгруп-

пах не похожи друг на друга, и каждая группа должна характеризоваться на основе степени серьезности проблем, которые следует решать (и по степени тяжести каких-либо осложнений). Важно также отметить, что вышеперечисленные категории не являются взаимоисключающими. В действительности человек может входить в более чем одну категорию в любой конкретный момент времени (например, лицо, употребляющее героин или кокаин путем инъекций, с наркозависимостью). Многократная встречаемость одних и тех же лиц в различных категориях может также меняться со временем. Помимо этих групп можно выделить еще одну категорию под названием "подвергающиеся риску". Особое беспокойство вызывают сегменты молодежи, которые считаются подвергающимися риску и для которых необходимы инициативы в области профилактики и общеобразовательные программы.

Следует также подчеркнуть, что разбивка на подгруппы не означает построения иерархии проблем по степени их серьезности. Соответствующие меры вмешательства должны основываться на комплексной оценке потребностей, функциональном анализе, касающемся употребления наркотика, а также программе кратких консультаций и оказания поддержки. Подобный процесс может впоследствии привести к выявлению других потребностей, связанных со здоровьем и социальной помощью. Следует также подчеркнуть, что некоторые из подгрупп могут в небольшом числе встречаться в конкретной местности или стране и что сочетание групп и проблем будет изменяться как в пределах стран, так и между странами.

Во врезке 17 резюмированы главные проблемы, встречающиеся в каждой группе, и основные виды услуг, которые требуются для удовлетворения их потребностей.

В связи с тем что услуги по лечению наркомании являются комплексными и дорогостоящими, лечебное учреждение может быть не в состоянии обеспечить всеми услугами все подгруппы. В общине, где имеется много лечебных учреждений, предоставляющих услуги наркоманам, некоторые из них могут отвечать за лечение конкретных подгрупп в рамках данной общины. Например, в то время как наркологический центр может отвечать за наркоманов с наркозависимостью и выздоравливающих наркоманов, больница общего профиля может нести ответственность главным образом за наркоманов с острой интоксикацией и лиц с осложнениями от передозировки.

Врезка 17

Подгруппы лиц, злоупотребляющих наркотиками: главные проблемы и необходимые основные услуги

Управление национальной политики контроля за наркотиками Соединенных Штатов разработало структуру управления реализацией на основе следующей структуры:

Подгруппы лиц, злоупотребляющих наркотиками	*Главные проблемы*	*Требуемые основные услуги*[a]
Лица, злоупотребляющие наркотиками, без наркозависимости	Неблагоприятные последствия и риск приобрести зависимость	Надлежащие своевременные меры вмешательства
Лица, злоупотребляющие наркотиками путем инъекций	Наркомания, риск инфекции, передающейся через кровь, и других медицинских осложнений	Программы лечения наркомании, просвещение и консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа, программа обмена игл и шприцев и медицинская помощь
Лица, злоупотребляющие наркотиками, с наркозависимостью	Связанные со злоупотреблением наркотиками нарушения, неблагоприятные последствия для здоровья и другие негативные последствия	Программы лечения наркомании
Лица, злоупотребляющие наркотиками, с острой интоксикацией	Острые нарушения поведения и передозировка	Краткосрочная интенсивная медицинская и психиатрическая помощь
Лица, злоупотребляющие наркотиками, в период абстиненции	Симптомы абстинентного синдрома	Краткосрочная программа дезинтоксикации
Выздоравливающие наркоманы	Риск рецидива употребления наркотиков	Программа реабилитации и профилактики рецидивов

[a] Программы лечения наркомании включают ряд услуг, например интенсивную терапию на уровне общины и в стационарных условиях, последующие поддержка, социальная и юридическая помощь.

Основные моменты

В главе III *Руководства* рассмотрены следующие основные моменты:

- существует два важнейших аспекта оценки потребностей: оценка размера и характеристик контингента, нуждающегося в лечении; и оценка числа, потенциала, сферы охвата, видов, достоинств и недостатков имеющихся лечебных ресурсов;
- сущность и масштабы проблем злоупотребления психоактивными веществами нередко скрыты от глаз, и поэтому оценки потребностей могут обеспечить важное понимание проблемы и задавать направление будущему планированию;
- проверка существующих источников информации и использование имеющихся данных должны стать отправной точкой в оценке потребностей в лечении. В зависимости от существующих пробелов в данных и имеющихся ресурсов можно провести сбор дополнительных данных;
- оценка потребностей может проводиться с использованием десятиэтапного процесса. Некоторые из 10 этапов оценки потребностей могут осуществляться одновременно, а начальный этап и порядок последующих этапов могут различаться в зависимости от масштабов и основного акцента оценки;
- в ходе оценки потребностей должны быть изучены потребности различных групп населения. Особое внимание следует уделять выявлению потребностей групп лиц, злоупотребляющих наркотиками, которые часто не получают должного обслуживания в рамках лечебной системы, таких как молодые люди и дети, женщины, пожилые люди, люди с психиатрическими проблемами, ВИЧ-положительные, бездомные, правонарушители и меньшинства;
- лица, злоупотребляющие наркотиками, могут быть классифицированы по шести подгруппам, включая лиц, злоупотребляющих наркотиками, без наркозависимости; лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций; лиц, злоупотребляющих наркотиками, с наркозависимостью; лиц, злоупотребляющих наркотиками, с острой интоксикацией; лиц, злоупотребляющих наркотиками, в период абстиненции; и выздоравливающих наркоманов;
- вышеупомянутая классификация по подгруппам имеет большое значение, определяя характер лечебных услуг и уровень квалификации персонала, которые необходимы для удовлетворения различных потребностей лиц, злоупотребляющих наркотиками;
- отчеты по результатам оценки потребностей должны составляться таким образом, чтобы основные ее идеи были понятны различной аудитории, и в установленном формате;
- оценка потребностей должна проводиться на периодической основе.

Справочная литература

Brown, B., Drug Abuse Treatment Needs Assessment Methodologies: A Review of the Literature (1997).
http://www.drugabuse.gov/HSR/da-tre/BrownTreatmentNeeds.htm

EMCDDA, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 1 (Lisbon, 1997).

Health Canada, *Best Practices-Substance Abuse Treatment and Rehabilitation, Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues* (Ottawa, 1999).
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/best_pract.pdf

Marsden, J., and others, "Epidemiologically-based needs assessment: drug misuse", in Stevens, A., Raftery, J., and Mant, J., eds., *Health Care Needs Assessment: the Epidemiologically Based Needs Assessment Reviews*, First Series Update (Abingdon, Radcliffe Medical Press, Ltd., 2001).
http://hcna.radcliffe-online.com/main.html

ЮНДКП, *Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры* (Вена, 1999 год),
http://www.odccp.org/report_1999-03-31_1.htm

UNDCP, *Drug Abuse in Pakistan. Results from the Year 2000 National Assessment* (New York, 2002).

WHO/UNDCP/EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3-Needs Assessment* (Geneva, World Health Organization, 2000).
http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/needsassessment.pdf

Ресурсы Интернет

Эпидемиологическая основа оценки потребностей в Соединенном Королевстве
http://hcna.radcliffe-online.com/main.html

Экспресс-оценка и соответствующие меры, ВОЗ
http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm

Глава IV

Эффективные услуги в области лечения и реабилитации

В главе III *Руководства* излагаются причины и методы проведения оценки потребностей в лечении. В случае выявления пробелов в предоставлении услуг возникает вопрос о том, какого рода услуги по лечению должны предоставляться. В главе IV *Руководства* задается вопрос: "Каковы эффективные методы лечения людей, злоупотребляющих наркотиками?"

При изучении главы IV *Руководства* можно извлечь следующую полезную информацию:

- четкое представление об эффективных методах лечения, подтвержденных данными научных исследований;
- ясность относительно цели каждого подхода с точки зрения категории людей, на которых он рассчитан, и основных целей и задач лечения;
- представление об имеющемся диапазоне лечебных услуг.

Главу IV *Руководства* следует изучать вместе с документами по этой же теме: *Инвестирование в лечении наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики* и *Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных*. Эти документы представляют собой краткий международный обзор научных исследований, подтверждающих клиническую, социальную и экономическую эффективность конкретных видов лечения. В главе IV *Руководства* эти фактические данные рассматриваются в контексте услуг, которые следует учитывать при планировании лечения.

Естественно, что лица, ответственные за разработку политики и планирование лечения, которые занимаются этой проблемой, заинтересованы в информации об эффективных методах лечения наркомании. Поскольку единого для всех эффективного способа лечения не существует, лица, ответственные за разработку политики, также желают знать, каким должен быть диапазон методов лечения в рамках системы обслуживания и реабилитации.

Очевидно, что обеспечение эффективных лечебных услуг требует вложения финансовых и людских ресурсов, а многие страны могут оказаться не в состоянии выделить достаточные средства для разработки действительно комплексной системы. Тем не менее можно предусмотреть несколько сценариев: от принятия базовых мер до применения комплексного подхода. ЮНДКП выступает за поэтапный подход, при котором основные элементы комплексной системы лечения – методы лечения, основанные на фактических данных – могут со временем пополняться в зависимости от характера и масштабов проблемы, объема имеющихся финансовых средств, а также культурного и политического контекста. В связи с этим важно отметить, что лечение в дневное время на базе общины, как правило, менее дорогостоящее, чем стационарное лечение в больницах и центрах совместного проживания, и может оказаться наилучшим вариантом в условиях ограниченных ресурсов.

Глава IV состоит из двух разделов. В разделе A в кратком виде представлены элементы комплексной системы лечения, подкрепленные данными исследований. В разделе B кратко излагаются способы оценки информации об исследованиях, направленных на повышение эффективности лечения.

A. Элементы комплексной системы лечения

В разных странах мира используются различные термины и обозначения для описания методов лечения наркомании, направления на лечение и оказания вспомогательных услуг. В настоящем *Руководстве* в качестве общих терминов используются выражения "общедоступные" службы и "структурированное лечение". Признается, что многие страны будут использовать альтернативные термины для описания собственных методов лечения. Но, какие бы термины и названия ни использовались при описании лечения, важно, чтобы они последовательно употреблялись в данной стране. Более того, было бы полезно, чтобы лица, занятые в системе лечения, одинаково понимали общую задачу и воздействие каждого метода лечения.

1. Общедоступные службы

Общедоступные службы являются важными элементами комплексных мер лечения. Эти службы не обеспечивают официальное лечение как таковое, но являются важными пунктами для установления первого контакта для людей, имеющих связанные с наркотиками проблемы, а также для тех, кого волнует злоупотребление наркотиками другими людьми (например, родители, братья и сестры, супруги и друзья). Общедоступные службы иногда называют "уличными агентствами", что отражает их местонахождение в той или иной общине. Они нередко управляются неправительственными организациями, привлекающими к работе сверстников, и могут предоставлять следующие услуги:

- услуги по предоставлению информации и консультаций (по вопросам медицинского обслуживания, правовым, жилищным вопросам, вопросам трудоустройства, обучения и т. д.) "при обращении" (то есть без предварительной записи), а также базовые услуги по обеспечению выживания;
- информирование и консультирование на уровне общины; услуги по предотвращению передачи вирусов через кровь, включая просвещение, консультирование и обмен шприцев и игл; просветительские мероприятия по профилактике передозировки;
- оказание общих консультационных услуг по предварительной записи;
- телефонные линии доверия для получения анонимных конфиденциальных консультаций;
- информацию о последующем направлении на лечение и пропагандистскую деятельность;
- группы самопомощи;
- семейные группы поддержки;
- общие услуги по последующему обслуживанию и поддержке на уровне общины.

Важной составляющей общедоступных служб являются группы самопомощи для отдельных лиц и членов семей (например, "Анонимные наркоманы" и "Анонимные кокаинисты"). Они созданы на основе принципов службы "Анонимные алкоголики", ими руководят и в них входят люди, которые избавляются от наркотической зависимости и на постоянной основе посещают групповые дискуссии и дополнительные занятия. Эти и другие возможности на уровне общины также являются важным источником услуг по последующему уходу и поддержке после прохождения курса лечения.

В некоторых странах с высоким уровнем употребления наркотиков путем инъекций политика уменьшения медицинских и социальных последствий употребления наркотиков привела к развитию услуг по обмену шприцев, что стало центральным звеном профилактической деятельности, направленной на снижение уровня инфицирования передающимися через кровь вирусами и других вредных для организма последствий инъекций (абсцессы и т. д.). Эти инициативы способствуют более гигиеничному внутривенному введению наркотиков и поощряют использование новых шприцев и безопасное уничтожение использованных инъекционных принадлежностей.

Значение общедоступных служб трудно переоценить. Некоторые лица, злоупотребляющие наркотиками, могут не желать обращаться в специализированные службы по лечению от наркозависимости, и для них общедоступные службы могут сыграть решающую роль при первом обращении. Люди, имеющие связанные с наркотиками проблемы, обращаются, как правило, в общедоступные службы с проблемами общего характера, например проблемы со здоровьем, трудности в общении или финансовые проблемы, и их конкретные проблемы, связанные со злоупотреблением наркотиками, могут проявиться при обращении в общедоступную службу. Специализированные общедоступные службы, в особенности предоставляющие информацию и конкретные услуги по профилактике передозировки и приобретения и передачи инфекции через кровь, также играют важную роль в рамках общинной стратегии минимизации вредных последствий злоупотребления наркотиками в качестве первого шага к системе лечения.

2. Структурированное лечение

Разработка краткой классификации методов лечения злоупотребления психоактивными веществами является чрезвычайно сложным делом. В данном разделе дается краткое изложение основных видов структурированного лечения. Структурированное лечение подразумевает услуги, основанные на официальной оценке, разработке, мониторинге и обзоре индивидуальных планов обслуживания клиентов и программе медикаментозного лечения и/или консультационных услуг. Некоторые программы терапевтического лечения, в частности предоставляемого в центрах совместного проживания, являются весьма проработанными и включают интенсивный график индивидуальных и групповых занятий по санитарному просвещению, терапевтическому лечению и тренировке с целью реабилитации. Схематичное описание процесса обслуживания представлено во врезке 18.

а) Дезинтоксикация: стабилизационный этап лечения

Медикаментозная дезинтоксикация – это первоначальный и сложный этап медикментозного лечения. Такие программы обеспечивают проводимую под наблюдением врачей дезинтоксикацию людей с наркотической зависимостью. Люди, которые серьезно и постоянно злоупотребляют определенными наркотическими веществами (опиоидами, седативными и гипнотическими веществами) и, скорее всего, будут испытывать сложности при отказе от них, в процессе абстиненции нуждаются в медицинском наблюдении (дезинтоксикации). Абстинентный синдром, который может появиться после прекращения употребления наркотика, различается в зависимости от типа употреблявшегося данным лицом наркотика. Общими основными чертами для них могут быть потребность в наркотике, тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница и расстройство внимания.

Люди, страдающие зависимостью от психостимуляторов, в частности амфетаминов и кокаина, также могут нуждаться в медицинском наблюдении во время острой стадии абстиненции, наступающей после прекращения употребления наркотика. Хотя прямые физические последствия абстиненции могут отсутствовать (и для снижения дискомфорта не требуется прописывать агонист), у отдельных людей могут развиться серьезные психологические проблемы (включая индуцированный психоз) и расстройство сна, которые можно регулировать с помощью подходящих рецептурных лекарственных средств.

Основной целью программ дезинтоксикации является переход к воздержанию наиболее безопасным и ком-

Врезка 18
Медикаментозное лечение и процесс обслуживания

фортным способом. При опиоидной дезинтоксикации эффективны различные медикаменты, включая их аналоги или агонисты, такие как метадон, частичные агонисты, такие как бупренорфин и другие опиоидные средства, которые называются агонистами α_2 адренергических рецепторов (лофекседин или клонидин). В некоторых программах стационарного лечения при седативной или общей анестезии используются опиоидные антагонисты (так называемая сверхбыстрая дезинтоксикация). В некоторых странах в качестве средства дезинтоксикации используются опиатные продукты (включая настойку опия). Абстиненция от бензодиазепинов обычно достигается при применении бензодиазепинов длительного действия (например, диазепама).

Дезинтоксикация как таковая не является реабилитационным лечением при наркотической зависимости и редко эффективна при помощи клиентам в достижении длительного воздержания от употребления наркотиков. Лучше всего считать дезинтоксикацию первым этапом программ лечения, направленных на абстиненцию и выздоровление.

Дезинтоксикация в амбулаторных условиях или в общинах

Лицам, которые страдают расстройствами, вызванными психоактивными веществами, и которые, как считается, способны успешно отказаться от их употребления в своей общине, могут предоставляться услуги по дезинтоксикации в амбулаторных условиях или в общинах. Как правило, дезинтоксикация проводится в учреждениях, работающих по этим программам, или на дому у пациента, при этом в период стабилизации используются вещества-заменители. После периода стабилизации пациент постепенно проходит период отказа от употребления наркотиков, который длится от нескольких недель до нескольких месяцев. В течение этого времени пациенту рекомендуется консультирование, медикаментозное лечение и другие вспомогательные услуги. Во многих отношениях ряд из этих программ в целом сопоставимы с программами лечения в амбулаторных условиях или в общинах.

Дезинтоксикация при краткосрочном лечении в стационарных условиях или в центрах совместного проживания

Лица, которые страдают расстройствами, вызванными психоактивными веществами, применяемыми при абстинентном синдроме или его симптомах, и которые вряд ли смогут успешно отказаться от их употребления в своей общине и потому нуждаются в контроле и медицинском наблюдении, могут быть включены в программы краткосрочного лечения в стационарных условиях или в центрах совместного проживания. Большинство этих программ длятся от этапа дезинтоксикации до относительно короткого периода структурированой профилактики рецидива, консультирования и просвещения с предложением о последующем направлении к специалисту. Важно отметить, что некоторые люди в процессе абстиненции испытывают дополнительные физические и психологические проблемы (которые могут осложнять прохождение периода отказа от наркотической или алкогольной зависимости), и программы краткосрочного пребывания в стационаре могут предоставить хорошую возможность для выявления и решения этих проблем.

b) Реабилитация: этап профилактики рецидива

Реабилитация, то есть этап лечения, направленный на профилактику рецидива, ориентирована на потребности людей, которые завершили формальную дезинтоксикацию либо у которых остается зависимость, но отсутствуют формальные симптомы абстиненции, требующие обращения к предыдущей фазе лечения. Программы профилактики рецидива или реабилитации призваны изменить поведение пациента, чтобы дать ему возможность контролировать потребность в применении психоактивных веществ. На этом этапе лечения применяются психосоциальные и фармакологические меры.

Психосоциальные меры

Программы на уровне общины, или дневные программы. Программы на уровне общины, или дневные программы, предлагают программу психотерапевтического или общего консультирования на основе плана лечения. Как правило, программа составляется для конкретного участника с учетом его потребностей и на основе метода индивидуального подхода. Этот метод базируется на комплексной первоначальной и регулярной оценке существующих проблем, личностных характеристик, социальной поддержки и стрессовых факторов, которая осуществляется специально подготовленным врачом, медицинским или социальным работником. На основе этой оценки вырабатывается комплекс задач лечения для данного конкретного пациента, а прогресс в достижении этих целей регулярно отслеживается и оценивается в процессе лечения. В функции индивидуальной работы входят также связь с другими вспомогательными службами по оказанию помощи и направление в них, если в этом нуждается пациент, а в случае необходимости и последующее направление на лечение по другим специализированным программам.

Во многих странах большинство консультантов по проблемам наркомании используют ориентированную на конкретного пациента когнитивно-поведенческую и мотивационную структуру и предлагают курс лечения, который варьируется по длительности от краткого вмешательства продолжительностью от одного до трех занятий до официальной структурированной программы, рассчитанной на несколько месяцев. Дневные структурированные программы отказа от наркотиков осуществляются во многих странах. Наиболее интенсивные программы предусматривают посещение занятий 4–5 дней в неделю по нескольку часов в день. Цель лечения – содействовать пациенту в понимании и осознании его поведения, связанного с употреблением наркотиков, с тем чтобы смягчить негативные последствия их употребления и избегать их потребления. Кроме того, индивидуальное и групповое консультирование и информационно-просветительские занятия могут быть посвящены проблемам ВИЧ/СПИДа, отношениям в семье, профессиональному обучению, интеграции в трудовую деятельность, помощи в решении жилищных проблем и правовым вопросам.

При плановых консультационных услугах предлагается официальный метод структурированных консультаций с проведением оценки, четко определенными планами и целями лечения, а также регулярными обзорами, что отличает его от консультирования и информирования, помощи при обращении и неформального консультирования. Программы на базе общин могут предлагаться в качестве альтернативы программам реабилитации в центрах совместного проживания или как следующий за этим этап.

Программы реабилитации в центрах совместного проживания. Есть два вида программ реабилитации в центрах совместного проживания: краткосрочная и долгосрочная программы реабилитации. Краткосрочные программы реабилитации в таких центрах, как правило, включают в качестве первого этапа программу дезинтоксикации и продолжаются от 30 до 90 дней. Долгосрочные программы реабилитации в таких центрах обычно не предусматривают периода абстиненции под медицинским наблюдением и длятся от шести ме-

сяцев до года. Наиболее широко используемая модель долгосрочной реабилитации в центрах совместного проживания – "терапевтическая община". Службы по реабилитации в центрах совместного проживания имеют ряд общих особенностей, включая совместное проживание с другими наркоманами, находящимися на излечении; групповое и индивидуальное консультирование по профилактике рецидива; индивидуальный подход к лечению; развитие навыков повседневной жизни; обучение и профессиональную подготовку; услуги по обеспечению жильем и переселению; и последующую поддержку. Эти службы, как правило, строятся по принципу групп взаимопомощи, таких как "Анонимные наркоманы" и "Анонимные кокаинисты". В некоторых программах центров совместного проживания предусмотрен второй этап, так называемые "центры для выздоравливающих", – полунезависимые условия проживания в группе, при этом такие программы обычно тесно связаны с основной программой лечения в центре совместного проживания. Они предлагают группам пациентов возможность подготовиться к возвращению в общество, при этом при необходимости им продолжают оказывать формальную поддержку.

Фармакологические меры

Программы замещения и программы поддерживающего лечения. Хотя абстиненция является первоочередной задачей большинства программ реабилитационного лечения, людям с опиоидной зависимостью для целей стабилизации могут быть прописаны такие замещающие вещества, как метадон и бупренорфин. Поддерживающие программы предлагаются пациентам, которые не выдержали лечение по программам, нацеленным на абстиненцию. По программе поддерживающего лечения прописывается замещающее вещество, которое принимается регулярно в соответствующей дозе на протяжении нескольких месяцев, а иногда и лет. Важно рассматривать такое лечение в общине как платформу для психосоциального консультирования, предоставляемого в сочетании с программами поддерживающего лечения. Большинство этих программ предлагают пациентам программу регулярных консультаций по определенному графику у назначенного им сотрудника, а также доступ к группам самопомощи, первичной и другой медико-санитарной помощи и социальную поддержку.

В Соединенном Королевстве и Австралии отмечен определенный клинический интерес к оценке применимости и воздействия дексамфетамина для лечения определенной группы взрослых наркоманов с амфетаминовой зависимостью, у которых отсутствует серьезная психопатология. Пока еще нет достаточной фактологической базы, чтобы судить о приемлемости этой практики, и не совсем ясно, каковы должны быть характеристики наркоманов, подходящих для лечения по этому методу.

Фармакотерапия с применением антагонистов. Человеку с опиоидной зависимостью, который прекратил принимать наркотики (то есть прошел полную дезинтоксикацию), в качестве одной из составляющих курса противорецидивного лечения может быть предписано применение антагониста (налтрексон). Этот антагонист блокирует опиоидные рецепторы головного мозга и предотвращает любое воздействие героина или других опиатов при их употреблении таким пациентом. Применение налтрексона (который не вызывает зависимости) может быть компонентом длительного амбулаторного лечения и использоваться в сочетании с семейной терапией (хотя может применяться и в центрах совместного проживания после дезинтоксикации). Лекарство принимается ежедневно в течение нескольких месяцев или более, блокирует действие опиатов и тем самым способствует долгосрочному выздоровлению, помогая человеку воздерживаться от употребления наркотиков. Важную роль в соблюдении требований лечения играет участие супруги/супруга и членов семьи пациента.

Как показывают результаты исследований, существуют определенные проблемы с соблюдением режима приема налтроксона, весьма высок уровень отказа. Однако среди принимающих лекарство и соблюдающих режим пациентов эффективность налтроксона в целом достаточно высока, что позволяет провести оценку и подобрать соответствующее конкретному пациенту лечение.

Существенные усилия были предприняты для разработки антагонистов кокаина. Однако пока что не удалось доказать опытным путем эффективность какого-либо из веществ, блокирующих воздействие кокаина.

c) Обслуживание после окончания лечения

В некоторых программах структурированного лечения выделяется период менее интенсивного лечения, называемый последующим обслуживанием, после завершения пациентом основной программы лечения. Он может ограничиваться периодом в один месяц после окончания лечения или быть гораздо продолжительнее и основан на намерении предоставить пациентам постоянную поддержку на уровне, необходимом для сохранения достигнутых результатов и целей. Могут предусматриваться регулярные контакты по телефону, запланированные и незапланированные посещения врача. Помимо обслуживания после окончания лечения, предлагаемого в рамках программы структурированного лечения, пациентов можно также поощрять участвовать в группах самопомощи и воспользоваться другими видами общей поддержки в рамках общины, а также в случае необходимости услугами по консультированию по месту жительства. Пока что официальная оценка эффективности таких услуг не проводилась, однако, по общему мнению, они играют существенную роль и весьма полезны. Совершенно очевидно, что благоприятная атмосфера в семье и общине будет также способствовать выздоровлению людей, прошедших лечение от наркомании.

d) Модели комплексного лечения

В последние годы прилагались особые усилия для развития услуг по комплексному лечению. Эти услуги представляют собой сочетание различных подходов к лечению, таких как консультирование на базе общины и услуги по реабилитации в центрах совместного

Врезка 19
Матричная модель

Матричная модель лечения лиц, злоупотребляющих стимулянтами, представляет собой многокомпонентную систему лечения, которая предназначена помочь им в достижении абстиненции и физического и психологического благополучия. Модель предназначена для системного удовлетворения потребностей лиц, злоупотребляющих стимулянтами, разделяя проблемные области на четкие категории. Отобранными категориями являются – поведенческая, когнитивная, эмоциональная и отношения с другими людьми. Лечение направлено на решение конкретных проблем, которые возникают в каждой из этих областей во время "этапа выздоровления" и с которыми сталкиваются выздоравливающие пациенты в течение первого года отказа от употребления стимулянтов. В модели делается упор на индивидуальный контакт с врачом, просвещение по вопросам наркомании, профилактику рецидива, социальную поддержку, участие в двенадцатиступенчатой программе и вопросы, имеющие решающее значение в привыкании к наркотическим средствам и рецидивах. Программа включает просвещение и поддержку для членов семьи. Ниже представлен типичный график реализации программы:

Этап 1 (месяцы 1–6). Терапевтический курс лечения обычно планируется следующим образом:

- недели 1–2: дважды в неделю индивидуальные занятия, еженедельная встреча в рамках двенадцатиступенчатой программы, групповые занятия по просвещению для членов семьи, группа стабилизации и анализ мочи;
- недели 3–16: дважды в неделю занятия группы профилактики рецидива, еженедельное индивидуальное занятие, встреча в рамках двенадцатиступенчатой программы, групповые занятия по просвещению для членов семьи и анализ мочи;
- недели 17–26: дважды в неделю групповые занятия по профилактике рецидива, еженедельные занятия в группе социальной поддержки, встреча в рамках двенадцатиступенчатой программы и ежемесячное индивидуальное занятие.

Этап 2 (месяцы 7–12). Терапевтический курс лечения обычно планируются следующим образом:

Еженедельная встреча в рамках двенадцатиступенчатой программы, занятия в группе социальной поддержки, консультирование отдельных лиц и семейных пар и в случае необходимости анализ мочи.

Источники: Huber and others, *Integrating treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective, Journal of Addictive Diseases*, vol. 16 (1997), pp. 41-50; and R. Rawson and other, An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the matrix model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, No. 2 (1995), pp. 117-127.

http://www.martixcentre.com/

проживания, которые призваны помочь людям в достижении устойчивой абстиненции. Пример модели, применяемой для людей, злоупотребляющих психостимуляторами, приводится во врезке 19, ниже.

e) Лечение в специализированных заведениях: система уголовного правосудия

Многие лица, злоупотребляющие наркотиками, сталкиваются с правовыми органами и системой уголовного правосудия. Во многих странах проявляется интерес к разработке методов лечения в заведениях системы уголовного правосудия. Возможности вмешательства в рамках системы уголовного правосудия могут возникать в ряде мест и на различных этапах, в частности:

- Задержание. Проактивная оценка и направление сотрудниками, работающими совместно с полицией, соответствующих лиц на лечение при задержании.
- Период до вынесения приговора (направление в период пробации). В соответствии с этой схемой правонарушители, у которых выявлена наркомания, с момента задержания до вынесения приговора могут быть направлены на лечение инспектором по пробации.
- Приговор об отбывании условного наказания. Программы структурированного лечения можно организовать в рамках отбывания условного наказания, а также при вынесении других приказов о пробации, используя соответствующие условия прохождения лечения.
- Меры в период содержания под стражей и после вынесения приговора. Основная схема лечения может включать проведение дезинтоксикации, консультирование во время пребывания в тюрьме и поддержку после отбывания наказания. Может быть продолжено лечение для заключенных, которые освобождены досрочно (лечение после освобождения на поруки).
- Суды по принудительному направлению на лечение от наркомании. Судебное решение о направлении на лечение от наркомании предусматривает обязательный судебный надзор и лечение от злоупотребления психоактивными веществами в качестве альтернативы тюремному заключению правонарушителей-наркоманов. Суды по принудительному направлению на лечение от наркомании стали действовать в Соединенных Штатах в 1989 году в качестве одного из средств борьбы с преступностью путем искоренения лежащего в их основе злоупотребления наркотиками. В настоящее время растет число стран, где они существуют или планируется их ввести, в том числе Австралия и Канада в 1999 году; Ирландия в 2000 году; Бермудские острова, Бразилия, Каймановы острова, Ямайка и Соединенное Королевство (Шотландия) в 2001 году; Маврикий, Новая Зеландия и Соединенное Королевство (Англия, Уэльс и Северная Ирландия) в 2002 году (см. врезку 20).

B. Оценка информации об эффективных методах лечения

Во всем мире наблюдается значительное и все растущее предложение исследовательской литературы по вопросам эффективности лечения проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками. Традиционно такой материал представляется в трех общих видах:

- научные доклады, опубликованные в специализированных журналах;
- результаты научных исследований, опубликованные в виде отчетов или монографий;

- главы из различных книг и обзорные статьи с кратким изложением конкретного вида лечения или предмета исследования.

Доступ к такой литературе стал значительно проще, поскольку все больше публикуемых работ можно найти в Интернете. Теперь в сети Интернет можно получить доступ ко многим справочным материалам, и Интернет становится быстро развивающимся ресурсом, постоянно предлагающим новые услуги. Весьма ценным источником является библиотека Кокрейна (см. врезку 49, ниже), в которой имеется перечень обзоров, составленных по различным областям здравоохранения, включая наркоманию.

Врезка 20

Ямайка: реабилитация вместо тюремного заключения

На Ямайке признание того, что у человека имеется проблема со злоупотреблением наркотиками, является наиболее важным условием для направления его для прохождения Программы лечения от наркомании по решению суда. В двух специально назначенных для этого мировых судах – в Кингстоне и Монтего-Бей – теперь можно избежать тюремного заключения или крупного штрафа за хранение марихуаны, кокаина или героина или даже за преступления, совершенные под воздействием наркотиков, если нарушитель направлен на прохождение реабилитационного лечения по одобренной судом программе.

По программе, которая была создана при консультативной помощи ЮНДКП и Суда по рассмотрению дел о наркотиках в Торонто, Канада, уже были приняты решения по десяткам дел. В последнее время были разработаны неофициальные инструкции, в которых учитываются местные условия. Важными критериями для включения в программу и лечения по ней являются наличие постоянного места жительства, родственников или лица, готового принять на себя ответственность за пациента, а также регулярное участие в консультациях.

Во время недавних посещений таких судов представители ЮНДКП стали свидетелями случаев, когда один из участников программы был вынужден покинуть ее, будучи уличенным в распространении наркотиков, а другой был возвращен в тюрьму на одни сутки для осознания всей важности регулярного посещения занятий по реабилитации, а еще троим было разрешено являться в суд раз в две недели (в иных случаях требуется, чтобы они возвращались раз в неделю). Один из участников программы каждый раз проходит пешком четыре мили, чтобы посещать групповые консультации, которые проходят три раза в неделю. Помимо регулярной проверки на употребление наркотиков, по всей видимости, большое влияние на стремление выздоравливающих наркоманов оставаться “чистыми” и “честными” оказывают сверстники.

Большинство пациентов злоупотребляют кокаином, и поэтому у многих из них существует большая вероятность рецидива. Консультанты знают, что некоторые из участников программы представляют собой “пограничные” случаи. Самая большая проблема на Ямайке состоит в том, чтобы найти подходящие условия для проживания и работы, и для многих не существует альтернативы трущобам Кингстона и Монтего-Бей, переполненным наркоманами. Основной спорный вопрос для обеспечивающих лечение сторон состоит в том, стоит ли помещать участников программы в центры совместного проживания с круглосуточным пребыванием, поскольку в конце концов они должны будут возвратиться к жизни во “внешнем мире”. Поэтому важнейшую роль играет отношение пациента к этому лечению. Если наркоман готов “воздерживаться от наркотиков”, чтобы избежать тюремного заключения, законодательство Ямайки предоставляет ему “второй шанс”.

Источник: ODCCP Update, December 2001.

Основные моменты

Основными моментами главы IV *Руководства* являются следующие:

- базовые элементы комплексного подхода к лечению можно объединить в систему лечения в зависимости от характера и масштабов проблемы, объема имеющихся финансовых ресурсов, в также культурных и политических условий;
- общедоступные службы являются важными элементами комплексных мер лечения. Эти службы действуют как важные пункты первого контакта для людей, имеющих связанные с наркотиками проблемы, и тех, кто озабочен проблемой наркомании. Они также являются частью важной стратегии профилактики неблагоприятных медицинских и социальных последствий злоупотребления наркотиками;
- существует целый ряд лечебных услуг и специальных терапевтических мер для борьбы со злоупотреблением наркотиками. Оценочные исследования, проведенные в некоторых странах, подтверждают целесообразность следующих мероприятий:
  - программ дезинтоксикации под медицинским наблюдением для контроля за симптомами абстиненции и стабилизацией;
  - программы реабилитации для профилактики рецидива на уровне общины или в центрах совместного проживания;
  - фармакологические меры, включая поддерживающую терапию и фармакотерапию с применением антагонистов;
- информацию об эффективности лечения можно получить из специализированных журналов и в библиотеках. Возрастает роль Интернета как первоочередного средства получения информации об эффективности программ.

Справочная литература

Galanter, M., and Kleber, H.D., eds., *Textbook of Substance Abuse Treatment* (Washington, D.C., The American Psychiatric Press, 1999).

Institute of Medicine, *Treating Drug Problems* (Washington, D.C., National Academy Press, 1990).

Landry, M., *Overview of Addiction Treatment Effectiveness* (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 1995).

Mattick, R.P., and Hall, W., eds., *A Treatment Outline for Approaches to Opioid Dependence. Quality Assurance in the Treatment of Drug Dependence Project*, Monograph Series No. 21 (Canberra, Australian Government Publishing Office, 1993).

National Institute on *Drug Abuse, Drug Abuse and Addiction Research: The Sixth Triennial Report to Congress from the Secretary of Health and Human Services* (Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 1999).
http://www.drugabuse.gov/STRC/STRCIndex.html

National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide* (Washington, D.C., National Institutes of Health, 1999).
http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATindex.html

Office of National Drug Control Policy, *Treatment Protocol Effectiveness Study* (Washington, D.C., 1996).
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/treat/treat.html

Roberts, G., and Ogborne, A., *Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation* (Ottawa, Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Health Canada, 1998).
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-otherdrugs/pdf/best_pract.pdf

Robertson, R., ed., *Management of Drug Users in the Community: A Practical Handbook* (New York, Oxford University Press, 1998).

