

Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению¹

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ УСЛУГ

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

Большая часть материала в данном разделе 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 помощи.

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, потребуются 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.

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.

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 нарко-

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 Ункраг (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.

¹ Продолжение. Начало публикации см. Наркология. — 2005. — №№5—8.

мании 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.

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 ве-

ществами, 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 потребуются 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.

Врезка 23

Участие общинных медицинских работников, Лаосская Народно-Демократическая Республика

В Лаосской Народно-Демократической Республике опиоид традиционно используется при болях и лечении серьезных проблем со здоровьем, а основной причиной распространения пристрастия к опиоид в обществе является ограниченное предложение базовых медицинских услуг. Создание и улучшение работы систем первичной медико-санитарной помощи сыграет важную роль в предотвращении дальнейшего распространения пристрастия к опиоид 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 г. 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>

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.

Создание новой лечебной службы

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

Определение потребностей целевой группы населения

Как отмечалось ранее², 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 выявлению 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.

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 стандартов 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 потребителей услуг;

в какой степени гарантирована польза от реализации проекта;

является ли проект приемлемым с точки зрения расходов.

Мобилизация средств и начало осуществления проекта

На ранних этапах планирования 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.

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

² См. Наркология. — 2005. — №7. — С. 25—31.

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.

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.

Определение терапевтических услуг, которые будут предоставляться

Первоначальная оценка или оценка потребностей в зависимости от характера и масштаба проблем наркоман-

нии 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 преду-

Врезка 27

Определение источников финансирования в Кении

Кения обладает весьма ограниченными службами реабилитации лиц с расстройствами здоровья, вызванными употреблением психоактивных веществ. В 1996 г. 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 работу с наркоманами

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 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.

Врезка 29

Создание Национального центра лечения и реабилитации в Объединенных Арабских Эмиратах

В 2000 г. 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 оценила потребности 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 имеющих 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 г. 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.

смотрены для осуществления в новом центре, однако они 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.

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. Следует 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, будут 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 таблице в кратком виде представлено общее описание лечебной программы. При разработке новой лечебной службы или реорганизации деятельности существующей 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 представлен яркий пример программы реабилитации в центрах совместного проживания, который поможет выяснить, какие из вышеперечисленных принципов можно применять. Если перечисленные 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. Следовательно, могут потребоваться протоколы для мер раннего вмешательства, включая кратковременное, для лечения проблем, связанных с наркотиками, или ранних этапов 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;
- 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.

Функционирование программы лечения

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.

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 персонала 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 регулярную обратную связь;
- выделяется бюджет для подготовки кадров;
- поощряются связи с персоналом других лечебных учреждений.

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 предполагаемого течения. 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 деятельности	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

**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?

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**

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

директор, управляющий и администратор программы;

секретари и вспомогательный канторский 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?

Будут ли персонал, руководство и община в широком смысле обмениваться мнениями о направлениях деятельности и содержании службы?

Определены ли достаточно четко области ответственности?

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, имеются для целей планирования?

Какие внутренние данные имеются для мониторинга и оценки?

** 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.*

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.

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.

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 не крупными суммами и т.д. с достаточными гарантиями;

готовить годовой бюджет (с четким определением планируемых поступлений и расходов), чтобы управлять предоставлением услуг;

составлять ежемесячные ведомости о поступлении денежных средств и финансовой деятельности, в которых сопоставляются планируемые и фактические расходы;

готовить ежегодный, независимый, проверенный финансовый отчет, в котором отражено соответствие применяемым 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.

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., Gagne T.E. Designing Effective Organizations. — London: Sage Publications, 1998.

Briner W. and others. Project Leadership. — Aldershot: Gower, 1996.

Cleland D.I., King W.R. Project Management Handbook. — N.Y.: McGraw-Hill, 1993.

Turner J.R. The Project Manager as Change Agent. — N.Y.: McGraw-Hill, 1996.

Rainey H.G. Understanding and Managing Public Organizations. — San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

Ресурсы Интернета

Ассоциация управления проектами

<http://www.apm.org.uk>

<http://www.eati.org>

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.

Приложение

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 3 мес. 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, 8 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 МКБ-10).

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 (воздержания) 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-клинист;

три социальных работника;

один специалист по гигиене труда;

четыре санитары 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;

вопросы, касающиеся 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).