UNDCP, *Investing in Drug Abuse Treatment: A Discussion Paper for Policy Makers* (Vienna, 2002).

UNDCP, *Contemporary Drug Abuse Treatment: A Review of the Evidence Base* (Vienna, 2002).

WHO Expert Committee on Drug Dependence, *Thirtieth Report* (Geneva, WHO, 1996).

WHO Programme on Substance Abuse, *Approaches to Treatment of Substance Abuse* (Geneva, WHO, 1993).

Руководства по лечебной практике

American Psychiatric Association-Clinical Resources, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids.*
http://www.psych.org/clin_res/pg_substance.cfm

Australian Department of Health and Aged Care, *Handbook for Medical Practitioners and Other Health Care Workers on Alcohol and Other Drug Problems.*
http://www.health.gov.au/pubs/drug/alc_hand/alc_int.htm

Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, and Department of Health and Social Services, Northern Ireland, *Drug Misuse and Dependence. Guidelines on Clinical Management* (Norwich, The Stationary Office Ltd., 1999).
http://www.doh.gov.uk/drugdep.htm
http://www.open.gov.uk/doh/pub/docs/doh/dmfull.pdf

National Institute on Drug Abuse, NIDA *Clinical Toolbox*
http://www.drugabuse.gov/TB/Clinical/ClinicalToolbox.html

Trachtenberg, A.I., and Fleming, M.F., *Diagnosis and Treatment of Drug Abuse in Family Practice* (New York, Health Science Communications, Inc., 2001).
http://www.nida.nih.gov/Diagnosis-Treatment/diagnosis.html

Фармакологическое вмешательство

Ball, J.C., and Ross, A., *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome* (New York, Springer-Verlag, 1991).

Fiellin, D. A., and others, *Methadone Medical Maintenance: A Training and Resource Guide for Office-Based Physicians* (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services).
http://www.caas.brown.edu/ATTC-NE/pubs/OBOT/OBOT.html

Ghodse, H., Clancy, C., and Oyefeso, A., *Methadone Substitution Therapy. Policies and Practices*, Monograph Series No. 1 (London, European Collaborating Centres in Addiction Studies, 1998).

Johnson, R.E., and Strain, E.C., "Other medications for opioid dependence", in *Methadone Treatment for Opioid Dependence*, Strain, E. C., and Stitzer, M., eds. (Baltimore, Maryland, The Johns Hopkins University Press, 1999).

Kauffman, J.F., and Woody, G.E., *Matching Treatment to Patient Needs in Opioid Substitution Therapy*, Treatment Improvement Protocol Series 20 (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1995).
http://www.health.org/govpubs/bkd168

Kreek, M.J., "Long-term pharmacotherapy for opiate (primarily heroin) addiction: Opioid agonists", in *Pharmacological Aspects of Drug Dependence: Towards an Integrated Neurobehavioral Approach*, Schuster, C.R., and Kuhar, M.J., eds. (Berlin, Springer, 1996), pp. 487-562.

Ling, W., Rawson, R.A., and Compton, M. A., "Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: from methadone to LAAM and buprenorphine", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 26, No. 2 (1994), pp. 119-128.

Marsch, L., "The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behaviour and criminality: a meta-analysis", *Addiction*, vol. 93, No. 4 (1998), pp. 515-532.

National Institutes of Health, *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*, NIH Consensus Statement, vol. 15, No. 6 (17-19 November 1997), pp. 1-38.
http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/108/108_intro.htm

Newman, R.G., "Methadone: prescribing maintenance, pursuing abstinence", *The International Journal of Addictions*, vol. 30, No. 10 (1995), pp. 1303-1309.

Office of National Drug Control Policy, *Consultation Document on Opioid Agonist Treatment.*
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/scimed/methadone/contents.html

Preston, A., *The Methadone Briefing* (London, ISDD, Waterbridge House, 1996).

Verster, A., and Buning, E., European Methadone *Guide* (Amsterdam, Euro-Methwork, 2000).

Психосоциальное вмешательство

Carroll, K.M., *Approaches to Drug Abuse Counseling* (Rockville, Maryland, National Institutes of Health, 2000).
http://www.drugabuse.gov/ADAC/ADAC1.html

Colombo Plan Drug Advisory Programme, *Enhancing Life Skills in Drug Treatment and Rehabilitation: A manual for Practitioners and Trainers* (Colombo, 2002).

Harrison, S., and Carver, V., eds., *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counselors* (Toronto, Addiction Research Foundation, 1997).

Huber, A., and others, "Integrating treatments for methamphetamine abuse: a psychosocial perspective", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 16 (1997), pp. 41-50.

Miller, W.E., and Hester, R.K., "The effectiveness of treatment techniques: what works and what doesn't", in *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, Miller, W.E., and Heather, N., eds. (New York, Plenum Press, 1986).

Miller, W.R., "Motivational interviewing: research, practice and puzzles", *Addictive Behaviors*, vol. 6 (1996), pp. 835-842.

National Institute on Drug Abuse, *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction* (Washington, D.C., Government Printing Office, 1998).

National Institute on Drug Abuse, *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 2. A Community-Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction* (Washington, D.C., Government Printing Office, 1998).

Rawson, R., and others, "An intensive outpatient approach for cocaine abuse: the Matrix model". *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, No. 2 (1995), pp. 117-127.

Лечение и гендерные проблемы

Health Canada, *Best Practices–Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems* (Ottawa, 2001).
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/women-e.pdf

Hedrich, D., *Problem Drug Use by Women. Focus on Community-Based Interventions* (Strasbourg, Pompidou Group, 2000).
http://www.pompidou.coe.int/English/therapie/women/pdw-e001.html

National Institute on Drug Abuse, *Gender and Women Research*
http://www.drugabuse.gov/WHGD/WHGDHome.html

Лечение и ВИЧ/СПИД

Center for Substance Abuse Treatment, *Substance Abuse and Infectious Disease: Cross-Training for Collaborative Systems of Prevention, Treatment and Care*
http://www.treatment.org/Topics/infectious.html

Health Canada, *Care, Treatment and Support for Injection Drug Users Living with HIV/AIDS* (Ottawa, 1997).

Pohl, M., and others, *Guidelines for HIV Infection and AIDS in Addiction Treatment* (American Society of Addiction Medicine, 1998).
http://www.asam.org/conf/aidsguid.htm

United Nations, *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers. A Position Paper of the United Nations System* (Vienna, 2001).

WHO, "Drug use and HIV-infection: the care of drug users and the treatment system", WHO working group report (Munich, 1998).
http://www.who.dk/adt/pdf/drughiv.pdf

Лечение молодежи

Health Canada, *Best Practice for the Treatment and Rehabilitation of Youth with Substance Use Problems* (Ottawa, 2001).
http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cds-sca/cds/pdf/youth.pdf

Health Advisory Service, *The Substance of Young Needs: Services for Children and Adolescents Who Misuse Substances* (London, Her Majesty's Stationery Office, 1996).

Schonberg, S.K., *Guidelines for the Treatment of Alcohol- and Other Drug-Abusing Adolescents*, Treatment Improvement Protocol Series (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, Centre for Substance Abuse Treatment).

Лечение в условиях системы уголовного правосудия

EMCDDA, *An Overview Study: Assistance to Drug Users in European Union Prisons*, EMCDDA Scientific Report (London, Cranstoun Drug Services Publishing, 2001).

Fox, A., *Prisoners' Aftercare in Europe: a Four-Country Study* (London, Cranstoun Drug Services, European Network for Drug and HIV/AIDS Services in Prison, 2000).

Turnbull, P.J., *Demand Reduction Activities in the Criminal Justice System in the European Union* (Lisbon, EMCDDA, 1997).

WHO Health in Prisons Project and the Pompidou Group of the Council of Europe, *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices* (Bern, 2001).

Ресурсы Интернет

Addiction Search: links to addiction information on the Internet.
http://www.addictionsearch.com

Centre for Substance Abuse Treatment
http://www.samhsa.gov/centers/csat2002/

The National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information
http://www.health.org/dbases/

National Treatment Agency
http://www.nta.nhs.uk/

Royal College of General Practitioners: Substance Misuse Management in General Practice
http://www.smmgp.demon.co.ukРуководства по лечебной практике

Глава V

Разработка и внедрение лечебных услуг

В главе IV *Руководства* в кратком виде представлены эффективные методы лечения, разработанные для борьбы с наркоманией. В главе V *Руководства* обсуждение продолжается и ставится вопрос: "Каким образом следует разрабатывать лечебную службу или систему?"

При чтении главы V *Руководства* можно извлечь следующую полезную информацию:

- оценку роли привлечения общины к разработке новых лечебных услуг;
- понимание способов привлечения имеющихся ресурсов первичной медико-санитарной помощи в дополнение к специализированному лечению злоупотребления психоактивными веществами;
- ориентацию поэтапного подхода к планированию, созданию и внедрению медицинских служб и систем;
- обзор основных задач при создании лечебной службы;
- прояснение значения организационных задач, подготовки персонала, поддержки и контроля.

При обсуждении такого рода сложно уделять должное внимание всем деталям подлежащих выполнению задач как при создании новой службы, так и при активизации работы тех лечебных служб, которые перестали отвечать меняющимся потребностям населения. Интересно отметить, что многие успешно действующие службы были созданы отдельными людьми, которым удается пренебрегать рядом традиционных аспектов организационной структуры и развития. Их энтузиазм и приверженность делу какое-то время приносят плоды, но со временем такой личностный подход может породить проблемы. В целом гораздо лучше, если услуги основаны на четко разработанной политике, процедурах и процессе пересмотра такой политики, что позволяет системе развиваться и совершенствоваться со временем.

В некоторых странах решающее воздействие на разработку новых проектов оказывает централизованное планирование, тогда как в других многие проекты могут быть созданы индивидуальными или общинными усилиями в отсутствие какого-либо обобщенного или систематизированного плана стратегического развития. В других местах такие службы могут создаваться неправительственными организациями. Вне зависимости от характера или уровня различий, для наилучшего использования ресурсов всегда существует необходимость разработки скоординированного подхода с участием всех основных партнеров.

В лечебных системах и службах должны находить свое отражение медицинская, социальная и общинная инфраструктуры, в которые они должны быть включены. Новая программа лечения должна дополнять и быть тесно связанной с существующими сетями медицинского обслуживания, социального обеспечения и правовыми структурами. Это поможет достичь максимальной эффективности в использовании ограниченных ресурсов, а также облегчить интеграцию услуг по лечению наркомании в существующие общинные службы.

Уровень развития здравоохранения и социального обеспечения в разных частях мира резко отличается. Следует признать, что могут существовать и явные различия в объемах имеющихся финансовых и людских ресурсов. Вполне очевидно, что вид служб, которые следует создать, будет определяться объемом местных и национальных ресурсов, имеющихся для этих целей.

Однако, независимо от масштаба, ЮНДКП выступает за системный подход с целью обеспечения оптимального использования ресурсов. Такой подход может и во многих случаях должен быть эволюционным, развивающимся от базовых мер на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях ограниченных ресурсов, через промежуточное решение, предусматривающее создание единой лечебной службы до более сложного, комплексного подхода в виде системы лечения.

Глава V делится на три раздела. В разделе A дается общее представление о важных принципах участия общины и служб первичной медико-санитарной помощи в предоставлении базового обслуживания. В разделе B представлена информация о способах создания новой лечебной службы, направленной на предложение более специализированных услуг людям, имеющим проблемы с наркотиками. В разделе C приводятся некото-

рые базовые руководящие принципы эффективной деятельности лечебной службы. Информация, представленная в разделе C, будет далее дополнена в главе VI, посвященной интеграции и координации различных компонентов в лечебной системе.

A. Участие общины и интеграция лечения наркомании в систему первичной медико-санитарной помощи

Большая часть материала в главе V *Руководства* посвящена поэтапному подходу к созданию лечебной службы. Прежде чем представлять этот материал, стоит рассмотреть ситуацию, при которой для развития новой лечебной службы нет средств. В этих условиях можно было бы способствовать принятию мер на уровне общины и сделать на них упор, а также оказать поддержку персоналу учреждений первичной медико-санитарной помощи в предоставлении базовых услуг. Во многих районах мира лечебные ресурсы обеспечиваются исключительно персоналом общего профиля в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, которых может быть очень мало для решения широкого спектра медицинских проблем. Однако во многих системах службы первичной медико-санитарной помощи часто являются для лиц, злоупотребляющих наркотиками, первым местом, куда они обращаются за помощью. В некоторых общинах масштаб распространения проблем наркомании становится тяжелым бременем для служб первичной медико-санитарной помощи.

1. Участие общины

Важными элементами при создании служб лечения наркомании являются ресурсы общины. Их значение становится еще более очевидным в условиях ограниченных финансовых средств. При таком подходе, опирающемся на общину, семья и община становятся частью системы лечения и активно вовлекаются в планирование, осуществление и оценку программы. Примечательно, что при разработке лечения необходимо учитывать культурный контекст и условия для предоставления обслуживания и, возможно, потребуется привлечь существующие традиционные методы лечения и внедрить их в местной общине, которая уже могла предпринять какие-либо действия.

Во врезках 21 и 22 приводятся примеры инициатив, связанных с участием общины, службы первичной медико-санитарной помощи и народных целителей.

Врезка 21
Мобилизация общины, Чанг-Мэй, северный Таиланд

В северной части Таиланда на границе с Мьянмой существует хорошо развитая система медико-санитарного обслуживания, базирующаяся на трехступенчатом подходе, включающем региональную, районную и сельскую службы, при этом первичная медико-санитарная помощь оказывается в основном на уровне района и деревни, а более специализированные услуги предоставляются на региональном уровне. За последнее десятилетие проблема злоупотребления метамфетамином приобрела характер серьезной эпидемии, и в некоторых небольших районах были разработаны местные меры борьбы с широко распространившимся злоупотреблением метамфетамином в сельских общинах. Например, комитет района Ункранг (к северу от Чанг-Мэй) провел совещание руководителей для разработки мер по борьбе с проблемой метамфетамина на уровне общины. Были разработаны меры по укреплению общины, рассчитанные, в частности, на предотвращение распространения и продажи наркотиков и оказание поддержки жителям, прошедшим курс лечения.

Врезка 22
Привлечение традиционных целителей в Нигерии

В некоторых сельских районах Нигерии, где группы первичной медико-санитарной помощи нередко состоят из одной медицинской сестры, обслуживающей большое число жителей на обширной территории, такие бригады привлекают к сотрудничеству некоторых традиционных целителей. Это делается для того, чтобы традиционные целители приобрели определенные навыки для участия в оказании первичной медико-санитарной помощи. Такие подходы прагматичны, основаны на местных ресурсах и обеспечивают участие уважаемых членов общины и старейшин в разработке структурированных ответных мер. Аналогичные подходы могут быть разработаны для конкретных целей выявления лиц, злоупотребляющих наркотиками, кратковременного вмешательства и направления на лечение.

Врезка 23
Участие общинных медицинских работников, Лаосская Народно-Демократическая Республика

В Лаосской Народно-Демократической Республике опий традиционно используется при болях и лечении серьезных проблем со здоровьем, а основной причиной распространения пристрастия к опию в общине является ограниченное предложение базовых медицинских услуг. Создание и улучшение работы систем первичной медико-санитарной помощи сыграет важную роль в предотвращении дальнейшего распространения пристрастия к опию и предупреждении рецидивов. В настоящее время осуществляется поддержка общинных служб первичной медико-санитарной помощи. Для улучшения ситуации в области здравоохранения в деревнях привлекаются добровольные помощники медицинских работников и им предоставляется содействие. Добровольцы являются тем ресурсом, который обеспечивает улучшение охраны здоровья и способствует осуществлению стратегии пропаганды здорового образа жизни, направленной на повышение эффективности, адекватности и доступности медицинской информации и санитарного просвещения на уровне сельских общин. Такой подход включает компонент сокращения спроса при участии общины, что достигается путем повышения информированности членов общины о проблеме наркомании.

Врезка 24

Королевский колледж врачей общего профиля – цели обучения работников первичной медико-санитарной помощи

В 2001 году в Королевском колледже врачей общего профиля в Соединенном Королевстве началась подготовка примерно 400 врачей общего профиля и 60 тюремных врачей, которые должны стать "специалистами" по лечению злоупотребления психоактивными веществами. Обучение включает серию предварительных обсуждений, основные занятия и методы проведения постоянных оценок. В рамках этой инициативы и для подтверждения уровня компетенции подготовлен портфель относящихся к обучению документов с изложением требований к профессиональной компетенции и целей обучения по программе подготовки. Цели обучения включают:

- критическую оценку клинических рекомендаций, принятых в Соединенном Королевстве, в отношении лечения злоупотребления психоактивными веществами;
- пояснение оптимальной практики назначения замещающего лечения;
- понимание роли врачей общего профиля в лечении лиц, злоупотребляющих наркотиками;
- развитие более широкого понимания мероприятий по "совместному уходу" со стороны общемедицинских специализированных лечебных учреждений;
- рассмотрение пагубных последствий злоупотребления наркотиками, а также роли врачей общего профиля в профилактике смертельных случаев, связанных с употреблением наркотиков.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.smmgp.demon.co.uk**

Очень важно принимать во внимание местные условия и культурные традиции, которые влияют на злоупотребление наркотиками и появление наркозависимости. Например, при серьезном физическом заболевании и сильных болях лечение может проводиться с использованием местных традиционных лекарственных средств, что может стать причиной серьезных проблем с наркозависимостью среди членов общины. В таких случаях лечение наркомании должно быть направлено на лечение лежащего в ее основе фактора. В этом отношении показательным является приведенный во врезке 23 пример из Лаосской Народно-Демократической Республики.

2. Ключевые элементы участия служб первичной медико-санитарной помощи

При базовом сценарии цель состоит в опоре на группы первичной медико-санитарной помощи в выявлении (скрининге) людей с проблемами, связанными со злоупотреблением наркотиками, и принятии мер на уровне базовой медико-санитарной помощи. Одним из крупных преимуществ интеграции лечения наркомании в первичную медицинскую помощь является совместное использование существующих инфраструктур и местных ресурсов. Для этого необходимы адекватные профессиональная подготовка, материальное обеспечение и услуги по направлению на лечение. Работники первичных медико-санитарных служб (а также их добровольные помощники в общинах), работающие в данной приоритетной области, должны быть осведомлены о проблемах наркомании и уметь отбирать пациентов для лечения; знать, какие минимальные медико-санитарные меры следует принять для лечения людей с такими проблемами (например, обеспечить кратковременное вмешательство, как оно определяется в глоссарии в конце настоящего *Руководства*); и, в идеале, получать поддержку и помощь в сложных случаях.

Во врезке 24 приводится пример инициативы по профессиональной подготовке работников первичной медико-санитарной помощи в Соединенном Королевстве.

3. Соотношение между специализированной и общей медицинской помощью

В идеале должно существовать разумное соотношение между специализированными ресурсами и ресурсами первичной медико-санитарной помощи. Действительно, там, где ресурсы существенно ограничены, лечебные услуги необходимо развивать в рамках структур первичной медико-санитарной помощи. Но там, где это возможно, желательно наладить в той или иной форме специализированную помощь, чтобы содействовать накоплению имеющего важнейшее значение опыта в лечении проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, в конкретной местности. Специализированные ресурсы могут быть ценным источником обучения и поддержки для работников системы общей первичной медико-санитарной помощи.

На практике может осуществляться перевод пациентов из специализированной службы в службу общей первичной медико-санитарной помощи и наоборот. В некоторых системах лечения пациенты, успешно прошедшие реабилитацию в специализированной службе, но которым все еще требуется медицинская и другая помощь, могут быть направлены в группу первичной медико-санитарной помощи, которая будет продолжать обслуживание при поддержке специализированной службы, если это потребуется. Может возникнуть и обратная ситуация, при которой пациенту службы первичной медико-санитарной помощи могут понадобиться такие услуги, которые не могут быть предоставлены в данных условиях, и потребуется направить его в специализированное учреждение на временной или долгосрочной основе.

Во врезке 25 в кратком виде изложены вопросы использования персонала служб первичной медико-санитарной помощи в системе лечения в Ирландии.

B. Создание новой лечебной службы

В данном разделе общие принципы и виды деятельности по проекту применяются к конкретному контексту

Врезка 25
Создание лечебных служб в Ирландии

В Ирландии созданию служб для решения серьезной проблемы героиновой наркомании в Дублине способствовало появление целого ряда национальных докладов. Крупные инвестиции в развитие служб были направлены в период с 1995 по 2000 год, при этом потенциал системы более чем удвоился. В основном это было достигнуто за счет разработки политики первичной медико-санитарной помощи, в которой были заложены четкие процедуры привлечения врачей общего профиля к решению проблем наркозависимости, предусмотрены обучение и плата врачам общего профиля за время, потраченное на эту сложную проблему.

В последующих обзорах политики стало очевидно, что в Дублине службы были созданы, но проблемы наркомании распространились на другие части страны. Была разработана пересмотренная национальная стратегия борьбы с наркоманией, в которой учитывался опыт развивающихся служб в данной местности, и рекомендовалось создание региональных и местных объединенных служб для борьбы с наркоманией и алкоголизмом во всех регионах.

В рамках процесса оказания помощи и развития были созданы национальная целевая группа и региональная система координации борьбы с наркоманией. Координационная структура явилась важной частью национального процесса мониторинга и исполнения.

оптимальной разработки специальной программы лечения наркомании. Руководящие указания не сосредоточены на каком-либо конкретном методе лечения. На практике большинство ключевых аспектов процесса разработки носят общий характер. Конкретные примеры в виде краткого изложения отдельных случаев представлены для того, чтобы показать, как в условиях различных стран были созданы новые ресурсы.

Важно четко представлять себе реалистичные цели и задачи проекта, какой бы простой или сложной ни была инициатива. Процесс создания лечебной службы может оказаться сложным и потребовать много времени. Для того чтобы гарантировать положительный результат, рекомендуется назначить (или поддержать кандидатуру) сотрудника, который будет осуществлять руководство на этапе создания. Назначенный на эту должность сотрудник должен обладать навыками организационной работы, управления и общения и видеть перспективу, с тем чтобы довести проект до завершения.

1. Определение потребностей целевой группы населения

Как отмечалось в главе Ш, необходимо четкое понимание характерных особенностей группы пациентов, для лечения которых предназначена конкретная программа. Отчасти это можно сделать, изучая возможные пути направления на лечение и доступа к лечению, которые будут использоваться, а отчасти – путем проведения оценки потребностей. Этот процесс должен содействовать в выявлении вероятных потребностей в лечении конкретных групп населения, включая молодежь, женщин, лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, ВИЧ-положительных наркоманов, людей с сопутствующими психиатрическими заболеваниями, бездомных, лиц в системе уголовного правосудия и представителей этнических меньшинств. Во врезке 26 в кратком виде представлена специальная оценка потребностей женщин, злоупотребляющих наркотиками, в Пакистане.

2. Составление спецификации по проекту

В письменной спецификации должна быть определена сфера охвата проекта и точно указано, что конкретно предполагается сделать и каких целей достичь. Важно также указать, чего именно не следует ожидать в рамках проекта. Далее в документе должно быть установлено, кто будет входить в основной штат разработчиков, каковы их обязанности и какая работа от них ожидается. Следует дать описание стандар-

Врезка 26
Создание служб для женщин, злоупотребляющих наркотиками, в Пакистане

В Пакистане наркомания среди женщин распространена существенно меньше, чем среди мужского населения, и носит более скрытый характер. Рецептурные лекарственные средства, затем героин – это те вещества, которые, как сообщается, наиболее часто употребляются женщинами. Если мужчины, как правило, употребляют гашиш или харас, то для женщин этот наркотик редко бывает основным.

Считается, что в стране многие злоупотребляющие наркотиками женщины не стремятся излечиться из-за боязни, что у них отберут детей и передадут на государственное попечение. Они также боятся быть наказанными мужьями или руководителями общины. В таких условиях важно обеспечить конфиденциальность службы, которой женщины-наркоманы могли бы доверять и доступ к которой был бы простым.

Принимая во внимание ограниченные возможности для лечения злоупотребляющих наркотиками женщин в Пакистане, ЮНДКП в сотрудничестве с местной неправительственной организацией создал в г. Лахоре службу консультаций по телефону. Задачей этого рассчитанного на один год экспериментального проекта было предоставление женщинам реалистичной информации о наркотиках и о путях решения проблемы, если в семье отмечено злоупотребление наркотиками. Неправительственная организация назначила консультантов и психологов, которые были специально подготовлены для работы в области сокращения спроса на наркотики, для ответов на вопросы женщин-наркоманов и членов их семей и оказания поддержки. Неправительственная организация также создала систему направления злоупотребляющих наркотиками женщин на лечение в государственные и частные лечебные учреждения. Успех проекту обеспечили хорошо подготовленные консультанты, работавшие круглосуточно, и высокая степень соблюдения конфиденциальности.

тов качества и фактических данных, используемых в проекте, и уточнить, как будет определяться момент завершения работы по проекту. Такое четкое представление о всех моментах, касающихся выполнения проекта, является чрезвычайно важным.

Необходимо будет также провести оценку рисков, даже если она будет не вполне официальной. В терминологии управления проектом "риск" – это вероятность опасности или наступления нежелательного события, а "контроль и управление рисками" предусматривают принятие мер по снижению степени риска, планирование мер в непредвиденных ситуациях и мониторинг хода проекта. Каков бы ни был уровень сложности проекта, необходимо учредить руководящий комитет по проекту, который выявит вероятность рисков по проекту. Комитет должен решить следующие вопросы:

- Будет ли проект эффективным и осуществимым с технической точки зрения?
  - Будут ли достигнуты желаемые результаты?
  - Принесет ли он еще какую-либо пользу?
  - Когда будут достигнуты ощутимые результаты?
  - Является ли проект устойчивым?
- Приемлем ли проект с политической точки зрения?
- Существует ли поддержка проекта на уровне общины?
- Будет ли проект пользоваться спросом среди целевых пользователей услуг?
- В какой степени гарантирована польза от реализации проекта?
- Является ли проект приемлемым с точки зрения расходов?

3. Мобилизация средств и начало осуществления проекта

На ранних этапах планирования проекта необходимо решить основные вопросы, относящиеся к бюджету и имеющимся ресурсам. Следует также провести предварительные обсуждения с представителями государственных учреждений и персоналом других служб (предусмотренных проектом), чтобы выявить существующие пробелы в обеспечении. Во врезках 27 и 28 представлены примеры обеспечения финансовыми средствами проекта в Африке и создания малобюджетного лечебного центра на Маврикии.

4. График осуществления проекта

Специалистами по управлению проектом были разработаны несколько полезных средств обеспечения сдачи проекта к установленному сроку и в соответствии со спецификациями. Одним из таких средств являются графики Ганта. На этой диаграмме, созданной для целей управления проектом, направления деятельности представлены в виде линий, которые расположены вдоль горизонтальной шкалы времени, при этом длина линий указывает на продолжительность каждого вида деятельности. С помощью графика можно сопоставить плановый уровень и текущий ход выполнения работы, при этом первая линия располагается от начала до окончания, а вторая – от фактического начала до окончания. Если обе линии для данного задания совпадают по длине, задача выполняется по графику. Степень несовпадения указывает на задержку или отставание в выполнении данного задания. Имеется несколько вариантов программного обеспечения по управлению коммерческими проектами, которые можно использовать для составления такого графика и работы с ним.

Врезка 27

Определение источников финансирования в Кении

Кения обладает весьма ограниченными службами реабилитации лиц с расстройствами здоровья, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. В 1996 году группа из четырех специалистов по психогигиене – трех психиатров и одного медико-социального работника – приняла решение о создании центра повышения квалификации в области лечения наркомании. В то время концепция заимствования средств для осуществления подобных проектов была весьма необычной для банковской системы Кении. Ни один банк не стал бы рассматривать вопрос о выделении средств этим четырем учредителям, поскольку проект казался им сомнительным и слишком рискованным.

Специалисты по психогигиене обратились к Механизму для разработки проектов в африканских странах (APDF), который действует в рамках Всемирного банка, с просьбой провести официальную оценку концепции проекта. После составления благоприятного обзора APDF оказал содействие в финансировании разработки проекта со стороны местного банковского сектора. Проект был создан и обеспечил существенный вклад в разработку стандартов реабилитации в регионе Восточной Африки.

Врезка 28

Мобилизация общины и специалистов на создание лечебного центра на Маврикии

Центр д-ра Идриса Гумани на Маврикии является примером того, как можно создать центр лечения и реабилитации в результате общинной инициативы. Мэр г. Порт-Луис, обеспокоенный резким ростом наркомании, созвал совещание, на котором обсуждались пути решения этой проблемы, пригласив принять в нем участие ряд социальных работников и специалистов. В результате было принято решение о создании лечебного центра, действующего на амбулаторной основе и расположенного в помещении муниципального детского сада. Группа добровольцев начала работу, не имея никакой финансовой поддержки. Постепенно группа накапливала опыт, качество оказываемых услуг повысилось, и в конце концов правительство стало выделять средства для укомплектования штата небольшим числом сотрудников, работающих полный день. На участке земли, который муниципалитет предоставил центру в аренду, было построено новое здание; кроме того, была создана группа сотрудников, работающих полный день. Программа по-прежнему располагает скромными средствами, находится на хорошем счету и ее услугами активно пользуются члены общины.

5. Определение терапевтических услуг, которые будут предоставляться

Первоначальная оценка или оценка потребностей в зависимости от характера и масштаба проблем наркомании в данной местности обеспечит информацию для обсуждения вопроса о том, какие виды терапевтических услуг необходимы. В дополнение к основной программе амбулаторного лечения и дневного пребывания в стационаре обычно предусматривается непосредственное предоставление или доступ к лечению в специальных центрах совместного проживания пациентов. Такая лечебная служба, как правило, со временем развивается от первоначальной базовой службы – возможно, консультирования на уровне общины с направлением в случае необходимости на стационарное лечение - до прямого обеспечения амбулаторным обслуживанием или пребыванием в специальных центрах совместного проживания, которые тесно увязаны между собой и вместе образуют логически завершенную программу.

Во врезке 29 представлен пример целого ряда служб, которые были созданы на Ближнем Востоке. В этом примере некоторые элементы терапевтического лечения были предусмотрены для осуществления в новом центре. Однако эти элементы были введены в действие не сразу. В течение первых месяцев работы службы предоставлялся тот набор услуг, который соответствовал потребностям и численности направляемых пациентов. Поэтому в качестве эффективного средства управления ресурсами и штатом сотрудников был использован гибкий и эволюционный подход.

6. Разработка политики и методов работы лечебного центра

Основной задачей в процессе разработки лечебного центра является составление протокола, в котором указаны цели и задачи службы, а также методы ее работы. Сотрудники будут наниматься в зависимости от вида осуществляемой программы, ее компонентов и имеющихся ресурсов. Необходимо провести оценку, чтобы выявить требуемый уровень квалификации и опыта персонала.

Необходимо как можно раньше определить объем финансовых ресурсов, которые будут обеспечены в качестве инвестированных средств и доходов от предоставленных услуг. Существует много примеров, когда программы лечения сталкивались с большими трудностями, поскольку не была проведена соответствующая подготовительная работа по уточнению или согласованию с организациями, осуществляющими финансирование, контрактов на выполнение работ, дохода от основной деятельности и механизмов выплат. Практически всегда необходимо предусматривать особую коммерческую функцию, относящуюся к управлению финансовой деятельностью.

Что касается устойчивого функционирования службы в дальнейшем, следует заметить, что масштаб и характер проблем, подлежащих решению, будет меняться. Планируя будущее службы, следует иметь в виду, что для обеспечения адекватной работы необходимо будет производить соответствующие изменения. В идеале работа этих служб должна подкрепляться согласованным национальным планом, предусматривающим долгосрочное планирование и реализацию и не подверженным слишком быстрым изменениям.

В приведенной ниже таблице в кратком виде представлено общее описание лечебной программы. При разработке новой лечебной службы или реорганиза-

Врезка 29

Создание Национального центра лечения и реабилитации в Объединенных Арабских Эмиратах

В 2000 году правительство Объединенных Арабских Эмиратов приступило к разработке плана создания нового Национального центра лечения и реабилитации в Абу-Даби. Имевшиеся данные свидетельствовали о том, что проблема злоупотребления наркотиками не получила в стране большого распространения, но проект рассматривался с учетом профилактики на долгосрочную перспективу. После интенсивных консультаций с официальными лицами Объединенных Арабских Эмиратов международная группа экспертов в этой области предприняла оценку потребностей и разработала план реализации проекта. Было выявлено, что существуют проблемы с зависимостью от опиоидов, каннабиса и бензодиазепина и что с лечением небольшого, но растущего контингента справляются несколько имеющихся в стране служб, к работе с которыми активно привлекаются тюрьмы и система уголовного правосудия. Намерение правительства состояло в создании временного центра с ведущей группой разработчиков для запуска в действие новой службы до того, как будут спроектированы и построены постоянные помещения. Первоначально ресурсы включали шесть отдельных элементов: административное руководство программой и управление коммерческой деятельностью; оценку состояния пациентов и планирование лечения; амбулаторный консультационный пункт; отделение дезинтоксикации; а также реабилитационное отделение.

Программа состоит из девяти функциональных компонентов: службы направления на лечение и оценки; дезинтоксикации и оценки общего физического состояния; программы амбулаторного лечения и программы стационарного лечения в дневное время; программы пребывания в центрах совместного проживания; последующего наблюдения; развития общины и охвата населения; общей координации комплексного наблюдения; телефонов доверия и консультационного центра; а также научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ.

После ремонта здания, расположенного в центральной части города, в 2002 году медицинский центр начал действовать, при этом штат сотрудников укомплектован как местными врачами, так и специалистами в области лечения злоупотребления психоактивными веществами из других стран. Одновременно ведется работа по проектированию и строительству нового постоянного специализированного учреждения на окраине города. Возможно, что первоначально созданный лечебный центр останется в качестве “дополнительной” службы.

Описание программы лечения

Элемент	*Содержание*
Описание групп обслуживаемых пациентов	Описание должно быть разработано таким образом, чтобы давать характеристику группы пациентов, обслуживаемых по этой программе.
Основные принципы	Следует представить общие принципы деятельности с указанием конкретного подхода, который будет использоваться данной службой и обеспечивать успешную реализацию программы.
Стандарты управления	Необходимо представить описание структуры исполнительного и оперативного управления программой и методов ее регулирования.
Стратегическое управление	В программе должна быть сформулирована общая цель и представлен стратегический план.
Обеспечение персоналом	Следует дать описание состава и численности штата сотрудников.
Информация об оценке и направлении на лечение	Следует разработать четкое описание путей направления на лечение по данной программе; каковы минимальные и максимальные сроки принятия мер; какие сотрудники задействованы и как будет управляться процесс направления на лечение; как будет организован процесс документирования направлений на лечение, мониторинг результатов и передача информации в учреждение, выдавшее направление.
Критерии оценки	Необходим метод оценки состояния пациентов, который должен включать результаты обследования в соответствии с конкретными жалобами пациента и оценку.
Планирование и обзор лечения	План лечения представляет собой письменное описание лечения, которое должно быть предоставлено, и его предполагаемое течение. В планах лечения отражены конкретные потребности пациентов и способы их удовлетворения данной службой (а также в случае необходимости другими службами). Процесс планирования лечения должен тщательно отслеживаться, оцениваться и в случае необходимости пересматриваться.
Завершение лечения	Завершение программы и направление на дальнейшее лечение должны быть запланированы и осуществляться под наблюдением ведущего работника, закрепленного за пациентами.
Управление людскими ресурсами и их развитие	Для осуществления программы требуются руководство, персонал и группа добровольцев (по необходимости), которые обладают навыками и способностями для выполнения задач данной службы. Должна быть сформулирована политика набора, отбора и приема на работу сотрудников, отвечающая требованиям законодательства в отношении возможностей и права на труд; должно быть составлено описание политики в области управления людскими ресурсами и системы контроля и оценки, которая отслеживает и мотивирует эффективность работы, способствуя ее поддержанию; кроме того, должен быть сформулирован ежегодный периодически обновляемый план профессиональной подготовки с достаточным финансовым обеспечением.
Физическая среда	Помещения и другие окружающие условия должны отвечать требованиям соответствующих регламентарных органов.
Условия проживания и питания	Условия проживания в медицинском учреждении по данной программе должны быть удобными и отвечать потребностям находящихся на лечении пациентов в плане соблюдения их права на личную жизнь, достоинство, уважение и личную независимость. Предоставляемые еда и напитки должны быть питательными и полезными.
Мониторинг исполнения и качество	В соответствии с программой должны быть разработаны и соблюдаться критерии и процедуры и документирования и отчетности об объемах и результатах выполненной работы. Критерии должны быть согласованы с членами соответствующих комиссий и других внешних организаций. Отчеты о контроле за объемом и результатами выполненной работы должны быть представлены руководству и соответствующей внешней аудитории, как это предусмотрено контрактами.
Политика оперативной	Основные политика и процедуры могут охватывать следующие вопросы: • критерии поступления на лечение и выписки; • положение о правах; • конфиденциальность (ведение истории болезни и т. д.); • процедура подачи жалоб; • процедуры привлечения пользователей услуг; • политика соблюдения права пользователей услуг на личную жизнь; • политика обеспечения равных возможностей; • условия осуществления программы и персонал; • политика в отношении посетителей пациентов, проходящих лечение по программе.

ции деятельности существующей службы эту таблицу можно использовать в качестве справочного перечня компонентов. Естественно, в разных странах могут быть существенные различия в компонентах лечения, но в таблице представлены основные элементы, являющиеся общими в большинстве условий.

В приложении III к настоящему *Руководству* представлен яркий пример программы реабилитации в центрах совместного проживания, который поможет выяснить, какие из вышеперечисленных принципов можно применять. Если вышеперечисленные компоненты (за исключением условий пребывания и питания) могут быть применены к любому виду лечебных центров, то при обслуживании на уровне общины может возникнуть необходимость в составлении протоколов для дополнительных компонентов. Например, в дополнение к приему лиц с лекарственной зависимостью служба на уровне общины может также обслуживать лиц, страдающих злоупотреблением лекарственными средствами, связанным с интоксикацией, на ранних стадиях злоупотребления этими веществами. Следовательно, скорее всего могут потребоваться протоколы для мер раннего вмешательства, включая кратковременное, для лечения проблем, связанных с наркотиками, или низкого уровня зависимости. Программы, осуществляемые на уровне общин, также скорее всего будут включены в программы развития общины и другие виды деятельности в области здорового образа жизни, поэтому потребуются политика и процедуры по управлению их участием.

Эффективная программа деятельности на уровне общины должна иметь письменные протоколы для следующих компонентов:

- оценка, лечение и обслуживание;
- раннее выявление и вмешательство (исключительно для программ на уровне общин);
- пропаганда здорового образа жизни и профилактика медицинских и социальных последствий (исключительно для программ на уровне общин);
- связь и участие на уровне общины (исключительно для программ на уровне общин);
- участие семей;
- профессиональное обучение;
- социальная реинтеграция;
- права и обязанности пациентов;

Врезка 30

Создание лечебного центра и управление им: ключевые вопросы, требующие решения

Составление протокола лечения

- Каковы будут направления деятельности, содержание и механизмы координации этой службы?
- Отражают ли они результаты текущих исследований?
- Соответствуют ли они потребительскому спросу?
- Какими будут протоколы оценки и лечения?
- Кто будет задействован на определенных стадиях лечения (см. главу VI настоящего Руководства)?
- Существуют ли четко прописанные положения о службе, касающиеся основных принципов, политики, процедур и целевых групп населения?
- В случае предложения нескольких различных методов лечения следует четко указывать критерии и алгоритмы совместимости при их применении к пациентам.

Группа сотрудников[a]

Какой вид группы сотрудников требуется? В штат сотрудников могут входить:

- директор, управляющий и администратор программы;
- секретари и вспомогательный конторский персонал;
- терапевт и психиатр;
- медицинские сестры общего профиля и психиатрического отделения;
- социальные работники и сотрудники по контактам с семьями;
- психолог и психотерапевт;
- специалист по трудотерапии;
- прочий вспомогательный персонал.

Общее управление

- Какова будет структура управления?
- Будет ли персонал, руководство и община в широком смысле обмениваться мнениями о направлениях деятельности и содержании службы?
- Определены ли достаточно четко области ответственности?

Врезка 30 *(продолжение)*

Создание лечебного центра и управление им: ключевые вопросы, требующие решения

Финансовое управление

- Каково содержание требований к людским и финансовым ресурсам, необходимым для обеспечения деятельности службы?
- Каковы будут механизмы отчетности?
- Существует ли процесс составления бюджета, включающий механизм мониторинга исполнения?

Управление системой мониторинга

- Существуют ли механизмы мониторинга, оценки и обратной связи, относящиеся к службе и работе системы?
- Какие системы регистрации существуют для пациентов, управления людскими ресурсами и списочного состава?

Управление персоналом

- Имеются ли механизмы оценки персонала?
- Существуют ли возможности для ориентации, обучения, профессиональной подготовки и поддержки персонала?

Управление качеством

- Какова будет система повышения качества?
- Имеются ли специальные условия лицензирования, связанные с этой службой?
- Каковы требования к управлению информацией и информационным технологиям?
- Какие внешние данные, включая демографические и эпидемиологические данные, имеются для целей планирования?
- Какие внутренние данные имеются для мониторинга и оценки?

[a] Состав группы сотрудников может быть различным в плане профессий – врачи/медицинские сестры и социальные работники/специалисты по трудотерапии. В некоторых условиях это должны быть в основном медицинские работники; другие программы могут быть в большей степени ориентированы на социальных работников.

- истории болезни пациентов и отчеты о ходе реализации программы;
- обучение, профессиональная подготовка и развитие персонала;
- планирование, оценка и повышение качества;
- управление.

Ключевые вопросы, которые следует решать при составлении концепции лечебного центра, кратко изложены во врезке 30.

C. Функционирование программы лечения

1. Атмосфера в организации

Служба лечения наркомании требует ответственного, эффективного и действенного метода управления, который способствовал бы достижению ее целей. Для этого нужна организационная структура с четкими параметрами ответственности. Первостепенное значение имеет создание персоналом и руководством положительной рабочей атмосферы. Аспектами, которые содействуют созданию такой атмосферы, являются:

- признание ценности вклада каждого сотрудника в успешную реализацию программы;
- наличие возможностей для открытых обсуждений членами группы;
- наличие механизмов разрешения конфликтов;
- проведение регулярной оценки удовлетворенности членов группы своей работой;
- применение соответствующих стимулов и поощрение сотрудников.

2. Обучение персонала

Совершенно очевидно, что одной из основных определяющих успеха программы лечения наркомании является компетентная и соответствующим образом подготовленная группа сотрудников, обеспеченная адекватными ресурсами. Должно быть единое понимание роли коллектива в целом и отдельных сотрудников, а также ответственности всей группы. Роль руководства состоит в обеспечении поддержки персоналу в реализации его задач. В этом отношении политика, должным образом подкрепленная ресурсами для обучения и поддержки персонала, должна быть основана на следующих моментах:

- профессиональная подготовка и другие неофициальные возможности для обучения предлагаются в соответствии с потребностями персонала для выполнения отведенной ему роли;
- все сотрудники имеют доступ к проверке и регулярной обратной связи;
- выделяется бюджет для подготовки кадров;
- поощряются связи с персоналом других лечебных учреждений.

В последние годы во многих странах в рамках созданных систем лечения пересматривались требования к подготовке и профессиональной компетенции сотрудников в области лечения наркомании. Важное значение уделяется пересмотру требований к профессиональной компетенции, которой должен обладать каждый сотрудник в соответствии со своей ролью в программе. Сфера требуемой компетенции может включать:

- процедуры скрининга и оценки для каждой программы;
- доскональное знание критериев соответствия лечения потребностям клиента;
- методы постановки персональных целей для клиентов, а также обзора и управления ходом лечения;
- навыки консультирования и специальные психотерапевтические методы.

3. Контроль за работой персонала

В основе контроля за работой персонала лежит обеспечение адекватной поддержки и обратной связи с членами коллектива с целью улучшения качества обслуживания, повышения удовлетворенности и предупреждения разочарования сотрудников в своей работе. Контроль за работой персонала определяется как процесс обеспечения того, что персонал, занятый в работе лечебного центра, имеет возможность выполнять свои обязанности надлежащим образом, эффективно и в пределах требуемой компетенции. Вопросы контроля за работой персонала и элементы системы наблюдения кратко изложены во врезке 31.

Врезка 31

Система контроля за работой персонала

Обычно контроль за работой персонала осуществляется на основе индивидуальных интервью, которые проводит старший сотрудник отдела кадров с членами коллектива, хотя может использоваться и формат групповой беседы. При осуществлении контроля используются различные методы, включая обзор текущей нагрузки на каждого сотрудника, а также обсуждение проблем, с которыми в последнее время сталкивались сотрудники и которые были решены.

Система контроля за работой персонала должна:

- предусматривать поддержку, обратную связь, решение проблем и инструктирование;
- использовать анализ достижений и ошибок в качестве приемов обучения;
- проводить регулярные запланированные мероприятия по контролю;
- использовать передачу информации о выполнении рабочего цикла членам коллектива для содействия их росту.

Контроль должен осуществляться более опытными людьми, чем те, кого контролируют.

Применение системы контроля может дать следующие полезные результаты:

- улучшить качество обслуживания;
- повысить уверенность персонала в своих силах и удовлетворение от выполняемой работы;
- создать такое место работы, где ценится открытое выражение мнений;
- определить потребности персонала в обучении.

4. Финансовое и бюджетное управление

Почти все лечебные службы нуждаются в политике и процедурах для управления потоком поступающих для программы и затрачиваемых финансовых ресурсов. Учреждения, предоставляющие услуги по лечению, отвечают за надлежащее использование ресурсов и мониторинг этого процесса.

В идеальной ситуации учреждения, предоставляющие услуги, должны разработать средне- и долгосрочную финансовую стратегию, в которой учитывается финансовое планирование на период от трех до пяти лет. В плане также должно быть предусмотрено, какие действия будут предприняты и как отразится на услугах и т. д. сокращение текущего финансирования, а также возможности, которые могут возникнуть при финансировании из альтернативных источников.

Учреждения, предоставляющие качественные услуги, должны:

- создавать системы для утверждения оплаты счетов, подписи чеков, распоряжения некрупными суммами и т. д. с достаточными гарантиями;
- готовить годовой бюджет (с четким определением планируемых поступлений и расходов), чтобы управлять предоставлением услуг;
- составлять ежемесячные ведомости поступлений денежных средств и финансовой деятельности, в которых сопоставляются планируемые и фактические расходы;
- готовить ежегодный, независимый, проверенный финансовый отчет, в котором отражено соответствие применимым нормам налогообложения.

Учреждение, предоставляющее качественные услуги, должно уметь определять стоимость различных компонентов своих программ. Важной концепцией в этом случае является “себестоимость”, которая рассчитывается путем перечисления всех “вводимых в программу ресурсов” (например, персонал, оборудование, лекарственные средства, доходные материалы, офисные площади и палаты, коммунальные службы и другое материально-техническое обеспечение) и единиц выполненной работы (количество терапевтических сеансов и т. д.) в расчете на определенный период времени, например сутки, в стационарном отделении. Величина себестоимости может затем использоваться для определения общей стоимости программы или системы для нескольких человек на определенный отчетный период времени, например финансовый год.

Основные моменты

В главе V *Руководства* рассматриваются следующие основные моменты:

- создание лечебной службы должно происходить на практике в рамках существующих медицинских и социальных служб;
- объем и масштаб лечебных мероприятий зависят от характера и степени распространенности проблем наркомании, а также от имеющихся ресурсов;
- в разных странах виды и масштабы услуг весьма существенно отличаются друг от друга в соответствии с их потребностями, ресурсами и социокультурными условиями;
- необходимо определить и внедрить ключевые компоненты служб, соответствующие местным условиям. Общий план должен быть составлен так, чтобы различные компоненты были логически и практически взаимосвязаны. В этом контексте:
  - основой для создания служб должны быть услуги, предоставляемые службами первичной медико-санитарной помощи на базе общин, которые могут получать поддержку от более специализированных районных и региональных служб;
  - следующим этапом развития являются специализированные лечебные службы;
  - в ситуациях высокого спроса на эти услуги потребуются комплексные, диверсифицированные и согласованные системы лечения;
- качественные планирование, организация и координация имеют решающее значение при создании качественной службы. В частности:
  - ясные цели и четко определенные методы достижения этих целей составят основу для создания со временем качественной лечебной службы;
  - целенаправленному осуществлению проекта поможет составление письменного графика с указанием четких результатов и задач развития, сроков их достижения и ответственных за выполнение работы;
  - рациональное руководство и хорошее управление персоналом обеспечат высокое качество услуг;
- долгосрочные подходы должны включать стратегии в области профессиональной подготовки и развития персонала, а также более широкие научные исследования и разработки.

Справочная литература

Оптимальная практика

Colombo Plan Drug Advisory Programme, *Best Practices in Drug Abuse Treatment and Rehabilitation in Asia. A Guidebook* (Colombo, 2002).

Управление проектом

Banner, D.K., and Gagne, T.E., *Designing Effective Organizations* (London, Sage Publications, 1998).

Briner, W., and others, *Project Leadership* (Aldershot, Gower, 1996).

Cleland, D.I., and King, W. R., *Project Management Handbook* (New York, McGraw-Hill, 1993).

Turner, J.R., *The Project Manager as Change Agent* (New York, McGraw-Hill, 1996).

Rainey, H.G., *Understanding and Managing Public Organizations* (San Francisco, Jossey-Bass, 1996).

Ресурсы Интернет

Ассоциация управления проектами
http://www.apm.org.uk/

Европейский институт подготовки специалистов в области наркологии
http://www.eati.org

Глава VI

Эффективная интеграция лечебных служб

Справедливости ради надо отметить, что все системы лечения, как бы хорошо они не были развиты и обеспечены ресурсами, нуждаются в лучшей интеграции. Во многих странах, где такие системы существуют давно и хорошо развиты, текущие усилия сосредоточены на том, чтобы поощрять лечебные службы и учреждения к совместной работе на более регулярной основе. Необходимость более тесной интеграции и координации несколько раз отмечалась в предыдущих главах *Руководства* и отражает тот факт, что многие люди с проблемами, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами, нуждаются в сочетании или в последовательном обращении к различным лечебным услугам, которые предоставляются в соответствии с планом обслуживания каждого отдельного пациента. Необходимость в ряде связанных между собой видов лечения обычно отражает хронический характер или серьезность проблем, которые испытывает пациент.

В главе VI *Руководства* задается вопрос: "Как наиболее эффективным способом скоординировать отдельные программы и системы лечения?"

При изучении главы VI можно получить следующую полезную информацию:

- концептуальное пояснение структуры и элементов системы лечения;
- понимание того, как должна работать система лечения;
- понимание того, как в рамках системы лечения определить и достичь результатов, которых желает добиться конкретный пациент.

В зависимости от численности целевых групп населения, а также характера и масштаба проблем, связанных со злоупотреблением наркотиками, комплексные лечебные меры могут включать обеспечение каждого из основных видов общедоступного и структурированного лечения, которые описаны в главе II. Эти меры должны рассматриваться как часть более широкого медицинского, социального или правового реагирования на наркоманию и в этом качестве должны быть интегрированы в такие системы. Некоторые виды лечения – обычно программы реабилитации в центрах совместного проживания – нередко предоставляются на региональной основе. В этом случае речь идет о направлении на лечение по программе в расположенные на значительном расстоянии центры и о необходимости связи со службами на базе общин для последующего наблюдения и социальной реинтеграции.

Глава VI состоит из двух разделов. В разделе A рассматриваются определение и общие характеристики системы лечения и методы ее реагирования на меняющиеся характеристики населения. Далее описываются пути направления на лечение и пример действующей комплексной системы. Раздел B посвящен оперативным вопросам, а также скринингу и оценке пациентов, планированию лечения и вопросам координации лечения. В разделе B представлен также подход к планированию создания и внедрения всей системы лечения или компонентов этой системы.

A. Определение и характеристики комплексной системы лечения

Люди, которые имеют проблемы, связанные с наркотиками, обычно испытывают массу дополнительных проблем, часто вступают в конфликт с системой уголовного правосудия, являются бездомными, не получают пособия и других средств к существованию. Поэтому важно, чтобы система лечения была целостной и привлекала к действенному партнерству основные местные учреждения с целью максимального повышения общей эффективности предлагаемых услуг.

1. Определение системы лечения

Система лечения представляет собой группу взаимосвязанных или взаимозависимых "элементов" лечения и реабилитации, которые образуют комплекс мер по решению проблем злоупотребления психоактивными веществами в определенном регионе или стране. Если рассматривать эволюцию от службы, предоставляющей единичную лечебную услугу, до совокупности многих лечебных учреждений, станет очевидно, что расширение сферы услуг происходит из-за различного характера и увеличения объема спроса на лечение среди населения, который превосходит потенциал или компетенцию любого отдельного лечебного учреждения.

2. Элементы комплексной системы лечения

Многие люди могут нуждаться в нескольких различных видах лечебных услуг в разное время (то есть в продолжительном обслуживании). Нет ничего необычного в том, что человек, проходящий курс лечения в одном лечебном учреждении, одновременно получает материальную помощь и другие социальные ус-

луги от других учреждений (например, обеспечение жильем и юридические консультации). Нередко бывает и так, что лечебные услуги, предоставляемые различными учреждениями, осуществляются последовательно (например, дезинтоксикация, лечение в центрах совместного проживания и амбулаторное консультирование). Эти виды поддержки являются важными элементами эффективного набора лечебных услуг, которые могут изменяться в процессе лечения конкретного пациента. Пример базовой структуры лечебной системы, включающей различные виды услуг, приведен во врезке 32. Врезка 33 представляет пример более сложной комплексной системы лечения.

В комплексной системе обслуживания все учреждения имеют определенную роль в соответствии с предлагаемыми координируемыми мерами. Лица, нуждающиеся в лечении от наркомании, могут прибегнуть к одной из основных служб идентификации и направления, приведенных в конце врезки 32. Четкий характер официальных взаимосвязей должен определяться системой и существующими контрактными и партнерскими договоренностями.

Действительно комплексная система характеризуется хорошей координацией, взаимосвязью и интеграцией различных видов специализированного и общего лечения и вспомогательных элементов. В крупных лечебных системах сюда входит также ряд учреждений и дополнительных стратегических и финансовых организаций, работающих в тесном контакте. Бывают случаи, когда на данной территории существует единственное учреждение, предоставляющее специализированные услуги одного направления, которое управляет работой большого ряда лечебных пунктов и осуществляет дополнительные административные функции, включая научные исследования. Однако, как правило, существует несколько учреждений, предоставляющих такие услуги. В процессе работы такие учреждения, предоставляющие одну и несколько услуг, обычно связаны с многочисленными службами, обеспечивающими специализированные ненаркологические и общие лечебные услуги. Следует подчеркнуть, что эффективная координация работы играет важную роль и в относительно небольших лечебных системах. Например, в работе группы первичной медико-санитарной помощи, специализированного медицинского учреждения, вспомогательной службы общего социального обеспечения большую роль играют эффективные связи и направление клиентов в соответствии с их потребностями в лечении и реабилитации.

При создании комплексной системы обслуживания важное значение имеют такие компоненты, как взаимодействие с учебными заведениями, учреждениями по трудоустройству и социальному обеспечению, а также с системой уголовного правосудия. Во врезке 34 приводится пример диверсификации и увязки медицинских услуг.

3. Пути направления в систему лечения

Важно указать основные пути направления в систему лечения. На практике процессы принятия решений о направлении на лечение и проведении оценки, вступающие в действие, когда отдельные люди обращают-

Врезка 32
Пример элементов лечебной системы

Ниже приведен пример лечебной системы, которая могла бы быть применена на территории с населением от 300 тыс. до 500 тыс. человек

Характер услуги	*Лечебное учреждение/организация*
Специализированная с проживанием	Программы лечения в стационаре/в центре совместного проживания Программы реабилитации в центрах совместного проживания
Специализированная на базе общины	Программы консультирования/программы дневного стационара Программы специализированного лечения на базе общины
Общие и специализированные услуги на базе общины	Социальные службы/учреждения социального обеспечения Службы психогигиены на базе общины
Общедоступные общие службы	Первичная медико-санитарная помощь Больничная неотложная помощь Другие службы больничной помощи
Скрининг и направление на лечение	Учреждения системы уголовного правосудия Молодежные службы Учебные заведения и учреждения по трудоустройству Общинные организации

Врезка 33

Пример действующей комплексной лечебной системы: структура образцовой модели обслуживания в Соединенном Королевстве

Следующее описание показывает, как можно разработать концепцию системы лечения с применением уровней или ярусов службы. Идеи, лежащие в основе этого примера, были разработаны несколькими организациями и проектами и представлены в иллюстративных целях. В нижеследующем описании приведена принятая в Соединенном Королевстве многоярусная система и показано, как эта система должна функционировать.

Система включает ряд лечебных учреждений, предоставляющих общие и специализированные услуги, а также другие учреждения и службы, которые могут вступить в контакт с наркоманами в процессе работы (например, добровольные организации и службы помощи по телефону). Последние службы имеют большое значение, поскольку они могут предоставить краткий совет отдельным лицам и направить их при необходимости в лечебную систему.

Элементы системы представлены не в виде четко установленной вертикали, и пациент может быть направлен на лечение в одну из служб, представленных на каждом уровне, из любой общей или специализированной службы, находящейся на уровне, расположенном выше или ниже.

A. Общие службы ненаркологического направления

К общим службам не наркологического направления могут относиться множество общих служб, которые могут вступить в контакт с большим числом лиц, имеющих проблемы со злоупотреблением наркотиками различной степени тяжести. Системы пробации и условно-досрочного освобождения, учреждения социального обеспечения и первичной медико-санитарной помощи – все это примеры служб, которые могут предоставить услуги по скринингу и обеспечить благоприятную возможность для вмешательства в случае проблем со злоупотреблением наркотиками. Они также могут послужить первым шагом к использованию официальной системы лечения наркомании.

B. Общедоступные службы

Ко второму ярусу относятся специализированные учреждения (часто созданные неправительственными организациями), которые ориентированы на лечение наркоманов. Набор предлагаемых услуг соответствует базовым потребностям людей, имеющих проблемы с наркотиками, а также учитывает вредные последствия употребления наркотиков, но необязательно ориентирован на прекращение их употребления. Примерами таких услуг являются консультации и информация, услуги при обращении, мотивационные беседы и кратковременное вмешательство, уличные службы помощи населению, обмен игл (через аптеки, учреждения и службы помощи населению), назначение услуг по снижению порогового уровня, а также проведение оценки и предоставление обслуживания в связи с злоупотреблением психоактивными веществами.

C. Структурированные наркологические службы на уровне общин

Структурированные наркологические службы на уровне общин включают специализированные службы (обычно многопрофильные), которые предназначены для предоставления специализированного лечения и направления на дальнейшее лечение. В услуги этого уровня входят плановое консультирование и психотерапия, структурированные дневные программы, структурированная дезинтоксикация на базе общины, структурированное назначение и лечение метадоном и программа структурированного последующего обслуживания.

D. Специализированные наркологические службы в центрах совместного проживания

Четвертый уровень в основном состоит из специализированных служб, которые предлагают интенсивные и структурированные программы, осуществляемые в центрах совместного проживания, больничных стационарах и в других контролируемых условиях. Некоторые службы кризисного вмешательства этого уровня могут быть общедоступными, а для других требуется официальное направление через медицинское учреждение или орган социального обеспечения. Примерами услуг этого уровня могут быть услуги стационарных отделений для пациентов с наркозависимостью и специально отведенные места в психиатрических клиниках, реабилитация в центрах совместного проживания, реабилитационные услуги для матерей с детьми, отделения по лечению наркозависимости для молодежи, специализированные кризисные центры и услуги по месту жительства при сопутствующих заболеваниях.

В любой определенный момент в соответствии с этой моделью пациент должен иметь возможность одновременно пользоваться услугами служб, находящихся на одном и том же или на различных уровнях, в соответствии со своими потребностями. Описание модели содержится по адресу:
http://www.doh.gov.uk/nta/modelsofcarefull.pdf.

Врезка 34

Диверсификация и увязка услуг для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций: лечение по методу замещения опиатов в Литве

В 1995 году два специалиста из Литвы прошли стажировку по программам лечения наркомании в Лондоне и Амстердаме, которая была организована при поддержке Программы ФАРЕ Европейской комиссии. Впоследствии Министерство здравоохранения провело ряд встреч для обсуждения возможности осуществления в Литве экспериментальной программы замещающего лечения. Министерство организовало подготовку в области замещающего лечения, которая проходила в Швеции; затем в мае 1995 года была разработана первая национальная методика замещающего лечения.

Замещающее лечение и обмен игл для наркоманов были введены в качестве дополнительных услуг к имеющимся программам наркологического центра. Были задействованы имеющиеся ресурсы (персонал и помещения), и замещающее лечение в настоящее время является, наряду с дезинтоксикацией в условиях стационара и реабилитацией с отказом от наркотиков, основным вариантом лечения в Литве. Существующий более широкий спектр услуг и связей с другими учреждениями и организациями на уровне общины обеспечивает более благоприятные возможности для удовлетворения потребностей пациентов на различных этапах процесса лечения. С внедрением новых методик можно охватить большее число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, и в этой группе можно проводить деятельность по профилактике ВИЧ.

Когда наркоман обращается в лечебное учреждение, его осматривает врач. Пациенты направляются в соответствующие службы в зависимости от их мотивации и потребностей. Если пациент отвечает клиническим критериям для замещающего лечения, он направляется в комиссию по замещающему лечению, которая решает вопрос о включении пациента в эту программу. Затем пациент направляется к врачу, который отвечает за разработку плана лечения и его выполнение. План лечения включает обследование на наличие ВИЧ-инфекции, заболеваний, передаваемых половым путем, и туберкулеза, а также в случае необходимости обычные медицинские обследования и консультации врача-терапевта. В плане также предусматривается оценка, проводимая социальным работником для составления рекомендаций по социальной реабилитации. Социальные работники рекомендуют и помогают пациентам зарегистрироваться в агентстве по трудоустройству, где им могут предложить профессиональное обучение и помощь в поисках работы. Кроме того, помощь пациентам в соответствующих областях их работы оказывают Литовский центр борьбы со СПИДом, Вильнюсский муниципальный центр социального обеспечения и ряд благотворительных организаций.

Пациенты, впервые проходящие замещающее лечение, обычно начинают лечение в специализированной наркологической клинике, и после того, как физический и социальный статус пациентов стабилизируется, их можно переводить в центр первичной медико-санитарной помощи под наблюдение терапевта. Три центра первичной медико-санитарной помощи сотрудничают с Вильнюсским центром лечения наркомании в реализации программы замещения наркотиков, в то время как другие центры первичной медико-санитарной помощи предоставляют общее медицинское обслуживание по просьбе сотрудников Вильнюсского центра лечения наркомании. Центры первичной медико-санитарной помощи предлагают лицам, употребляющим наркотики путем инъекций, лечение в условиях, не ущемляющих их достоинство. Считается, что двухступенчатая программа замещающего лечения в специализированной клинике в сочетании с направлением пациентов со стабильным состоянием в неспециализированные медицинские учреждения под наблюдение терапевтов обеспечивает индивидуализированное обслуживание более высокого уровня.

Оценки программы замещающего лечения, основанные на статистике лечения, ежегодно направляются в Министерство здравоохранения. В настоящее время в Вильнюсе зарегистрировано 2 тыс. лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, хотя, по оценкам, их число составляет от 4,5 тыс. до 5 тыс. человек. В 2001 году 525 пациентов проходили замещающее лечение в амбулаторных условиях, а с 3600 лицами, употребляющими наркотики путем инъекций, контакт устанавливался через программы помощи населению, включая 360 постоянных пациентов, которые пользовались услугами таких программ несколько раз в месяц. Таким образом, программой замещающего лечения, а также программой обмена игл для наркоманов в Вильнюсе было охвачено примерно 50–60 процентов предполагаемого числа лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Доля пациентов, прошедших полный курс лечения, составила в 2000–2001 годах около 75 процентов, что считается удовлетворительным показателем, при этом отсев составил 4–6 процентов в год.

Источник: Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки, Сборник тематических исследований, Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии (Организация Объединенных Наций, 2001 год), стр. 26-30 англ. текста.

ся в систему лечения, могут оказаться весьма сложными. Оценка и правильное направление пациента на лечение в рамках системы являются решающим фактором, и на них влияют как непосредственные потребности, так и те, которые могут возникнуть в процессе лечения и последующего обслуживания.

Лечебная система должна быть в состоянии принять пациентов, поступивших следующим образом: самостоятельное обращение; по настоянию семьи и друзей; по направлению врачей из системы первичной медико-санитарной помощи (и групп первичной медико-санитарной помощи); общинных служб; учреждений, предоставляющих специализированную помощь; учреждений системы уголовного правосудия; одного из подразделений, входящих в систему лечения.

4. Направления комплексного обслуживания

Во многих областях здравоохранения и социального обеспечения все большее применение находит метод разработки направлений комплексного обслуживания

для определения и достижения целей, поставленных для себя каждым отдельным пациентом. Направления прохождения комплексного обслуживания известны под различными названиями, включая важнейшие направления обслуживания, протоколы лечения, пути ожидаемого выздоровления, алгоритмы лечения, стандарты и этапы ухода. Все они призваны обеспечить согласованный профессиональный подход и стандартизировать элементы ухода для повышения эффективности, результативности и рентабельности лечения.

В сущности, в направлениях комплексного обслуживания описываются характеристика и курс лечения конкретного пациента, принятый план лечения и ожидаемые результаты. Компоненты обслуживания, предоставляемого на различных уровнях лечения, должны предусматривать скоординированный подход к лечению с интеграцией по горизонтали и по вертикали и взаимодействием служб. Для этого необходимы соответствующие механизмы направления на лечение, а также процедура сообщения о результатах в службу, направившую пациента. Разработка направлений комплексного обслуживания в области лечения наркомании рекомендуется по нескольким причинам:

- люди, имеющие проблемы с наркотиками, могут иметь множество проблем со здоровьем, которые потребуют эффективной координации лечения;
- в обеспечении оптимального лечения и реабилитации могут участвовать несколько служб, предоставляющих специализированные и общие услуги;
- пациенту может потребоваться длительное обслуживание с направлением со временем на лечение различных уровней.

Направления комплексного обслуживания напоминают подробную маршрутную карту, в которой показано, в какой последовательности пациенты проходят программу лечения. Важно, что в направлениях комплексного обслуживания можно также отразить, как пациенты переходили от одной лечебной службы к другой в случае необходимости длительного лечения. Например, в направлениях комплексного лечения от метадоновой зависимости может быть указано, как пациенты проходили следующие этапы: принятие и воздействие дозы метадона; стабилизация/сохранение стабильного состояния; снижение/отказ от употребления; поддержка на уровне общины при последующем наблюдении. Особой чертой направлений прохождения комплексного обслуживания является отслеживание изменений. Отслеживание изменений подразумевает мониторинг отклонений от намеченного курса лечения, изучение причин таких отклонений и тем самым улучшение прохождения лечения. В этом смысле применение направлений комплексного обслуживания похоже на проведение аудиторской проверки. В качестве примера во врезке 35 приводятся упрощенные направления обслуживания по программе замещающего лечения от опиоидной зависимости на уровне общины. Этот пример приведен только в качестве модели таких направлений в целях иллюстрации.

Врезка 35

Пример направлений комплексного обслуживания по программе замещающего лечения от опиоидной зависимости на уровне общины

Этап 1: Скрининг и определение приоритетов
⇩
Этап 2: Комплексная оценка (запись на лечение)
⇩
Этап 3: При поступлении: потребляемая доза и планирование лечения
⇩
Этап 4: Стабилизация (поддержание состояния) Консультирование и вспомогательные услуги
⇩
Этап 5: Мониторинг и обзор (каждые 90 дней) (прохождение цикла через этап 4)
⇩
Этап 6: Абстиненция под наблюдением врача (в стационаре или в общине)
⇩
Этап 7: Планирование после завершения лечения (постоянный уход/профилактика рецидива)
⇩
Этап 8: Программа поддержки на уровне общины или программа реабилитации в центрах совместного проживания
⇩
Этап 9: Периодический контроль

5. Учет местных условий

Каким бы сложным и комплексным ни был метод лечения, он должен быть гибким и учитывать изменяющийся характер злоупотребления наркотиками как в масштабе страны, так и на уровне местной общины. Например, через незаконные каналы распространения на рынке наркотиков какой-либо страны могут появиться новые наркотические средства и может произойти рост потребления каких-либо определенных наркотиков в сочетании с другими. Может также произойти изменение в сочетании служб, которые способны должным образом отреагировать на потребление наркотиков. В качестве наглядного примера можно привести активизацию участия в последние годы систем уголовного правосудия в некоторых странах, которые нужно постепенно интегрировать в существующую систему лечения. Изменения в характере проблем наркотиков можно наблюдать на примере Таиланда (см. врезку 36).

B. Функционирование системы: процесс оценки пациентов

Комплексная система лечения должна иметь возможности для скрининга людей на наличие проблем, проводить соответствующую краткую оценку для определения приоритетности, а затем осуществлять комплексную и постоянную оценку обслуживания по мере предоставления одного или нескольких видов ле-

Врезка 36

От героина к метамфетамину: изменение характера проблем наркотиков в Таиланде

До недавних пор в Таиланде самой серьезной проблемой, связанной с наркотиками, были опиоиды. В первой половине 90-х годов более 90 процентов лиц, желающих пройти лечение от наркомании, употребляли опиоиды. Большинство пациентов были безработными или работниками младшего или среднего возраста, и многие из них употребляли несколько наркотических средств. Поскольку некоторые из них употребляли героин путем инъекций, большое беспокойство вызывала возможность распространения этим путем ВИЧ-инфекции. При лечении в основном использовались методы дезинтоксикации в стационарных условиях и краткосрочные программы реабилитации в крупных лечебных центрах.

С середины 90-х годов характер проблем незаконных наркотиков в Таиланде резко изменился, и число наркоманов, употребляющих метамфетамин, превысило число потребителей героина. Если число случаев изъятия героина снизилось с 40 904 в 1995 году до 6571 в 1999 году, то число случаев изъятия метамфетамина за тот же период существенно возросло – с 20 379 до 129 204. Доля поступивших на лечение наркоманов с метамфетаминовой зависимостью возросла с незначительного уровня в 0,2 процента от общего спроса на лечебные услуги в 1990 году до 9 процентов к 1996 году и 33 процентов в 1999 году. Характеристики наркоманов, употребляющих метамфетамин, весьма отличаются от характеристик лиц, принимающих опиоиды. Отмечена явная тенденция роста употребления метамфетамина среди молодежи, особенно студентов. В целом потребление наркотиков среди школьников старших классов и студентов колледжей удвоилось за период с 1994 по 1998 год (с 72 000 случаев до 190 000 случаев) и, судя по всему, вновь удвоилось в 1999 году (463 000 случаев). Многие из них употребляют исключительно метамфетамин. Поскольку в Таиланде наркоманы, употребляющие метамфетамин, редко делают это путем инъекций, распространение ВИЧ-инфекции путем внутривенного употребления наркотиков не вызывает особой озабоченности. Однако сохраняется риск инфицирования при незащищенном сексе. Еще одна проблема состоит в том, что большинство наркоманов, употребляющих метамфетамин, не считают его применение серьезной проблемой.

С целью решения возникшей проблемы со злоупотреблением метамфетамином программа психосоциального лечения, разработанная для наркоманов, злоупотребляющих опиоидами, была адаптирована для лечения лиц, злоупотребляющих метамфетамином. Недавно было начато применение двух основных методик лечения при проблемах с незаконными наркотиками (в основном метамфетамином). Под руководством консультантов из Соединенных Штатов и при осуществленной ими подготовке по всей стране прошли обучение сотни профессиональных работников системы здравоохранения для участия в осуществлении программы психосоциального лечения, которая представляет собой адаптацию программы матричной модели, разработанной в Соединенных Штатах для наркоманов, употребляющих психостимулянты.

чения и вспомогательных услуг. Ниже приводится описание этих аспектов.

1. Скрининг

Скрининг предусматривает применение оперативной процедуры, предназначенной для выявления лиц, имеющих расстройства здоровья. В общей медицинской практике сюда обычно входят определение фактора риска, показателя состояния и некоторых симптомов на ранней стадии. Рентабельный скрининг-тест должен быть простым, четким и обоснованным. Он также должен быть приемлемым для тех, кто проходит тестирование, и являться частью дальнейших процедур для диагностической оценки.

Скрининг не является достаточным условием для постановки диагноза относительно расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, но он должен привлечь внимание тех, кто занимается оценкой потребностей данного лица. Скрининг должен включать использование быстрой процедуры выявления с целью: *a)* выявить лиц, которые, вероятно, имеют расстройства здоровья, связанные с употреблением психоактивных веществ; *b)* направлять прошедшего скрининг пациента в соответствующую службу для немедленного начала лечения, если таковое необходимо, или для дальнейшей оценки с целью определения приоритетности. Важно заметить, что у проходящего скрининг лица могут оказаться требующие срочного решения независимые от употребления наркотиков или косвенно связанные с этим личные или социальные проблемы, которые требуют внимания со стороны неспециализированных служб.

При осуществлении скрининга для программы замещающего лечения происходит выявление признаков и симптомов зависимости. Например, при замещающем лечении от опиоидной зависимости процедура скрининга является решающей в обеспечении того, что лица, не имеющие толерантности к опиоидам, будут исключены из процедуры оценки для назначения замещающего лечения. Скрининг может предусматривать либо сообщение данных самим обследуемым, либо биологическое исследование, либо и то и другое.

Ожидается, что специалисты по общим вопросам здравоохранения и социального обеспечения (то есть те, кто предоставляет специализированные ненаркологические услуги, включая врачей общего профиля, отделения помощи при несчастных случаях и неотложной помощи, социальные службы, занимающиеся проблемами детей и семьи) должны быть способны проводить базовый скрининг на предмет выявления злоупотребления наркотиками.

Недавно был опубликован скрининг-тест на употребление алкоголя, табака или психоактивных веществ – первый обобщенный скрининг-вопросник для учета всех психоактивных веществ. Пункты теста в кратком виде излагаются во врезке 37, в приложении IV приводится еще один пример краткой формы для скрининга.

Врезка 37

Скрининг-тест на употребление алкоголя, табака и психоактивных веществ

B1. Какие из следующих веществ вы когда-либо употребляли в своей жизни (табачная продукция, алкогольные напитки, каннабис, кокаин, стимулянты, ингалянты, седативные/гипнотические вещества, галлюциногены, опиоиды и “другие” наркотические средства; только случаи немедицинского применения)? 0 – нет; 1 – да.

B2. Употребляли ли вы какие-нибудь из упомянутых вами веществ в течение последних трех месяцев? 0 – ни разу; 1 – один-два раза; 2 – раз в месяц; 3 – раз в неделю; 4 – ежедневно или почти ежедневно.

B3. Как часто за последние три месяца вы испытывали сильное желание или позыв к употреблению (первого наркотика и т. д.)? 0 – ни разу; 1 – один-два раза; 2 – раз в месяц; 3 – раз в неделю; 4 – ежедневно или почти ежедневно.

B4. Сколько раз за последние три месяца употребление вами (первого наркотика и т. д.) приводило к медицинским, социальным, правовым или финансовым проблемам? 0 – ни разу; 1 – один-два раза; 2 – раз в месяц; 3 – раз в неделю; 4 – ежедневно или почти ежедневно.

B5. Случалось ли в течение последних трех месяцев, что вы не могли сделать то, что обычно от вас ожидается, из-за употребления (первого наркотика, второго наркотика и т. д.)? 0 = ни разу; 1 = один-два раза; 2 – раз в месяц; 3 – раз в неделю; 4 – ежедневно или почти ежедневно.

B6. Выражал ли кто-нибудь из ваших друзей, родственников или кто-либо еще обеспокоенность тем, что вы употребляете (первый наркотик и т. д.)? 0 – нет, ни разу; 2 – да, за последние три месяца; 1 – да, но не за последние три месяца.

B7. Пытались ли вы когда-нибудь контролировать, сократить или прекратить употребление (первого наркотика и т. д.)? 0 – нет, никогда; 2 – да, за последние три месяца; 1 – да, но не за последние три месяца.

B8. Употребляли ли вы когда-нибудь какое-либо наркотическое вещество путем инъекций (только не в медицинских целях)? 0 – нет, никогда; 2 – да, за последние три месяца; 1 – да, но не за последние три месяца.

2. Определение приоритетов

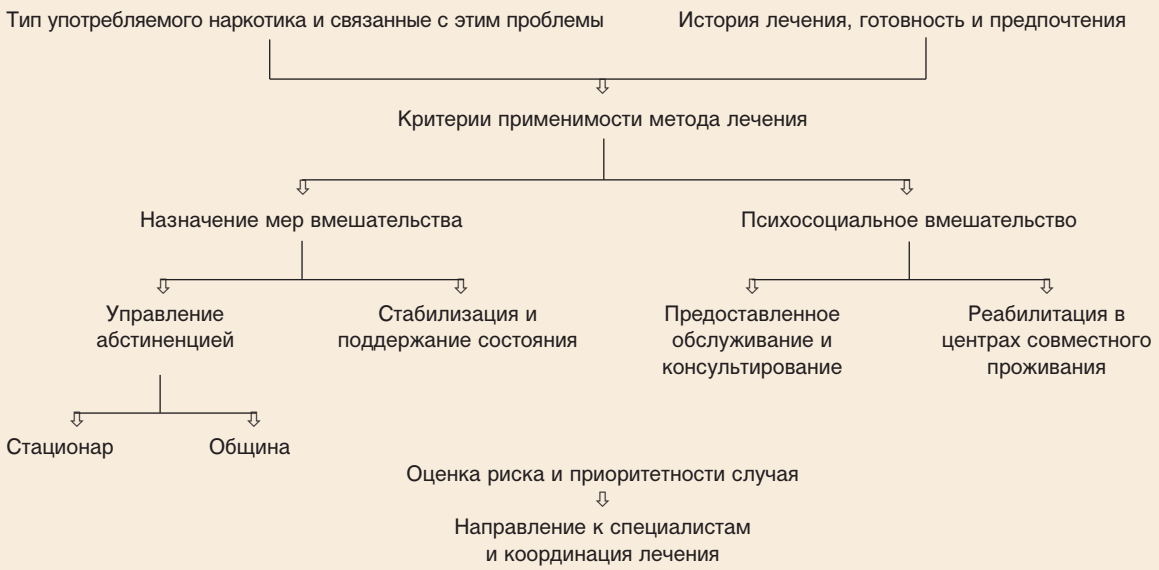
Оценка с целью определения приоритетов при лечении от злоупотребления наркотиками осуществляется специализированными службами, предоставляющими лечение от наркомании. Ее целью является определение при первом контакте со службой, какой вид лечения лучше всего отвечает нуждам и предпочтениям данного лица, а также определение уровня срочности данного случая, что связано с принятием необходимых мер. Этот процесс включает диагноз характера и серьезности проблемы. Пример вопросника для оценки приоритетов содержится в приложении V, а краткое изложение процесса проведения базовой оценки дано во врезке 38.

3. Комплексная оценка

Третий вид оценки можно обозначить как комплексную оценку злоупотребления психоактивными веществами. Оценка проводится специально обученными специалистами наркотической службы и подходит для тех лиц, которые имеют проблемы в нескольких областях и комплексные потребности которых, по

Врезка 38

Простая структура процесса оценки



всей видимости, требуют более структурированного и интенсивного лечебного вмешательства. Комплексная оценка обычно проводится в шести основных областях, которые обеспечивают описание личностного и социального функционирования клиента: *a)* состояние здоровья; *b)* наличие работы и средств к существованию; *c)* употребление наркотиков и алкоголя и связанные с этим проблемы; *d)* правовой статус и участие в правонарушениях; *e)* семейные и социальные связи; и *f)* психическое состояние.

Первоначальной целью оценки являются осуществление функционального анализа и определение оптимальных мер. Сюда входит подробный анализ фактов биографии, условий, ожиданий и последствий употребления данным лицом наркотических средств. Поскольку многие люди являются закоренелыми и проблемными потребителями нескольких наркотиков, в оценку должна входить характеристика последствий употребления ряда наркотиков. Оценка способов употребления наркотиков также имеет важное клиническое значение, поскольку употребление наркотиков путем инъекций может привести к специфическим медицинским проблемам, включая вирусный гепатит, ВИЧ-инфицирование, сепсис, подкожные абсцессы и эндокардит.

Помимо оценки последствий употребления наркотиков возникла необходимость оценки употребления определенных наркотиков и рискованного сексуального поведения (например, совместного использования инъекционных принадлежностей и незащищенного секса), что связано с угрозой ВИЧ-инфицирования и распространения других заболеваний, передающихся половым путем. Важная задача при проведении оценки – выявление барьеров для изменения поведения и поддержания изменений. Сюда могут входить психологические проблемы (например, тревога, негативные настроения и сопутствующие психиатрические заболевания), социальные проблемы и проблемы отношений с другими людьми (например, проживание с сексуальным партнером, употребляющим наркотики или являющимся наркоманом), а также проблемы окружения (например, физический доступ к наркотикам).

Было разработано несколько инструментов проведения комплексной оценки. Одним из наиболее широко используемых инструментов является показатель степени тяжести наркомании и его краткий вариант – показатель степени тяжести наркомании Lite. Показатель степени тяжести наркомании оценивает масштаб проблем пациентов в семи областях: состояние здоровья; работа и средства к существованию; употребление наркотиков; употребление алкоголя; правовой статус; семейное/социальное положение; и психическое состояние. Проводящий опрос подготовленный сотрудник может собрать целый ряд полезной информации об областях потребностей клиента. Показатель степени тяжести наркомании Lite представлен в приложении VI. Еще один пример весьма подробного, многоаспектного инструмента оценки, разработанного в Чикаго, известен как глобальная оценка индивидуальных потребностей. В этом инструменте сочетаются оценки медицинских и социальных проблем, проведение взвешенных исследований и оценки поведения, с помощью которых регистрируются текущие и последующие проблемы для целей мониторинга результатов и применения оценок (http://www.chestnut.prg/LI/gain/index.html).

4. Характеристики и критерии приемлемости

Чтобы быть принятым на лечение по структурированной программе, пациент должен соответствовать критериям приемлемости. Пример критериев приемлемости, которые можно считать частью процесса назначения пациенту лечения, представлен во врезке 39, ниже. Он приводится исключительно в качестве иллюстрации и не должен использоваться для управления лечением пациента без необходимой адаптации к конкретной системе лечения. Для этого читателю следует ознакомиться с ресурсными материалами, перечисленными в конце главы VI *Руководства*.

5. План лечения

Все структурированные виды лечения следует предоставлять каждому пациенту в соответствии с состав-

Врезка 39*a*

Критерии приемлемости для дезинтоксикации на базе общины

Пациент должен отвечать следующим критериям *a)–d)* и либо *e)*, либо *f)*:

a) в течение последних шести месяцев соответствовал критерию наркозависимости (с физиологической зависимостью), в настоящее время подтверждено объективно проверенное употребление наркотиков;

b) пациент в настоящее время толерантен к одному или более классам таких психоактивных веществ, резкое прекращение употребления которых может привести к появлению симптомов абстиненции;

c) пациент предпочитает пройти программу дезинтоксикации на базе общины или желает получить именно этот тип лечения;

d) существует обоснованное предположение, что пациент сможет выполнять требования программы дезонтиксикации на базе общины и завершить лечение по ней;

e) симптомы абстиненции, наступающие после прекращения употребления основного наркотика (наркотиков), скорее всего будут сравнительно легкими;

f) условия жизни пациента характеризуются приемлемым уровнем семейной и/или социальной поддержки.

Врезка 39*b*

Критерии приемлемости для дезинтоксикации в стационарных условиях

Пациент должен отвечать следующим критериям *a)–d)* и либо *e)*, либо *f)*:

a) в течение последних шести месяцев соответствовал критериям наркозависимости (с физиологической зависимостью), в настоящее время подтверждено объективно проверенное употребление наркотиков;

b) пациент в настоящее время толерантен к одному или более классам таких психоактивных веществ, резкое прекращение употребления которых приведет к появлению симптомов абстиненции;

c) пациент выражает явное стремление отказаться от употребления психоактивных веществ по программе лечения в стационаре или желает получить именно этот вид лечения;

d) предыдущее лечение или опыт дезинтоксикации и/или вовлечение пациента в употребление наркотиков либо личные ресурсы дают основание полагать, что он/она скорее всего не завершит программу дезинтоксикации на базе общины;

e) после прекращения употребления основного наркотика (наркотиков) могут появиться симптомы абстиненции тяжелого и/или сложного характера;

f) в социальном окружении пациента есть один или несколько человек (например, партнер или друзья/знакомые), которые в настоящее время употребляют наркотики и которые скорее всего будут препятствовать его/ее намерению или способности участвовать в программе стационарного лечения, что представляет непосредственный риск рецидива.

Врезка 39*c*

Критерии приемлемости для консультирования на базе общины (при отказе от наркотиков)

Пациент должен отвечать следующим критериям *a)–d)*:

a) пациент отвечает диагностическим критериям наркотической зависимости или злоупотребления за последние шесть месяцев;

b) пациент предпочитает лечение по программе консультирования на базе общины или соглашается с оценкой для направления на этот вид лечения;

c) пациент имеет достаточную мотивацию для изменения своего поведения с целью снижения вредных последствий (более безопасное употребление наркотиков) или воздержания от употребления основного проблемного наркотика (наркотиков) (в соответствии с требуемой ориентацией/методикой программы консультирования);

d) есть достаточные основания полагать, что пациент сможет посещать лечебные процедуры и соблюдать правила и нормы программы консультирования;

e) имеется достаточный уровень поддержки со стороны семьи, родственников или друзей, которые не представляют собой существенного риска в плане устойчивого употребления наркотиков или рецидива дальнейшего злоупотребления наркотиками, что помешало бы посещению этой программы.

Врезка 39*d*

Критерии приемлемости для назначения замещающего лечения

Пациент должен отвечать следующим критериям *a)–c)* и либо *d)*, либо *e)*:

a) в течение последних шести месяцев соответствовал диагностическим критериям зависимости (с физиологической зависимостью) от наркотиков опиоидного или амфетаминового класса;

b) пациент предпочитает назначение замещающего лечения или соглашается с оценкой для направления в программу стабилизации/поддержания состояния на базе общины;

c) пациент в настоящее время толерантен к опиоидам и амфетаминам (что подтверждено объективной проверкой), и резкое прекращение их употребления приведет к появлению характерных симптомов абстиненции;

d) есть достаточные основания полагать, что пациент сможет посещать лечебные процедуры и соблюдать правила и нормы программы назначения замещающего лечения;

e) в силу характера наркозависимости пациента он/она не может сразу принять обязательство воздерживаться от наркотиков, и потребуются период стабилизации/поддержания состояния и мониторинг, основанный на соответствующем замещении и другой дополнительной фармакотерапии, прежде чем будет предпринята дальнейшая оценка целей лечения.

Врезка 39*e*

Критерии приемлемости для реабилитации в центрах совместного проживания (отказ от наркотиков)

Пациент должен отвечать следующим критериям *a)–e)* и либо *f)*, либо *g)*:

a) в течение последних шести месяцев пациент соответствовал диагностическим критериям наркозависимости;

b) пациент выражает желание продолжать воздерживаться от употреблявшихся ранее наркотиков, от которых он был зависим, и предпочитает участвовать в программе реабилитации в центрах совместного проживания или соглашается пройти этот вид лечения;

c) пациент завершил курс дезинтоксикации и не испытывает заметного дискомфорта, связанного с абстиненцией;

d) у пациента скорее всего будут существенные проблемы с поддержанием состояния абстиненции из-за высокой степени наркотической зависимости;

e) пациент нуждается в программе психосоциального консультирования и реабилитации, которую лучше всего осуществлять в условиях круглосуточного пребывания в центрах совместного проживания;

f) условия проживания пациента характеризуются социальными проблемами, включая проблемы с местом проживания или неустроенностью, что угрожает рецидивом;

g) в социальном окружении пациента есть один или несколько человек (например, партнер; друзья/знакомые), которые употребляют наркотики и которые скорее всего будут препятствовать его/ее намерению или способности продолжать воздерживаться от употребления наркотиков.

ленным в письменном виде индивидуальным планом лечения. Это должен быть совместный процесс, включающий оценку, проводимую вместе с пациентом, а не его оценку только другими людьми. Следует учитывать взгляды и мотивацию пациентов, их личностные характеристики, социальную поддержку и проблемы. Документ о плане лечения должен:

- содержать описание клиентов и их личной, социальной, экономической и правовой ситуации;
- отражать понимание и информированность о культурном уровне, этнической принадлежности и религиозных убеждениях пациентов, а также учитывать их пол и сексуальные пристрастия;
- содержать описание текущих проблем пациентов (известных на момент поступления);
- указывать разрешенный объем передаваемой информации (какая информация будет запрашиваться и/или передаваться другим специалистам/учреждениям и при каких условиях);
- содержать описание конкретных планируемых мер вмешательства;
- содержать изложение целей лечения и показатели прогресса, который может быть достигнут;
- содержать описание способов пересмотра плана обслуживания с течением времени.

При составлении индивидуального плана необходимо рассмотреть вопрос о порядке перехода пациента от одного этапа к другому как в рамках одного вида лечения, так и между различными видами. Первый случай относится к скринингу, оценке, приему на лечение, а также планированию программы и выписке. Второй случай относится к возможностям предоставления пациенту обслуживания двумя или более службами одновременно.

Концепция плана обслуживания отражает тот факт, что многие люди постоянно нуждаются в уходе, даже после завершения лечения. В ней также признается, что отдельные люди могут присоединиться к системе лечения на различных этапах и со временем пройти курс лечения в рамках системы. Такой переход может происходить как во время данного периода обслуживания, так и в последующие периоды. Например, лицо, завершившее программу дезинтоксикации в стационарных условиях, может воспользоваться услугами краткосрочной или долгосрочной реабилитации в центрах совместного проживания, с тем чтобы поддержать и закрепить непосредственные результаты, достигнутые в рамках стационарной программы. Впоследствии может быть применена программа на базе общины. Рецидив употребления наркотиков может привести к стремлению воспользоваться так называемыми общедоступными службами. Поэтому особое межучрежденческое направление может включать перемещение в рамках системы лечения по мере того, как состояние пациента со временем улучшается (или наступает рецидив). Пример того, как различные виды лечения могут быть увязаны при лечении отдельного пациента, показан в иллюстративных целях во врезке 40.

6. Координация обслуживания

Координация обслуживания – это процесс оценки, планирования лечения и ведения пациента, который проходит лечение. Этот процесс аналогичен ведению истории болезни, но основан на более широкой концепции, которая может включать участие в лечении не одного, а нескольких учреждений. Функция координации обслуживания играет решающую роль в комплексной эффективной программе лечения. Обязанностями координатора обслуживания являются:

- разработка, осуществление и пересмотр документально оформленных планов обслуживания на основе постоянной оценки (включая оценку риска);
- обеспечение учета в плане обслуживания этнической принадлежности, пола и сексуальных предпочтений;

- доведение до сведения других специалистов, которые также участвуют в реализации плана лечения, всех известных изменений в относящихся к пациенту обстоятельствах, которые могут потребовать пересмотра или изменения мероприятий по обслуживанию;
- осуществление раннего контроля за выписанным пациентом (если это осуществимо);
- повторное привлечение в систему лечения лиц, бросивших лечение.

Уровень или интенсивность необходимой координации обслуживания будет отражать характер текущих проблем пациента. Меры по "стандартной координации обслуживания" должны предусматриваться для пациентов, которые:

- нуждаются в лечении по одной методике;
- находятся в относительно стабильном состоянии;
- практически не представляют опасности для себя и для других.

В то же время модель "многосторонней координации обслуживания" с более высокой степенью поддержки и интенсивностью обслуживания была бы более подходящей для пациентов, которые:

- имеют многочисленные сложные потребности в лечении, которые не может успешно удовлетворить одно учреждение, предоставляющее лечебные услуги;
- имеют многочисленные потребности, но которые хотят иметь дело только с одним учреждением;
- обращались в ряд учреждений, куда они были направлены;
- имеют серьезные сопутствующие заболевания;
- могут причинить вред себе и окружающим.

Когда пациент переводится из одной программы лечения в другую (например, из программы лечения в центре совместного проживания в программу консультирования на базе общины), повседневная координация лечения передается в новую службу, с тем чтобы эту обязанность стал выполнять сотрудник в принимающей службе. Однако общую координацию обслуживания пациента в соответствии с его текущими потребностями может по-прежнему осуществлять то учреждение, которое занималось этим вначале и, что особенно важно, в тех случаях, когда пациент возвращается домой после лечения в другой местности и ему может потребоваться последующее наблюдение.

Врезка 40

Пример увязки различных видов лечения отдельного пациента

Первоначально требуемое лечение		*Затем возможно применение дополнительных видов лечения (направление обслуживания)*
	Дезинтоксикация на базе общины	→ Последующее наблюдение/поддержка → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка → Реабилитация в центрах совместного проживания → Последующее наблюдение/поддержка → Реабилитация в центрах совместного проживания → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка
	Дезинтоксикация в стационарных условиях	→ Последующее наблюдение/поддержка → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка → Реабилитация в центрах совместного проживания → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка
	Консультирование на базе общины (при отказе от наркотиков)	→ Последующее наблюдение/поддержка → Реабилитация в центрах совместного проживания → Последующее наблюдение/поддержка
	Назначение лечения на базе общины	→ Дезинтоксикация на базе общины → Последующее наблюдение/поддержка → Дезинтоксикация на базе общины → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка → Дезинтоксикация на базе общины → Реабилитация в центрах совместного проживания → Последующее наблюдение/поддержка → Дезинтоксикация в стационарных условиях → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка
	Реабилитация в центрах совместного проживания	→ Последующее наблюдение/поддержка → Консультирование на базе общины при отказе от наркотиков → Последующее наблюдение/поддержка

Основные моменты

В главе VI *Руководства* охватываются следующие основные моменты:

- комплексные меры лечения включают обеспечение нескольких видов структурированного лечения в конкретной области в соответствии с потребностями;
- эти меры должны рассматриваться как часть более широких мероприятий медицинского, социального и правового характера;
- важно указать основные пути направления в систему лечения;
- важнейшей частью разработки систем лечения являются уточнение и официальное оформление процедур направления на лечение и связи между лечебными службами;
- для определения и достижения желаемых результатов при лечении отдельных пациентов все чаще используется метод комплексного направления обслуживания. Такие направления включают следующие элементы:
  - оценку клиента: скрининг, определение приоритетов и комплексная оценка;
  - планирование обслуживания: структурированные виды лечения должны предоставляться в соответствии с составленным в письменном виде индивидуальным планом обслуживания;
  - координацию обслуживания: координация обслуживания должна быть центральной функцией лечебных мероприятий.

Справочная литература

American Society of Addiction Medicine, *Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders* (Chevy Chase, Maryland, 1996).

http://www.asam.org/ppc/ppc.2.htm

Ashery, R.S., *Progress and Issues in Case Management*, NIDA Research Monograph No. 127 (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1992).

Centre for Substance Abuse Treatment, *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*, Treatment Improvement Protocol Series 27 (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1998).

Crowe, A.H., and Reeves, R. *Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination*, Technical Assistance Publication Series 11 (Rockville, Maryland, United States Department of Health and Human Services, 1994).

http://www.treatment.org/TAPS/Tap11/tap11toc.html

United Kingdom Department of Health, "Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services" (London, 2002).

http://www.doh.gov.uk/nta/modelsofcarefull.pdf

Graham, K., and Timney, C.B., "Case management in addictions treatment", *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 7 (1990), pp. 181-188.

Глава VII

Мониторинг лечения и его результатов

Почти все лечебные службы регистрируют информацию о своих пациентах, их проблемах и предоставляемых им услугах, а информация описательного характера и другие сведения о ходе лечения, как правило, содержатся в карте пациента. При этом многие лечебные службы стремятся отыскать пути практического использования собранной ими информации, чтобы оценить воздействие предоставленного лечения и подготовить обзор своей деятельности как лечебной службы.

В настоящее время этот вопрос беспокоит многие страны. Почти во всех развитых и развивающихся странах лечебные службы придают особое значение улучшению повседневной регистрации предоставляемых услуг и оценке воздействия и результатов лечения. Значение и важность сбора и применения информации относительно эффективности услуг подчеркиваются в Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики и в Плане действий по осуществлению Декларации о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики.

В главе VII *Руководства* задается вопрос: "Каким образом можно оценить показатели предоставления лечебных услуг?" К ответу на этот вопрос следует подходить в первую очередь с точки зрения базового набора информации и процедур регистрации, которые могут быть включены в повседневную деятельность лечебных служб. Затем описывается более комплексная и сложная деятельность в области мониторинга и исследований. Кроме того, обсуждаются пути оценки информации, полученной из исследовательской литературы.

Изучение этого раздела будет полезным, поскольку он обеспечивает следующее:

- руководство относительно путей обеспечения сбора информации, с тем чтобы продемонстрировать, что услуги отвечают поставленным целям, а также показать другие общие результаты;
- прояснение в отношении ключевых показателей оценки результатов, которые могут быть использованы;
- понимание способов разработки развивающейся модели сбора информации о результатах и доведения результатов до ключевой аудитории.

При разработке материала главы VII исходили из того, что он будет относиться к новым направлениям лечения, а также к существующим методам лечения и системам. Как и в предыдущих главах *Руководства*, сфера охвата и сложность деятельности в области мониторинга могут различаться от самого базового до комплексного уровня.

Глава VII подразделяется на три раздела. В разделе A представлены данные относительно разработки системы мониторинга и рассматриваются определения и концептуальные вопросы. В разделе B в кратком виде излагаются элементы и результаты деятельности системы мониторинга и предлагается руководство для базовой, промежуточной и официальной систем. В разделе C рассматриваются вопросы управления информацией и связи, а также способы доступа к информации об оценке и результатах исследования.

A. Цель мониторинга лечения

В общем плане задача мониторинга деятельности состоит в оценке того, что услуги фактически обеспечивают достижение поставленных задач (и в какой именно степени). Мониторинг может состоять из базовых видов контроля и более сложных его форм, требующих затрат значительных ресурсов. В первую очередь предлагается руководство для внедрения базовой формы мониторинга. На этой основе, при наличии ресурсов, можно создать более сложные и дорогостоящие системы мониторинга результатов. Кроме того, системы мониторинга со временем развиваются, углубляясь и расширяясь по мере необходимости.

Как отмечено в двух сопровождающих *Руководство* документах, имеются надежные исследовательские данные относительно эффективности лечения людей с проблемами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Однако эти данные нуждаются в подтверждении в различных социокультурных обстоятельствах и повседневной практике. Для этого важнейшее значение имеют сбор и документирование данных о существующей практике лечения. Основная идея главы VII заключается в том, что базовая информация об услугах может и должна быть предметом постоянного сбора как часть повседневной работы в рамках каждой программы.

1. Ресурсы мониторинга и оценки

Настоящее *Руководство* не содержит поэтапных указаний в отношении планирования и проведения оце-

нок. Читатель может обратиться к более специализированным источникам по этому вопросу. Например, руководства и пособия по оценке лечения были разработаны ВОЗ, ЮНДКП и ЕЦМНН (см. врезку 41).

2. Аудитория информации по оценке результатов

Имеются три вида аудитории, заинтересованной в информации о деятельности и результатах:

- отдельные пациенты и их семьи вполне могут захотеть узнать о деятельности лечебной службы;
- врачебный и административный персонал будут заинтересованы в отслеживании прогресса в обслуживании во времени;
- государственные службы планирования и финансирующие организации будут заинтересованы в информации относительно общих показателей деятельности службы.

3. Концепции оценки и мониторинга лечения

В области оценки и мониторинга применяются несколько терминов, которые характеризуют ход лечения и оценку его воздействия.

a) Вводимые ресурсы

Вводимые ресурсы представляют собой ресурсы, используемые для предоставления конкретного вида лечения или конкретной услуги. Вводимые ресурсы могут включать в себя финансовые средства и получаемый доход; людские ресурсы (то есть люди, которые необходимы для обеспечения лечения); здания; оборудование, расходные средства и материалы. Общая стоимость вводимых ресурсов программы обеспечивает показатель деятельности данной конкретной службы. Вводимые ресурсы позволяют сотрудникам осуществлять обслуживание для достижения целей и задач программы.

b) Результаты

Оценка результатов представляет собой показатель уровня, количественного или стоимостного объема деятельности, осуществленной в рамках программы лечения, например число новых обследованных пациентов и фактическое количество предоставленных консультаций. Оценка результатов обычно отражает рабочую нагрузку, выраженную в показателях времени или стоимости. Важно отметить, что результаты не обязательно указывают на выполнение целей программы, на степень их эффективности и качества.

Врезка 41

Международные руководства и пособия ЮНДКП/ЕЦМНН по оценке служб и систем по лечению расстройств здоровья, связанных с употреблением психоактивных веществ

В 2000 году совместные издания ВОЗ, ЮНДКП и ЕЦМНН включали в себя руководства и серию пособий по оценке лечения. Эти издания осуществлены в рамках стратегии ВОЗ, ЮНДКП и ЕЦМНН разработки для управляющих программами инструментария оценки услуг и содействия в принятии решений относительно распределения ресурсов на лечение.

В руководствах основное внимание уделено проведению официальных исследований и предпринимаются попытки охарактеризовать основные компоненты правильно проведенной оценки и наиболее эффективные способы сообщения результатов.

Более подробная информация содержится по адресу:

http://www.undcp.org/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/guideevaloftreatment.pdf

Серии пособий предназначены для ориентирования лиц, занимающихся планированием программ, управляющих программами, персонала и других лиц, ответственных за принятие решений, с помощью процесса планирования и оценки исполнения. Такие серии также представляют собой ценный ресурс для обучения людей, заинтересованных в оценке, а также сотрудников структур, занимающихся планированием и предоставлением услуг.

В серии пособий излагаются следующие основные виды оценки: оценка потребностей; оценка процесса; оценка удовлетворенности клиента; оценка результатов; исследования и наблюдения; экспериментальные и контролируемые проекты; экономические оценки (анализ затрат и эффективность с точки зрения затрат).

Более подробная информация содержится по адресу:

http://www.undcp.org/drug_demand_treatment_and_rehabilitation.html

http:// www.who.int/substance_abuse/topic_treatment.htm

Воплощение вводимых ресурсов в полученные результаты обеспечивает показатель эффективности программы. Кроме того, вводимые ресурсы позволяют обеспечить обслуживание определенного уровня качества. Качество оценивается в зависимости от степени, в которой обслуживание позволяет достигать желаемых стандартов, установленных для программы, и оправдывает ожидания пациентов и другой ключевой аудитории и заинтересованных сторон. Показатели качества могут использоваться на всех этапах программы для оценки компетентности сотрудников, а также своевременности и уместности полученных услуг.

c) Результаты

Результаты можно определить как итоги или воздействие терапевтической деятельности, и они могут быть положительными или отрицательными. Оценка результатов должна относиться к лечению конкретных пациентов и учитывать желаемые ими цели. Некоторые программы могут располагать недостаточными ресурсами для оценки истинных результатов (то есть измеряемых с применением надежных с научной точки зрения инструментов или процедур), и зачастую в качестве альтернативного варианта используются приблизительные оценки результатов. Например, при исследовании результатов нередко применяется показатель изменения частоты употребления психоактивных веществ, который оценивается с помощью стандартизированного инструмента. Это предполагает определение частоты применения наркотика пациентом в начале лечения, а затем после завершения лечения. Некоторые учреждения, которые не в состоянии проводить такие измерения, могут сообщать свои оценки в отчетах о состоянии пациентов при выписке (например, улучшение состояния, без изменения или ухудшение).

B. Элементы системы мониторинга исполнения и результатов

Система мониторинга исполнения и результатов является центральным элементом в лечебных службах, желающих определить, насколько хорошо они удовлетворяют потребности своих пациентов на повседневной основе. Собранная информация может использоваться в следующих целях:

- улучшение оценки состояния пациента и процесса координации лечения;
- помощь лечебным структурам в нахождении путей совершенствования предоставляемых ими услуг (например, для некоторых видов пациентов, у которых не наблюдаются результаты, достигнутые в отношении большинства пациентов);
- обеспечение знаний относительно всестороннего воздействия системы лечения и содействие лицам, планирующим лечение, и государственным учреждениям в оценке возврата на инвестиции, вложенные в финансирование лечения;
- помощь в выявлении пробелов в эффективном предоставлении лечения и необходимости в дополнительных или новых видах программы лечения.

Эти меры могут осуществляться на нескольких уровнях и предусматривать участие одного учреждения, группы учреждений в определенной географической области или на уровне региональной либо национальной инициатив.

Инициатива может осуществляться непосредственно самим лечебным учреждением или некоторыми внешними поставщиками услуг. Модель, предусматривающая участие внешнего поставщика услуг, может оказаться весьма ценной, когда в той или иной местности действуют несколько лечебных учреждений.

Эффективные системы мониторинга результатов характеризуются следующими “факторами успеха”:

- приверженность делу и энтузиазм сотрудников при сборе информации в рамках повседневого предоставления услуг;
- включение сбора данных для мониторинга результатов в повседневную деятельность по оценке и координации лечения;
- использование минимальных наборов данных (то есть использование лишь небольшого числа основных или важнейших показателей результатов);
- целесообразная сфера охвата инициативы (например, упор на оценке результатов в ходе лечения);
- финансовая поддержка на государственном уровне расходов на обучение, управление данными и сообщение результатов;
- сотрудничество и взаимное обучение;
- оперативная информационная обратная связь для управления дальнейшим развитием услуг.

Возможно, полезно представить характер и объем данных, собранных в рамках системы мониторинга исполнения и результатов, в виде пирамиды. Наибольший объем информации собирается в ходе постоянной и повседневной клинической работы и деятельности лечебной системы. Затем небольшой объем ключевых показателей исполнения передается сторонам, финансирующим лечение, и другой внешней аудитории. Наконец, основной набор ключевых показателей исполнения сообщается правительственным и другим организациям в рамках системы государственной отчетности и национального подхода к отчетности в области лечения.

Ниже представлено руководство в отношении трех уровней мониторинга лечения. Эти уровни дополняют друг друга и усложняются, начиная от базового подхода до более сложной (и ресурсоинтенсивной) системы мониторинга деятельности и результатов.

1. Базовая система мониторинга (первый уровень)

Цель первого уровня состоит в сборе базового набора ключевой информации о предоставлении лечения, чтобы получить представление о его воздействии. Все предоставляющие услуги структуры – независимо от того, насколько ограничены их финансовые, технические и человеческие ресурсы, – должны быть в состоянии собирать и сообщать информацию об основных показателях деятельности и результатах в отношении любого вида лечения. Для базового уровня отчетности имеются семь видов необходимой описательной информации:

- сводная информация о направлениях на лечение и деятельности по оценке;
- основные социодемографические характеристики и способ употребления наркотиков пациентом;
- информация о предыдущем лечении и о том, когда лечение проводилось впервые;
- место лечения и общий характер программы лечения;
- суммарный объем лечения (то есть число лиц, количество групп и других терапевтических занятий и их продолжительность);
- общее время, потраченное на лечение;
- состояние клиента в конце лечения по программе (или по завершении этапа, такого как дезинтоксикация).

В отношении всех услуг должен учитываться базовый набор информации относительно обращений пациента к врачу, деятельности по оценке и лечению в рамках программы в течение определенного отчетного периода (например, за год). Такая информация должна включать число людей, включенных в данную программу по оценке; направленных в другую службу;

Врезка 42
Пример минимального набора данных, требуемого по каждому пациенту

Охватываемая область	*Соответствующий фактор или компонент*
Пациент	
Социодемографические данные	Пол Возраст (на момент последнего дня рождения/год рождения)
Первичная проблема с наркотиком	Каннабис, героин, другие опиоиды, кокаин, амфетамин, метамфетамин, “экстази”, седативные/транквилизаторы, галлюциногены, растворители/ингалянты, другие
Рискованное поведение	Употребление наркотиков путем иньекций
Опыт лечения	Когда лечение проводилось впервые
Лечение	
Вид программы	Низкий пороговый уровень/лечение по обращению Абстиненция (дезинтоксикация) Консультирование/психотерапия Предписание поддерживающего лечения агонистами Предписание профилактики рецидива антагонистами Реабилитация (отказ от наркотиков)
Место лечения	Стационарное лечение в больнице Амбулаторный лечебный центр Терапевт Община по месту жительства Тюрьма/предварительное задержание
Продолжительность пребывания	Дни/недели/месяцы лечения в рамках программы отказа от наркотиков
Результат	
Состояние пациентов, закончивших лечение в отчетном периоде	Запланированное прекращение (то есть успешно завершенное лечение) Незапланированное прекращение (то есть пациент отказался от программы или иным образом прервал лечение) Перешел к другому лечению (описание) Административное/дисциплинарное исключение (несоблюдение плана лечения или принятых в лечебном учреждении правил)

начинающих лечение; завершивших лечение. Рекомендуется, чтобы данная информация была представлена в разбивке, как минимум, по источникам направления на лечение и по полу.

На этом базовом уровне не делается попыток сообщить об изменениях в проблемном поведении пациентов. Вместо этого регистрируется состояние каждого пациента, когда он покидает лечебное учреждение. Но при этом не дается количественное описание изменений в потреблении наркотиков и других изменений в проблемном поведении. Во врезке 42 приведен пример минимального набора данных, требуемых по каждому пациенту, который прекращает или заканчивает лечение в течение отчетного периода (например, ежегодно).

На основе таких данных может быть получена информативная картина результатов лечения. Агрегирование и представление информации можно проводить несколькими способами. Во врезке 43 представлены некоторые вымышленные примеры данных для выборки из 220 пациентов-женщин, которые прекратили лечение по программе на уровне общины.

Нижняя строка во врезке 43 показывает общий результат программы и указывает, что 63,6 процента пациентов завершили лечение. Проценты по возрастным группам также показывают сравнительное воздействие программы на три возрастные группы, соответственно. Представленные в этом примере данные позволяют предположить, что по мере увеличения возраста улучшаются результаты лечения. Естественно, возможны и другие способы представления данных.

Международная отчетность – показатели по стране

Помимо местных инициатив в области мониторинга результатов важно отметить требования к отчетности на уровне стран перед международными организациями.

Например, часть II вопросника ЮНДКП к ежегодным докладам касается степени, структуры и тенденций злоупотребления наркотиками. Это первичный регулярный отчетный механизм сбора данных о злоупотреблении наркотиками от государств-членов на основе информации о спросе. Данные регистрируются в международной системе оценки злоупотребления наркотиками ЮНДКП.

Комиссия по наркотическим средствам каждый год рассылает правительствам государств-членов вопросники к ежегодным докладам для заполнения. Вопросники к ежегодным докладам обеспечивают, среди прочего, сбор информации относительно спроса на лечение в каждой стране. Одна из целей координируемой ЮНДКП Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками состоит в поддержке усилий государств-членов по сбору данных. Деятельность Глобальной программы по оценке включает разработку протокола по сбору данных от лечебных центров. Предложенный протокол предназначен способствовать сбору данных, которые сообщаются в вопросниках к ежегодным докладам.

Врезка 43

Программа на уровне общины: отчет о результатах лечения в течение 12 месяцев пациентов женского пола в разбивке по возрастным группам

(Число пациентов: направлено на лечение – 310; начали лечение – 250[a]; прекратили лечение в отчетном периоде – 220)

Результат у пациентов, прекративших лечение в течение года, в разбивке по возрастным группам (n = 220)

	Результат			
Возрастная группа	*Запланированное прекращение (процент указан в скобках)*	*Незапланированное прекращение (процент указан в скобках)*	*Административное исключение (процент указан в скобках)*	*Всего*
18–24 года	30 (50,0)	20 (33,3)	10 (16,7)	60
25–35 лет	50 (62,5)	20 (25,0)	10 (12,5)	80
36 лет и старше	60 (75,0)	15 (18,8)	5 (6,3)	80
Всего	140 (63,6)	55 (25,0)	25 (11,4)	220

[a] За отчетный период может также потребоваться указать число обращений за лечением отдельных пациентов, поскольку тот или иной пациент мог лечиться по программе по двум (или более) причинам.

Врезка 44
Вопросник к ежегодным докладам: часть II (Злоупотребление наркотиками)

Часть II вопросника к ежегодным докладам включает 9 разделов. Раздел 8 относится к лечению.

Лечение наркомании

B48. Предоставлялось ли в прошлом году лечение людям, имеющим проблемы с наркотиками? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B49. Как наркотики классифицируются в зависимости от основной причины получения лечения? (Каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази".)

B50. Какой была тенденция за прошлый год в числе людей, получавших лечение? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B51. Имеются ли оценки числа людей, получающих лечение в связи с наркотиками? (Нет, Да – оценка по стране в целом, Да – оценка по части страны для выбора средств лечения.) Если Нет – переходите к B59.

B52. К какому году относится оценка? Какая часть страны или выбор средств лечения охватываются оценкой? (Год национальной оценки, год частичной оценки, часть страны, к которой относится оценка, виды средств лечения, включенных и/или не включенных в оценку.)

B53. Каково оценочное число людей, получающих лечение в связи с проблемами с наркотиками? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B54. Какова оценочная процентная доля людей, получающих лечение впервые среди всех находящихся на лечении? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B55. Какова оценочная процентная доля женщин среди находящихся на лечении? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B56. Каков оценочный средний возраст людей на лечении? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B57. Какова оценочная процентная доля лиц, потребляющих наркотики путем инъекций, среди находящихся на лечении? (Любые наркотики, каннабисовый ряд, героин, другие опиоиды, кокаиновый ряд, амфетамин, метамфетамин, ряд "экстази", другие наркотики.)

B58. Какое определение "люди, получающие лечение в связи с проблемами с наркотиками" применяется к цифровым данным в столбцах B53-B57, выше? (Все люди, получившие лечение в течение года; люди, начавшие лечение в течение года; люди, получившие лечение на момент сбора данных в этом году; люди, прекратившие лечение в течение года; другие.)

Структура части II вопросника к ежегодным докладам приводится во врезке 44.

Другой пример международной отчетности показан в приложении VII. Оно было разработано для применения в Европе и при необходимости может быть адаптировано для применения в любой стране.

2. Система промежуточного мониторинга (второй уровень)

Следующий уровень отчетности отражает особенности первого уровня и включает дополнительную информацию для документирования и описания лечебной деятельности. Цель второго уровня состоит в обеспечении более подробного описания пациентов и хода лечения, а также в сборе базовых показателей изменения поведения как прямых показателей достигнутых результатов.

В дополнение к отчетности на первом уровне также может учитываться следующая информация:

- социодемографическая информация (национальность и этническая принадлежность, родственные связи и уровень жизни, статус в занятости и уровень образования);
- информация, относящаяся к наркотикам (способы употребления, частота употребления, возраст при первом употреблении основного проблемного наркотика, употребление наркотиков путем инъекций и его частота);
- информация об обращении за лечением;
- среднее время ожидания перед началом лечения (с момента направления);
- описание конкретных видов услуг, полученных пациентом.

Информация должна также быть представлена в разбивке по основным проблемным наркотикам, употребляемым пациентами, по следующим категориям: каннабисовый ряд; опиоиды; кокаиновый ряд; амфе-

таминовый ряд; седативные средства и транквилизаторы; галлюциногены; растворители и ингалянты; и другие наркотики.

В дополнение к описанию состояния пациентов на момент завершения программы было бы желательно информативно сообщать о некоторых основных поведенческих переменах. Прекращение или уменьшение проблемы употребления наркотиков является очевидным поведенческим изменением и поставленной целью, но не меньшее значение имеет смягчение личных и социальных проблем. Например, базовая информация, приведенная во врезке 45, могла бы быть получена из краткой беседы с каждым пациентом в начале и незадолго до прекращения лечения (если это осуществимо).

3. Официальная система мониторинга (третий уровень)

Третий уровень представляет собой официальную систему мониторинга деятельности и результатов. Цель состоит в управлении официальной постоянно действующей системой учета эффективности функционирования системы лечения и удовлетворения потребностей пациентов. Применение структурного подхода к мониторингу результатов также полезно для клинической практики, поскольку персонал может сообщать полученную информацию пациентам в начале лечения и в последующем как средство создания и подкрепления мотивации для изменений.

Третий уровень включает характеристики и данные, описанные для предыдущих двух уровней, а также обеспечивает более полную информацию о состоянии клиента и более широкий диапазон поведенческих и других изменений, при помощи которых можно описать достигнутые результаты. Читатели, заинтересованные в создании такой системы, должны также рассмотреть материал в главе VI, касающийся процессов комплексной оценки, комплексных направлений обслуживания и важности описания типов непрерывного лечения для пациентов, которым необходим ряд взаимосвязанных лечебных услуг. Информативная картина результатов может быть получена при рассмотрении лечения с этой точки зрения.

Важно предостеречь против разработки трехуровневой системы без проведения тщательной оценки ее осуществимости. Такая оценка должна включать следующее:

- конкретные вопросы, которые необходимо решать;
- размер и сферу охвата требуемой системы мониторинга;
- людские ресурсы, которые потребуются;
- умения и навыки, необходимые участвующему персоналу;

Врезка 45

Базовое описание связи между употреблением наркотиков, занятостью и преступностью

(последние 30 дней до начала и перед прекращением лечения)

Показатели	*Число дней в течение прошедшего месяца перед лечением*	*Число дней в течение прошедшего месяца перед прекращением лечения*
Употребление наркотиков Основной потребляемый проблемный наркотик		
Занятость Наличие оплачиваемой работы		
Преступность Противоправная деятельность		

Помочь пациенту отказаться от наркотиков может приведенная ниже схема.

Ни одного	Только 1 день	Только 2 дня	Только 3 дня	1 день в неделю	2 дня в неделю	3 дня в неделю	4 дня в неделю	5 дней в неделю	6 дней в неделю	Каждый день
0	1	2	3	4	9	13	17	21	26	30

- необходимые финансовые ресурсы;
- график исполнения и представления отчетов.

Наиболее логичным и практичным средством оценки результатов лечения является сбор ряда данных у пациентов и их семей в начале программы (базовый уровень), а затем сбор той же информации у пациентов единовременно или несколько раз в процессе лечения и, в идеале, после него. Таким способом мониторинг результатов концептуализируется как переоценка и может составлять часть повседневной клинической практики (обратитесь к материалу по оценке пациентов в главе VI). Наиболее желательно, чтобы оценки результатов включали непосредственные впечатления о состоянии пациента, полученные в личной беседе, или в телефонном разговоре, либо заполнение оценочного вопросника самим пациентом. Маловероятно, что другие методы, такие как оценки результатов на основе историй болезни, будут достоверны или точны, и поэтому они не рекомендуются.

a) Характеристика результатов

При решении вопроса о том, какие результаты включать в отчетность, важно следовать применяемым на согласованной основе в официальных исследованиях ключевым показателям. Исследователи сосредоточились на трех ключевых проблемных областях: поведение, связанное с приемом наркотика; проблемы физического и психического здоровья; и личная и социальная жизнь (широкий спектр проблем, охватывающий семью и отношения с другими людьми, условия проживания, занятость, участие в преступной деятельности и другие проблемы общественной безопасности). Риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, включая гепатит С, приводит к оценке рискованного поведения, связанного с употреблением наркотиков путем инъекций и незащищенным сексом, с точки зрения заражения передающимися через кровь инъекциями и их передачи. Важно признать, что ожидаемые результаты могут отличаться среди отдельных пациентов, в различных семьях, общинах, а также в отношении лечебных заведений и системы уголовного правосудия.

b) Выбор надлежащих временных точек оценки

Для мониторинга результатов изменения в состоянии и поведении пациента могут быть оценены один или несколько раз в ходе лечения. В отличие от научных исследований, в большинстве инициатив в области мониторинга результатов лечения не предусматривается оценка результатов после завершения пациентом лечения, главным образом по причине ресурсов, необходимых для проведения личных бесед (хотя можно рассмотреть вопрос о проведении оценки на основе данных, полученных по телефону или по почте).

c) Использование целей лечения для задач мониторинга

В разработанных ВОЗ/ЮНДКП/ЕЦМНН руководствах по оценке лечения, о которых идет речь во вставке 41, пропагандируется применение модели программно-логического подхода для содействия прояснению целей программы лечения. Логическая модель представляет собой диаграмму, включающую различные компоненты программы, цель каждого компонента (задачи в области исполнения), а также кратковременные и долгосрочные результаты. Логические модели полезны при установке целей и задач для каждого компонента и результатов и могут быть мощным средством связи при представлении программы профессиональной аудитории. Теоретический пример логической модели, подготовленной для характеристики функционирования службы реабилитации по месту жительства, приводится во врезке 46.

4. Инструменты оценки для мониторинга результатов

Большинство переменных, подходящих для повторяющейся оценки, будут постоянными или взвешенными показателями, способными учитывать происходящие со временем изменения. Удовлетворительная оценка результатов требует, чтобы измерения состояния производились в начале лечения, в какой-либо момент в ходе лечения, при завершении лечения и, возможно, в последующем.

Имеются разнообразные инструменты и способы оценки, такие как личные беседы, наблюдение за поведением, анкетные опросы и психологические тесты.

Хотя для должного и эффективного применения методов сбора данных требуется серьезное обучение, правильно составленные вопросники могут обеспечить сбор полезных данных, даже если анкетирование проводится менее квалифицированными сотрудниками. При выборе правильных вопросников по результатам лечения следует руководствоваться следующими принципами:

- соответствие целевой группы и программы лечения;
- соответствие идее программы и возможность составлять отчетность в соответствии с ее целями и приоритетами;
- возможность прямого опроса пациентов или самостоятельного заполнения вопросников пациентами;
- в применяемом инструменте должны учитываться психометрические характеристики (достоверность и надежность);
- показатели должны учитывать изменения во времени;
- заполнение вопросника должно занимать как можно меньше времени;
- пациенты и другая непрофессиональная аудитория должны быть способны понять методологию оценки и отчеты по оценке без особых затруднений.

Имеются несколько банков данных, которые содержат информацию о вопросниках и инструментах ис-

Врезка 46

Пример логической модели для программы реабилитации в центре совместного проживания

Основные компоненты	*Направление к врачу*	*Планирование лечения*	*Начало*	*Программа*	*Последующее лечение*
Цели исполнения	Определение приемлемости для программы Сокращение времени ожидания	Проведение комплексной оценки Обеспечение периодического обзора хода программы	Процедура приема клиентов Подготовка необходимой документации по приему	Обеспечение: *a)* кол-во посещений в группах *b)* кол-во индивидуальных посещений Увеличение числа завершивших программу	Направлять в: центр выздоравливающих/второй этап Направлять во вспомогательные службы на базе общины Входить в контакт со всеми/пример проверки через 6 мес. после завершения лечения, по крайней мере один раз
Результаты	Количество проверенных обращений к врачу Согласованный процент оплачиваемых пациентов Регистрация ключевых характеристик	Процент направлений к врачу за установленное время ожидания Ответственный сотрудник, назначенный в течение 48 часов Введение пациента в основную программу в течение 24 часов Составление протокола оценки введения Процент пациентов, осмотренных в намеченные даты		Среднее число посещаемых групп Среднее число индивидуальных посещений Среднее время в основной программе Процент пациентов, завершивших программу Стоимость курса лечения	Кол-во направлений к врачу Процент принятых/завершивших лечение Процент контактов за 6 месяцев Процент заполненной формы мониторинга результатов
Кратковременные результаты	Увеличение соотношения обращение/начало лечения Сокращение отсева до начала программы Сокращение отсева в начале программы Увеличение соотношения занятость/мотивация пациента			Вера в способность к воздержанию (профилактика рецидива) Процент пациентов, отказавшихся от наркотиков по завершении программы Процент пациентов с улучшением здоровья Процент пациентов, удовлетворенных полученным лечением	
Долгосрочные результаты	Улучшенное качество обслуживания Услуги более эффективны клинически Услуги более эффективны/экономичны			Уменьшение рецидивов и сохранение пользы лечения: Процент пациентов “с улучшением”/свободных от наркотиков через 6 месяцев Процент пациентов с улучшением здоровья Процент пациентов, не совершающих преступлений Процент пациентов, удовлетворенных программой лечения	

Врезка 47
Банк методов оценки Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании

Банк методов оценки ЕЦМНН – это архив документов об инструментах, разработанных для содействия в проведении оценок с применением надежных методов, а также помощи в стандартизации таких инструментов на европейском уровне. Банк методов оценки содержит инструменты для оценки программ профилактики и лечения. Включая определенные критерии для вмешательства, база подлежащих оценке данных обеспечивает пользователю подходящие инструменты оценки, а также комментарии по их применению и ссылки на соответствующие исследования. Банк методов оценки – это гибкий и живой инструмент, который расширился с момента его внедрения в июне 2000 года; теперь он включает материалы на всех 12 языках входящих в ЕЦМНН стран. Банк методов оценки регулярно обновляется и в настоящее время содержит 150 инструментов оценки в области лечения и 35 – в области профилактики. Он имеет поисковые возможности по ключевому слову, категории и полному тексту.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://eibdata.emcdda.org/databases_eib.shtml**

следований. Пример подобного ресурса приведен во врезке 47.

В приложениях VI и VIII настоящего *Руководства* приведены примеры структуры двух разработанных инструментов мониторинга результатов – показатель степени тяжести наркомании и наркологический профиль Модсли. Оба инструмента могут использоваться на бесплатной основе для целей некоммерческих исследований и мониторинга результатов. В некоторых отношениях они схожи, при этом показатель легкой степени наркомании содержит более полный набор исходных данных и показателей поведения пациентов для планирования индивидуального лечения. Наркологический профиль Модсли – сжатый инструмент, предназначенный для целей учета результатов, и требуется приблизительно 12 минут для его заполнения.

C. Управление информацией и сообщение результатов

Практически всегда для управления информацией, полученной в рамках системы мониторинга деятельности и результатов на каждом из трех уровней, необходимы приложения по управлению компьютеризованной базой данных. Компьютеризованная база данных представляет собой эффективные средства про-

Врезка 48
Электронный сбор данных о лечении в Соединенных Штатах

Сетевая система оценки наркомании (DENS) представляет собой непрерывную, охватывающую многие сайты систему электронного сбора данных и отчетности, обеспечивающую с помощью модема предоставление стандартизированных, автоматизированных, своевременных данных о пациентах, начинающих лечение от наркомании, и о программах лечения в Соединенных Штатах.

Цель поддерживаемого Управлением Белого дома по осуществлению национальной политики контроля за наркотиками и Центром лечения наркомании проекта состоит в обеспечении практической и постоянной клинической и административной информации о пациентах, начавших лечение от наркомании, по всей стране. В конечном счете система будет включать данные по программам лечения алкоголизма и наркомании, полученные на основе репрезентативной выборки по всем областям страны, а также по различным способам лечения и видам лечебных заведений, в том числе в рамках системы уголовного правосудия.

DENS осуществляет сбор в реальном масштабе времени информации относительно характера, количества и степени тяжести проблем пациентов при начале лечения, продолжительности пребывания в лечебном учреждении и вида прекращения лечения. Сбор таких данных нацелен на обеспечение лиц, ответственных за разработку политики на федеральном и государственном уровнях, информацией, необходимой для определения появляющихся важных тенденций, которые могут относиться к планированию и управлению системами и которые связаны с проблемами злоупотребления психоактивными веществами.

Чтобы удовлетворять таким потребностям, информация DENS относится к различным клиническим, административным, финансовым, оценочным и политическим вопросам, которые регулярно возникают; кроме того, эта информация быстро доступна на постоянной основе, обеспечивая возможность отслеживать изменения во времени.

Кроме того, DENS предлагает структуру для будущей, постоянно действующей, общенациональной системы мониторинга результатов лечения. Как таковая, система DENS может использоваться в качестве отправной точки для конкретных целевых исследований результатов либо для крупных региональных или государственных проектов.

Более подробная информации содержится по адресу:

http://www.whitehousedrugpolicy.gov/ctac/dens.html
http://www.densonline.org

Врезка 49
База данных систематических обзоров Кокрейн

База данных систематических обзоров Кокрейн содержит статьи, в которых рассматривается воздействие лечения и процедур, обеспечиваемых системой здравоохранения. Обзоры хорошо структурированы и систематизированы и включают опубликованные результаты исследования на основе четко определенных критериев качества в целях обеспечения достоверности сделанных выводов и сведения к минимуму необъективности. Данные исследований, как правило, статистически комбинируются с исользованием методики так называемого мета-анализа.

В рамках организации "Кокрейн коллаборейшн" учреждена Группа по наркотикам и алкоголизму, которая опубликовала ряд обзоров и практических руководств на основе фактических данных в форме полных обзоров, технических рефератов и кратких резюме. Последние написаны простым стилем и представляют собой ценный инструмент для лиц, ответственных за финансирование или планирование лечебных услуг.

Более подробная информация содержится по адресу: **http://www.cochranelibrary.com**

верки, хранения и анализа информации и составления отчетов для различной аудитории. Было бы целесообразно разрабатывать приложения для базы данных непосредственно для первого уровня, но также может потребоваться поддержка специалиста-разработчика для второго и третьего уровней. В прошлом учреждения тратили много средств, не имея четкого представления о своих потребностях в области информации или отчетности. В результате создавались базы данных, которые не соответствовали предъявляемым к ним требованиям, а иногда даже и не применялись на практике. Сегодня многие разработчики компьютерной базы данных используют уже разработанное основное приложение, адаптируя его к конкретным (и будущим) потребностям конкретных лечебных учреждений. Самые современные приложения основаны на вводе данных пациента в защищенную программу базы данных, заведенную в компьютерах того или иного лечебного центра. Кроме того, некоторые учреждения пользуются защищенной сетью интранет или web-приложениями, что, вероятно, в будущем получит большее распространение.

Во врезке 48 приводится пример системы сбора данных и мониторинга, которая существует в электронной форме и составлена на основе показателя степени тяжести наркомании – клинического и оценочного инструмента, разработанного в Соединенных Штатах и применяемого во многих странах.

Независимо от сложности подлежащей сбору информации, ключевое требование состоит в том, чтобы была полная ясность относительно требуемых видов отчетов и их формата. Большинство отчетов, составленных на основе базы данных по мониторингу результатов, могут быть представлены в стандартном формате и содержать, например, обобщенные сведения по группам пациентов и важнейшие результаты за определенные периоды времени. Ключевой аудиторией для отчетов являются: пациенты (через личную обратную связь); сотрудники и руководство лечебных заведений; а также финансирующие и государственные органы.

1. Оценка информации о результатах лечения

Одна из наиболее важных причин для сбора информации относительно воздействия услуг состоит в содействии оптимизации лечения определенных групп людей и в обеспечении того, чтобы приоритет отдавался более эффективным и приемлемым по стоимости вариантам лечения. В последние годы возрос интерес к применению опубликованных данных официальных исследований по оценке и данных клинической экспертизы, а также к высказываемым пациентами предпочтениям в качестве средства, которым руководствуются при распределении ресурсов и принятии решений относительно услуг и систем здравоохранения и социального обеспечения. Лица, планирующие лечение, все более стремятся направлять ресурсы на лечебные услуги, эффективность которых подтверждена фактическими данными. При практике, основанной на фактических данных, воздействие конкретного направления лечения определяется на основе систематической оценки научной литературы. В этом случае оценка может содействовать подготовке руководств и протоколов для конкретного направления лечения.

Естественно, имеются ограничения в плане совокупности доказательств. Знание всех видов лечения, потребностей всех различных групп населения и индивидуальных приоритетных потребностей далеко не полно. Кроме того, наиболее обоснованные исследования результатов лечения проводились в относительно небольшом числе стран с развитыми системами лечения. Имеются естественные ограничения в способах возможного применения в лечебных службах одних стран результатов исследования лечения, проведенного в другой части света. Это отчасти явилось причиной направления инвестиций в проведение исследований и иную деятельность в области мониторинга, в рамках которых одни и те же вопросы оцениваются в различных культурных и экономических контекстах. Тем не менее многое можно почерпнуть из обзоров, в которых объединены данные из различных стран (см. врезку 49).

Основные моменты

Глава VII *Руководства* охватывает следующие основные моменты:

- все больше внимания уделяется совершенствованию ежедневного учета предоставления услуг и сообщению важнейшей информации о результатах;
- мониторинг результатов представляет собой инициативу, предназначенную для сбора информации о воздействии предоставляемых услуг, чтобы понять, как работает служба, обнаружить пробелы в эффективном обеспечении лечения и найти способы повышения его эффективности. Сфера охвата и глубина такой инициативы могут изменяться от базовой системы (первый уровень) до более комплексных решений (второй и третий уровни);
- эффективные системы мониторинга результатов характеризуются приверженностью сотрудников, интеграцией информации о результатах как части повседневной оценки и мер по координации лечения; сотрудничеством и взаимным обучением; а также оперативной передачей информации для направления дальнейшего развития услуг;
- инициативы в области мониторинга деятельности и результатов в зависимости от имеющихся ресурсов могут различаться в плане уровня и глубины отчетности;
- большинство лечебных учреждений должны обладать возможностями для внедрения базовой системы мониторинга деятельности и результатов в целях представления сведений о результатах, достигнутых на различных этапах лечения;
- весьма важно уделять достаточное внимание фактическим данным о результатах лечения, содержащимся в официальных исследованиях, а систематические обзоры могут быть ценными источниками итоговой информации о конкретных направлениях лечения или подходах.

Справочная литература

Gossop, M., Marsden, J., и Stewart, D., *NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study. Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake* (London, United Kingdom Department of Health, 1998).

Hubbard, R.L., and others. *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness* (Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 1989).

Landry, M., *Overview of Addiction Treatments Effectiveness* (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Office of Applied Studies, 1995).

National Campaign against Drug Abuse, *Evaluating Treatment for Alcohol and Other Drugs*, NCADA Monograph Series No. 14 (Canberra, 1991).
http://www.health.gov.au:80/pubhlth/publicat/document/ncada14.pdf

National Institute on Drug Abuse. *How Good Is your Drug Abuse Treatment Programme?* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1993).

Ogborne, A.C., Braun, K., and Rush, B.R., "Developing an integrated information system for specialized addiction treatment agencies", *Journal of Behavioural Health Services and Research*, vol. 25, No. 1 (1998), pp. 100-107.

Simpson, D.D., "Drug treatment evaluation research in the United States", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 7, No. 2 (1993), pp. 120-128.

Tims, F., *Drug Abuse Treatment Effectiveness and Cost-Effectiveness* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1995).

Yates, B.T., *Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs* (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 1999).
http://www.drugabuse.gov/IMPCOST/IMPCOSTIndex.html

Wolfe, B.L., and Miller, W.R., *Program Evaluation, A Do-It-Yourself Manual for Substance Abuse Programs* (Albuquerque, University of New Mexico, Department of Psychology).
http://casaa.unm.edu/download/programeval.pdf

Ресурсы Интернет

Исследования результатов лечения наркомании, Соединенные Штаты
http://www.datos.org/

Сетевая система оценки наркомании
http://www.whitehousedrugpolicy.gov/ctac/dens.html
http://www.densonline.org

Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании – Банк инструментов оценки
http://eibdata.emcdda.org/databases_eib.shtml
Addiction Severity Index (ASI)
http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Needs/tasi.shtml
Drug Abuse Screening Test (DAST)
http://eibdata.emcdda.org/Treatment/Needs/tdast.shtml

Институт исследований поведения, Христианский университет Техаса
http://www.ibr.tcu.edu/pubs/datacoll/TCU-DATARforms.html

Примечания

1. Готовится к изданию.
2. В *Руководстве* описаны различные методы успешного лечения. При наличии благоприятных культурных и экономических условий должны быть представлены все эти методы, хотя объем необходимого потенциала следует оценивать на местном уровне. Не отдается предпочтение ни одному из подходов к лечению. В *Руководстве* исходят из того, что услуги должны предоставляться с учетом текущих потребностей отдельных лиц и степени серьезности проблем наркомании.
3. В целом в *Руководстве* пользователь услуг определяется как "пациент". Вместе с тем ЮНДКП считает, что термин "пациент" является более соответствующим в контексте медицинского лечения и процедур. Поскольку в отдельных программах лечения наркомании предпочтение может отдаваться описанию пользователей их услуг как клиентов или пациентов, эти термины применяются в "*Руководстве*" на взаимозаменяемой основе, при этом предпочтение не отдается ни одному из них.
4. Готовится к изданию.
5. *WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirtieth Report,* WHO Technical Report Series, No. 873 (Geneva, WHO, 1998), p. 3.
6. *Demand Reduction, A Glossary of Terms* (United Nations publication, Sales No. E.00.XI.9), p. 73.
7. United Nations, *Treaty Series*, vol. 520, No. 7515.
8. United Nations, *Treaty Series*, vol. 1019, No. 14956.
9. *Официальные отчеты Конференции Организации Объединенных Наций по принятию Конвенции против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, Вена, 25 ноября–20 декабря 1988 года,* том I (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.XI.5).
10. Статья 38 Конвенции 1961 года, относящаяся к мерам борьбы со злоупотреблением наркотическими средствами, и статья 20 Конвенции 1971 года, относящаяся к мерам против злоупотребления психотропными веществами.
11. См. Проект аккредитации программ лечения от опиоидной зависимости: информация по программе, содержится по адресу:
    http://www.samhsa.gov/centers/csat/content/opat/otpaccr.html
12. WHO/UNDCP/EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3 - Needs Assessment* (Geneva, WHO, 2000). См. web-сайт:
    http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/needsassessment.pdf
13. ЮНДКП, *Экспресс-оценка положения в облас]ти злоупотребления наркотиками и соответствующие меры* (Вена, 1999 год). См. web-сайт:
    http://www.odccp.org/report_1999-03-31_1.html
14. http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm
15. EMCDDA, E*stimating the prevalence of Problem Drug Use in Europe,* EMCDDA Scientific Monograph Series, No. 1 (Lisbon, 1997).

Люди с особыми потребностями в области лечения

Подростки и дети

В стратегиях борьбы с наркоманией необходимо учитывать пути наилучшего обеспечения услуг подросткам и детям, которые имеют или рискуют приобрести проблемы, связанные с наркотиками. Может оказаться полезным различать следующие приоритетные подгруппы: дети (в возрасте 12 лет или младше), подростки (от 13 до 17 лет) и молодые люди (в возрасте от 18 до 24 лет). Среди подростков и детей были определены следующие группы с высоким уровнем риска:

- подростки, которые плохо посещают школу или исключены из нее;
- подростки, находящиеся под надзором органов социального обеспечения;
- бездомные подростки, особенно беспризорники;
- подростки и дети в конфликтных и постконфликтных ситуациях;
- дети младшего возраста на рынке труда;
- подростки, живущие в условиях, характеризующихся высоким уровнем наркомании;
- молодые правонарушители.

Важно осознавать, что имеются существенные трудности для проведения надлежащей оценки многочисленных рисков и проблем, с которыми могут сталкиваться подростки и дети. Имеются также реальные проблемы в разработке соответствующих методов лечения и оказании поддержки подросткам и детям; кроме того, имеется лишь незначительный опыт предоставления таких услуг.

Эффективные решения состоят в интеграции общих лечебных услуг для подростков и детей и опытных специалистов в лечении наркомании, а также привлечении к поддержке семей и общинных структур.

Женщины

В большинстве лечебных систем случаи обращения женщин за лечением встречаются заметно реже, чем мужчин. Это частично объясняется тем, что среди населения в целом численность мужчин, имеющих серьезные проблемы с наркотиками, выше, а также нежеланием женщин обращаться в лечебные учреждения. Для этого есть различные причины. Некоторые женщины могут чувствовать резкое осуждение или опасаться его и поэтому не станут искать помощи. Поскольку за лечебной помощью чаще обращаются мужчины, некоторые службы могут быть менее внимательны к потребностям женщин и менее способны предоставлять им необходимую помощь.

Лечебным службам следует уделять особое внимание беременным женщинам, употребляющим наркотики на ранней стадии беременности. Среди большинства стран уровни помощи беременным женщинам-наркоманам весьма существенно различаются. Такое положение, а также страх того, что может произойти в случае разглашения информации об употреблении наркотиков, может удерживать многих беременных женщин от обращения в женские консультации и лечебные службы на ранней стадии беременности, что увеличивает риск родовых и неонатальных осложнений. Поскольку некоторые беременные женщины-наркоманы обращаются за лечением именно в связи с беременностью, это следует рассматривать как возможность предложить им лечение и поддержку. Удовлетворение потребностей молодых людей имеет особое значение также в связи с тем, что затрагивает вопросы воспитания детей. Например, далеко не везде могут существовать схемы предоставления ясельных услуг для наркоманов, посещающих лечебные учреждения. Лечебные учреждения должны это учитывать, содействуя беременным женщинам-наркоманам в поиске помощи, поддерживать связь со специалистами и службами общей поддержки.

Люди старшего возраста

Уровень распространенности наркомании изменяется по возрастным группам. Хотя молодые люди наиболее подвержены наркомании, не следует игнорировать людей более старшего возраста, которые либо поздно начали употреблять наркотики, либо употребляют их долгое время. Люди старшего возраста, имеющие проблемы с наркотиками, представляют собой довольно скрытую группу населения, и их потребности, как правило, плохо известны.

Люди, имеющие проблемы с наркотиками и другие психиатрические проблемы

Весьма широко распространенной является проблема улучшения услуг и результатов лечения людей, имеющих сопутствующие психиатрические заболевания и заболевания, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами. И научная, и клиниче-

ская база данных ограничены в том, что касается эффективности лечения и ухода за людьми с заболеваниями, вызванными злоупотреблением психоактивными веществами. Имеются некоторые данные о том, что люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и имеющие связанные с этим психические расстройства, могут довольно часто обращаться в медицинские службы и им может требоваться более интенсивное лечение. Однако может оказаться, что среди людей, направленных на лечение в психиатрические клиники, злоупотребление психоактивными веществами имеет менее тяжелый характер, чем среди лиц, поступающих на лечение по поводу проблем, связанных со злоупотреблением такими веществами. Также важно учитывать и предполагать возможность того, что наркоманы и люди с и тяжелыми психическими расстройствами не будут отвечать условиям или не будут соответствовать традиционным планам и методам лечения.

Бездомные

Во многих регионах и странах большое беспокойство вызывают проблемы наркомании и психического здоровья среди бездомных людей. Имеются также фактические данные о том, что наркомания является одним из факторов риска нестабильности жилья. К бездомным людям относятся и те, кто ночует в ночлежных домах и временных приютах, устраивается то у друзей, то у знакомых и спит прямо на улицах. Наиболее характерные проблемы со здоровьем, отмечаемые людьми, которым негде спать, связаны с психологическими проблемами, алкоголизмом и наркоманией.

Представители расовых и этнических меньшинств

Многие представители меньшинств живут в отдалении от городских районов и могут во многих отношениях отличиться от большинства людей, например, в этническом, языковом, культурном плане, а также вероисповеданием. В некоторых областях распространенность наркомании среди меньшинств может быть значительно выше, чем среди остального населения. Представители меньшинств могут нуждаться в иных услугах, чем другие люди. Например, представители меньшинств могут предпочитать программы амбулаторного лечения на уровне общин, а не программы стационарного лечения в больницах или других центрах совместного проживания.

ВИЧ-положительные

ВИЧ-положительные пациенты в лечебных наркологических учреждениях нуждаются в особом внимании из-за наркозависимости при предоставлении соответствующего лечения в связи с ВИЧ-инфекцией. При лечении ВИЧ-положительных пациентов возникают проблемы, многие из которых подпадают под особо тяжелые ситуации. Им придется сталкиваться с многочисленными ежедневными и ожидаемыми потерями в связи с их диагнозом: более ранняя смерть, проблемы со здоровьем, карьерой, разрушенные семейные планы, в том числе отношения в семье и с детьми.

Двойное клеймо и позор, связанные с злоупотреблением наркотиками и наличием ВИЧ/СПИДа, требуют громадной терапевтической работы, как и страх перед прогрессированием СПИДа, инвалидностью и смертью. Консультативная работа с ВИЧ-положительными пациентами требует подготовки и контроля в том, что касается удовлетворения их потребностей. Кроме того, к пациентам может применяться лечение антиретровирусными препаратами, а также профилактическими средствами против различных условно-патогенных инфекций. Необходимо также принимать во внимание возможное взаимодействие фармакологических средств, применяемых при их лечении от наркотической зависимости. Следует установить тесные взаимосвязи и координацию между службами, предоставляющими лечение наркомании и ВИЧ/СПИДа.

Лица в системе уголовного правосудия

Многие люди, сталкивающиеся системой уголовного правосудия, имеют проблемы, связанные со злоупотреблением наркотиками, и уже не первый раз начинают их принимать. Если при содержании под стражей не предоставлялось лечение, это зачастую приводит к рецидиву наркомании после возвращения правонарушителя в свое окружение. Программы лечения помогут уменьшить не только наркозависимость, но и количество преступлений, связанных с наркотиками. Сотрудничество между лечебными учреждениями и учреждениями системы уголовного правосудия является важной частью лечебных программ для таких лиц. Существуют вопросы, относящиеся к выявлению и лечению наркоманов при задержании в полиции, содержании в тюрьмах, а также в службах пробации. Проблемы наркомании представляют собой одну из главных проблем для органов уголовного правосудия практически во всех странах мира.

Подгруппы лиц, злоупотребляющих наркотиками

Лица, злоупотребляющие наркотиками, без наркозависимости

Группа лиц, злоупотребляющих наркотиками, без наркозависимости включает лиц, которые испытывают проблемы с наркотиками, но не подпадают под критерии наркозависимости. Эта группа может включать большое число молодых людей, которые начали употреблять наркотики сравнительно недавно. Многие молодые люди, употребляющие наркотики в основном с целью развлечений, не считают это проблемой и почти не обращаются за помощью. Поскольку для членов этой группы (взрослые и в особенности молодые люди) существует риск употребления наркотиков в более серьезных масштабах, они могут идеально подходить для раннего вмешательства лечебных служб, особенно при раннем выявлении и мерах вмешательства на общинном уровне.

Лица, злоупотребляющие наркотиками путем инъекций

Группа лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций, включает лиц, которые инъецируют наркотики и могут подвергаться риску приобретения и передачи заболеваний, передающихся через кровь. Потребляющие инъецируемые наркотики лица в гораздо большей степени страдают наркозависимостью и сталкиваются с вредными последствиями потребления наркотиков. Они составляют подгруппу, которая должна быть привлечена к программам амбулаторного лечения, нацеленным на уменьшение неблагоприятных последствий для здоровья от злоупотребления наркотиками, а также к программам курсового лечения, в зависимости от случая.

Лица, злоупотребляющие наркотиками, с наркозависимостью

Группа лиц, злоупотребляющих наркотиками, с наркозависимостью включает лиц, которые имеют проблемы с наркотиками и подпадают под критерии наркозависимости. К этой группе принадлежит большинство людей, обращающихся в специализированные наркологические службы. Им могут потребоваться интенсивное лечение в общине и/или по месту жительства и последующая поддержка, а также социальные услуги, направленные на смягчение проблем обеспеченности жильем, занятости и обучения. Ниже приведены два примера критериев наркозависимости.

Опиоидная зависимость (Международная классификация болезней – МКБ-10, F11.2; *Руководство* по диагностике и статистике психических расстройств – РДС-IV, 304.00) определяется согласно РДС следующим образом: большинство лиц с опиоидной зависимостью имеют высокий уровень толерантности и будут испытывать абстинентный синдром при резком прекращении приема опиоидных средств. Опиоидная зависимость включает признаки и симптомы, отражающие пристрастие к опиоидным средствам и продолжительное самостоятельное их потребление. Клинические характеристики могут включать: субъективное понимание пристрастия к приему наркотиков; снижение способности контролировать потребление; и особенности поведения, связанного с поиском наркотика.

Кокаиновая зависимость (МКБ-10, F14.2; РДС-IV, 304.20) характеризуется следующими особенностями: существенное ухудшение способности контролировать потребляемые дозы; высокая доза, как правило, эпизодическое потребление; усиленное беспокойство, депрессия; параноидальный тип мышления (у некоторых пациентов); и потеря веса. Некоторое сомнение связано с существованием определенного абстинентного синдрома после прекращения заядлого и длительного потребления кокаина. Как правило, не отмечается отчетливых синдромов, а виды и тяжесть проблем заметно различаются как у одного человека, так и у различных людей.

Лица, злоупотребляющие наркотиками, с острой интоксикацией

Определены специфические потребности лиц, злоупотребляющих наркотиками, с острой интоксикацией, связанные с рисками заболеваемости и смертности вследствие неблагоприятных реакций и передозировки наркотика. Имеются данные, что приблизительно две трети потребителей героина сталкивались с передозировками, и, кроме того, к этой подгруппе могут относиться лица с интоксикацией, потребляющие стимулянты, с психотическими симптомами. Острая интоксикация – это отдельный случай, хотя потребности отдельных лиц могут различаться, начиная от лечения наркозависимости и сопутствующих заболеваний, до лечения и поддержки при абстиненции. Большинство услуг, предоставляемых наркоманам с интоксикацией, будут получены вне специализированных наркологических или психиатрических служб (например, отделения экстренной помощи и полицейские участки).

Лица, злоупотребляющие наркотиками, в период абстиненции

Группа лиц, злоупотребляющих наркотиками, в период абстиненции включает людей, которые испытывают абстинентный синдром после прекращения потребления одного или нескольких видов наркотиков. Например, прекращение употребления опиатов приводит к абстинентному синдрому, который характеризуется заметными физиологическими и субъективными явлениями, включая соматические гриппоподобные симптомы разной степени тяжести, сопровождаемые нарушением сна и тревожными состояниями. Наркоманам из этой категории могут требоваться тщательное медицинское внимание и запланированная поддержка при дезинтоксикации в рамках программ стационарного лечения или лечения на базе общины, в соответствии с потребностями.

Выздоравливающие наркоманы

Группа выздоравливающих наркоманов включает лиц, которые отказались от употребления основного проблемного наркотика (или всех наркотиков), обычно путем успешного завершения курса лечения. Им могут потребоваться услуги по реабилитации в центрах совместного проживания, профессиональная подготовка или программы последующего лечения на уровне общины, а также другие меры поддержки.

Пример программы реабилитации в центрах совместного проживания

В настоящем приложении в иллюстративных целях дается описание осуществляемой в центрах совместного проживания программы, подготовленной для потенциально заинтересованных учреждений, осуществляющих направление пациентов на лечение, и финансирующих организаций. Представлено краткое описание целей программы, лиц, на которых она ориентирована, а также путей ее реализации. Данный документ предназначен для профессиональной аудитории. Для пациентов должен быть также подготовлен отдельный информационный пакет.

Введение

Программа рассчитана на лечебное учреждение на 20 коек для взрослых мужчин, находящихся на стадии выздоровления от наркотической зависимости. Более подробные сведения о программе содержатся в информационном пакете для пациентов. Программа проводится в два этапа. Первый (начальный) этап длится три месяца. Лица, выразившие желание и получившие поддержку для продолжения лечения, могут перейти ко второму этапу, рассчитанному на содействие полунезависимой жизни и являющемуся подготовительным этапом до возвращения в общество. Продолжительность второго этапа составляет, как правило, восемь недель. Ниже представлены основные элементы программы.

Описание обслуживаемых групп пациентов

Программа предназначена для совершеннолетних людей с диагнозом "зависимость от психоактивных веществ" (в соответствии с критериями РДС-IV).

Основной принцип

В программе признается, что некоторые люди со сложными, обусловленными наркоманией проблемами, нуждаются в их временном облегчении, а также в интенсивной программе поддержки и лечения, которые не могут быть в полной мере обеспечены в условиях общины или амбулаторных условиях.

Регулирование стандарта качества

Программа имеет орган управления, в который входят представители различных рас, пола и с разным профессиональным опытом. Ежегодно на открытой основе проводятся выборы членов комитета, а состав участвующих в ежегодных заседаниях лиц подлежит периодическому пересмотру.

Основная задача и стратегическое управление

Цель программы состоит в содействии выздоровлению лиц с обусловленными наркоманией расстройствами здоровья, их реабилитации и возвращению в общество. В программе указываются ее внутренняя основная задача, стратегический план на период от трех до пяти лет, а также план ежегодных мероприятий.

Терапевтический подход

Программа следует принципу, в основу которого заложен двенадцатиступенчатый подход, а ее ключевыми элементами являются следующие:

- обеспечение абстиненции от незаконных наркотиков в контролируемой терапевтической среде;
- совместное проживание с другими наркоманами, находящимися на стадии выздоровления;
- особый акцент на совместную ответственность среди членов одной группы и групповое консультирование;
- консультирование и поддержка, ориентированные на профилактику рецидивов;
- индивидуальная поддержка и содействие образованию, профессиональному обучению и приобретению профессионального опыта;
- совершенствование навыков и умений, необходимых в повседневной жизни;
- помощь в обеспечении жильем и трудоустройстве.

Обеспечение персоналом

Многодисциплинарная группа обеспечивает выполнение терапевтической программы и включает сотрудников следующих должностей:

- один координатор/руководитель;
- два администратора/секретаря;
- один психолог-клиницист;
- три социальных работника;
- один специалист по гигиене труда;
- четыре санитара наркологической службы/медицинских сестры;
- три патронажные медсестры психиатрической службы.

Состав членов бригады должным образом сбалансирован в плане расы и пола.

Информация о направлении на лечение и его доступности

Доступ к программе осуществляется через отдел социальных услуг в местных органах власти. Группа по социальному обеспечению выполняет все функции по проведению первичного скрининга и оценки.

Критерии оценки

Всем пациентам, желающим пройти курс лечения, должна быть предложена развернутая анкета для оценки, которая заполняется с помощью одного из членов группы. Анкета содержит пункты, касающиеся здоровья, социального и экономического положения, психологического состояния, занятости, семьи, отношений с людьми и вопросов правового порядка.

Планирование и обзор лечения

Для каждого пациента должен быть подготовлен план лечения в письменной форме с изложением его потребностей, способов их удовлетворения данной службой (либо в случае необходимости другими службами), а также способов мониторинга, оценки и корректировки выполнения плана по мере необходимости. За каждым пациентом закрепляется ведущий работник, и каждому выдается копия индивидуального плана лечения. Даты контроля хода выполнения плана должны быть указаны в самом начале.

Завершение лечения

Завершение программы лечения и направление на дальнейшее лечение должны быть запланированным элементом программы. Как правило, ответственным за эти аспекты является ведущий работник, однако отдельные учреждения могут иметь специальных сотрудников, обязанностью которых являются содействие направлению пациентов на дальнейшее лечение и последующая поддержка.

Управление людскими ресурсами и их развитие

В программе отражены принципы подбора, отбора и найма сотрудников, соответствующие законодательству в отношении равных возможностей и права на труд, политика в области управления людскими ресурсами, а также система контроля и оценки, обеспечивающая мониторинг, мотивирование и поддержку деятельности.

Физическая среда

Помещения и другие окружающие условия должны отвечать нормативным и соответствующим регламентарным требованиям, в том числе законодательству о здоровье и безопасности, окружающей среде и о противопожарной безопасности. Интерьер помещений должен содержаться в хорошем состоянии, при этом замена мебели производится по мере необходимости, а текущий ремонт осуществляется в кратчайшие сроки в целях обеспечения безопасной среды. Интерьер и мебель должны соответствовать потребностям проживающих, причем в рамках программы должны быть предприняты серьезные усилия по созданию атмосферы, напоминающей домашнюю.

Условия проживания и питание

Условия проживания пациентов в рамках программы должны быть удобными и отвечать потребностям находящихся на лечении пациентов в плане соблюдения их права на личную жизнь, достоинство, уважение и личную независимость. Предоставляемые еда и напитки должны быть полезными и питательными. Предлагаемая им диета должна быть разнообразной и хорошо сбалансированной.

Мониторинг исполнения и качества

В рамках программы разработаны критерии и процедуры для документирования результатов и итогов лечения и составления отчетности. Критерии согласованы с членами комиссии и другими соответствующими внешними органами. Отчеты о мониторинге результатов и итогов лечения предоставляются органу управления и соответствующей внешней аудитории, как это предусмотрено контрактами.

Политика оперативной деятельности

Основные политика и процедуры включают:

- вопросы, касающиеся пациентов:
  - заявление о соблюдении прав;
  - работа со специальными и приоритетными группами (например, детьми и молодыми людьми; беременными, потребляющими наркотики; родителями-наркоманами; лицами с сопутствующими психиатрическими проблемами);
  - конфиденциальность;
  - процедура рассмотрения жалоб;
  - меры по привлечению пользователей услуг;
  - политика в отношении посетителей пациентов, проходящих лечение по программе;
  - политика в отношении права на личную жизнь пользователей услуг;
  - политика обеспечения равных возможностей;
- вопросы, касающиеся условий реализации программы, а также персонала:
  - здоровье и безопасность;
  - процедуры подбора и найма сотрудников;
  - система оценки персонала;
  - система рассмотрения жалоб и дисциплинарная система;
  - политика сокращения штатов;
  - стратегия подготовки персонала;
  - трудоустройство лиц, ранее имевших проблемы, связанные с психоактивными веществами;
  - насилие на работе;
  - порядок работы с населением (включая, например, работу в общественных местах и посещения на дому).

Этапы выполнения всех направлений политики датируются, и такие направления подлежат регулярному пересмотру (например, ежегодно).

Образец вопросника для скрининга пациентов

Ниже представлен образец применяемого в Соединенном Королевстве типового вопросника для скрининга пациентов.

Имя: _____ Фамилия: _____

Дата рождения: _____ Данные скрининга (если применялся): _____

Пол: мужской ❐ женский ❐ Возрастная группа: 17 или моложе ❐ 18–24 ❐ 25–29 ❐ 30 и старше ❐

Пациент имеет обязанности по уходу за детьми: да ❐ нет ❐

Постоянно проживает по адресу: _____[место жительства]

_____

Психоактивные вещества, которые употреблялись за последние 3 месяца

	Что употреблялось?	*Проблема?**	*Расположить в порядке очередности (1, 2, 3)*
Опиоиды			
Кокаин			
Амфетамины			
Седативные средства/транквилизаторы			
Галлюциногены			
Растворители/ингалянты			
Каннабис			
Алкоголь			

* Проблема определяется как обусловленные психоактивными веществами трудности в одной или более из перечисленных областей: физическое здоровье; психологическое здоровье; семья/отношения с людьми; жилье; работа/занятость; финансы.

Контрольный перечень приоритетных характеристик

Беременность пациента . . . . . ❐

Угроза благополучию детей . . . . . ❐

Пациент в настоящее время употребляет наркотики путем инъекций . . . . . ❐

Наличие у пациента состояний физического здоровья/симптомов, которые могут нуждаться в лечении . . . . . ❐

Наличие у пациента психиатрических проблем, которые могут нуждаться в лечении . . . . . ❐

Наличие опасений по поводу риска причинения пациентом вреда себе . . . . . ❐

Наличие опасений по поводу возможной угрозы безопасности окружающим со стороны пациента . . . . . ❐

Мероприятия

1. В настоящее время пациент находится на излечении в/посещает:

Специализированная наркологическая служба ❒

Терапевт ❒

Группа психиатрической помощи на уровне общины ❒

Программа в рамках системы уголовного правосудия ❒

Службы социального обеспечения ❒

Другие виды лечения ❒ (указать): _____

Подробные сведения о лечении/услугах _____

2. Приоритеты направления на лечение

Проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, – обвести кружком

0 – Направления не требуется (не выявлено обусловленных наркоманией проблем, требующих дальнейшей оценки)

1 – Стандартное направление (наличие проблем, обусловленных психоактивными веществами, требующих плановой оценки со стороны наркологической службы)

2 – Приоритетное направление (наличие проблем, обусловленных психоактивными веществами, требующих приоритетной оценки со стороны наркологической службы)

3 – Срочное направление (наличие острых, неотложных проблем, требующих безотлагательной оценки со стороны наркологической службы)

Прочие медицинские/социальные проблемы – 0, 1, 2, 3

3. Направляется:

В специализированную наркологическую службу ❒ К терапевту ❒

В отделение неотложной помощи/пункт первой помощи ❒ В социальные службы ❒

Подробные сведения: _____

Скрининг провел: _____ Дата: _____

Образец вопросника для приоритетной оценки

Ниже представлен образец применяемого в Соединенном Королевстве типового вопросника для приоритетной оценки.

Данные о направлении на лечение

Дата проведения скрининга (если требуется): _____

Дата проведения настоящей оценки: _____

Направляющее учреждение: _____

Сведения о пациенте

Имя: _____ Фамилия: _____

Дата рождения: _____ Данные скрининга (если применялся): _____

Пол: мужской ❐ женский ❐

Возрастная группа: 17 или моложе ❐ 18–24 ❐ 25–29 ❐ 30 и старше ❐

Этническая принадлежность:

Европеоидная раса	A – Британец, B – Ирландец, C – Другой представитель европеоидной расы
Смешанная раса	D – Потомок представителей европеоидной расы и негроидной расы из Карибского бассейна, E – Потомок представителей европеоидной расы и негроидной расы из Африки, F – Потомок представителей европеоидной расы и уроженца Азии, G – Другие смешанные расы
Уроженец Азии/ британец азиатского происхождения	H – Индия, J – Пакистан, K – Бангладеш, L – Другая страна Азии
Представитель негроидной расы/ темнокожий британец	M – Карибский бассейн, N – Африка, P – Другой представитель негроидной расы
Другие этнические группы	R – Китаец, S – Другие группы, Z – Не указано

Пациент имеет обязанности по уходу за детьми: да ❐ нет ❐

Постоянно проживает по адресу: _____ [место жительства]

Статус в занятости: Оплачиваемая работа ❐ Случайные заработки ❐ Безработный ❐ Прочее ❐ *уточнить*

_____

Лицо, с которым следует связаться в экстренном случае: _____

Употребляемые психоактивные вещества и связанные с ними проблемы

Психоактивное вещество	Употребление	Сколько дней употреблялось в течение последних 4 недель?	Когда употреблялось в последний раз [1 – сегодня; 2 – вчера; и т. д.]?	Возникают ли в связи с этим проблемы?	Основные проблемные наркотики в порядке очередности [первые три]
Алкоголь					
Амфетамины					
Каннабис					
Кокаин					
Галлюциногены					
Растворители/ингалянты					
Опиоиды					
Седативные средства/ транквилизаторы					

Основное проблемное психоактивное вещество: _____
Подробные сведения об употреблении любых назначенных врачом лекарственных препаратов в течение последних 4 недель:

Перечень симптомов наркозависимости

В течение последних 6 месяцев
1 балл за каждый утвердительный ответ

a) Испытывали ли вы потребность в употреблении большего количества [основного наркотического средства] для получения желаемого эффекта; оказывала ли ваша обычная доза меньший эффект, нежели тот, к которому вы привыкли?

b) Испытывали ли вы тошноту или недомогание по окончании воздействия [основного наркотического средства]; употребляли ли вы большее количество данного или подобного наркотического средства, чтобы облегчить чувство недомогания или избежать его?

c) Употребляли ли вы [основное наркотическое средство] в более крупных дозах или в течение более длительного периода времени, чем намеревались?

d) Испытывали ли вы настойчивое или непреодолимое желание употребить [основное наркотическое средство]; были ли у вас затруднения в области сокращения дозировки или в плане контроля количества и частоты употребления наркотика?

e) Тратили ли вы значительное количество времени на приобретение [основного наркотического средства], его употребление, а также восстановление после его воздействия?

f) Бросили ли вы работу, развлечения или общение в результате употребления [основного наркотического средства]?

g) Продолжали ли вы употреблять [основное наркотическое средство], невзирая на возникшие проблемы, связанные с физическим и психологическим здоровьем?

Итоговый показатель = _____

Если итоговый показатель составляет 3 балла и выше, ставится диагноз "наркотическая зависимость" ❐
Уточните, если:

При физиологической зависимости:

имеются симптомы толерантности или абстиненции [то есть наличие либо пункта a), либо пункта b)] ❐

При отсутствии физиологической зависимости:

отсутствуют симптомы толерантности или абстиненции [то есть ни пункт a), ни пункт b) не фигурируют] ❐

В случае ОТСУТСТВИЯ диагноза "наркотическая зависимость" следует провести оценку по выявлению злоупотребления наркотиками

Перечень симптомов злоупотребления наркотиками

В течение последних 6 месяцев
1 балл за каждый утвердительный ответ

a) Считаете ли вы, что употребление [основного наркотического средства] привело к пренебрежению определенными вещами, вызвало трудности в общении либо явилось причиной проблем дома или на работе?

b) Употребляли ли вы [основное наркотическое средство] в рискованных или опасных ситуациях (например, за рулем автомобиля или при работе с машинным оборудованием)?

c) Подвергались ли вы задержанию или допросу полицией в связи с употреблением [основного наркотического средства]?

d) Продолжали ли вы употреблять [основное наркотическое средство], невзирая на возникшие проблемы в общественной жизни или в отношениях с другими людьми?

Итоговый показатель = _____

Если итоговый показатель составляет 1 балл или выше, ставится диагноз "злоупотребление основным наркотиком" ❐

История лечения и его оценка на основе разработанных критериев

Специализированное лечение от злоупотребления психоактивными веществами

Метод лечения	Применялось ли ранее?	Проводится ли лечение в настоящий момент?	Количество случаев	Месяц/год последнего лечения	Причины прекращения лечения*
Дезинтоксикация в стационаре					
Лечение на уровне общины					
Лечение назначаемыми врачом лекарствами на уровне общины					
Лечение в центрах совместного проживания					
Помощь в рамках планового лечения					
Лечение в дневном стационаре					

* Обозначения для кодирования: 1 – плановая выписка [программа лечения в данном учреждении завершена]; 2 – внеплановая выписка [пациент выбыл либо лечение прекращено по другой причине]; 3 – перевод в другое лечебное учреждение/назначение другого вида лечения; 4 – отчисление по административным/дисциплинарным причинам [несоблюдение лечебной программы или установленных правил].

Психиатрическое лечение

Метод лечения	Применялось ли ранее?	Проводится ли лечение в настоящий момент?	Количество случаев	Месяц/год последнего лечения	Причины прекращения лечения*
Лечение в стационаре					
Психиатрическое лечение на уровне общины					
Лечение у терапевта					
Прочее (уточнить)					

* Обозначения для кодирования: 1 – плановая выписка [программа лечения в данном учреждении завершена]; 2 – внеплановая выписка [пациент выбыл либо лечение прекращено по другой причине]; 3 – перевод в другое лечебное учреждение/назначение другого вида лечения; 4 – отчисление по административным/дисциплинарным причинам [несоблюдение лечебной программы или установленных правил].

Текущая готовность к лечению и предполагаемые потребности

Обвести в кружок

Пациент имеет весьма высокий уровень мотивации для получения лечения и рассматривает его в качестве первоочередной задачи

Пациент имеет достаточно высокий уровень мотивации для получения лечения, но несколько колеблется

Пациент не отдает предпочтения какому-либо конкретному методу лечения, однако изъявляет желание принять участие в дальнейших мероприятиях по оценке

Пациент имеет низкий уровень мотивации и готовности получать лечение на данном этапе

Предпочитаемый пациентом вид лечения

Лечение в стационаре ❒

Дезинтоксикация на уровне общины ❒

Лечение назначаемыми врачом лекарствами на уровне общины (в специализированной службе, у терапевта, совмещенное лечение с участием терапевта) ❒

Реабилитация в центрах совместного проживания ❒

Структурированные дневные программы ❒

Предпочтения не указаны ❒

Статус приоритетности при направлении на лечение

Проверить все статьи статуса приоритетности, применимые к данному пациенту:

Беременность

Серо-позитивная реакция на ВИЧ/гепатит В/гепатит С

Текущее употребление наркотиков путем инъекций

Совместное с другими использование инъекционных принадлежностей в течение последних четырех недель

Одновременное употребление различных веществ-депрессантов (например, опиоидов; бензодиазепинов; алкоголя)

Наличие медицинского (физического) состояния, требующего проведения мониторинга/лечения

Частое нарушение правопорядка со стороны пациента

Ситуация острого семейного кризиса/кризиса в отношениях с другими людьми

Наличие проблем, связанных с воспитанием ребенка

Итоговый показатель приоритетности

Оценка риска

Риск причинения себе вреда

Баллы

0 – риск причинения себе вреда отсутствует
1 – низкая степень риска (эпизодически возникающие мысли о самоубийстве и/или причинении себе вреда, однако есть тенденция к улучшению состояния под воздействием лечения)
2 – средняя степень риска (частые мысли о самоубийстве)
3 – высокая степень риска (реальная угроза самоубийства)

Риск причинения вреда окружающим

Баллы

0 – риск причинения вреда окружающим отсутствует
1 – низкая степень риска (иногда имеет место агрессивное поведение на словах, но отсутствуют случаи физического насилия)
2 – средняя степень риска (отдельные случаи словесной агрессии и физического насилия)
3 – высокая степень риска (наличие фактов применения насилия в течение недавнего времени, что может представлять существенную опасность для персонала и других пациентов)

Показатель степени тяжести наркомании *Lite*

Ниже приводится пример определения показателя степени тяжести наркомании *Lite*

Показатель степени тяжести наркомании *Lite*

Подчеркнутые пункты используются для оценки результатов лечения

1. Медицинский статус

M1. Сколько раз за свою жизнь вы были госпитализированы по медицинским показаниям? _____

M3. Имеются ли у вас хронические проблемы, связанные со здоровьем, которые постоянно осложняют вам жизнь?
0. Нет. 1. Да – уточнить в случае утвердительного ответа: _____

M4. Принимаете ли вы на регулярной основе назначаемые врачом лекарственные средства по поводу какой-либо проблемы со здоровьем?
0. Нет. 1. Да – уточнить в случае утвердительного ответа: _____

M5. Получаете ли вы пенсию по инвалидности в результате соматических нарушений?
0. Нет. 1. Да – уточнить в случае утвердительного ответа: _____

M6. Сколько дней вас беспокоили проблемы со здоровьем за последние 30 дней?

M7. Насколько сильно вас беспокоили или тревожили эти проблемы со здоровьем за последние 30 дней?
0. Не беспокоили 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

M8. Насколько важным для вас в настоящее время является лечение по поводу данных проблем со здоровьем?
0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение степени достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:

M10. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да

M11. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

Статус занятости/источники дохода

E1. Законченное образование: Количество лет _____ месяцев_____

E2. Законченная профессиональная подготовка или среднетехническое образование:
Количество лет_____ месяцев_____

E4. Есть ли у вас действующие водительские права? 0. Нет 1. Да

E5. Есть ли у вас автомобиль? 0. Нет 1. Да

E7. Постоянный или последний род занятий? _____

E9. Является ли это вашим основным источником дохода? 0. Нет 1. Да

E10. Основная модель занятости в течение последних трех лет:
1. Полный рабочий день (35 часов в неделю и более) 2. Неполный рабочий день рабочие часы) 3. Неполный рабочий день (отсутствие постоянных рабочих часов) 4. Студент 5. Сфера обслуживания 6. Пенсионер/инвалид 7. Безработный 8. Пребывает в контролируемых условиях

E11. Количество оплаченных рабочих дней в течение последних 30 дней _____

E12. Оплачиваемая работа (чистый заработок, или заработная плата за вычетом налогов) _____

E13. Пособие по безработице _____

E14. Социальное обеспечение _____

E15. Пенсии, пособия или социальные выплаты _____

E16. Супруг/супруга, семья или друзья _____

E17. Незаконные источники доходов _____

E18. Сколько человек находятся на вашем иждивении в плане основных средств на питание, жилье и т. д.?_____

E19. В течение скольких дней вы испытывали трудности с работой за последние 30 дней? _____
E20. В какой степени вас беспокоили или тревожили трудности с работой за последние 30 дней?
0. Не беспокоили. 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно
E21. Насколько важным для вас в настоящее время является консультирование по поводу данных трудностей с работой? 0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение степени достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:
E23. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да
E24. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

Алкоголь/наркотики

Способ приема: 1. Пероральный 2. Назальный 3. Курение 4. Внутримышечные инъекции
5. Внутривенные инъекции
D1. Алкоголь в целом (употребление): Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет)
D2. Алкоголь
(до состояния интоксикации): Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет)
D3. Героин: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D4. Метадон: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D5. Другие опиаты/
анальгетики: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D6. Барбитураты: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
гипнотические
ср-ва: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D8. Кокаин: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D9. Амфетамины: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D10. Каннабис: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D11. Галлюциногены: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D12. Ингалянты: Последние 30 дней: _____ В течение жизни (кол-во лет) _____ Способ приема _____
D13. Более одного средства ежедневно (включая алкоголь): Последние 30 дней: _____
В течение жизни (кол-во лет) _____
D17. Сколько раз у вас была алкогольная белая горячка? _____

Сколько раз вы получали лечение по поводу:
D19. Злоупотребления алкоголем? _____
D20. Злоупотребления наркотиками? _____

Сколько из упомянутых случаев были исключительно дезинтоксикацией?
D21. В связи со злоупотреблением алкоголем? _____
D22. В связи со злоупотреблением наркотиками? _____

Сколько примерно денег вы потратили за последние 30 дней?
D23. На алкоголь? _____
D24. На наркотики? _____
D25. В течение скольких дней вы получали амбулаторное лечение по поводу злоупотребления алкоголем или наркотиками за последние 30 дней? _____

В течение скольких дней за последние 30 дней вы испытывали:
D26. Проблемы, связанные с употреблением алкоголя? _____
D27. Проблемы, связанные с употреблением наркотиков? _____

В какой степени за последние 30 дней вас беспокоили проблемы, связанные:
D28. С употреблением алкоголя?
0. Не беспокоили 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно
D29. С употреблением наркотиков?
0. Не беспокоили 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Насколько важным для вас в настоящее время является лечение по поводу:
D30. Проблем, связанных с употреблением алкоголя?
0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно
D31. Проблем, связанных употреблением наркотиков?
0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение степени достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:
D34. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да
D35. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

2. Правовой статус

L1. Было ли ваше поступление на лечение мотивировано или предложено системой уголовного правосудия?
0. Нет 1. Да
L2. Являетесь ли вы условно-досрочно освобожденным или направленным на пробацию?
0. Нет 1 Да

Сколько раз за свою жизнь вы были арестованы и обвинялись в следующих правонарушениях:
L3. Магазинные кражи/вандализм
L4. Нарушения условий условно-досрочного освобождения/пробации
L5. Обвинения, связанные с наркотиками
L6. Подделка
L7. Преступления с применением оружия
L8. Кражи/воровство/проникновение со взломом
L9. Ограбления
L10. Разбой
L11. Поджог
L12. Изнасилование
L13. Убийство/предумышленное убийство
L14. Проституция
L15. Неуважение к суду
L16. Прочие
L17. Сколько из этих обвинений завершились тюремным заключением? _____

Сколько раз за свою жизнь вас обвиняли в следующих нарушениях:
L18. Нарушение общественного порядка, бродяжничество, нахождение в нетрезвом состоянии в общественных местах? _____
L19. Вождение автомобиля в нетрезвом состоянии? _____
L20. Крупные нарушения, связанные с вождением транспортного средства? _____
L21. В течение скольких месяцев на протяжении своей жизни вы были подвергнуты тюремному заключению? _____
L24. Находитесь ли вы в настоящий момент в ожидании обвинительного заключения, суда или приговора?
0. Нет 1. Да
L25. За какое правонарушение? _____
L26. На сколько дней вы были задержаны или заключены под стражу за последние 30 дней? _____
L27. В течение скольких дней вы занимались нелегальной деятельностью с целью наживы за последние 30 дней? _____
L28. Насколько серьезными вам представляются ваши настоящие правовые проблемы?
0. Они меня не тревожат 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно
L29. Насколько важным для вас в настоящее время является консультирование или направление на лечение в связи с данными правовыми проблемами?
0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение уровня достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:
L31. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да
L32. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

3. Семейные/общественные отношения

F1. Семейное положение:
1. Состоит в браке 2. Состоит в повторном браке 3. Вдовец/вдова 4. Проживает раздельно 5. В разводе 6. В браке не состоял(а)
F3. Устраивает ли вас такое положение? 0. Нет 1. Безразлично 2. Да
F4. Обычные условия проживания (в течение последних 3 лет)
1. С сексуальным партнером и детьми 2. Только с сексуальным партнером 3. Только с детьми 4. С родителями 5. С семьей 6. С друзьями 7. В одиночестве 8. В контролируемых условиях 9. Отсутствие постоянных условий проживания
F6. Устраивает ли вас такое положение? 0. Нет 1. Безразлично 2. Да

Проживает ли с вами кто-либо, кто:

F7. В настоящее время имеет проблемы с употреблением алкоголя? 0. Нет 1. Да

F8. Принимает не назначенные врачом наркотические средства? 0. Нет 1. Да

F9. С кем вы проводите большую часть своего свободного времени? 1. С семьей 2. С друзьями 3. В одиночестве

F10. Устраивает ли вас такой способ проведения свободного времени? 0. Нет 1. Безразлично 2. Да

Были ли в вашей жизни продолжительные периоды, когда вы испытывали серьезные трудности в общении:

0. Нет 1. Да

		Последние 30 дней	В течение жизни
F18.	С матерью	_____	_____
F19.	С отцом	_____	_____
F20.	С братом/сестрой	_____	_____
F21.	С сексуальным партнером/супругой	_____	_____
F22.	С детьми	_____	_____
F23.	С другими близкими членами семьи	_____	_____
F24.	С близкими друзьями	_____	_____
F25.	С соседями	_____	_____
F26.	С коллегами	_____	_____

Подвергались ли вы насилию:

		Последние 30 дней	В течение жизни
F28.	Физическому	_____	_____
F29.	Сексуальному	_____	_____

В течение скольких дней за последние 30 дней вы имели серьезные конфликты:

F30. С членами вашей семьи? _____

F31. С другими людьми? _____

В какой степени вы испытывали чувство тревоги или беспокойства за последние 30 дней из-за:

F32. Семейных проблем?

0. Ничто не беспокоило 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

F33. Социальных проблем?

0. Ничто не беспокоило 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Насколько важным для вас *в настоящее время* является лечение или консультирование по поводу:

F34. Семейных проблем?

0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

F35. Социальных проблем?

0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение уровня достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:

F37. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да

F38. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

Психическое состояние

Сколько раз вы подвергались лечению в связи с психологическими или эмоциональными проблемами?

P1. В больничных или стационарных условиях ? _____

P2. В амбулаторных условиях/в качестве частного пациента? _____

P3. Получаете ли вы пенсию по ментально-психической инвалидности? 0. Нет 1. Да

Был ли в вашей жизни продолжительный период (не имевший прямой зависимости с употреблением алкоголя/наркотиков), в течение которого вы: 0. Нет 1. Да

		Последние 30 дней	В течение жизни
P4.	Переживали тяжелую депрессию – чувство тоски, безнадежности, потерю интереса, трудности при выполнении любых функций?	_____	_____
P5.	Испытывали серьезную тревогу/напряжение – скованность, необоснованное беспокойство, неспособность расслабиться?	_____	_____
P6.	Имели галлюцинации – видели воображаемые объекты и слышали несуществующие голоса?	_____	_____
P7.	Испытывали трудности с пониманием, концентрацией внимания и памятью?	_____	_____
P8.	Были не способны контролировать агрессивное поведение?	_____	_____
P9.	Серьезно задумывались о самоубийстве?	_____	_____
P10.	Совершали попытку самоубийства?	_____	_____
P11.	Получили назначение на прием лекарственного средства в связи с проблемами психологического или эмоционального характера?	_____	_____
P12.	В течение скольких дней за последние 30 дней вы переживали подобные психологические или эмоциональные трудности?	_____	_____

P13. В какой степени вас беспокоили или тревожили данные психологические или эмоциональные проблемы?
0. Не беспокоили 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

P14. Насколько важным для вас *в настоящее время* является лечение по поводу этих проблем?
0. Совсем не важно 1. Незначительно 2. Умеренно 3. Существенно 4. Чрезвычайно

Определение степени достоверности

Являются ли указанные сведения в значительной мере искаженными в результате:

P22. Неправильного их изложения пациентом? 0. Нет 1. Да

P23. Неспособности пациента понять вопрос? 0. Нет 1. Да

Группа Помпиду – Проект ЕЦМНН по определению показателя потребности в лечении

Задачей проекта по определению показателя потребности в лечении (ППЛ) является разработка согласованной и сопоставимой информации о пациентах, желающих получить лечение в Европе. Группой экспертов подготовлен базовый набор данных об обращениях за лечением и социодемографических характеристиках, а также относящейся к наркотикам информации о лицах, обращающихся в лечебные службы. ППЛ предлагается в качестве основного набора информации, на базе которой государства-члены по мере необходимости могут получать дополнительную информацию. Основной набор ППЛ включает следующую информацию:

Обстоятельства обращения за лечением

1. Вид лечебного центра
   (1. Центры амбулаторного лечения 2. Центры стационарного лечения 3. Учреждения по снижению порогового уровня/приему без предварительной записи/оказанию помощи на улице 4. Терапевты 5. Лечебные отделения в тюрьмах)
2. Дата лечения – месяц
3. Дата лечения – год
4. Проводилось ли лечение ранее – (1. Никогда 2. Ранее проводилось 0. Нет сведений)
5. Кто направил на лечение – (1. По собственному желанию 2. Семья/друзья 3. Другой наркологический центр 4. Терапевт 5. Больница/другое медицинское учреждение 6. Органы социального обеспечения 7. Суд/органы пробации/полиция 8. Прочие 9. Нет сведений)

Социодемографическая и базовая эпидемиологическая информация

6. Пол (1. Мужской 2. Женский 0. Нет сведений)
7. Возраст
8. Год рождения
9. С кем проживает – (1. Один 2. С родителями 3. Один с ребенком 4. С партнером (один) 5. С партнером и ребенком (детьми) 6. С друзьями 7. Прочее 0. Нет сведений)
10. Условия проживания (в течение последних 30 дней до начала лечения) – [1. Постоянное место жительства 2. Отсутствие постоянного места жительства 3. Специализированное учреждение (тюрьма, больница) 0. Нет сведений]
11. Гражданство – (1. Гражданин данной страны 2. Гражданин страны, входящей в ЕС 3. Гражданин другой страны 0. Нет сведений)
12. Работа – [1. Постоянное место работы 2. Школьник/студент 3. Экономически неактивный (пенсионер, домохозяйка/неработающий мужчина, инвалид) 4. Безработный 5. Прочее 0. Нет сведений]
13. Самый высокий уровень законченного образования – (1. Никогда на обучался в школе/незаконченное начальное образование 2. Начальное образование 3. Среднее образование 4. Высшее образование 0. Нет сведений)

Информация, относящаяся к наркотическим средствам

14. Основное наркотическое средство – [1. Опиоиды (героин/метадон/другие опиоиды) 2. Кокаин (кокаин/крэк) 3. Стимуляторы (амфетамины/МДМА и другие производные/другие стимуляторы 4. Снотворные и седативные препараты (барбитураты/бензодиазепины/другие) 5. Галлюциногены (ЛСД/другие) 6. Летучие ингалянты 7. Каннабис 8. Другие психоактивные вещества]
15. Уже получаемая замещающая терапия – a) героин b) метадон c) другие опиаты d) другие вещества – (1. Да 2. Нет 0. Нет сведений)
16. Обычный способ приема (основного наркотического средства) – (1. Путем инъекций 2. Путем курения/вдыхания 3. Перорально в твердом/жидком виде 4. Назальным путем 5. Прочее 0. Нет сведений)

17. Частота употребления (основного наркотического средства) – [1. Не употреблялось за прошедший месяц (употреблялось эпизодически) 2. Употреблялось раз в неделю или реже 3. Употреблялось от 2 до 6 дней в неделю 4. Употреблялось ежедневно 5. Нет сведений]
18. Возраст первого приема основного наркотического средства
19. Другие (= дополнительные) наркотические средства, применяемые в настоящее время, – см. перечень в пункте 14, выше
20. Вводились ли наркотические средства путем инъекций когда-либо/в настоящее время (за последние 30 дней) – (1. Ранее вводились, но не в настоящее время 2. Вводятся в настоящее время 3. Никогда не вводились 0. Нет сведений)

Более подробная информация содержится по адресу:
http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf

Наркологический профиль Модсли

Ниже представлен пример наркологического профиля Модсли.
Более подробная информация содержится по адресу: http://www.ntors.org.uk/map.pdf.

Наркологический профиль Модсли

A. Управленческая информация

Содержит стандартный перечень сведений о личности пациента, его демографических характеристиках, направлении на лечение, а также описание программы лечения по мере необходимости.

B. Употребление психоактивных веществ

1. Перорально 2. Назальным путем 3. Путем курения 4. Внутривенно 5. Внутримышечно

		Кол-во дней (за последние 30)	Типичная дневная доза	Способ приема
B1.	Алкоголь	_____	_____	_____
B2.	Героин	_____	_____	_____
B3.	Незаконный метадон	_____	_____	_____
B4.	Кокаин в порошке	_____	_____	_____
B5.	Кокаин крэк	_____	_____	_____
B6.	Амфетамин	_____	_____	_____
B7.	Каннабис	_____	_____	_____
B8.	Прочее (уточнить) _____	_____	_____	_____

C. Поведение, сопряженное с риском для здоровья

C1. Количество дней употребления наркотиков путем инъекций за последние 30 дней _____
C2. Типичное количество инъекций в течение дня за последние 30 дней _____
C3. Количество инъекций иглой/шприцем, ранее использованными другим лицом _____
C4. Количество сексуальных партнеров с использованием и без использования презерватива _____
C5. Общее число сексуальных контактов с использованием и без использования презерватива _____

D. Симптомы состояния здоровья

D1. Как часто вы ощущали следующие симптомы, определяющие состояние физического здоровья
0. Никогда 1. Редко 2. Иногда 3. Часто 4. Постоянно

a) Плохой аппетит _____
b) Чувство усталости/изнеможения _____
c) Тошнота (чувство недомогания) _____
d) Желудочные боли _____
e) Затрудненное дыхание _____
f) Боли в груди _____

g) Боли в суставах/костях _____
h) Мышечные боли _____
i) Онемение/покалывание конечностей _____
j) Тремор/озноб _____

D2. Как часто вы ощущали следующие симптомы, определяющие состояние эмоционального или психологического здоровья
0. Никогда 1. Редко 2. Иногда 3. Часто 4. Постоянно

a) Чувство напряженности _____
b) Внезапный необоснованный страх _____
c) Смятение _____
d) Нервозность или внутренний озноб _____
e) Приступы ужаса или паники _____
f) Чувство безнадежности при мысли о будущем _____
g) Ощущение собственной никчемности _____
h) Потеря интереса к окружающему _____
i) Чувство одиночества _____
j) Мысли о том, чтобы свести счеты с жизнью _____

E. Личные и социальные вопросы

Отношения с другими людьми

E1. Количество дней общения с партнером за последние 30 дней _____
E2. Количество дней из указанного числа, сопровождавшихся конфликтами с партнером _____
E3. Количество дней общения с родственниками за последние 30 дней _____
E4. Количество дней из указанного числа, сопровождавшихся конфликтами с родственниками _____
E5. Количество дней общения с друзьями за последние 30 дней _____

Работа

E7. Количество оплаченных рабочих дней за последние 30 дней _____
E8. Количество пропущенных рабочих дней по болезни или по неуважительной причине _____
E9. Количество дней в статусе официального безработного за последние 30 дней _____

Преступность

E10. Правонарушения, совершенные за последние 30 дней

		Кол-во дней	Кол-во раз/ типичный день
a)	Продажа наркотиков	_____	_____
b)	Мошенничество/подделка	_____	_____
c)	Магазинная кража	_____	_____
d)	Кража из частного владения	_____	_____
e)	Кража из автомобиля	_____	_____
f)	Другие правонарушения (перечень)	_____	_____

Приложение IX

Глоссарий терминов

Содержание

Абстиненция IX.3
Злоупотребление IX.3
Аккредитация IX.3
Наркомания IX.3
Консультативные услуги IX.4
Последующее обслуживание IX.4
Агонист IX.4
СПИД IX.4
Антагонист IX.4
Краткосрочное вмешательство IX.4
Бупренорфин IX.4
Метод многократного анализа данных IX.4
Координация обслуживания IX.5
Удовлетворенность пациента IX.5
Когнитивно-поведенческие методы IX.5
Лечение на базе общины IX.5
Расширение полномочий общины IX.5
Сопутствующие заболевания IX.5
Исправительная система IX.5
Консультирование и психотерапия IX.5
Замена судебного разбирательства IX.5
Замена содержания под арестом IX.5
Зависимость, синдром зависимости IX.5
Дезинтоксикация IX.6
Злоупотребление наркотиками IX.6
Замещение наркотика IX.6
РДС-IV IX.6
Смешанный диагноз IX.6
Раннее вмешательство IX.6
Критерии приемлемости IX.6
Оценка IX.7
Инструмент оценки IX.7
Работник по связям с семьей IX.7
Целевая группа IX.7
Служба общей помощи IX.7
Центр для выздоравливающих IX.7
Снижение вредных последствий IX.7
Пагубное употребление IX.7
МКБ-10 . . . . . IX.8
Оценка воздействия IX.8
Частота IX.8
Направления оказания комплексной помощи IX.8
Комплексная система лечения IX.8
Интоксикация IX.8
ЛААМ IX.8
Поддерживающая терапия IX.8
Принудительное лечение IX.8
Матричная модель IX.8
Метадон IX.9
Минимальное вмешательство IX.9
Метод лечения IX.9
Мотивационный опрос IX.9
Группа взаимопомощи IX.9
Налоксон IX.9
Нальтрексон IX.9
"Анонимные наркоманы" IX.10
Наркотическое средство IX.10
Обмен игл IX.10
Оценка потребностей IX.10
Неправительственная организация IX.10
Общедоступные службы IX.10
Опиат IX.10
Опиоид IX.10
Опиоидный агонист IX.10
Опиоидный антагонист IX.10
Оценка результатов IX.10
Показатель результата IX.11
Мониторинг результатов IX.11
Программа помощи населению IX.11
Передозировка IX.11
Меры вмешательства со стороны сверстников . . . IX.11
Поддержка со стороны сверстников IX.11
Показатель исполнения IX.11
Мониторинг исполнения IX.11
Распространенность IX.11
Профилактика IX.12
Работники учреждений первичной медико-
санитарной помощи IX.12
Приоритетные группы IX.12
Оценка процесса IX.12
Психоактивные вещества IX.12
Психологическая зависимость IX.12
Психосоциальное лечение IX.12
Психотропные вещества IX.12
Обеспечение и повышение качества IX.12
Экспресс-оценка IX.12
Реабилитация IX.13
Рецидив IX.13
Профилактика рецидива IX.13
База данных исследований IX.13
Лечение в центрах совместного проживания IX.13
Снижение риска IX.13
Рискованное поведение IX.13
Более безопасное употребление IX.14
Скрининг IX.14
Группа самопомощи IX.14

Аккредитация служб IX.14
Совместное обслуживание IX.14
Специализированная служба IX.14
Заинтересованные стороны IX.14
Стратегическая основа IX.14
Стратегический план IX.14
Структурированное лечение IX.15
Злоупотребление психоактивными веществами . . . IX.15
Зависимость от психоактивных веществ IX.15
Расстройство здоровья в результате
употребления психоактивных веществ IX.15
Замещающее лечение IX.15
Комплексная оценка IX.15
Обмен шприцев IX.15
Целевые группы IX.15
Целевая программа IX.15
Терапевтическая община IX.15
Толерантность IX.16
Лечение IX.16
Протокол лечения IX.16
Определение приоритетов IX.16
Двенадцатиступенчатая группа IX.16
Анализ мочи IX.16
Профессиональная подготовка IX.16
Добровольная организация IX.16
Социальная сеть IX.16
Состояние абстиненции IX.17
Абстинентный синдром IX.17

Абстиненция[a]

Термин относится к состоянию воздержания от употребления алкоголя или других психоактивных веществ, будь то по причинам состояния здоровья, личным, социальным, религиозным, моральным, правовым или другим причинам.

Лиц, которые воздерживаются в настоящее время от употребления алкоголя, называют "абстинентами", "полными абстинентами" или старомодным термином – который относится только к алкоголю – "трезвенниками". Термин "временный абстинент" иногда используется в исследовательских целях и обычно относится к лицу, которое не употребляло психоактивные вещества в течение определенного периода времени, например 3, 6 или 12 месяцев. В некоторых исследованиях люди, которые употребляют алкоголь или другие психоактивные вещества только раз или два раза в год, также относятся к абстинентам.

Злоупотребление[a]

Термин широко используется, но имеет разные значения. В международных конвенциях по контролю над наркотиками "злоупотребление" относится к любому потреблению контролируемого вещества, независимо от его частоты. В *Руководстве* по диагностике и статистике психических расстройств (РДС-IV, Американская ассоциация психиатров, 1994 год) "злоупотребление психоактивными веществами" определяется, как "неадекватный характер потребления психоактивного вещества, ведущий к клинически значимым ухудшениям или расстройствам, которые проявляются в виде одного (или нескольких) из перечисленных ниже признаков в течение 12-месячного периода: 1) повторяющееся потребление вещества, приводящее к неспособности выполнять основные обязательства на работе, в школе или дома; 2) повторяющееся потребление вещества в условиях, когда это опасно для здоровья; 3) правовые проблемы, связанные с повторяющимся потреблением вещества; 4) постоянное потребление вещества, несмотря на наличие постоянных или повторяющихся социальных или межличностных проблем, вызываемых или обостряющихся под действием данного вещества". Это остаточная категория, и предпочтение отдается термину "зависимость", когда это возможно.

Термин "злоупотребление" иногда используется в неодобрительном плане применительно к любому потреблению препаратов, особенно запрещенных. Из-за его неопределенности в классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 "Клинические описания и методические указания по диагностике" (ВОЗ, 1992 год) этот термин применяется только в отношении веществ, не вызывающих зависимости. "Пагубное" и "опасное потребление" являются эквивалентными терминами в ВОЗ, хотя они обычно относятся только к воздействию на здоровье, а не к социальным последствиям. Центр профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Соединенных Штатах выступает против использования термина "злоупотребление", хотя термин "злоупотребление психоактивными веществами" продолжает широко использоваться и обычно относится к проблемам употребления психоактивных веществ. Термин "злоупотребление наркотиками" также подвергается критике как непрямой, когда он используется без ссылки на конкретные проблемы, возникающие в связи с потреблением наркотиков.

См. также: **Злоупотребление наркотиками.**

Аккредитация

Процесс признания того, что программа отвечает конкретным оперативным и организационным стандартам, разработанным с целью обеспечения качества услуг в рамках определенного региона или системы лечения. Аккредитация, как правило, предоставляется внешним профессиональным органам на основе проведенного анализа или проверки, обычно на определенный период.

Наркомания[a]

Один из наиболее старых и часто применимых терминов для описания и объяснения явления длительного злоупотребления наркотиками. В некоторых профессиональных кругах он был заменен термином "наркотическая зависимость". Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "наркомания" определяется следующим образом: повторное использование психоактивного вещества или веществ в таких количествах, что потребитель (называемый наркоманом) периодически или постоянно находится в состоянии интоксикации, имеет навязчивое стремление принять предпочитаемое вещество (или вещества), с большим трудом прекращает употребление психоактивных веществ или изменяет его характер, а также проявляет решимость добыть психоактивные вещества почти любыми средствами.

Ключевыми показателями "наркомании" обычно считались толерантность и проявление абстинентного синдрома, то есть она нередко приравнивалась к физической зависимости. Недавно некоторыми исследователями вопросов наркомании было высказано предположение, что основным показателем наркомании является "навязчивое стремление принимать наркотики". С другой стороны, представителями движения "самопомощи" или "выздоровления" наркомания рассматривается как отдельное заболевание, подтачивающее здоровье, прогрессирующее расстройство, вызванное фармакологическим воздействием препаратов, единственным способом излечиться от которого является полная абстиненция. Такая точка зрения особенно близка движению "самопомощи" или "выздоровления", например "Анонимным наркоманам" или "Анонимным алкоголикам". В 1960-х годах ВОЗ рекомендовала отказаться от использования термина "наркомания", заменив его "зависимостью", которая может проявляться с разной степенью тяжести в отличие от определения заболевания "все или ничего".

Наркомания не является диагностическим термином в МКБ-10, но по-прежнему широко используется профессионалами и населением в целом.

См. также: **Зависимость, Синдром зависимости.**

[a] *Demand Reduction: a Glossary of Terms* (United Nations publication, Sales No. E.00.XI.9).

Консультативные услуги[a]

Диапазон услуг по предоставлению информации и немедицинского лечения, которые могут различными путями обеспечивать информацию о наркотиках, данные об имеющихся службах, о направлениях в другие учреждения и об оказании непосредственной клинической помощи или психотерапевтического лечения. Услуги могут предоставляться при непосредственном общении или косвенным путем по телефону отдельным лицам, семьям, группам, другим работникам или учреждениям. Термин "консультативный" обычно применяется к предоставлению фактической информации по конкретным вопросам. В него также входит предоставление кратких конкретных советов по вопросам изменения поведения, например при *краткосрочных вмешательствах* (см. ниже). Консультативные услуги обычно отличаются от "консультирования", при котором основное внимание уделяется по большей части помощи отдельным лицам в оценке их ситуации в принятии ими самими решений по поводу способов избавления от этой проблемы.

См. также: **Краткосрочное вмешательство, Консультирование и психотерапия, Лечение.**

Последующее обслуживание

Существует множество поддерживающих услуг на базе общины, предназначенных для сохранения достигнутого результата по завершении структурированного лечения. Последующее обслуживание может включать продолжение индивидуального или группового консультирования и другую поддержку, но обычно с меньшей интенсивностью и нередко другими учреждениями. Важным источником последующего обслуживания являются группы самопомощи, такие как "Анонимные наркоманы".

См. также: **Группа самопомощи.**

Агонист[a]

Вещество, которое действует на рецепторные зоны для создания определенных реакций; например, метадон и героин являются агонистами для опиоидных рецепторов.

СПИД[a]

Распространенная аббревиатура для вирусного состояния со смертельным исходом, известного как синдром приобретенного иммунодефицита, при котором иммунная система ослаблена и неспособна бороться с инфекционными заболеваниями. Совместное использование инъекционных принадлежностей среди лиц, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций, является основным путем передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Этот вирус вызывает СПИД, что привело во многих странах к разработке программ, направленных против инъецирования, и программ обеспечения более легкого доступа к чистым инъекционным принадлежностям для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, с целью уменьшить вероятность передачи вируса путем совместного использования бывших в употреблении игл и других принадлежностей.

См. также: **Снижение вредных последствий, Обмен игл, Снижение риска, Более безопасное употребление.**

Антагонист[a]

Вещество, которое противодействует эффекту другого препарата. В фармакологическом плане антагонист взаимодействует с рецептором нейронов, подавляя действие агентов (агонистов), которые создают характерное физиологическое или поведенческое воздействие, управляемое этим рецептором.

Краткосрочное вмешательство[b]

Стратегия лечения, при которой структурированная терапия с ограниченным числом сеансов (обычно от 1 до 4) небольшой продолжительности (5–30 минут) предлагается с целью помочь отдельному лицу прекратить или сократить употребление психоактивного вещества или (реже) справиться с другими жизненными ситуациями. Эта стратегия разработана, в частности, для терапевтов и других работников учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Бупренорфин[a]

Бупренорфин – смешанный агонист/антагонист, который может использоваться при замещающем лечении. Он широко используется во многих странах для кратковременного лечения умеренной или сильной боли. Совместное опиодное/блокирующее действие делает бупренорфин безопасным при передозировке, и, возможно, его будут реже использовать в ненадлежащих целях, чем чистые опиоды. При его использовании этап абстиненции может проходить легче, а благодаря более длительному действию его можно принимать через день. Из данных проведенных до настоящего времени научных исследований следует, что бупренорфин в качестве поддерживающего средства эффективен не менее метадона.

См. также: **Замещение наркотика, Метадон.**

Метод многократного анализа данных

Метод многократного анализа данных (ММАД) – эпидемиологический метод, используемый для оценки распространенности характерного поведения в пределах определенной группы населения (например, число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, в определенной географической области). ММАД использует частичное совпадение между двумя или более выборками или реестрами населения для получения оценки общей численности определенной группы населения.

---

[b] *Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам* (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1994 год).

Координация обслуживания

Процесс контроля и практического *руководства* пациентами в рамках конкретного курса лечения и разных видов лечения в течение определенного времени. Для конкретного пациента координация обслуживания может включать оценку, направление на лечение, мониторинг хода лечения и аналитическую деятельность. В некоторых системах лечения координатор помощи имеет определенные права по отношению к системе, оплачивающей лечение пациентов.

Удовлетворенность пациента

Широкая концепция, которая относится к тому, отвечает лечение ожиданиям и потребностям конкретного клиента (пациента) или нет. Удовлетворенность пациентов обычно оценивается с помощью заполняемых ими вопросников в ходе или по завершении лечения. Удовлетворенность клиента иногда используется как показатель результатов лечения, наряду с оценками первичных клинических, социальных и экономических результатов.

Когнитивно-поведенческие методы

Разновидность психотерапии, при которой подчеркивается, что способ восприятия людьми той или иной проблемы имеет решающее значение для появления нежелательных настроений и поведения. Таким образом, когнитивно-поведенческие методы (КПМ) нацелены на помощь пациенту, с тем чтобы на смену нежелательным мыслям пришли другие, которые ведут к более желаемым реакциям. В области злоупотребления психоактивными веществами терапевт, применяющий КПМ, помогает пациенту приобрести новые навыки, изменяя или поддерживая изменения в его поведении. В этом отношении программы профилактики рецидивов могут содержать элемент КПМ, чтобы помочь пациентам противостоять желанию употребления психоактивных веществ.

Лечение на базе общины

Любое лечение, которое проводится вне центров совместного проживания. Амбулаторные виды лечения (предоставляемые больницами услуги дневного стационара) нередко дополняются лечением на базе общины. Примерами лечения на базе общины являются программы замещения опиоидов; программы консультирования и службы последующей помощи.

Расширение полномочий общины[a]

Меры вмешательства, которые поощряют общину (например, проживающих в данной местности людей, лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, работников секс-индустрии) укреплять чувство коллективной ответственности и контролировать выбор поведения и деятельность, которые касаются состояния здоровья. Для достижения этого результата общине также может быть необходимо получить коллективный контроль над более широкими социальными, политическими и экономическими факторами, которые влияют на их доступ к системе здравоохранения. "Расширение полномочий" – это процесс увеличения личного, совместного или политического потенциала, с тем чтобы отдельные личности могли участвовать в улучшении их жизни.

Сопутствующие заболевания

См.: **Смешанный диагноз.**

Исправительная система

Организация структур полиции, судебных органов и системы исполнения наказаний, которые действуют в данном государстве. Термины "исправительная система" и "система уголовного правосудия" синонимичны.

Консультирование и психотерапия[a]

Консультирование – интенсивный межличностный процесс, предусматривающий оказание помощи здоровым людям в достижении их целей или более эффективной деятельности. Психотерапия, как правило, более длительный процесс, связанный с перестройкой личности и более крупными изменениями сложных психологических признаков, таких как структура личности. В концептуальном плане психотерапия нередко ограничивается лицами с патологическими проблемами.

Замена судебного разбирательства[a]

Программа служб лечения, переобучения или служб на уровне общины для лиц, направленных из уголовных судов (замена уголовного разбирательства) после предъявления обвинения за вождение автотранспорта под влиянием алкоголя (замена наказания за вождение в нетрезвом виде) или другого вещества, за продажу или употребление наркотиков (замена наказания за продажу, хранение и употребление наркотиков) или по поводу другого правонарушения. Лица передаются в ведение программ замены наказания, которое обычно откладывается до успешного завершения соответствующей программы. Замена наказания перед вынесением обвинения относится к систематическому направлению лиц, чьи дела расследуются полицией, в альтернативные программы без помещения под арест. В некоторых странах термин "замена содержания под арестом" используется, чтобы сделать ясным, что во многих программах замены судебного разбирательства лицо может посещать суд, но освобождается от ареста, переходя в программу лечения или перевоспитания.

Замена содержания под арестом

См.: **Замена судебного разбирательства.**

Зависимость, синдром зависимости[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "зависимость, синдром зависимости" определяются следующим образом: при применении к алкоголю и другим наркотикам

необходимость в повторных дозах наркотика, чтобы чувствовать себя хорошо или избежать плохого состояния.

Термины "зависимость" и "синдром зависимости" широко применяются с 1960-х годов ВОЗ и другими кругами как альтернатива термину "наркомания".

В РДС-IV зависимость определяется как "сочетание познавательных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающих на то, что индивид продолжает употреблять вещество несмотря на значительные проблемы, связанные с употреблением вещества".

См. также: **Наркомания.**

Дезинтоксикация

Процесс, посредством которого индивид с зависимостью от того или иного психоактивного вещества прекращает его употребление таким способом, который сводит к минимуму симптомы абстиненции и риск вреда здоровью. В то время как термин "дезинтоксикация" буквально означает снятие токсического воздействия при эпизоде употребления наркотика, фактически его стали употреблять в отношении восстановления симптомов нейроадаптации, то есть абстиненции и любых связанных с этим проблем физического и психического здоровья.

Злоупотребление наркотиками

Действующие международные договоры по контролю над наркотиками не дают определения злоупотреблению наркотиками, ссылаясь на различные термины, включая "злоупотребление", "ненадлежащее и незаконное употребление". В контексте международного контроля над наркотиками злоупотребление наркотиками представляет собой употребление любого вещества, находящегося под международным контролем, в целях, исключающих медицинские и научные, включая употребление без назначения врача, употребление избыточных доз или в течение неоправданного периода времени.

Замещение наркотика[a]

Лечение наркотической зависимости путем назначения замещающего вещества, для которого существуют перекрестная зависимость и перекрестная толерантность. Этот термин иногда используется по отношению к менее опасной форме того же наркотика, используемой при лечении. Цели замещения наркотиков состоят в том, чтобы устранить или уменьшить потребление того или иного конкретного вещества, особенно если оно незаконное, или уменьшить вред от конкретного метода употребления, сопутствующих опасностей для здоровья (например, от совместного использования игл) и социальных последствий. Замещение наркотика нередко сопровождается психологическим и другими видами лечения.

РДС-IV

Руководство по диагностике и статистике психических расстройств – стандартная классификация психических расстройств, используемая специалистами в области психического здоровья в США. Оно также широко используется в других странах мира. Оно предназначено для применения в весьма различных условиях и используется клиницистами и научными работниками в различных областях (например, биологические, психодинамические, когнитивные, поведенческие, межличностные, семейные системы). РДС-IV (четвертое издание), составленное и изданное Американской ассоциацией психиатров в 1994 году, предназначено для использования в разных организациях. Оно является также инструментом сбора и передачи достоверной статистики в области здравоохранения. РДС состоит из трех основных компонентов: диагностическая классификация, наборы диагностических критериев и описательный текст.

См. также: **Злоупотребление.**

Смешанный диагноз

Наличие диагноза алкоголизма или наркомании в дополнение к какому-либо другому диагнозу, обычно психиатрическому, например расстройство настроения, шизофрения. Установление различных диагнозов зачастую осложняется частичным совпадением признаков и симптомов зависимости и других диагностических признаков, например тревога является характерным признаком наркотической абстиненции. Дальнейшее осложнение происходит при процессах с наличием общих или повторяющихся признаков, например расстройство настроения ведет к употреблению некоторых наркотиков, что в результате приводит к обострению нарушения настроения, дальнейшему употреблению наркотика, зависимости и тяжелому нарушению настроения.

Раннее вмешательство[b]

Терапевтическая стратегия, в которой сочетаются раннее выявление опасного или пагубного употребления веществ и лечение употребляющих их лиц. Лечение предлагается или обеспечивается до того момента, как пациенты смогут выразить собственное желание, а во многих случаях – прежде, чем они осознают, что употребление ими вещества может вызвать проблемы. Раннее вмешательство направлено в особенности на тех лиц, у которых еще не развилась физическая зависимость или серьезные психосоциальные осложнения.

Критерии приемлемости

Набор медицинских, социальных и психологических состояний, которые используются для оценки соответствия лечения для данного лица. Критерии приемлемости обычно учитывают степень тяжести проблем пациентов, их личные мотива-

ции или готовность к лечению, а также характер и степень их социальной поддержки и факторов стресса в плане пригодности этих пациентов для определенного вида лечения. Использование критериев приемлемости является частью обязательств по подбору пациентов для лучшего и более соответствующего лечения в условиях двух или более альтернатив.

Оценка[c]

Систематичный научный процесс определения степени, в которой действие или ряд действий были успешными в достижении ранее установленных задач. Оценка включает определение адекватности, эффективности и действенности программ или служб. Оценку следует отличать от оценки условий и оценки затрат: оба термина используются в более общем смысле, чем оценка, дополняющая составление заключений на основе изучения ситуации или ее элементов. Оценка, таким образом, является особым видом оценки условий.

Инструмент оценки

Вопросник, заполняемый проводящим опрос лицом или самим пациентом, который используется для регистрации прошлых поведенческих реакций и/или восприятий и оценки воздействия лечения. Как правило, ответы на одни и те же вопросы при помощи инструмента оценки существенно расходятся за установленный период до начала лечения и во время лечения и/или по его завершении.

Работник по связям с семьей

Профессиональный консультант, социальный работник или медицинская сестра, роль которых состоит в поддержке семьи пациента (как иждивенцев, так и работающих членов). Работник помогает членам семьи, которых волнует проблема злоупотребления психоактивными веществами, и может предоставить информацию, поддерживать с помощью консультаций и служб обращения. Его основной функцией является помощь семье в том, чтобы понять и оказать поддержку тому члену семьи, у которого имеется проблема со злоупотреблением психоактивными веществами.

Целевая группа

Метод сбора качественных научных данных на основе обсуждений, который предназначен для изучения интересующей темы и получения различных мнений. Несколько членов определенной группы встречаются для обсуждения того или иного вопроса, в чем им помогает научный работник, известный как "посредник".

[c] J. Hogarth, *Glossary of Health Care Terminology* (Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1978).

Служба общей помощи

Социальные службы, службы социального обеспечения или здравоохранения, в основные функции которых не входит лечение от злоупотребления психоактивными веществами, но которые могут в ходе своей работы вступать в контакты с нуждающимися в лечении людьми. Службы общей помощи могут получить опыт по проведению обследований, оценке и лечению злоупотребления психоактивными веществами (так что может оказаться сложным провести границу между общими и специальными службами), и, кроме того, они могут иметь официальные связи для направления в специальные наркологические службы.

Центр для выздоравливающих[a]

Нередко это место проживания, которое выступает в качестве промежуточной ступени между программой лечения в стационаре или в центре совместного проживания и полностью независимым проживанием в общине. Этот термин применяется к месту размещения лиц с алкогольной или наркотической зависимостью, пытающихся воздерживаться от употребления этих средств (можно сравнить с терапевтической общиной). Существуют также центры для выздоравливающих лиц с психиатрическими расстройствами или освобожденных из тюрьмы.

Снижение вредных последствий[a]

В применении к алкоголю или другим психоактивным веществам снижение вредных последствий относится к политике или программам, нацеленным непосредственно на уменьшение вреда от потребления алкоголя или других психоактивных веществ как для отдельных лиц, так и для общины. Этот термин используется, в частности, для политики или программ, которые направлены на снижение вредных последствий и не предусматривают в обязательном порядке абстиненции. Вместе с тем некоторые стратегии снижения вредных последствий, предназначенные для обеспечения менее опасного употребления психоактивных веществ, могут предшествовать последующим попыткам достижения полной абстиненции. Примеры снижения вредных последствий включают обмен игл/шприцев для сокращения практики пользования одной иглой несколькими лицами, употребляющими наркотики путем инъекций.

Пагубное употребление[a]

В изданном ВОЗ *Словаре терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "пагубное употребление" определяется следующим образом: способ употребления психоактивных веществ, который является причиной ущерба здоровью употребляющего их лица. Ущерб может быть физическим (например, гепатит после инъекции наркотических средств) и психическим (например, депрессивные расстройства, вторичные по отношению к тяжелому алкогольному опьянению). Пагубное употребление обычно имеет также неблагоприятные социальные последствия.

Этот термин был введен в МКБ-10 вместо термина "употребление без зависимости" в качестве диагностического термина. Ближайшим эквивалентом в других диагностических системах (например, в РДС-IV) является злоупотребление психоактивными веществами, что обычно включает социальные последствия.

МКБ-10

Десятый пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, является самой последней из всей серии, которая была оформлена в 1893 году как Классификация Бертильона, или Международный перечень причин смерти. Название было изменено для прояснения контекста и цели и отражения возрастающей сферы охвата классификации в дополнение к заболеваниям и травмам, однако привычное сокращение МКБ сохранилось. МКБ разрабатывается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и предназначается для содействия достижению международной сопоставимости данных при сборе, обработке, классификации и представлении статистики заболеваемости и смертности. Данные о болезненных состояниях переводятся в медицинские коды с использованием классификационной структуры и правил отбора и внесения изменений, которые содержатся в приложениях к МКБ. Десятый пересмотр (МКБ-10) был опубликован в 1992 году.

Оценка воздействия

Оценка воздействия – форма оценки результатов, с помощью которой определяется конечное воздействие программы путем сравнения результатов программы и того, что могло бы произойти при отсутствии данной программы. Оценка воздействия часто рассчитана на среднесрочный или долгосрочный период.

Частота[a]

Частота, с которой проявляется болезненное состояние или заболевание, нередко выражаемая как число случаев на 10 тыс. человек в год.

Направления оказания комплексной помощи

Описание природы и предполагаемый ход лечения злоупотребления психоактивными веществами. Направление оказания комплексной помощи содержит описание заранее определенного плана лечения для определенной группы пациентов, начинающих структурированное лечение, а также предполагаемых ожидаемых результатов. Направление может относиться к нескольким компонентам лечения, которые должны предоставляться в рамках программы, осуществляемой одним учреждением, или может включать несколько видов лечения, предоставляемых двумя или более учреждениями. Направления оказания комплексной помощи являются частью набора документов и протоколов, в которых описывается, что предполагается проводить в программе лечения, а также предполагаемые результаты.

Комплексная система лечения

Комплексная система лечения включает несколько лечебных служб, как специализированных, так и общего профиля, которые действуют структурированным и организованным путем. Большая часть комплексных систем лечения включает службы на уровне общины и в центрах совместного проживания и имеет устоявшиеся договоренности о направлении и переводе пациентов.

Интоксикация[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "интоксикация" определяется следующим образом: состояние, которое возникает после введения достаточного количества психоактивного вещества и приводит к нарушению сознания, познавательной способности, восприятия, суждения, эмоционального состояния, поведения или других психофизиологических функций и реакций. Эти нарушения обусловлены острыми фармакологическими эффектами вещества и условными рефлексами на него, со временем они исчезают при полном выздоровлении, за исключением случаев повреждения тканей или других осложнений. Этот термин чаще всего используется применительно к употреблению алкоголя.

ЛААМ[a]

ЛААМ (химическое название лево-альфа-ацетилметадола) – синтетический агонист чистого опиоида (родственный метадону) морфинного типа. Он широко изучался в 1970-е годы как фармакологическая альтернатива метадону; его главное преимущество состоит в том, что он имеет более длительный период полураспада, и, соответственно, пациенты могли получать дозу каждые 48 и 72 часа, а не каждые 24 часа, как это требуется при употреблении метадона.

См. также: **Замещение наркотика, Метадон, Опиат, Опиоид.**

Поддерживающая терапия

См.: Замещение наркотика.

Принудительное лечение

Характеристика лечения, иногда называемого лечением по принуждению, которое организовано системой уголовного правосудия. Обычно суд (или другой орган уголовного правосудия) предписывает, чтобы индивид включился в терапевтическую программу (иногда в качестве альтернативы содержанию под стражей). Лечение предписывается в том случае, если неприсоединение к программе или неисполнение ее норм и правил могут привести к уголовно-правовому наказанию, которое в обычном порядке было бы отменено.

Матричная модель

Матричная модель – это многокомпонентное структурное лечение лиц, злоупотребляющих психоактивными вещест-

вами, в частности стимулянтами, включающее проведение лечения и помощь в достижении абстиненции. В этой модели на систематической основе рассматриваются потребности лиц, злоупотребляющих стимулянтами, при этом проблемные области подразделяются на четкие категории. Выбраны следующие категории: поведенческие, когнитивные, эмоциональные и отношения с другими людьми. Лечение сосредоточивается на определенных проблемах в рамках каждой из этих областей, проявляющихся на "стадиях выздоровления", через которые проходят выздоравливающие пациенты в течение первого года абстиненции от стимулянтов. В модели делается упор на индивидуальные контакты с терапевтом и просвещение по вопросам наркомании, профилактику рецидивов, социальную поддержку, участие в двенадцатиступенчатой группе и сосредоточивается внимание на вопросах, имеющих решающее значение в области наркомании и рецидивов. Программа включает занятия по просвещению, направленные на обучение навыкам, требуемым для сохранения абстиненции и способствующим выздоровлению. Членов семей побуждают посещать занятия групп поддержки и дискуссионных групп, а при необходимости им оказывают поддержку.

Метадон[b]

Синтетический опиатный препарат, используемый в поддерживающей терапии лиц, зависимых от опиоидов. У него длительный период полураспада, и его можно принимать перорально раз в день под наблюдением. Такое лечение наиболее широко используется при зависимости от опиоидов в развитых странах.

Если лица с опиоидной зависимостью принимают метадон в адекватной дозе, он, как правило, приводит к снижению желания использовать героин и другие опиаты, устраняет абстинентный опиоидный синдром и блокирует эйфорические эффекты других опиоидных препаратов.

См. также: **Бупренорфин, Замещение наркотика, ЛААМ, Опиат, Опиоид.**

Минимальное вмешательство[a]

Обычно используется как синоним термина "краткосрочное вмешательство". Однако некоторые органы предлагают, чтобы минимальное вмешательство как термин ограничивалось случаями вмешательства при личном контакте продолжительностью от 30 минут до 3 часов, то есть немного дольше, чем краткосрочное вмешательство.

См. также: **Краткосрочное вмешательство, Раннее вмешательство, Профилактика.**

Метод лечения

Определение категории специфического вида лечения наркомании. Метод данного лечения может быть описан с точки зрения его специфического терапевтического подхода или подхода и цели. Например, в Соединенном Королевстве применяются следующие методы лечения: реабилитация в центрах совместного проживания; стабилизация и дезинтоксикация в стационарных условиях; назначение к специалистам в общине; назначение к общепрактикующим врачам в общине; структурированное консультирование и структурированные службы дневного стационара.

Мотивационный опрос[a]

Метод консультирования и оценки, при котором следуют, как правило, неконфронтационному подходу к опрашиваемым людям в выяснении трудных вопросов, таких как употребление алкоголя и других наркотических средств, и в содействии им в принятии позитивных решений по сокращению или полному прекращению употребления наркотиков. Лежащий в основе подход тесно связан со ступенями Модели изменения поведения, согласно которой считается, что принятие решений относительно изменения поведения проходит определенные ступени, именуемые предварительным намерением, намерением, подготовкой, действием и сохранением результатов. Мотивационный опрос включает набор методов, предназначенных для того, чтобы провести наркомана, курильщика или пьяницу через эти ступени, помогая им точно оценить достоинства и ошибки в их поведении в ходе непредвзятого опроса.

См. также: **Консультирование и психотерапия.**

Группа взаимопомощи

Группа, члены которой поддерживают друг друга в выздоровлении или в поддержании выздоровления при наличии проблем личного плана. Такие группы часто занимаются проблемами алкогольной или другой наркотической зависимости; однако они также действуют в контексте других проблем, таких как депрессия и поведение, связанное с разными навязчивыми идеями. Членство в группе основано, как правило, на добровольности и конфиденциальности, а встречи происходят в назначенном формате и в определенное время.

Налоксон[a]

Налоксон – это наркотический антагонист, который противостоит дыхательному, седативному и гипотензивному эффектам передозировки героина. Он может вводиться внутримышечно, внутривенно или подкожно. В некоторых странах он доступен также в форме назального спрея. Это блокатор рецептора опиоидов, который противостоит действию опиоидных наркотических средств. Он вызывает обратный эффект опиатной интоксикации и назначается для лечения передозировки при употреблении этой группы наркотиков.

См. также: **Антагонист, Нальтрексон.**

Нальтрексон[a]

Препарат, который антагонизирует действие опиоидных наркотиков. Его воздействие аналогично воздействию налоксона, но он более эффективен и имеет большую длительность действия. Он применяется разными способами при лечении опиоидной зависимости и алкогольной зависимости. Наиболее распространенный вид использования – назначение его в дозе, которая будет блокировать психоактивные эффекты

всех опиоидных наркотиков. Идея состоит в том, что, поскольку необходимо принимать этот препарат ежедневно для поддержания блокирующего действия, он будет уменьшать возможность рецидивов импульсивных решений.

См. также: **Антагонист, Замещение наркотика, Налоксон.**

"Анонимные наркоманы"

См.: **Группа взаимопомощи, Двенадцатиступенчатая группа.**

Наркотическое средство[a, b]

Химический агент, вызывающий ступор, кому или нечувствительность к боли. Термин обычно относится к опиатам или опиоидам, которые называются наркотическими анальгетиками. В общепринятом медицинском и юридическом смысле он часто употребляется неточно для обозначения незаконных наркотических средств, независимо от их фармакологии. Например, законодательство о контроле над наркотиками в Канаде, Соединенных Штатах и ряде других стран включает кокаин и каннабис, а также опиоиды. Это также термин, принятый в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.

Обмен игл[a]

Мера, предназначенная для снижения опасности передачи инфекционных заболеваний при повторном и совместном использовании игл с целью сокращения передачи вирусов через кровь. Впервые эта стратегия была разработана в ответ на появление ВИЧ/СПИДа и быстро распространилась на многие страны, в которых употребление наркотиков путем инъекций представляло собой проблему. Концепция предусматривает предоставление чистых игл в обмен на использованные, которые затем безопасно уничтожаются. На практике "обмен" требуется не всегда, и чистые инъекционные принадлежности предоставляются по требованию, иногда за небольшую плату.

См. также: **СПИД, Снижение вредных последствий.**

Оценка потребностей

Систематический подход к определению характера и степени проблем злоупотребления психоактивными веществами среди определенного целевого населения или в общине, которая стремится выяснить, какие (или сколько) специфические меры вмешательства следует обеспечить для определенных групп людей или как лучше обеспечивать существующие меры и предоставлять имеющиеся услуги.

Неправительственная организация[a]

Учреждение, оказывающее услуги, которое не зависит от правительства, и действующее на широком социальном поле. Большинство таких организаций – некоммерческие, неправительственные организации (НПО), которые могут финансироваться правительством, государственными учреждениями и/или с помощью частных пожертвований. Нередко в таких учреждениях работают оплачиваемые штатные сотрудники и добровольные помощники, и они традиционно предоставляют услуги в секторах, где нет возможности обеспечить финансирование для полностью оплачиваемого штата.

Общедоступные службы

Наркологические службы, которыми могут пользоваться любые члены общества без официального направления специалиста.

Опиат

Согласно опубликованному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "опиат" определяется следующим образом: один из группы алкалоидов, получаемых из опийного мака (Papaver somniferum) и обладающих способностью вызывать аналгезию, эйфорию и (в больших дозах) ступор, кому и угнетение дыхания. Термин "опиат" не включает синтетические опиоиды, такие как героин и метадон.

См. также: **Героин, Опиоид, Опиум.**

Опиоид[a]

Согласно опубликованному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "опиоид" определяется следующим образом: родовой термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака (Papaver somniferum), их синтетическим аналогам и соединениям, синтезируемым в организме, которые взаимодействуют с одними и теми же специфическими рецепторами в головном мозге, обладают способностью облегчать боль и вызывают ощущение благополучия (эйфорию). Опиумные алкалоиды и их синтетические аналоги в больших дозах также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания.

См. также: **Наркотическое средство, Опиат.**

Опиоидный агонист

См.: **Агонист.**

Опиоидный антагонист

См.: **Антагонист.**

Оценка результатов

Оценка результатов определяет степень, в которой та или иная программа обеспечивает достижение ее непосредственных целей. Оценка сосредоточена на результатах и итогах, включая непредусмотренные эффекты, для вынесения суждения об эффективности программы. Она может также оценивать процесс осуществления программы, чтобы по-

нять, каким образом достигаются результаты. Для ЮНДКП оценка результатов нередко направлена на изучение эффективности непосредственных целей проекта и процесса их достижения. Временной период для оценки результатов обычно равен продолжительности программы или проекта.

Показатель результата

Прямое или косвенное наблюдение или регистрация поведения или когнитивной способности конкретного пациента, которые связаны с его проблемами и с целями программы лечения или реабилитации. Показатели результатов измеряются, как правило, на основе набора данных, охватывающих такие области, как поведение и когнитивные способности в связи со злоупотреблением психоактивными веществами; симптомы и состояние физического и психологического здоровья и различные аспекты личностного, социального и экономического функционирования, включая трудности обучения, проблемы с жильем и размещением; проблемы в области образования, профессиональной подготовки и трудоустройства; и противозаконные действия. Обычно показатели результатов регистрируются в течение подходящего периода непосредственно до начала лечения пациента и затем один или несколько раз в ходе лечения и последующего наблюдения, а изменения в баллах в парных показателях затем относят к конкретным видам предоставленного лечения.

Мониторинг результатов

Регистрация, сообщение и применение информации о воздействии или преимуществах лечения, которые используются для оценки значимости мер вмешательства и для улучшения его действия и эффективности.

Программа помощи населению[a]

Деятельность на уровне общины с общей целью способствовать улучшению состояния здоровья и уменьшению связанного с наркотиками риска или вреда для отдельных лиц и групп, которые эффективно не охвачены существующими службами, или через каналы традиционного медико-санитарного просвещения. Такая программа может быть "выездной", "передвижной", "осуществляемой на дому" или "осуществляемой сверстниками". Выездная программа проводится вне учреждения или организационной структуры в людных местах, например на улицах, остановках общественного транспорта, в ночных клубах, гостиницах или кафе. Передвижная программа сосредоточена скорее на организациях (например, центрах для выздоравливающих, пунктах обмена игл, молодежных клубах, школах и тюрьмах), нежели на отдельных лицах. Программа на дому осуществляется в домах, где живут люди. Проекты, осуществляемые сверстниками (или местным населением), привлекают нынешних и бывших членов целевой группы (такой как лица, употребляющие наркотики путем инъекции) в качестве добровольцев и оплачиваемого штата сотрудников.

Передозировка

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "передозировка" определяется следующим образом: употребление любого наркотического лекарственного средства в количестве, вызывающем острый отрицательный физический или психический эффект. Преднамеренная передозировка является распространенным средством самоубийства или попытки самоубийства.

Передозировка может вызвать кратковременный или длительный эффект либо смерть; смертельная доза конкретного лекарственного средства различается в зависимости от отдельного лица и обстоятельств.

См. также: **Интоксикация.**

Меры вмешательства со стороны сверстников

В основном это лечение, проводимое обученным человеком, который близок к целевой группе по полу, возрасту или другой социально-экономической категории. Меры вмешательства со стороны сверстников обычно, но не всегда, краткие по продолжительности и направлены на лиц, подверженных риску появления проблем, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами, или уже имеющих проблемы умеренной тяжести.

Поддержка со стороны сверстников[a]

На одном уровне – компонент отношений в рамках программы помощи населению со стороны сверстников, когда работник программы предоставляет определенную поддержку сверстнику. Помощь является, как правило, постоянной, а не единичным случаем. Примеры включают поддержку, предоставляемую сверстниками больным СПИДом, которые могут чувствовать себя плохо. Термин "группа поддержки со стороны сверстников" используется для описания коллективов или самоорганизующихся членов общины, целью которых является представление общих интересов на социально-политическом уровне. Примеры включают деятельность Junkiebonden в Голландии и других групп наркоманов, которые встречаются во многих странах.

Показатель исполнения

Показатель, используемый для оценки прогресса в осуществлении стратегии сокращения предложения наркотиков и спроса на них.

Мониторинг исполнения

Измерение и сообщение результатов выполнения стратегических планов и деятельности лечебных служб, направленных на решение проблемы злоупотребления психоактивными веществами.

См. также: **Стратегический план.**

Распространенность[a]

Показатель степени наличия определенного состояния или заболевания, обычно выражаемый в количестве случаев на 10 тыс. человек определенного населения.

Профилактика

Вмешательство, направленное на то, чтобы избежать или значительно уменьшить риск получения или дальнейшего развития пагубных для здоровья и межличностных проблем. Программы профилактики наркомании существенно различаются по содержанию и подходам. Наиболее эффективны многоаспектные программы, включающие сочетание просветительских бесед о наркотиках и наркомании, обучение тому, как справиться со стрессом, личными проблемами и проблемами отношений с другими людьми; и обучение навыкам сопротивляемости наркотикам. Конкретное содержание той или иной программы может быть специально приспособлено к природе и потребностям целевого населения.

Работники учреждений первичной медико-санитарной помощи

Врачи, средний медперсонал, психологи и вспомогательный персонал, работающие в данном районе и предоставляющие местному населению в первую очередь общие медико-санитарные услуги.

Приоритетные группы

Выявленные группы людей в стране или в общине с определенными рисками и/или проблемами, связанными с психоактивными веществами, требующими лечения (например, дети и молодые люди; люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и имеющие сопутствующие психиатрические заболевания; а также лица в системе угловного правосудия).

Оценка процесса

Оценка для определения степени, в которой процедуры программы следовали составленному в письменном виде плану программы: кому, когда и кем обеспечивались меры вмешательства и в каких объемах? Оценка процесса может быть также названа анализом гарантии качества.

Психоактивные вещества[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "психоактивное вещество" определяется следующим образом: вещество, которое при потреблении воздействует на психические процессы, например на мышление или эмоции. Этот термин и его эквивалент – психотропное лекарственное средство – являются самыми нейтральными и описательными терминами для целого класса веществ, законных и незаконных, представляющих интерес для политики борьбы с наркотиками. "Психоактивное" не обязательно предполагает появление зависимости.

См. также: **Психотропные вещества.**

Психологическая зависимость[a]

Термин для подвергаемой в значительной степени сомнению концепции, который все еще используется в некоторых сферах. Он относится к зависимости от препарата в отсутствие развития толерантности или симптомов абстиненции. Современное использование термина "зависимость" позволяет избежать строгого разграничения между "психологической" и "физической" зависимостью. Если такое явление существует вообще, то оно, вероятно, будет характерной чертой лица, употребляющего наркотики, а не свойством самого наркотика.

См. также: **Зависимость, Синдром зависимости.**

Психосоциальное лечение

Меры вмешательства, основанные на психологических принципах и методах, включающих индивидуальное и групповое консультирование и терапию, направленные на изменение проблем сознания и поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ.

Психотропные вещества[a]

В контексте международного контроля над наркотиками "психотропное вещество" относится к веществу, контролируемому Конвенцией по психотропным веществам 1971 года. Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "психотропный" в самом широком смысле – термин с тем же значением, что и "психоактивный", то есть воздействующий на рассудок или психические процессы. В строгом смысле этого слова психотропное вещество – это любой химический агент, который главным образом или существенно воздействует на центральную нервную систему. Некоторые авторы применяют этот термин к лекарственным средствам, в основном используемым при лечении психических расстройств, – анксиолитическим седативным средствам, антидепрессантам, противоманийным средствам и нейролептикам. Другие используют этот термин по отношению к веществам с большой подверженностью к злоупотреблению по причине их воздействия на настроение, сознание или на то и другое – стимулянтам, галлюциногенам, опиоидам и седативным/гипнотическим средствам (включая алкоголь).

Обеспечение и повышение качества

Системный подход к организации, предоставлению и разработке лечения на основе общих обязательств персонала по удовлетворению потребностей пациентов/клиентов с помощью соответствующих служб и качественных услуг.

Экспресс-оценка[a]

Различные методы оперативного или целевого сбора данных, которые стали развиваться с начала 1980-х годов в связи с неотложной необходимостью обеспечения вклада социальных наук в программы контроля над заболеваниями. ЮНДКП и ВОЗ разработали *руководство* по проведению таких оценок. Методы экспресс-оценки могут использоваться в качестве инструмента оценки или для сбора исходных данных. Эти методы включают обзоры об уровне знаний, отношении и поведении; диагностику на уровне общины; экс-

пресс-анализ в сельских районах, используемый в сельском хозяйстве; экспресс-оценки эпидемиологического положения; а также процедуры экспресс-оценки, в которых применяются этнографические методы. Методы экспресс-оценки могут включать как количественные, так и качественные методы, а нередко включают и те и другие.

Реабилитация[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "реабилитация" определяется следующим образом: в области употребления веществ – процесс, с помощью которого индивид с расстройством вследствие употребления вещества обретает оптимальное состояние здоровья, психологическое и социальное благополучие.

Реабилитация обычно следует за первоначальным этапом лечения, при котором проводятся дезинтоксикация и при необходимости другие виды медицинского и психиатрического лечения. Она охватывает разнообразные подходы, включая групповую терапию, специальные формы поведенческой терапии для предотвращения рецидива, вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтической общине или центре для выздоравливающих, профессиональное обучение и трудовую деятельность. Предполагается социальная реинтеграция в более широкое сообщество.

См. также: **Выздоровление, Лечение.**

Рецидив[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "рецидив" определяется следующим образом: возврат к пьянству или употреблению других наркотических веществ после периода воздержания, часто сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости. Некоторые авторы проводят различие между рецидивом и единичным случаем ("ошибкой"), понимая под последним отдельный случай употребления алкоголя или наркотика.

Считается, что быстрота, с которой возвращаются признаки зависимости, является ключевым показателем степени наркотической зависимости.

См. также: **Профилактика рецидива.**

Профилактика рецидива[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "предупреждение (профилактика) рецидива" определяется следующим образом: комплекс терапевтических процедур, применяемых в случае возникновения алкогольных или других наркотических проблем, чтобы помочь индивиду избежать рецидивов или единичных случаев бесконтрольного употребления веществ либо бороться с ними. Такие процедуры могут применяться при лечении, основанном на умеренности или воздержании, и в сочетании с другими терапевтическими подходами. Пациентов обучают стратегиям контроля, которые можно использовать, чтобы избежать ситуаций, способных привести к рецидивам, и показывают им (посредством мысленного проигрывания ситуации и других методик), как свести к минимуму употребление вещества в случае рецидива.

См. также: **Рецидив.**

База данных исследований

Существующая опубликованная исследовательская литература, в которой описываются характер и достоинства клинических, социальных и экономических преимуществ конкретных методов лечения. Сказать, что лечение подтверждено "базой научных данных", – это значит утверждать, что его преимущества продемонстрированы рядом опубликованных исследований по результатам лечения. База данных исследований обычно рассматривается как относящаяся только к сообщениям, опубликованным в экспертных обзорах научных журналов, где качество проведенного исследования может быть гарантировано. Систематические обзоры базы фактических данных по конкретным видам лечения публикуются также в научных журналах и ассоциацией "Кокрейн коллаборейшн". Следует проявлять осторожность при рассмотрении опубликованных научных исследований по конкретным видам лечения, особенно когда исследования различаются по странам, методам и группам населения, которым предоставляется лечение.

Лечение в центрах совместного проживания

Программы, которые обеспечивают дополнительные услуги в центрах совместного проживания, расположенных там же, где и лечебные службы. Такие программы, как правило, предназначены обеспечить среду, свободную от злоупотребления психоактивными веществами, при этом ожидается участие в ряде направлений деятельности, таких как дезинтоксикация, оценка, информация/обучение, консультирование, работа в группах и развитие или восстановление социальных и жизненных навыков.

Снижение риска[a]

Снижение риска включает стратегии или программы, направленные на уменьшение риска вредных последствий применения алкоголя или других веществ. Стратегии снижения риска обладают некоторыми практическими преимуществами в том, что рискованное поведение, как правило, выражается более непосредственно и легче поддается объективной оценке, чем вредные последствия, в особенности малораспространенные. Например, с практической точки зрения легче измерить уменьшение совместного использования игл и других инъекционных принадлежностей, чем индексы вредных последствий, таких как заражение ВИЧ.

См. также: **Снижение вредных последствий, Более безопасное употребление.**

Рискованное поведение[a]

В связи с наркоманией рискованное поведение относится к такому поведению, которое создает для человека опасность

тех или иных вредных последствий употребления наркотиков. Наиболее часто этот термин используется по отношению к таким видам поведения, как совместное использование игл или других инъекционных принадлежностей (ложка, вода, турникет и др.), которые создают для лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, риск передачи через кровь вирусов, таких как ВИЧ или гепатит С; однако термин может применяться к любому наркотику и к любому риску вредных последствий для жизни, отношений с другими людьми, здоровья или к риску судебных санкций.

Более безопасное употребление[a]

Большинство наркотиков могут использоваться таким путем, при котором риск вредных последствий уменьшается с помощью сочетания более безопасного приготовления, меньшей дозы, более безопасного способа употребления в более безопасной обстановке. Например, риск вредных последствий от употребления героина или степень, в которой эпизод употребления наркотика угрожает жизни, в значительной степени определяется тем, используются ли общие инъекционные принадлежности; берется ли вначале небольшая пробная доза из новой партии героина на тот случай, если он более чистый, чем обычно; употребляется ли он одновременно с другими депрессантами, действующими на центральную нервную систему, такими как бензодиазепины и алкоголь. В большинстве случаев можно выявить способы употребления наркотиков, которые снижают, хотя обычно не устраняют полностью, риск серьезных вредных последствий.

См. также: **Снижение вредных последствий, Снижение риска.**

Скрининг

Оперативная процедура, предназначенная для выявления лиц с проблемой злоупотребления психоактивными веществами.

Группа самопомощи

Группы, которые предлагают программы выздоровления на добровольной основе, главным образом через двенадцатиступенчатый процесс изменения личности. Такие программы нередко включают участие во встречах, где можно рассказать о своих проблемах, получить помощь и поддержку от других членов в решении проблем, которые привели к рецидивам, и найти человека, который поддержит материально и морально во время кризиса. "Анонимные алкоголики" и "Анонимные наркоманы" создали значимый сектор групп самопомощи, занимающихся вопросами зависимости от психоактивных веществ, при этом "Анонимные алкоголики", "Алкоголики-подростки" и "Совершеннолетние дети алкоголиков" привлекают членов семьи, пытаясь урегулировать и решить нынешние и прошлые личные проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами в семье. Кроме того, в этом же направлении действуют множество других групп, занимаясь вопросами злоупотребления психоактивными веществами и другими вопросами.

Аккредитация служб

Система в рамках гарантии качества, которая указывает на то, что служба или программа лечения отвечает набору стандартов в областях организационной, оперативной, клинической и профессиональной деятельности и соответствующим правовым требованиям для их деятельности. В настоящее время не существует согласованных на международном уровне стандартов для аккредитации служб, но многие страны разработали национальные стандарты и процессы аккредитации.

Совместное обслуживание

Официальное соглашение или сотрудничество между одной или более службами общей помощи (обычно службами первичной медико-санитарной помощи) и специализированной наркологической службой в области лечения пациентов. Соглашения о совместном обслуживании обычно включают перевод пациента, получающего непрерывное лечение в специализированной службе, в учреждения службы общей помощи, и наоборот.

Специализированная служба

Служба социального обеспечения, социального вспомоществования или здравоохранения, основной целью которой является лечение людей, имеющих проблемы в связи со злоупотреблением психоактивными веществами.

Заинтересованные стороны

Группа лиц в общине, вкладывающих средства или ожидающих эффективного и действенного функционирования службы или системы лечения. Это группа может включать пациентов, лиц, оказывающих помощь/членов семей, тех, кто обеспечивает лечение, занимается планированием и предоставляет финансовую поддержку этим службам.

Стратегическая основа

Официальная политика правительства, в которой изложены национальное видение и цели решения проблемы предложения психоактивных веществ и спроса на них. В стратегической основе дается краткое описание различных соответствующих учреждений или органов, способов их совместной и самостоятельной деятельности, характера выделенных ресурсов, а также конкретных действий и целей, на которые они направлены.

Стратегический план

Общая структура, разработанная на национальном (и обычно на субнациональном) уровне и содержащая характеристику проблем злоупотребления психоактивными веществами; прогнозы, на которых основаны усилия по сокращению спроса и другие профилактические меры; перечисление учреждений и ресурсов, которые будут обеспечивать решение

проблемы; а также конкретно поставленные цели и задачи с указанием срока их исполнения. В эффективных планах значительное внимание уделяется консультациям и открытому общению с общиной и целевыми группами населения. Большинство стратегических планов – опубликованные и открытые к доступу документы, которые могут быть получены через Интернет.

Структурированное лечение

Структурированное лечение означает программу терапевтической помощи, которая имеет несколько компонентов, организованных логическим или последовательным путем и основанных на первичной оценке пациента, а также индивидуальном плане лечения. Такие компоненты могут включать кратковременную и более длительную помощь в центрах совместного проживания и общинных/амбулаторных службах, а также предусматривают медицинские и/или психосоциальные меры вмешательства и/или помощь после лечения. Естественно, существуют различия в интенсивности и продолжительности компонентов, а также в их целях и задачах.

Злоупотребление психоактивными веществами[d]

Неадекватный характер потребления психоактивных веществ, проявляющийся в виде вторичных и значительных вредных последствий, связанных с повторяющимся потреблением психоактивных веществ. Это могут быть повторяющаяся неспособность выполнять основные ролевые обязательства, повторяющееся потребление в ситуациях, когда это наносит физический вред, множественные проблемы с правоохранительными органами и повторяющиеся социальные и межличностные проблемы.

Зависимость от психоактивных веществ[d]

Комплекс когнитивных, поведенческих и физиологических симптомов, указывающий на то, что индивид продолжает использовать то или иное психоактивное вещество, несмотря на значительные проблемы, связанные с ним. Существует модель постоянного самостоятельного употребления, которое обычно приводит к толерантности, состоянию абстиненции и поведению, ведущему к непреодолимой тяге к приему наркотиков.

Расстройство здоровья в результате употребления психоактивных веществ[a, e]

Родовой термин, используемый в международных системах (РДС-IV и МКБ-10) для обозначения болезней, различных состояний и расстройств, связанных с употреблением любого психотропного препарата. Сюда включаются потребление проблемных и вызывающих зависимость веществ.

Любое нарушение психики или поведения в результате употребления одного или нескольких психоактивных веществ, назначенных или не назначенных по медицинским показаниям. В качестве таких веществ указаны алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные или гипнотические средства, кокаин, другие стимулянты, включая кофеин, галлюциногены, табак и летучие растворители. Клинические состояния, которые могут возникнуть, включают острую интоксикацию, пагубное употребление, синдром зависимости, состояние абстиненции, состояние абстиненции с делирием, психотическое расстройство, отсроченное психотическое расстройство и амнестический синдром.

Замещающее лечение

См.: **Замещение наркотика.**

Комплексная оценка

Набор косвенных методов, используемых для определения распространенности злоупотребления психоактивными веществами в определенной местности с применением результатов ранее существовавших оценок распространенности и другой демографической информации для определенных групп населения.

Обмен шприцев

См.: **Обмен игл.**

Целевые группы[a]

Отобранные группы или категории людей, которым уделяется особое внимание в рамках программы или политики, например коренное население, матери-одиночки, лица в возрасте от 14 до 19 лет.

Целевая программа[a]

Программа, предназначенная для охвата определенных групп в обществе, которые подвергаются особо высокому риску, таких как безработная молодежь, бездомные дети и заключенные.

Терапевтическая община[a]

Структурированная среда, в которой лица с проблемами, вызванными употреблением наркотиков, живут во время прохождения реабилитации. Такие общины нередко создаются специально для наркозависимых людей; они действуют по строгим правилам, в основном ими руководят лица, которые освободились от зависимости, и часто они территориально изолированы. Кроме того, терапевтические общины используются для лечения пациентов с психотическими нарушениями и признаками антисоциальной личности. Терапевтические общины характеризуются сочетанием "испытания реальностью" (через противостояние личной наркотической проблеме) и помощи в выздоровлении со стороны пер-

[d] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV) (Washington, D.C., American Psychiatric Association,1994).

[e] *Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов* (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1994 год).

сонала и сверстников. Они обычно тесно связаны с группами взаимопомощи, такими как "Анонимные наркоманы".

Толерантность[a]

Термин для установленного явления снижения действия наркотика при его постоянном потреблении. Толерантность развивается быстрее при более частых случаях приема и при больших единичных дозах. Следует различать метаболическую толерантность и функциональную толерантность. Метаболическая толерантность возникает обычно как следствие воздействия энзимов печени, что приводит к ускоренному метаболизму данной дозы наркотика, снижая таким образом уровень и продолжительность нахождения наркотика в крови. Функциональная толерантность относится к снижению действия данного уровня наркотика в крови. Принято считать, что это происходит за счет нейроадаптации и за счет того, что наркоман учится предвидеть эффекты интоксикации и приспосабливаться к ним.

Лечение[a]

Согласно ВОЗ (*WHO Expert Committee on Drug Dependence Thirtieth Report*, Technical Report Series), термин "лечение" относится к "процессу, который начинается, когда лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, обращаются в медицинское учреждение или любую другую службу на уровне общины, и может продолжаться при последовательных конкретных мерах вмешательства до достижения возможно высокого уровня здоровья и благополучия". Более конкретно, лечение может быть определено "...как всеобъемлющий подход к выявлению лиц, у которых имеются проблемы, связанные с употреблением любого психоактивного вещества, оказанию им помощи и предоставлению им лечения".

По существу, предоставляя людям, которые испытывают проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ, различные лечебные услуги и обеспечивая им возможности максимально развить физические, психические и социальные способности, им можно помочь в достижении окончательной цели освобождения от наркотической зависимости и полной социальной реинтеграции. Лечебные услуги и предоставляемые возможности могут включать дезинтоксикацию, замещающее лечение/поддерживающую терапию и/или психосоциальную терапию и консультирование.

Кроме того, лечение направлено на уменьшение зависимости от психоактивных веществ, а также на снижение отрицательных последствий для здоровья и социальных последствий, вызываемых потреблением таких веществ или связанных с ними.

Протокол лечения

Документ, который содержит полное описание особенностей пациентов, направленных на лечение, оперативных и организационных составляющих лечения, которое будет предоставлено, персонала, а также клинических методов и процедур, которые должны быть проведены.

Определение приоритетов

Процесс приоритетного направления отдельного лица на конкретное лечение или назначения лечения, который должны проводить службы, обеспечивающие лечение проблем злоупотребления психоактивными веществами.

Двенадцатиступенчатая группа[b]

Группа взаимопомощи, организованная по двенадцатиступенчатой программе "Анонимных алкоголиков" или ей подобной. Двенадцатиступенчатая программа "Анонимных алкоголиков" исходит из того, что человек не властен над своим пьянством и над своей жизнью из-за пьянства и вверяет свою жизнь "высшей власти", пересматривая нравственные ценности, исправляя ошибки прошлого и предлагая помощь другим алкоголикам.

Анализ мочи[a]

Анализ проб мочи для определения присутствия психоактивных веществ, которые человек мог принимать, или для других медицинских или диагностических целей. Разные вещества могут выявляться в моче в течение различных периодов времени. Героин и амфетамины могут быть выявлены в большинстве случаев в течение нескольких дней после последнего приема, тогда как каннабис может быть выявлен в период до нескольких недель после последнего приема у людей, которые долгое время были закоренелыми наркоманами. Кроме того, в последние годы для выявления употребления наркотиков в прошлом стали применяться анализы слюны, крови, пота и волос.

Профессиональная подготовка[a]

Подготовка в определенной области потенциальной работы (например, навыки работы на компьютере) с целью помочь пациентам повысить шансы трудоустройства и/или увеличения доходов.

Добровольная организация

Учреждение, людские ресурсы которого главным образом или полностью состоят из неоплачиваемого персонала, предоставляющего свой труд или услуги бесплатно. В основном это учреждения, которые не входят в государственный сектор.

См. также: **Неправительственная организация.**

Социальная сеть[a]

Общий термин для описания комплекса служб социального обеспечения, экономической помощи, служб здравоохранения и жилищного обеспечения, которые имеются в определенной стране, юрисдикции или местности и целью которых является защита людей от ухудшения здоровья и экономической и социальной разрухи. Как правило, считается, что эта сеть охватывает выплаты в связи с состоянием здоровья и социальные выплаты, такие как схемы выплат пособий по болезни и по безработице, и включает государствен-

ные и неправительственные учреждения здравоохранения и социального обеспечения. Этот термин нередко используется в контексте людей, которые "не охвачены социальной сетью", в том смысле, что они "не охвачены" существующими государственными службами и схемами.

Состояние абстиненции[a]

Термин, используемый для обозначения индивидуальных симптомов или общего состояния (или синдрома), которые могут возникать при прекращении человеком использования определенного психоактивного вещества, от которого он стал зависим, или после периода повторного воздействия. Уровень возбуждения центральной нервной системы и сопровождающее состояние настроения обычно прямо противоположны непосредственному действию наркотика.

См. также: **Абстинентный синдром, Синдром зависимости.**

Абстинентный синдром[a]

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "синдром отмены" (абстинентный синдром) определяется следующим образом: группа симптомов различной тяжести, возникающих при прекращении или уменьшении употребления наркотика, который принимался в течение длительного периода и/или в больших дозах. Синдром может сопровождаться признаками как психологического, так и физиологического расстройства.

Абстинентный синдром является одним из показателей синдрома зависимости. Это также определяющая характеристика более узкого психофармакологического понятия зависимости.

См. также: **Состояние абстиненции, Синдром зависимости.**

ФОРМА ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ

Уважаемые читатели,

Настоящее *Руководство* предлагает практические поэтапные рекомендации по разработке услуг в области лечения. Оно предназначено служить практическим средством для тех, кто участвует в планировании, предоставлении, мониторинге и оценке лечебных услуг.

Ваш опыт применения данного *Руководства* является весьма важным источником информации для его совершенствования в будущем. Просим вас возвратить эту форму в Секцию по сокращению спроса ЮНДКП.

Заранее благодарим вас за сотрудничество.

Просьба отправить по следующему адресу:
Juana Tomás-Rosselló
Treatment Adviser
Demand Reduction Section, UNDCP
Vienna International Centre
P.O. Box 500
A-1400 Vienna, Austria

Просим дать ОБЩУЮ ОЦЕНКУ *Руководства*.

	Совершенно не согласен	*Не согласен*	*Не уверен*	*Согласен*	*Совершенно согласен*
1. Руководство написано понятно.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Язык слишком техничен.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Руководство имеет хорошую структуру.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Формат удобен для пользователя.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Материал имеет практическую ценность.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Руководство можно использовать для практической работы по планированию лечения.	☐	☐	☐	☐	☐

ПРОСИМ ДОБАВИТЬ ЛЮБЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ, КОТОРЫМИ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОДЕЛИТЬСЯ С НАМИ.

Общие замечания

Достоинства

Недостатки

Вопросы, требующие дальнейших уточнений или разработки/дополнительный материал

Предложения, направленные на то, чтобы Руководство было более ориентированным на практическую деятельность и более полезным

Printed in Austria
V.02-59611—August 2003—520

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

United Nations publication
Sales No. R.03.XI.11
ISBN 92-1-448004-4

9 789214 480044